

## Saúde perinatal: baixo peso e classe social\*

### Perinatal health: low birth weight and social class

Antonio A. Moura da Silva\*\*, Marco Antonio Barbieri\*\*\*, Heloisa Bettiol\*\*\*, Creusa M.R. Dal Bó\*\*\*\*, Gérson Mucillo\*\*\*\*, Uilho Antonio Gomes\*\*\*\*\*

SILVA, A.A.M. da et al. Saúde perinatal: baixo peso e classe social. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 87-95, 1991. Estudou-se, em Ribeirão Preto, SP, Brasil, no período de 1º de junho de 1978 a 31 de maio de 1979, 98% do universo de nascidos vivos, totalizando 8.878 crianças nascidas de parto único. As taxas de baixo peso e de peso deficiente ao nascer foram de 7,5% e de 21,1%, respectivamente. A maioria dos nascimentos de baixo peso eram crianças a termo, 50,6%, representando casos de retardo de crescimento intra-uterino. A prevalência de baixo peso nas classes sociais foi de 3,2% na burguesia empresarial, 2,8% na burguesia gerencial, 3,9% na pequena burguesia, 7,0% no proletariado e 9,5% no subproletariado, o que demonstra uma profunda disparidade. Definindo-se o baixo peso como menor ou igual a 2.500 gramas e comparando os resultados alcançados (8,3%) com os de outro estudo clássico (8,7%), observou-se que não houve redução estatisticamente significativa na prevalência de baixo peso em Ribeirão Preto, no intervalo de uma década.

*Descritores:* Baixo peso ao nascer. Fatores sócio-econômicos. Levantamentos epidemiológicos.

## Introdução

A maioria dos pesquisadores concorda quanto ao fato de que o baixo peso ao nascer é, isoladamente, o fator mais importante que afeta a mortalidade perinatal e neonatal, além de ser um determinante significativo da mortalidade infantil pós-neonatal<sup>5,8,23,24,25</sup>. A literatura mostra que há uma variação muito grande na prevalência de baixo peso ao nascer entre países e mesmo entre populações dentro de cada país, considerando essas diferenças regionais como decorrentes da situação de desenvolvimento econômico de cada realidade concreta<sup>16</sup>.

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>27</sup> mostrou que de 125 milhões de crianças nascidas no mundo, em 1979, 20 milhões (16%) tinham baixo peso ao nascer e que mais de 90% destas nasceram em países subdesenvolvidos. Isto em função não apenas da maior taxa de natalidade desses países mas, principalmente, pela prevalência mais alta de baixo peso ao nascer. Nesse citado estudo, os dados para o Brasil mostram a média de peso ao nascer variando entre 3.170 e 3.298 gramas, com uma prevalência média de baixo peso de 9%. Outros dados da OMS<sup>28</sup> indicam uma porcentagem de baixo peso ao nascer no Brasil, de 8,7%, em 1979, e de 9,0%, em 1982.

Outro estudo<sup>16</sup> confirma que as taxas mais altas de baixo peso são reportadas para a Ásia, onde na Índia temos, em média, 30% de baixo peso, e as mais baixas nos países desenvolvidos, como por exemplo a Suécia, que apresenta taxa de 3,6%.

Alguns trabalhos conduzidos no Brasil atestam para a importância do problema do baixo peso ao nascer. Os dados para o Município de Ribeirão Preto, SP, nos dois anos da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância<sup>21</sup> (1968 a 1970), foram de 8,7% de baixo peso e 23,4% de peso deficiente. Para o Município de Recife, PE, em 1974, as estatísticas mostram uma situação ainda pior, em um estudo realizado em três maternidades: 14,6% de baixo peso e 33% de peso deficiente<sup>12</sup>. Outra pesquisa, realizada em várias capitais brasileiras nos anos de 1978 e 1979, indica 8,3% de baixo peso e 26,3% de peso deficiente

\* Trabalho desenvolvido pelo Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Publicação financiada pela FAPESP.

\*\* Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, MA - Brasil.

\*\*\* Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto, SP-Brasil.

\*\*\*\* Departamento de Geologia, Física e Matemática da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto, SP-Brasil.

\*\*\*\*\* Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto, SP - Brasil.

ao nascer<sup>11</sup>. Outra investigação conduzida em 9 maternidades, sendo 7 no Estado de São Paulo, uma no Município do Rio de Janeiro, RJ e uma na cidade de Florianópolis, SC, apontou um percentual de 11,1% de baixo peso e 25,7% de peso deficiente ao nascer<sup>9</sup>. Por último, o "Programa Colaborativo Latinoamericano de Intervención Normativa para el Manejo Perinatal de la Prematuridad", coletou dados de 6 maternidades públicas do Brasil, onde a prevalência de baixo peso variou de 9% no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (1978-1981) a 14,8% na Maternidade Vila Nova Cachoeirinha, Estado de São Paulo<sup>18</sup>, de 1979 a 1981. Estudo realizado em Florianópolis, no período de 1978-1979, indicou um percentual de 5,3% de recém-nascidos baixo peso<sup>20</sup>.

