

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

VISÃO CRÍTICA DOS DETERMINANTES E DOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

Luiz Roberto de Oliveira *
Águeda Beatriz Pires Rizzato **
Cecília Magaldi *

OLIVEIRA, L. R. de et al. Saúde materno-infantil. Visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 17:208-20, 1983.

RESUMO: Discute-se a determinação social da saúde materno-infantil nas Américas, a partir de inúmeras publicações e recomendações oficiais. Observou-se que nem todos os estudos valorizam apropriadamente as variáveis sociais e que muitos deles as consideram no mesmo nível de importância das variáveis biológicas. Como consequência, a compreensão final dos achados fica prejudicada e as conclusões e recomendações extraídas ficam longe de tocar a raiz dos problemas. Diferentes variáveis sociais (como escolaridade materna ou assistência médica) encontram-se freqüentemente associadas com variáveis biológicas (como peso ao nascer ou estado nutricional). Esta associação, no entanto, pode não representar uma relação causal, mas tão somente a ocorrência simultânea de características pertencentes a uma única classe social. Reitera-se a necessidade de estudos que reconheçam as classes sociais e analisem os resultados sobre saúde materno-infantil em relação às mesmas. Estes estudos provavelmente evidenciarão a importância social da saúde materno-infantil e evitarão as habituais diretrizes e recomendações restritas ao plano puramente técnico.

UNITERMOS: Saúde materno-infantil, aspectos sociais. Serviços de saúde materno-infantil. Programas de saúde, avaliação.

A CRIANÇA EM TRÊS MOMENTOS DA SOCIEDADE INDUSTRIAL

Inglaterra, 1840

“A divisão dos ricos e pobres não era nova. Mas com a chegada das máquinas e do sistema fabril a linha divisória se tornou mais acentuada ainda. Os ricos ficaram mais ricos e os pobres, desligados dos meios de produção, mais pobres. Particularmente ruim era o sistema dos artesãos, que ganhavam antes o bastante para uma vida decente e que, agora, devido a competição das mercadorias feitas pela máquina, viram-se na miséria. Temos uma idéia de como era desesperadora a sua situação pelo testemunho de um deles, Thomas Heath, tecelão manual:

* Do Departamento de Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP — 18.610 — Rubião Junior, Botucatu, SP — Brasil.

** Do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UNESP — 18.610 — Rubião Junior, Botucatu, SP — Brasil.

“Pergunta: Tem filhos?

“Resposta: Não. Tinha dois, mas estão mortos, graças a Deus.

“Pergunta: Expressa satisfação pela morte de seus filhos?

“Resposta: Sim, agradeço a Deus por isso. Estou livre do peso de sustentá-los e eles, pobres criaturas, estão livres dos problemas desta vida mortal!

Reports from assistant handloom weaver's commissioners, parte II, p. 232, 1840.
(Citado por Huberman¹³)

Estados Unidos, 1934

“Um levantamento do trabalho doméstico realizado para a indústria de metal pré-fabricado”... “A família média trabalha num total de 35 horas/semana, pelo que recebe U\$ 1,75”.

...“Casas superlotadas, sujas e em mau estado, roupas esfarrapadas e reclamações freqüentes sobre a comida insatisfatória, tanto na qualidade como na quantidade, caracterizam os lares pesquisados”... “Crianças de menos de 16 anos trabalhavam em 96 das 129 famílias estudadas... Metade delas tinha menos de 12 anos. Trinta e quatro tinha 8 anos e meio, e 12 menos de cinco anos”.

Reports on homework in the fabricated metal industry in Connecticut, State Department of Labor, Minimum Wage Division, Hartford, Connecticut, setembro de 1934¹³.

(citado por Huberman¹³)

São Paulo, Capital, 1979

“Quando o Nilson era menor só fazia uns carretos nas feiras daqui do bairro mesmo. Ia pegando uma prática e garantia um dinheirinho. Como era perto eu podia controlar. Mas o bairro aqui é de gente pobre e isso rende muito pouco. Agora que ele tá maior já estou mandando ir pro Palmeiras e pra uma feira de gente rica. Fica longe mas o ganho vale a pena. E agora ele já é mais vivo, sabe se defender” (Helena).

“Desde cedo, 6 anos, ele trabalha. Ia para as feiras, engraxava sapatos”... (Mãe de Álvaro).

“...Se o cara tem seiscentos e cinqüenta mangos pra ver o Roberto cantar, bem que pode deixar oitenta ou cem pra ter seu carro seguro”. (Depoimento de Álvaro).

(Ferreira¹²)

Três povos, três momentos na história do desenvolvimento humano, um quadro comum: o avanço da sociedade industrial, a urbanização, a super-exploração do trabalho humano, a riqueza e a miséria lado a lado, o trabalho infantil, a morte precoce!

Nas épocas retratadas morriam anualmente 150 crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas na Inglaterra e Gales²²,

63 nos EUA⁵ e 75 na capital de São Paulo²⁶. Três taxas elevadas de mortalidade infantil, reveladoras de que as três situações descritas encerram elevados riscos à saúde e à própria vida das crianças

Embora a humanidade tenha assistido a uma progressiva diminuição do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) ao longo das décadas e ao lado da expansão da sociedade

industrial e do modo de produção capitalista, a velocidade desta diminuição não foi e nem tem sido a mesma para os diferentes países e classes sociais. Na atualidade, enquanto os EUA e a Inglaterra apresentam CMI menores que 20 óbitos/1.000 NV o Brasil não atingiu sequer a casa dos 50, mesmo em regiões mais prósperas como São Paulo.