Várias investigações mostram a diferença na prevalência do baixo peso ao nascer segundo a classe social, situação conjugal, idade materna, hábito de fumar materno e outros indicadores<sup>1,3,8,10,14</sup>. O presente trabalho foi elaborado com o intuito de descrever e investigar este fenômeno através de uma abordagem qualitativa, privilegiando-se na análise as características sociais da população como as principais determinantes do fenômeno do baixo peso.

## Material e Método

Os dados do presente trabalho foram extraídos de um projeto de saúde perinatal denominado "Estudo epidemiológico-social de parâmetros da saúde materno-infantil", realizado na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, durante o período de primeiro de junho de 1978 a 31 de maio de 1979, representando cerca de 98% do universo de recém-nascidos vivos<sup>6</sup>. As informações foram coletadas diariamente a partir de questionários preenchidos por meio de entrevistas com as puérperas e de dados hospitalares. As entrevistadoras foram treinadas pelos coordenadores do projeto, e as medidas antropométricas foram previamente padronizadas e sempre realizadas por dois antropometristas. De um total de 9.068 casos foram excluídos os partos múltiplos, restando 8.878 crianças nascidas de parto único, onde se realizaram as análises com auxílio de computador. Pormenores sobre a metodologia encontram-se publicados em outro trabalho<sup>1</sup>.

Para a presente investigação consideraram-se os seguintes dados relativos a peso ao nascer: idade gestacional, idade materna por ocasião do parto, número de gestações, hábito de fumar materno, escolaridade materna, situação conjugal da mãe, trabalho materno, categoria de pré-natal, número de consultas no pré-natal, categoria de internação, tipo

de parto, renda familiar em salários-mínimos e classe social. Os critérios utilizados na organização, definições e terminologias para o período perinatal foram os recomendados pela OMS, em 1977<sup>26</sup>.

A conceituação da classe social foi baseada no modelo proposto por Singer<sup>19</sup> e adaptado para uso epidemiológico por Barros<sup>2</sup>, empregando-se fundamentalmente dois indicadores: posição na ocupação (relação de trabalho) e tipo de ocupação (ocupação-função), feita em relação à inserção do chefe de família no processo produtivo e, secundariamente, pelo nível de renda e número de empregados, estabelecendo-se, assim, 5 frações de classe: burguesia empresarial, burguesia gerencial, pequena burguesia, proletariado e subproletariado.

## Resultados

Quanto à procedência, dos 8.878 casos, 6.750 eram residentes no Município de Ribeirão Preto, sendo 2.128 casos provenientes de outros municípios do Estado de São Paulo ou de outros estados brasileiros.

A prevalência de baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g.) para a coorte de crianças nascidas em Ribeirão Preto foi de 7,47%, e para peso deficiente ao nascer (de 2.500 a menor que 3.000 g.) foi de 21,06%. Das 660 crianças que nasceram com baixo peso, 207 tinham informação prejudicada da idade gestacional. Do restante, 49,4% eram pré-termo e 50,6% a termo.

As taxas de baixo peso e de peso deficiente ao nascer foram menores, considerando-se somente a população residente no município (7,22% e 20,87%, respectivamente).

Podem-se observar na Fig. 1 a distribuição desigual da proporção de baixo peso ao nascer entre as diferentes frações de classe social. O contraste fica evidente quando se tem o triplo da prevalência de baixo peso, 9,46% no subproletariado, em relação a 3,2% na burguesia empresarial ( $p < 0,001$ ). Esta diferença é importante, tanto levando-se em consideração uma maior proporção de baixo peso nas classes proletárias, como também devido a maior participação destas mesmas classes na composição da população, que atinge 1,4% para a burguesia empresarial, 5,2% para a burguesia gerencial, 9,9% para a pequena burguesia, 49% para o proletariado propriamente dito, 27,5% para o subproletariado e 7% prejudicado. Com relação ao peso deficiente ao nascer, observa-se que este problema se distribui de maneira socialmente desigual.

A composição da população de estudo por frações de classe, excluindo-se os "prejudicados" (sem classificação social), pode ser observada na Fig. 2. Dos 7% de casos sem informação de classe,

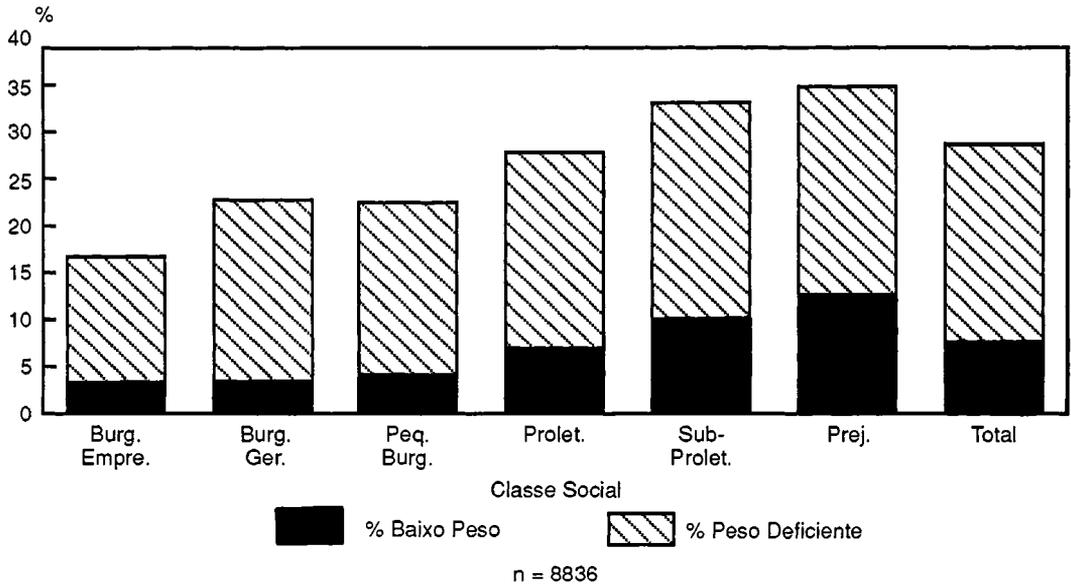


Figura 1. Baixo peso e peso deficiente ao nascer segundo classe social, Ribeirão Preto, Brasil, 1978-1979.

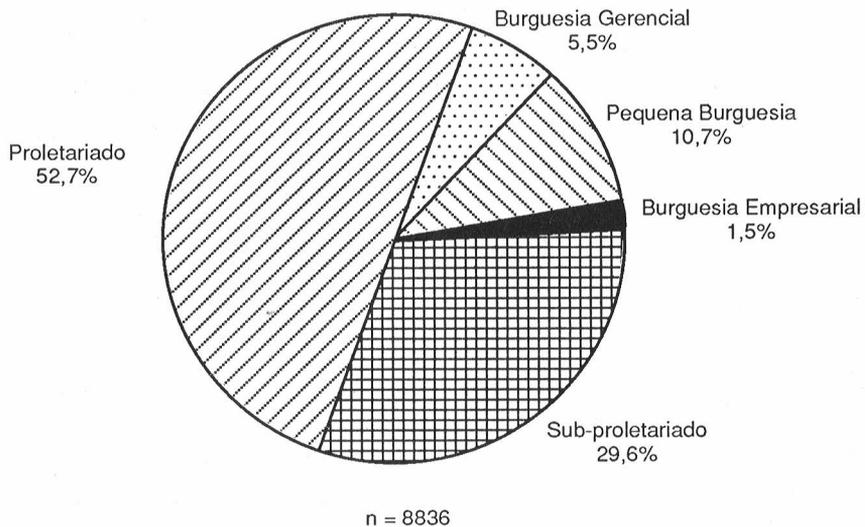


Figura 2. Distribuição da população de nativos segundo classe social, Ribeirão Preto, Brasil, 1978-1979.

em cerca de 2% foram coletados apenas dados hospitalares, pois houve recusa de resposta ao questionário ou, por qualquer outro motivo, o questionário não foi respondido.

Na Fig. 3 compara-se a distribuição do peso em diferentes percentis segundo a burguesia (englobando burguesia empresarial e burguesia gerencial) e o proletariado (englobando proletariado propriamente dito e subproletariado). A média de peso ao nascer foi de 3.400 g (desvio-padrão - d.p.= 480) para a burguesia empresarial, 3.350 g (d.p.= 595)

para a burguesia gerencial, 3.320 g (d.p.= 555) para a pequena burguesia, 3.280 g (d.p.= 695) para o proletariado, 3.200 g (d.p.= 700) para o subproletariado e 3.140 g (d.p.= 855) para os "prejudicados".

Não foi excluído o item "prejudicado" da análise em virtude deste grupo ser aquele que sempre apresenta maior proporção de baixo peso, qualquer que seja o fator levado em consideração. Observando-se esta categoria, quanto ao consumo médico, como, por exemplo, categoria de internação, vê-se que 49,5% utilizaram serviços do se-