Como explicar? Torna-se difícil, quando não impossível, explicar esta variação dos coeficientes de mortalidade infantil em função de épocas e populações diferentes se não se considerar o modo de vida e a qualidade da mesma para cada país e época. Os quadros descritos ilustram as condições geradoras dos elevados coeficientes em cada um dos três países, nos respectivos períodos: no auge da Revolução Industrial, na Inglaterra; no início do desenvolvimento industrial nos EUA; e em meio à crise do "milagre" econômico no Brasil. Três momentos da era industrial e do desenvolvimento da sociedade capitalista ilustrados por retratos de situações vividas por famílias trabalhadoras, as principais tributárias do excesso de óbitos infantis. Os coeficientes mencionados para cada um destes momentos, embora elevados, certamente subestimam a sua gravidade. Ocultam a desigualdade de risco de morte no primeiro ano que existe entre as classes trabalhadoras e as patronais. Por sua vez, o desnível atual das condições de saúde dos três países explica-se pelo grau de desenvolvimento logrado pelos mesmos, desenvolvimento este que inclui desigualdades sociais internas e também desigualdades internacionais. A prosperidade de uma classe, ou de uma nação, dentro do desenvolvimento capitalista, implica em dominação e exploração de outra classe, ou outra nação.

Em suma, a compreensão total das variações do nível de saúde das populações no espaço e no tempo só pode ser alcançada se se levar em conta o grau de desenvolvimento das forças produtivas, o modo como se dá a apropriação dos meios de produção, a distribuição social dos bens e dos ser-

viços, os antagonismos entre o capital e o trabalho, a existência de nações e classes poderosas e exploradoras e de nações e classes dependentes e exploradas.

Estrutura social e saúde: As condições necessárias para se ter saúde (renda, habitação, alimentação, instrução, assistência médico-sanitária, entre outras) são socialmente determinadas. Numa sociedade de classes as referidas condições acham-se desigualmente distribuídas. Esta desigualdade tem respaldo institucional, jurídico e político. Condições de saúde e estrutura social são partes, portanto, de uma mesma totalidade, que se transforma historicamente.

Alguns estudos: A saúde materno-infantil tem sido estudada por diferentes abordagens que consideram o fator social. Estudos epidemiológicos calcados em modelos multi-causais, embora levem em conta variáveis de natureza social (por ex. rede de água, tipo de habitação, local de moradia, assistência médica, escolaridade, ocupação, entre outras), nem sempre tem conseguido explicitar a aludida determinação social da saúde. Isto porque as citadas variáveis são consideradas isoladamente, desligadas do contexto econômico e político em que ocorrem. Este procedimento as nivela em importância às variáveis biológicas (sexo, idade, paridade, peso, entre outras), tirando-lhes a força explicativa³.

Outros estudos sobre saúde materno-infantil levaram em conta a questão das classes sociais e chegaram mesmo a identificar a classe de maior risco²⁰. No entanto, não foram além de apontar para a necessidade de programas assistenciais destinados ao "socorro" das classes de maior risco. Com efeito, tais propostas acabaram sendo incorporadas à maioria dos programas oficiais, nacionais e estrangeiros, conforme se verá mais adiante.

Objetivos: A presente análise é uma tentativa de contribuir para a melhor compreensão da determinação social do nível

de saúde materno-infantil, a partir da análise de publicações que se ocuparam desta matéria.

SAÚDE DA CRIANÇA

A Investigação de Mortalidade na Infância nas Américas³², já havia mostrado que os principais problemas relacionados aos óbitos até os 5 anos de vida eram: deficiência nutricional aliada à insuficiência ponderal, desnutrição protéico-calórica, doenças infecciosas (diarréia e sarampo), condições "anormais" maternas, as complicações da gravidez e o parto distócico, anomalias congênitas, residência na área rural, desmame precoce, baixa utilização de serviços pré-natais, baixo grau de instrução das mães, reduzido abastecimento de água tratada, e, ainda, causas sinergicamente associadas como desnutrição e infecções, efeitos das complicações da gravidez e do parto sobre o conceito medidos pelo peso ao nascer e pela vitalidade do recém-nascido (RN).

Alguns pesquisadores brasileiros aprofundaram o estudo dessas associações em áreas do país, com ênfase na reprodução e nutrição, peso ao nascer e aleitamento materno³¹. Sucederam-se novos trabalhos desde a publicação dos resultados daquela investigação, ora utilizando dados oficiais¹¹, ora investigando óbitos por causas múltiplas em comparação com certificados originais^{9,15} e outros ainda procurando medir o impacto de certas características sobre os níveis de mortalidade infantil²⁶. Ainda no início da década de 70, trabalhos já apontavam para as relações entre condições de vida e a saúde infantil. Pesquisas derivadas do estudo antropométrico de crianças brasileiras de zero a doze anos de idade, realizado em 1968-69, em Santo André¹⁹, analisaram a influência de fatores sócio-econômicos e da situação social no crescimento das crianças²¹.