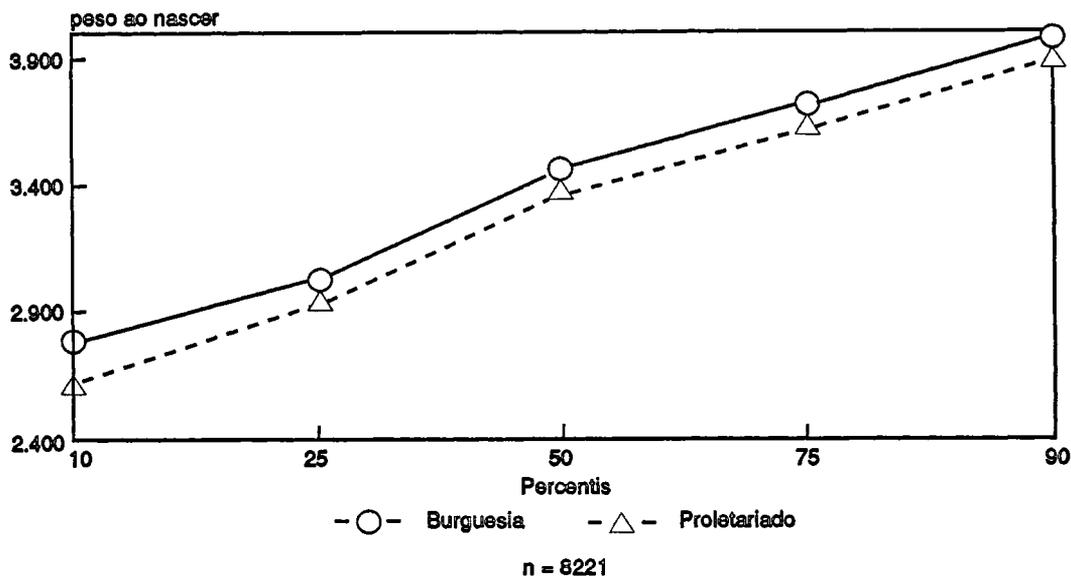


Figura 3. Distribuição dos percentis de peso ao nascer nas classes sociais, Ribeirão Preto, Brasil, 1978-1979.

Tabela 1. Características das variáveis segundo as frações de classe social (%) Ribeirão Preto, Brasil, 78-79

Classe Social/ Variáveis	Burguesia Empresarial	Burguesia Gerencial	Pequena Burguesia	Prole- tariado	Subprole- tariado	Total
Baixo Peso	3,20	2,85	3,86	7,00	9,46	7,47
Peso Deficiente	13,60	19,74	18,41	20,53	23,27	21,06
Pré-Termo	6,96	3,46	6,28	7,86	14,56	7,97
Idade < 20	2,40	2,62	6,82	14,05	18,10	14,58
> 34	1,12	6,11	7,73	7,63	11,78	8,66
Primípara	30,40	43,01	37,26	32,76	26,59	32,93
> 4 Partos	7,20	3,49	8,11	14,12	23,70	15,37
Hábito de Fumar						
Materno	28,00	30,18	25,66	26,29	30,09	28,46
Até Primário						
Imcompleto	1,60	0,70	5,80	23,40	50,00	28,00
Mãe sem						
Companheiro	0,00	1,31	0,00	2,30	7,38	6,44
Mãe Trabalha						
Fora	26,40	44,54	14,98	15,00	16,22	17,49
Pré-Natal						
< 4 Consultas	8,04	8,80	12,13	20,28	40,45	26,00
Parto Cesáreo	54,40	42,70	38,82	30,55	23,41	30,00
Hospital Pago	42,62	27,19	11,36	1,73	0,00	4,60
Renda < 4 Salá- rios Mínimos	0,00	2,70	10,96	47,20	82,26	50,00

guro social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), 38,1% serviços gratuitos e apenas 7,4% tiveram acesso a serviços particulares pagos. Na Tabela 1, observa-se, quanto à categoria de internação, que os percentuais de utilização de hospital pago foram maiores para as três frações da burguesia (11,36%, 27,19% e 42,62%, respectivamente) do que para o

grupo de prejudicados (7,4%) ( $p < 0,001$ ).

Observa-se na Fig. 4 que, para a burguesia empresarial, burguesia gerencial e pequena burguesia, a maioria das crianças nascidas com baixo peso é pré-termo (75%, 66,67% e 69,23%, respectivamente), ao passo que no proletariado e subproletariado são a termo (55,65% e 53,38%), porém essas diferenças não foram estatisticamente significantes.

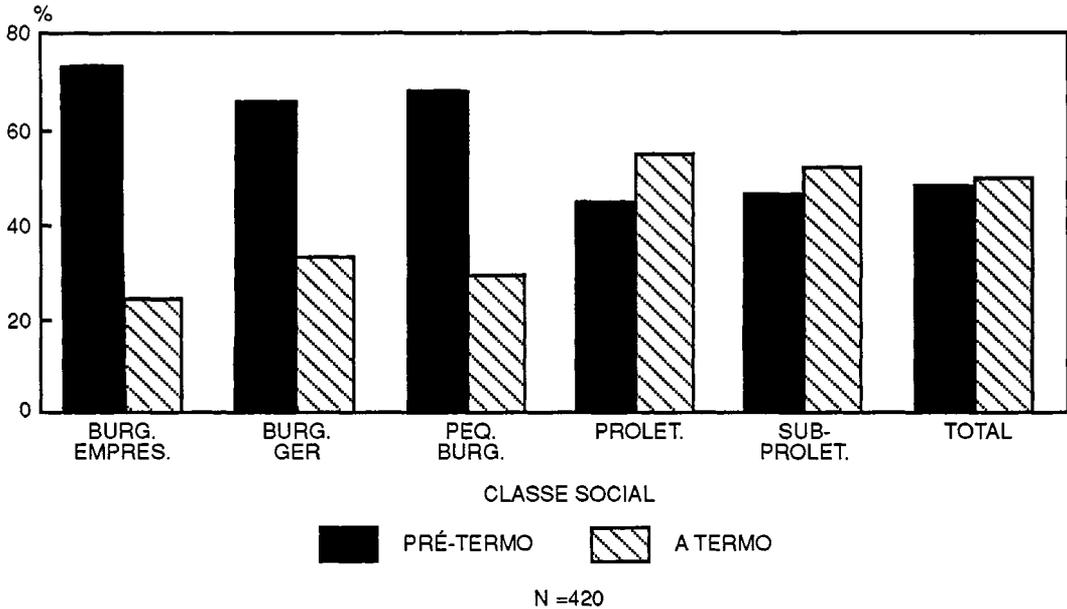


Figura 4. Idade gestacional segundo classe social nas crianças nascidas com baixo peso, Ribeirão Preto, Brasil, 1978-1979.

Tabela 2. Baixo peso ao nascer segundo algumas variáveis do estudo. Ribeirão Preto, Brasil, 78-79

Variáveis		%
Idade Gestacional	pré-termo	42,42 *
	a termo	3,73
Número de Gestações	prímipara	7,66 *
	2 a 4	6,57
	mais de 4	8,62
Escolaridade da Mãe	até primário incompleto	8,94 *
	primário incompleto a	*
	colegial incompleto	7,53
	colegial completo e mais	3,11
Trabalho Materno	no lar	7,52 n.s.
	fora do lar	6,98 *
Tipo de Internação	particular	3,74
	grátis	10,40 *
	seguro social público (INAMPS)	6,63
Tipo de Parto	normal	7,71 *
	cesáreo	6,42
Renda Familiar	até 3 salários mínimos	8,29
	mais de 10 salários mínimos	3,53

\* Diferença entre as proporções significante (p<0,001)  
n.s. - não significante

Na Tabela 1 estão listadas as características das variáveis segundo as frações de classe social. Essa Tabela ilustra a disparidade entre as classes no que diz respeito aos vários indicadores analisados.

Na Tabela 2 pode-se observar os percentuais de ocorrência de baixo peso ao nascer segundo as variáveis do estudo. Nota-se que, para todas as variáveis exceto trabalho materno, há diferenças percentuais significantes na prevalência de baixo peso. Como se comportariam tais diferenças nas distintas classes sociais? O risco de uma mãe trabalhadora fumante é o mesmo risco que experimenta uma mãe burguesa fumante?

Estão relacionados, na Tabela 3, os principais trabalhos sobre a prevalência de baixo peso no Brasil. Uma dificuldade que surge na comparação reside na inclusão ou não dos pesos iguais a 2.500 g neste índice. No presente artigo, embora considerando-se baixo peso (menor que 2.500 g) conforme recomendação da OMS, desde 1976, utiliza-se também o critério antigo da OMS (baixo peso - menor ou igual a 2.500g) apenas para fins de comparação histórica com trabalhos anteriores. Pelo citado critério antigo, Ribeirão Preto, com um percentual de 8,3%, em 1978-1979, está melhor do que Recife (14,6%) em 1974 e São Paulo (9,7%), em 1976, tendo índice igual às capitais brasileiras (8,3%) em 1978-1979. Medindo-se pelo critério atual, Ribeirão Preto, com 7,4%, tem uma taxa mais baixa que 9 maternidades (11,1%), em 1980-1982, e Pelotas,

**Tabela 3.** Baixo peso e peso deficiente ao nascer em estudos realizados no Brasil

Estudo	Ano	Referência	Nº	Peso	
				Baixo Peso	Deficiente
				Até 2.500	2.501 a 3.000
Ribeirão Preto	68-70	21	15.192	8,7%	23,4%
Recife	74	12	23.235	14,6%	33,0%
São Paulo	76	10	5.734	9,7%	28,4%
Capitais	78	11	101.126	8,3%	26,3%
Ribeirão Preto	78-79		8.878	8,3%	23,3%
				< 2.500	2.500 a 2.999
9 Maternidades	80-82	9	12.718	11,1%	25,7%
Pelotas	82	3	7.149	8,1%	22,6%
Ribeirão Preto	78-79		8.878	7,5%	21,1%
Florianópolis	78-79	20	18.491	5,3%	15,3%

**Tabela 4.** Distribuição dos nascidos vivos segundo a idade da mãe. Ribeirão Preto, Brasil, 1968-1970 e 1978-1979

Idade Materna	1968-1970	1978-1979
< 20 anos	11,7%	14,6%
20 a 24 anos	32,9%	33,3%
25 a 29 anos	27,2%	28,2%
30 a 34 anos	16,1%	15,3%
35 anos e mais	12,1%	8,7%

com 8,1%, em 1982, porém mais alta que a de Florianópolis (5,3%), em 1978-1979.