Estudando a distribuição do peso ao nascer dos recém-nascidos em 1976 no município de São Paulo, e a influência desta

distribuição nos diferenciais de mortalidade infantil entre determinadas áreas do município, Monteiro²⁶ fez importantes observações. Os coeficientes de mortalidade para as áreas central, intermediária e periférica, respectivamente de 52,4; 62,7 e 97,0/1.000 NV, foram atribuídos às desiguais condições de qualidade de vida nas três áreas, particularmente à piora do nível de renda familiar e das condições de saneamento básico observadas no sentido centro-periferia. Padronizando os três coeficientes em relação ao peso ao nascer, esse autor verificou que este não explicava o grande excesso de mortalidade infantil da área periférica em relação às outras duas. Este excesso teve como explicação as disponibilidades insuficientes ou a inexistência de serviços públicos de pré-natal, de assistência hospitalar ao parto e ao recém-nascido e de saneamento do meio, aspectos característicos da periferia do município de São Paulo. A distribuição da renda superpõe-se à desigual disponibilidade dos serviços públicos fundamentais. Assim, Monteiro²⁶ concluiu que são as precárias condições de vida e não a vitalidade do recém-nascido, medida pelo seu peso, que explicam o excesso de mortalidade infantil em São Paulo.

Oliveira³⁰, objetivando avaliar a ocorrência do aleitamento materno na clientela infantil do Centro de Saúde Escola de Botucatu e suas relações com o crescimento e a saúde das mesmas, encontrou taxas de crianças em aleitamento materno aos três, seis, nove e doze meses que considerou baixas e similares às de clientelas de outros serviços e centros igualmente urbanizados. Encontrou uma relação favorável das variáveis "moradia rural", "extrato sócio-econômico baixo" e "frequência ao pré-natal" com o aleitamento materno. No entanto, foi a variável "local de moradia" a que se apresentou mais influente sobre a prática do aleitamento, sugerindo que a mudança da zona rural para a urbana incluiria fatores promotores do desmame precoce. Além deste aspecto, este trabalho constatou

que as maiores percentagens de lactentes com peso deficiente e/ou doentes, aos três e seis meses, explicavam-se mais pelas condições de vida ("moradia rural", "estrato sócio-econômico baixo") do que pela ausência do aleitamento materno. O autor verificou também que as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças carenciais, que apareciam no quadro de morbidade do estrato sócio-econômico baixo entre as primeiras, eram de ocorrência praticamente nula no estrato sócio-econômico alto.

As relações entre urbanização e desmame mencionadas por Oliveira³⁰, foram melhor exploradas, posteriormente, por Rea³⁶. A autora arrola inúmeros aspectos constitutivos da urbanização e que teriam efeito desfavorável sobre a prática do aleitamento materno: o papel "educativo dos meios de comunicação de massa, o conceito de "moderno", as dificuldades da mãe que trabalha fora, a pressão para expansão do mercado das indústrias de alimentos infantis, os serviços de saúde, os médicos e a distribuição gratuita de produtos industrializados.

SAÚDE MATERNA

Algumas características da reprodução, como a idade da mãe, ordem do nascimento e resultados das gestações anteriores, interferindo nos óbitos infantis, nos 15 projetos da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, foram analisadas extensamente por Puffer e Serrano³⁵. Os autores, em última análise, valem-se dos resultados e da discussão dos mesmos para apontar para o planejamento familiar como medida capaz de reduzir a mortalidade materno-infantil. Contudo, não se preocuparam em considerar o aspecto sócio-econômico como um todo, a procedência de classe dos óbitos estudados, o que julgamos teria sido elucidativo, inclusive para alguns resultados "inesperados" ou aparentemente contraditórios. Além disso, medidas mais decisivas que o planejamento familiar poderiam ter sido aventadas!

Para Recife, em 1974, Nunes²⁹ estudou os resultados obtidos de gestações em três maternidades, encontrando que metade dos nascidos, nessa capital, apresentava problemas de peso, "favorecendo o aparecimento precoce da desnutrição". Além disso, a distribuição de nascidos vivos (NV) por idade da mãe mostrou grande concentração de gestantes jovens trazendo maiores riscos para os recém-nascidos. Tendo em vista a precariedade da assistência, no Recife, o autor encerra seus comentários preconizando, como solução, três níveis de educação: o nível universitário, o de pessoal auxiliar e o da clientela dos Serviços de Saúde.

Por sua vez, Trindade e col.⁴¹, estudaram 566 RN do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, nascidos entre agosto de 1975 e novembro de 1977, com vistas a avaliar o peso por idade gestacional e o nível sócio-econômico, além dos fatores maternos, fetais e placentários, que podem interferir no desenvolvimento fetal. Os autores mostraram que a maior incidência de RN a termo com baixo peso se deu entre procedentes de zona urbana, de nível econômico mais baixo. Este evento teve proporções significativamente maiores na primeira paridade e, mais ainda, em mães menores de 20 anos. O baixo nível econômico também influenciou nas taxas de prematuridade que, além disso, foram mais altas em mães de idade maior que 30 anos, mais ainda a partir da oitava paridade. Para as mães de idade menor que 20 anos, as doenças maternas acentuaram a taxa de prematuridade, fato que não ocorreu com as patologias placentárias. Em mães de nível econômico mais elevado não se observaram associações entre peso e idade gestacional do RN com a idade e a paridade maternas. Isso descarta a hipótese de que estas duas características maternas, por si mesmas, possam configurar risco gravídico. Além disso, dá ênfase às condições físicas (nutricionais e de saúde geral) da mãe na determinação da higidez do feto e da própria gestação.

No campo da saúde materna há ainda outras questões que merecem menção, nesta abordagem. No dizer de Sigerist³⁷, assim como sucedeu com a pediatria moderna, a valorização da saúde materna também sofreu a influência de fatores não médicos. No caso da mulher, a atitude da sociedade para com ela e sua posição na estrutura social foram fatos tão importantes na história da ginecologia e obstetrícia, quanto os avanços na ciência médica. A incorporação da mulher à força de trabalho assalariado, fora de casa, inclui-se entre as mudanças sociais inauguradas com a Revolução Industrial. Estas mudanças geraram consequências sanitárias que persistem até hoje, levando a mulher à luta pela conquista de direitos na sociedade contemporânea, particularmente os que se referem à sua saúde e à de sua família.

Sob o ponto de vista médico-social, dispõe-se hoje de índices de mortalidade por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Estes se encontram nos resultados da Investigação de Mortalidade Urbana³⁴, realizada em 10 Centros da América Latina, em confronto com Bristol e São Francisco. Nesta Investigação ficou demonstrada a importância da mortalidade materna na América Latina, destacando a gravidade do problema do aborto, refletida na altíssima taxa de Santiago e nos elevados índices de Bogotá, Cali, Caracas e Guatemala.

Dados relativos a 20 capitais brasileiras de 1960-70 mostraram que 8 delas exibiam taxas de mortalidade materna acima de 1,0/1.000 NV. Considerando-se as mortes maternas por causas inevitáveis como correspondentes à taxa de 0,2/1.000 NV, observa-se que das 20 capitais em 19 a maioria dos óbitos ocorreu por causas evitáveis²⁸. Dentre estas só o aborto respondia por aproximadamente 0,2/1.000 NV segundo dados para São Paulo³⁴. Noronha e Guimarães²⁸ distribuem essas causas em três grandes grupos, cotejando dados do Estado de São Paulo com os de 23 países.

Entre nós, as infecções preponderaram sobre os outros dois grupos de causas (toxemias e hemorragias). Nos 23 países, as toxemias da gravidez predominaram.

Ao estudar os padrões de mortalidade da população feminina (em idade reprodutiva) do município de Ribeirão Preto, de 1970-74, Carvalheiro⁶ observa que as complicações da gravidez, parto e puerpério corresponderam a 3,6% do total de óbitos, com o que concluiu que a situação de Ribeirão Preto, quanto à cobertura profissional ao parto e puerpério, era favorável. O coeficiente de mortalidade materna em Ribeirão Preto, no período, foi de 0,75/1.000 NV, enquanto no Estado de São Paulo, em 1980, era de 0,93/1.000 NV e na capital era ao redor de 0,69. A autora preconiza o incentivo à atenção pré-natal para a redução dos níveis já alcançados.

No campo das complicações da gravidez, parto e puerpério há uma questão importante que vem merecendo a atenção de autores nacionais: o risco gravídico. Assim, registram-se inúmeros trabalhos sobre o assunto desde a década de 60^{2,7,16,17,38,39}, ora encarando mais o materno, ora mais o fetal; e vários desses contribuindo com critérios e modelos para identificação de gestantes de alto risco, com vistas quase sempre à melhoria da assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Desde a VI Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1977, em Brasília, o Governo vem aludindo à "prevenção da gravidez de alto risco", tendo sido esboçada esta proposta no Programa de Saúde Materno-Infantil, então divulgado pelo Ministério da Saúde, em 1978²³. A proposta é retomada em 1980, agora com normas que regulamentam as ações de identificação e controle de riscos, na atividade Planejamento Familiar no Brasil, dentro da Política de Saúde Infantil¹⁸.

No dizer de Luz e col.¹⁸, que analisaram recentemente o conceito de risco dentro dessas normas, "é a primeira vez que o Estado legitima a atividade planejamento

familiar e o faz com um exemplo da aplicação do conceito de risco em ações dirigidas ao grupo materno-infantil". Os autores, participantes de um grupo de pesquisadores da Universidade Estadual do Rio de Janeiro que vem estudando o assunto desde 1972, criticam desde alguns conceitos constantes no documento oficial, até a aplicabilidade de condutas e normas. A caracterização de risco, segundo eles, é bastante frágil epidemiologicamente, pois apenas inclui patologias ou condições biológicas, sem mencionar fatores sócio-econômicos, demográficos e culturais!

Em contraposição, em seu capítulo sobre fatores de risco na saúde materno-infantil, Aguirre¹ inicia o assunto com o meio ambiente sócio-econômico como fator condicionante e fornece abundantes elementos que comprovam o que afirma. Em seguida refere-se às políticas de saúde, quando então cita, entre outros, os recursos financeiros que os países latino-americanos destinam à saúde "per capita". Em terceiro lugar, toca nos serviços de saúde, como outro fator de risco, mostrando quadros com as coberturas de controle de gestantes e as taxas de assistência técnica do parto, por países. Na ordem seqüencial de importância desses fatores, em último lugar é que o autor discorre sobre o peso ao nascer, a morbimortalidade infantil, incluídas a deficiência nutricional, as doenças infecciosas e as características da reprodução humana.