Comparando-se o baixo peso e peso deficiente, pelo critério antigo, em Ribeirão Preto, nos anos da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, 1968-1970, percentuais de 8,7% e 23,4%, respectivamente, com os dados do presente estudo (8,3% e 23,3% - Tabela 3), conclui-se que a diferença não é estatisticamente significativa. Além do mais, as taxas de 1968-1970 estão superestimadas pela inclusão de gemelares.

Na Tabela 4 mostra-se a distribuição percentual dos nascidos vivos segundo a idade da mãe, em Ribeirão Preto, comparando-se 1968-1970 e 1978-1979. Verifica-se que houve um aumento do número de nascimentos entre as mães menores de 20 anos, ao lado de uma diminuição entre as mães com mais de 30 anos.

## Discussão e Conclusões

Sabe-se, de longa data, que há importantes diferenças dentro de uma população que fazem com

que uns experimentem uma melhor qualidade de vida em contraste com outros que adocem e morrem com mais frequência, muitas vezes por nosologias também diferentes. Assim, se os indivíduos apresentam tais diferenças, estas não se devem apenas às suas características pessoais inatas ou adquiridas, mas também, e primordialmente, ao modo como a sociedade se organiza e como se reparte a renda entre as classes. Por outro lado, é a situação social o contexto determinante na expressão das características pessoais.

Deste modo, a estratificação social é a maneira utilizada para se inferir, indiretamente, a classe social dos indivíduos. O modelo de estratificação escolhido para este estudo utiliza uma categoria econômica, a posição social no processo produtivo, para a análise em foco. Embora todo método de estratificação seja imperfeito, pela impossibilidade de se verificar a "classe mesma", o tipo de estratificação escolhido, à medida que restringe a escolha e a subjetividade do pesquisador, é o mais adequado aos objetivos da presente investigação, de analisar uma sociedade composta de populações diferentes do ponto de vista social, diferenças estas que se refletem no organismo biológico dos indivíduos.

Classes são grandes grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo lugar ocupado por elas num sistema historicamente determinado de produção social, por sua relação com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e, por consequência, pelas dimensões e método de adquirir a parcela da riqueza social de que disponham<sup>2</sup>. A burguesia é a classe proprietária dos meios de produção (terra, máquinas, fábricas, capital) e o proletariado é a classe não proprietária destes meios, que vende a sua força de trabalho no

mercado, em troca de um salário. A burguesia empresarial é composta dos donos de empresas e ações. A burguesia gerencial é a tecnoburocracia, estatal ou privada, que assume funções diretivas e gerenciais. A pequena burguesia é a classe intermediária, que trabalha, mas é, ao mesmo tempo, proprietária dos seus meios de produção. O proletariado propriamente dito são os trabalhadores, geralmente do setor secundário e o subproletariado é composto de desempregados, trabalhadores agrícolas e os trabalhadores com ocupações irregulares, com inserção débil nas relações de produção – empregados domésticos, trabalhadores da construção civil, diaristas, ambulantes, entre outras<sup>19</sup>.

A utilização da classe social nos modelos epidemiológicos tem sido criticada por alguns sociólogos que perguntam sobre a validade do modelo para observação de casos individuais. Um defeito dessa caracterização é de que se limita a captar a situação de classe pela estrutura econômica, portanto, a classe em si, não captando a posição de classe (dada pelo nível de percepção de renda e consumo) nem os valores, a ideologia, as posições políticas dos membros de cada classe, portanto não afere a superestrutura, ou melhor, a classe para si. Outro ponto é que se percebe a realidade petrificada em um momento histórico, isto é, sincronicamente, não permitindo, por exemplo, o estabelecimento de relações diacrônicas entre sujeito-objeto historicamente considerados<sup>15</sup>.

A conclusão que perpassa todos os dados do presente trabalho, é de que há diferença significativa e importante entre as classes proprietárias e as classes trabalhadoras, nos percentuais de baixo peso. Assim, essas diferenças dentro de uma mesma população, em suas diversas classes, assemelham-se às distinções observadas entre países, na prevalência de baixo peso ao nascer. Por outro lado, no presente estudo, o percentual de baixo peso de 7,47% foi muito semelhante ao percentual de 7,0% do proletariado. No entanto, há uma classe que tem os indicadores de baixo peso e peso deficiente ao nascer ainda piores do que o proletariado. É o subproletariado que apresenta estes valores de 9,46% e de 23,27%, respectivamente.