Este enfoque é corroborado por De Kadt¹⁰ quando afirma que à medida que as pessoas melhoram suas condições econômicas o mesmo ocorre com a saúde, independente do que possa ser feito com os sistemas de atenção médica.

AS INVESTIGAÇÕES E OS PROGRAMAS OFICIAIS

As investigações sobre mortalidade urbana³⁴ e na infância³² cumpriram importante papel: o de revelar, dentre outros aspectos, a desfavorável situação latino-americana em

relação à norte-americana e inglesa, quanto às condições de saúde. Além disso, ensejaram inúmeras publicações^{15,31,40} e pesquisas correlatas^{9,11,26}, de abrangências mais restritas e que, em alguns casos, superaram-nas em termos de análise e de compreensão dos achados²⁶. No nosso entender, é neste particular das interpretações que se fizeram dos seus resultados, assim como no caráter das recomendações que delas decorreram, que reside a principal importância das mesmas.

Interpretação dos Achados: O quadro de mortalidade revelado pelas duas investigações^{32,34} pode ser considerado grave. O cotejo dos coeficientes gerais e específicos de regiões desenvolvidas, com os de regiões não desenvolvidas, apontou para o expressivo peso das condições gerais de vida na determinação do excesso de óbitos. As principais causas dos óbitos em excesso foram as doenças infecciosas e parasitárias, a desnutrição protéico-calórica e as complicações da gestação, do parto e do puerpério. Como se vê, doenças decorrentes da pobreza e da marginalidade social, evitáveis pela melhoria da assistência à saúde, mas não só! Evitáveis também pelo atendimento de exigências básicas para a sobrevivência, quais sejam: habitação, alimentação, instrução e saneamento. O atendimento adequado e suficiente destas exigências depende, por sua vez, do poder aquisitivo e do poder de decisão política da população¹⁰.

Dada a natureza conservadora do referencial teórico utilizado, consumou-se uma análise incompleta dos achados. Estabeleceram-se associações dos coeficientes de mortalidade com inúmeras variáveis. No entanto, o poder explicativo de cada uma delas não foi devidamente valorizado. Variáveis de natureza social, embora remetessem, cada uma delas, à situação sócio-econômica mais ampla e capaz de explicar o quadro encontrado, foram consideradas de importância equivalente à de variáveis biológicas. Associações entre os coeficientes e características tais como idade e paridade

foram tomadas como causais, embora fossem associações observadas no íntimo de uma classe social apenas e não em todo o universo social! Ou então, as associações encontradas entre aspectos técnico-assistenciais (ausência de assistência, p. ex.) e os coeficientes de mortalidade, igualmente tomadas como causais, embora pudessem ser contingenciais, como de fato outras pesquisas indicam²⁷. Já foi citado que a estratificação econômica, quando considerada na análise, eliminou a importância da idade e da paridade materna na distribuição do peso e da idade gestacional de recém-nascidos⁴¹. Isto significa a supremacia de variáveis ligadas às condições de vida na determinação da evolução gestacional, em comparação com o papel desempenhado por características pessoais. Embora se tivesse encontrado associação entre baixo peso ao nascer e mortalidade infantil²⁸, esta associação deixou de ser considerada causal no momento em que se considerou a procedência geográfica dos óbitos e, principalmente, as características econômico-sociais dos locais de procedência. Esta ampliação do objeto de observação e de análise transformou "baixo peso ao nascer" e "elevada mortalidade infantil" em efeitos de causa comum: a marginalidade social (a pobreza).

As variáveis arroladas como antecedentes das elevadas taxas de mortalidade materna na América Latina^{32,34} foram resumidas em complicações da gravidez, parto e puerpério e consideradas evitáveis pelos cuidados médicos neste período da vida feminina. Sabe-se, no entanto, que a precariedade, ou mesmo a inexistência deste tipo de assistência à saúde é apanágio só das classes sociais baixas, as mesmas que fornecem a grande maioria dos óbitos. Sabe-se que estas classes tem menos acesso também a instrução, habitação, saneamento básico e empregos, além do baixo poder aquisitivo¹⁰. As classes sociais pobres (subalternas) sofrem, portanto, de todas as carências e decorrências da pobreza, dentre as quais se incluem as altas taxas de mortalidade materna. Em virtude disso pode-se encon-

trar inúmeras associações entre os diversos componentes do espectro da pobreza, como por exemplo, entre a falta de assistência médica e mortalidade materna. Isto porém não autoriza concluir que se trata de uma relação de causa-efeito, nem tampouco que o excesso de mortalidade materna será evitado dando-se ênfase à assistência à maternidade, exclusivamente. Faz-se necessário ampliar o âmbito de observação e responder a questões como: qual a procedência social dos óbitos? Qual a distribuição social dos serviços de assistência à maternidade, em gênero e número? Por que nem os óbitos, nem a assistência à saúde se distribuem uniformemente pelas classes sociais? São questões que, uma vez respondidas, ajudarão a compreender com mais profundidade o que se observa e a propor medidas mais eficazes para a transformação do observado.

O mesmo poder-se-ia dizer para o quadro encontrado da mortalidade infantil nas Américas³², anteriormente referido. O aludido nexos causal entre "moradia rural", ou então "baixa escolaridade materna" e mortalidade na infância carece de consistência! Crianças da zona rural e filhos de pais com baixa escolaridade sofrem muito menos de desnutrição protéico-calórica quando seus pais são proprietários das terras onde vivem e trabalham²⁴! Dificilmente filhos de proprietários rurais, ainda que analfabetos, morrerão na infância por causa de desnutrição e infecção, ou então por falta de assistência médica! A condição de proprietário, por si só, numa sociedade em que os interesses do capital prevalecem, assegura nível de vida material, de reconhecimento da cidadania, de acessibilidade aos diferentes serviços, inclusive de educação e saúde, muito superiores àqueles desfrutados pelos não proprietários. A associação entre "moradia rural" ou "baixa escolaridade materna", com mortalidade na infância, só poderá ser devidamente entendida a partir da consideração das conexões destas três variáveis com o contexto mais amplo das relações sociais.

É exatamente a questão das classes sociais que foi negligenciada nas duas investigações em pauta^{32,34}, bem como em publicações delas decorrentes³¹. Os seus achados, embora implicitamente contenham esta questão, não foram analisados de modo a explicitá-la. Em consequência, as suas conclusões e recomendações, incluídas em programas oficiais de saúde, tem-se mostrado incapazes de dar conta da efetiva melhoria das condições de saúde das populações latino-americanas, após uma década de tentativas⁴.

O Caráter das Recomendações: As conclusões e recomendações divulgadas repetidas vezes nas publicações decorrentes das investigações sobre mortalidade nas Américas^{31,33} encerram o mesmo caráter de parcialidade que marcou a interpretação dos achados*. Resumidamente foram as seguintes: planejar, produzir e colher dados básicos; assistir às populações rurais, criar programas de saúde e recursos assistenciais; treinar pessoal; ampliar rede de saneamento básico; ampliar rede de serviços de atenção materno-infantil; ampliar proteção contra as doenças infecciosas e parasitárias; utilizar recursos da comunidade; regionalizar e hierarquizar as ações de saúde; regular a fertilidade e planejar a família; suplementar a alimentação materno-infantil; incentivar o aleitamento materno; educar profissionais da saúde e a população³³. Paulatina e progressivamente essas recomendações foram sendo incorporadas nos programas oficiais de saúde. Como exemplo transcrevemos alguns tópicos contidos no Plano Decenal de Saúde das Américas, formulado em 1972, em Santiago do Chile, na III Reunião Especial dos Ministros da Saúde*, que dizem respeito à saúde materno-infantil:

"1. Reduzir o risco de doença e morte a que se encontram expostas as mães e

os filhos e ampliar a área de proteção dos serviços de saúde materna e infantil.

No que concerne à redução de riscos:

2. Desenvolver programas setoriais e promover programas intersetoriais...
3. Ampliar os serviços pré-natais a 60%, atingir de 60 a 90% de atenção adequada no parto e 60% de atenção após o parto".

A OPAS, associada com a Fundação Kellogg, passou a promover projetos brasileiros de saúde comunitária com ênfase em saúde materno-infantil. O objetivo geral destes projetos seria "o desenvolvimento de metodologia assistencial em saúde materno-infantil através de estudos operacionais nas áreas prioritárias... e o desenvolvimento de recursos humanos para o trabalho em programas de saúde materno-infantil e familiar..."¹⁴.

Assinalando a grave situação de saúde nos países pobres, a desorganização da atividade econômica "decorrente das doenças" e denunciando os grandes gastos com assistência médico-hospitalar complexa, o Banco Mundial utiliza o discurso da atenção primária, bastante reproduzido na década de 70, para declarar sua intenção de financiar "operações sanitárias para combater a pobreza"⁸. Estas operações, que visam corrigir deficiências "logísticas", enfatizarão "assistência preventiva mais que a medicina curativa, as tecnologias simples mais que os hospitais e equipamentos complexos e a participação da comunidade na atenção à saúde"⁸.

Segundo se deduz a partir das medidas propostas, as principais causas do quadro de saúde descrito residiriam primordialmente no plano das deficiências técnicas:

* Informações obtidas no documento fotocopiado Programa de Desenvolvimento de Saúde Materno-Infantil, de autoria não identificada, e que trata de projetos de regionalização financiada pela Fundação Kellogg.

falta de pessoas treinadas, de serviços organizados e simplificados, de pesquisas, de normas técnicas, de educação sanitária, de participação da comunidade, entre outras. Em virtude disso, caberia sanar estas deficiências por meio de medidas destinadas ao incremento de atividades intermediárias e de aspectos operacionais da prestação de serviços. Em momento algum é questionado se as medidas propostas resolverão o problema da inacessibilidade dos serviços (que se quer aprimorar!) às classes sociais que fornecem a maioria dos óbitos estudados! Não se questiona também se elas (as medidas) acabarão com a pobreza das mesmas classes! Em momento algum atribuiu-se à política econômico-social dos países o patrocínio do quadro encontrado! Se esta postura tivesse sido assumida, certamente ter-se-ia identificado o elo mais decisivo da cadeia causal dos problemas de saúde das populações. Ao invés de recomendações conservadoras da política em vigor e acentuadoras de suas aberrações, ter-se-ia enunciado as bases político-econômicas do progresso social dos povos. Pois no dizer de De Kadt¹⁰ se o nível de vida não experimentar uma evolução favorável, não se deve esperar nenhum melhoramento das condições gerais de saúde, por mais que se ampliem as ações específicas neste campo.