O subproletariado, que percebe salários ainda mais baixos, e que realiza atividades informais principalmente no setor de serviços, excluído da produção industrial, comporta-se em termos biológicos ainda pior que os trabalhadores fabris. A este respeito, Oliveira<sup>13</sup> coloca que é devido à existência dessa população "marginal" que o sistema produtivo sobrevive, pois essa população de subproletários presta, a um custo ínfimo, os serviços necessários à reprodução física do proletariado propriamente dito, o que permite que se pague um salário baixo aos trabalhadores. Há uma

interpretação econômica que credita à dualidade da economia uma das causas do subdesenvolvimento. A existência dessa economia primitiva e informal ao lado da economia industrial e desenvolvida seria, a partir desta percepção, disfuncional ao sistema<sup>7</sup>. Tal dualidade, ao invés de disfuncional, é, para outros, funcional para a manutenção dos atuais mecanismos de produção de bens e serviços no Brasil, que se caracterizam por uma grande desigualdade na repartição da renda e baixo custo de mão de obra no setor industrial<sup>13</sup>.

A categoria "prejudicado", que não quis informar ou informa mal sobre vários fatores, tem a maioria da sua composição retirada do proletariado e subproletariado, talvez daqueles que estejam em pior situação social no que diz respeito à inserção na produção, desemprego e escolaridade. Esse aspecto deverá ser objeto de discussão específica.

Teruel<sup>21</sup> mostra que o comportamento reprodutivo das mães, que se reflete na distribuição dos nascimentos por idade materna, depende de uma série de fatores econômicos e sociais. Assim, o maior número de nascimentos nas mães jovens adverte para o aumento da gravidez na adolescência. Segundo o relatório da UNICEF<sup>22</sup> sobre a situação mundial da infância, em 1984, as gestantes precoces tendem a pertencer às classes mais baixas. Portanto, se a idade materna for um "fator de risco", este risco não se distribui homogênea nas classes sociais. A diminuição dos nascimentos nas mães com mais de 30 anos deve constituir um reflexo da queda global da taxa de fecundidade no Brasil<sup>17</sup>.

A utilização, em epidemiologia, de dados médios ou dados globais de uma população, sem se levar em conta a sua diferente composição por classes, pode proporcionar uma distorção da realidade. A consideração dos dados sociais pode levar, inclusive, a uma reversão das prioridades. Se, por exemplo, a idade materna menor que 20 anos for um "fator de risco", este "risco" está presente em maior intensidade no subproletariado (18,1%) e proletariado (14%) contra apenas 6,8% na pequena burguesia, 2,6% na burguesia gerencial e 2,4% na burguesia empresarial (Tabela 1). Assim, na eleição de prioridades para a assistência de saúde pública deve-se considerar não somente os "fatores de risco" analisados isoladamente, mas também a prevalência desses fatores dentro das classes sociais. E, além disto, atentar para a composição percentual das classes sociais na população global, onde predominam os trabalhadores (proletariado e subproletariado), representando 82,3% do total, contra 17,7% das classes proprietárias (burguesia empresarial, gerencial e pequena burguesia).

Por outro lado, o que se esperaria encontrar em Ribeirão Preto, devido às condições de um desenvolvimento capitalista avançado, seria uma me-

lhor na prevalência de recém-nascido de baixo peso. Isso talvez mostre a incapacidade de se distribuir os frutos do progresso, elevando-se o padrão de vida das populações, repartindo-se mais equitativamente a riqueza no Brasil. Porém, em Cuba, China e Japão, observou-se este mesmo fenômeno da não redução do índice de baixo peso mesmo com a melhoria das condições sociais. Ao que parece, tal redução só se operaria em um intervalo mais longo, envolvendo mais de uma geração. Assim, o prejuízo no desenvolvimento da mãe, privada de condições sociais no passado, continuaria gerando crianças pequenas, apesar da melhoria presente na sua situação econômica<sup>4</sup>.

O modelo de desenvolvimento brasileiro atenuou ou alargou as diferenças sociais na prevalência de baixo peso? A resposta a esta pergunta só poderá ser encontrada realizando-se novos estudos que permitam análises históricas comparativas.

SILVA, A.A.M. da et al. [Perinatal health: low birth weight and social class]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 87-95, 1991. A survey was carried out in Ribeirão Preto, S. Paulo State, Brazil, between June 1978 and May 1979 with a view to studying the prevalence of low birth weight and its occurrence among different social classes. Data were collected from 8,878 singleton live births in eight maternity hospitals, accounting for 98% of all births in the area. Social classes were determined by the use of a model proposed by Singer and modified for epidemiological purposes by Barros. Out of the 8,878 births, 660 (7.5%) were of low birth weight. The prevalence of deficient weight at birth (between 2,500 and 2,999 grams) was of 21.1%. Analysis indicated that 50.6% of children with low birth weight were at term and the majority of them suffered from intrauterine growth retardation. The prevalence of low birth weight according to social class was seen to be lower in the bourgeoisie classes (ranging from 2.8% to 3.9%) and higher in working classes (from 7% up to 9.5%). Low birth weight (defined as  $\leq 2,500$  grams) was used for purposes of comparison with other previous surveys. The percentage was lower in this study (8.3%) than that found in the Interamerican Investigation of Mortality in Childhood (8.7%), carried out in 1968-70. No statistically significant differences in the percentage of low birth weight were found in the case of Ribeirão Preto when these two surveys were compared.

**Keywords:** Infant, low birth weight. Socioeconomic factors. Health surveys.

## Referências Bibliográficas

- BARBIERI, M.A.; GOMES, U. A.; BARROS FILHO, A. A.; BETTIOL, H.; ALMEIDA, L.E. A.; SILVA, A. A.M. da Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: a questão do método. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, 5:376-87, 1989.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P.; ESTANISLAU, H. J. Bajo peso al nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 102:541-54, 1987.
- BARROS, M.B. de A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:269-73, 1986.
- BELIZAN, J.M.; LECHTIG, A.; VILLAR, J. Distribution of low birth weight babies in developing countries. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 132:704-5, 1978.
- BELIZAN, J.M.; NARDIN, J.C.; CARROLI, G.; CAMPODÓNICO, L. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas de Rosario, Argentina. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 106:380-8, 1989.
- CARVALHEIRO, C.D.G. Estudo de algumas variáveis associadas à população feminina em idade fértil – Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1975. [Tese de Livre-docência – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- FRANK, A.G. Desenvolvimento do subdesenvolvimento latino-americano. In: Pereira, L. *Urbanização e subdesenvolvimento*. 4a. ed. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1979. p. 25-38.
- KRAMER, M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull. Wld Health Org.*, 65:663-737, 1987.
- LAURENTI, R. & BUCIALLA, 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.
- MONTEIRO, C.A.; ISHII, M.; BENICIO, M.H.D'A.; REA, M.F. A distribuição do peso ao nascer no município de São Paulo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:161-72, 1980.
- NÓBREGA, F.J. de Antropometria, patologias e malformações congênitas do recém-nascido brasileiro e estudos de associação com algumas variáveis maternas. *J. Pediatr.*, 59(Supl. 1), 1985.
- NUNES, R.M. Estudo e ações sobre reprodução humana e nutrição em Recife. *Bol. Ofic. sanit. panamer.* 81:304-12, 1976.
- OLIVEIRA, F. de. *A economia brasileira: crítica à razão dualista*. São Paulo, Brasiliense, 1976. (Seleções CEBRAP 1).
- PICKERING, R.M. Relative risks of low birthweight in Scotland 1980-2. *J. Epidem. Community Health*, 41:133-9, 1987.
- POULANTZAS, N. *As classes sociais no capitalismo de hoje*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1978.
- PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. *Patterns of birthweights*. Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1987. (PAHO – Scientific Publication, 504).
- RUTEMBERG, N.; OCHIOA, L.H.; ARRUDA, J.M. The proximate determinants of low fertility in Brazil. *Int. Fam. Plann. Perspect.*, 13:75-80, 1987.
- SCHWARZ, R.; DIAZ, A.G.; FESCIANA, R.; ROSSELLO, J.L.D.; BELITZKY, R.; MARTELL, M. Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en maternidades de America Latina. In: Organización Panamericana de la Salud. *Salud maternoinfantil y atención primaria en las Americas: hechos y tendencias*. Washington, D.C., 1984. p.105-17. (Publicación Científica 461)
- SINGER, P.I. *Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição da renda no Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.
- SOUZA, M. de L.R. de; TANAKA, A.C. d'A.; SIQUEIRA, A.A.F. de; SANT'ANA, R.M. Estudo sobre nascidos vivos em maternidades. 1. Peso ao nascer, sexo, tipo de nascimento e filiação previdenciária das mães. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22: 489-93, 1988.
- TERUEL, J.R.; GOMES, U.A.; NOGUEIRA, J.L. Investiga-

- ción 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.
22. UNICEF. *The state of world's children*. Oxford, Oxford University Press, 1984.
23. VAN ROOSMALEN, J. Birth weights in two rural hospitals in the United Republic of Tanzania. *Bull. Wld Hlth Org.*, 66:653-8, 1988.
24. VILLAR, J. & BELIZAN, J.M. The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 143:793-8, 1982.
25. WHARTON, B.A. Sorrento studies of birth weight. Case for international reference data. *Acta paediatr. scand.*, (Suppl. 319):170-9, 1985.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate of cause of perinatal deaths. *Acta obstet. gynec. scand.*, 56:247-50, 1977.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The incidence of low birth weight: a critical review of available information. *Wld Hlth Statist. Quart.*, 33:197-224, 1980.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The incidence of low birth weight: an update. *Wkly epidem. Rec.* 59:205-11, 1984.

Recebido para publicação em 26/4/1990.

Reapresentado em 31/11/1991.

Aprovado para publicação em 25/2/1991.