COMENTÁRIOS

Vários estudos, aqui analisados põem em realce as relações entre as condições de vida e diferentes aspectos da saúde materno-infantil. Nem todos, no entanto, dão o devido valor às variáveis sociais. Muitos as consideram no mesmo nível de importância das variáveis biológicas. Em virtude disso a compreensão final do que se observa fica prejudicada, levando a conclusões e recomendações de abrangência limitada, incapazes de tocar na raiz dos problemas.

O reconhecimento da existência de classes sociais numa sociedade capitalista é o ponto fundamental para que uma pesquisa, sobre condições de saúde materno-infantil, consiga chegar à explicação completa dos achados. Isto porque, os recursos assistenciais de saúde, como os demais, distribuem-se desigualmente entre as classes sociais, da mesma forma como a renda e outros recursos materiais. As classes poderosas desfrutam de todos eles suficientemente e gozam do melhor nível de saúde dentro da sociedade; já as classes subalternas e pobres não os tem em quantidade adequada, acontecendo situações muito freqüentes de não os ter; além disso, é a pobreza que apresenta a maioria dos problemas de saúde e o pior nível da mesma num dado país. Sendo assim, é comum encontrar diferentes *variáveis sociais* (assistência médica ou escolaridade, p. ex.) *associadas com variáveis biológicas* indicadoras do nível de saúde (coeficientes de mortalidade infantil e materna; prevalência de desnutrição protéico-calórica; prevalência de prematuridade, entre outros). Contudo, essas associações não representam obrigatoriamente uma relação de causa e efeito, uma vez que as variáveis arroladas são decorrentes de uma mesma condição sócio-econômica. Somente a ampliação do objeto de estudo, no instante da análise, permitirá estabelecer a importância social do problema. O que "antes" mencionava-se como problema de saúde de toda a coletividade pode "agora" ser identificado como problema localizado numa classe social apenas.

A importância desta abordagem resume-se na possibilidade de identificação de questões gerais e de questões específicas de uma dada classe social. Disto podem decorrer recomendações e diretrizes que não se limitem a um caráter puramente técnico, mas que apontem também para a necessidade de transformações políticas e econômicas capazes de assegurar bem estar material e assistencial para toda a população.

OLIVEIRA, L. R. et al. [Maternal-child health: a critical view on determinants and care programs]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 17:208-20, 1983.

ABSTRACT: The social determinants of maternal-child health in American countries are discussed on the basis of the analysis of several papers and official recommendation. Many of these studies do not place due emphasis on social factors. Indeed, social factors are frequently put on the same level as biological ones. Therefore, the resulting understanding is distorted. Conclusions and recommendations from such studies should be accepted with some caution since they do not get to the root of the problems. Different social variables (like mother's education or medical care) are often associated with biological ones (like birth weight or nutritional status). However, this cannot be taken to establish a cause-effect relationship among those variables, but only the simultaneous occurrence of the characteristic features of social class. The authors maintain that different social classes be recognized and compared since such a comparison can better explain the results in this field. The necessity of new research which takes into account the social factors as more important than the biological ones is stressed. These would probably establish the social importance of the maternal-child health issue and avoid the recent purely technical guidelines and recommendations.

UNITERMS: Maternal health services. Child health services. Health program, evaluation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIRRE, A.C. *Atención a la madre y al niño menor de 5 años con énfases en la atención primaria*. Cali, Universidad del Valle/Ministerio de Salud Pública, 1978. p. 9-30.
2. ALMEIDA, P.A.M. et al. Identificação e avaliação dos fatores clínicos de gestação de alto risco. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:417-25, 1975.
3. AROUCA, A.T. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: Guimarães, R. *Saúde e medicina do Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978. p. 147.
4. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981. p. 33.
5. BURTON, L.H. & SMITH, H.H. *Public health and community medicine*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1970. p. 486.
6. CARVALHEIRO, C.D.G. Padrões de mortalidade da população feminina do município de Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil) de 1970 a 1974. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:65-72, 1977.
7. CIARI Jr., C. & ALMEIDA, P.A.M. Elementos de avaliação do risco gravídico. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:57-78, 1972.
8. COOPERACIÓN del Banco Mundial en proyectos de salud. *Cron. OMS*, 34:326-7, 1980.
9. CORTEZ Jr., L.S. Mortalidade, segundo causas múltiplas, no município de Botucatu, SP, Campinas, 1976. [Tese de doutoramento — Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP]
10. DE KADT, E. Las desigualdades en el campo de la salud. In: Livingstone, M. & Raezynski, D. *Salud pública y bienestar social*. Santiago, Ceplan, 1976. p. 47-57.
11. DIMITROV, P. Influência do Centro de Saúde Escola de Botucatu sobre os coeficientes de mortalidade de menores de 7 dias, menores de 28 dias e menores de 1 ano, na sua área de atendimento. São Paulo, 1976. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Saúde Pública USP]
12. FERREIRA, R.M.F. *Meninos da rua: expectativas e valores de menores marginalizados em São Paulo*. São Paulo, CEDEC/Comissão de Justiça e Paz, 1979. p. 83, 100, 102.

13. HUBERMAN, L. *História da riqueza do homem*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1972. p. 126, 189.
14. LAURENTI, R. Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância na área do projeto de São Paulo, Brasil. In: Organização Panamericana da Saúde. *Investigação de Mortalidade na Infância no Brasil: descobertas e atividades*. Washington, D.C., 1977. p. 30. (Publ. cient., 343).
15. LAURENTI, R. et al. Mortalidade perinatal em São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:115-24, 1975.
16. LUZ, T.P. et al. Avaliação do risco fetal. Risco fetal mínimo: construção de um modelo de avaliação. Dificuldades metodológicas. *Mem. Inst. Med. soc. UERJ*, 1(2):97, 1977.
17. LUZ, T.P. et al. Importância da avaliação do risco fetal. *Mem. Inst. Med. Soc. UERJ*, 1(2):92, 1977.
18. LUZ, T.P. et al. Utilização do conceito de risco em "Normas para a identificação e controle dos Riscos Reprodutivo, Obstétrico e da Infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil". *Femina*, 8:195-8, 1980.
19. MARCONDES, E. et al. Estudo antropométrico de crianças brasileiras de zero a doze anos de idade. *An. Nestlé*, (84) 1971.
20. MARQUES, M.B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: Guimarães, R. *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978. p. 121.
21. MARQUES, R.M. et al. *Crecimiento de niños brasileños: peso y altura en relacion con la edad y el sexo y la influencia de factores socioeconomicos*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1975. (OPAS — Publ. cient., 309).
22. Mc KEOWN, T. & LOWE, C.R. *An introduction to social medicine*. Oxford, Blackwell Scientific Publ., 1966. p. 14.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Normas para identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. *Femina*, 7:361-76, 1979.
24. MONTEIRO, C.A. Os determinantes de desnutrição infantil no Vale do Ribeira. *Cadernos de Pesquisa*, S. Paulo, 29:57-76, 1979.
25. MONTEIRO, C.A. Mortalidade infantil e o desenvolvimento social. *Saúde em Debate* (10):27-9, 1980.
26. 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 USP]
27. MONTEIRO, C.A. et al. Mortalidade no 1º ano de vida e distribuição da renda e de recursos públicos de saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:515-39, 1980.
28. NORONHA, J.C. & GUIMARÃES, R. As atuais condições de saúde da população brasileira e seus determinantes. In: Guimarães, R. *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978. p. 34-36.
29. NUNES, R.M. Estudo e ações sobre reprodução humana e nutrição em Recife. In: Organização Panamericana da Saúde. *Investigação de mortalidade na infância: descobertas e atividades*. Washington, D.C., 1977. p. 17 (Publ. cient., 343).
30. OLIVEIRA, L.R. Aleitamento materno, crescimento e saúde na clientela infantil do Centro de Saúde Escola de Botucatu SP. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Saúde Pública USP]
31. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Investigação de mortalidade na infância no Brasil: descobertas e atividades*. Washington, D.C., 1977. (Publ. cient., 343).
32. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Características de la mortalidad en la niñez*. Washington, D.C., 1973. (Publ. cient., 212).
33. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comité de Expertos en Salud Materno-infantil, Ginebra, 1975. *Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud*, 6º informe. Ginebra, 1976. p. 16, 35-48, 77-81. (Sér. Inf. técn., 600).

OLIVEIRA, L.R. de et al. Saúde materno-infantil. Visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 17:208-20, 1983.

34. PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. *Características de la mortalidad urbana*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1968. (OPAS — Publ. cient., 151).
35. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Características da reprodução. In: Organização Panamericana da Saúde. *Investigação de mortalidade na infância no Brasil: descobertas e atividades*. Washington, D.C., 1977. p. 47 (Publ. cient., 343).
36. REA, M.F. Aleitamento materno em núcleos rurais do Vale do Ribeira, São Paulo. São Paulo, 1981. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Medicina USP].
37. SIGERIST, H.E. *Historia y sociologia de la medicina*. Bogotá, Ed. Molina, 1974. p. 47.
38. SZARFARC, S.C. et al. Características vitais como indicadores do risco gravídico. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:310-9, 1980.
39. SZKLO, M. A saúde materna como prioridade na assistência médica: enfoque epidemiológico. *Mem. Inst. Med. soc. UERJ*, 1(2):3-48, 1977.
40. TERUEL, J.R. et al. Causas de mortalidade na infância, região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7:67-72, 1973.
41. TRINDADE, C.E.P. et al. Estudo do peso e da idade gestacional de recém-nascidos e dos fatores que interferem no desenvolvimento fetal: nível sócio-econômico, fatores maternos, fetais e placentários. *J. Ped.*, 48:83-99, 1980.

Recebido para publicação em 04/11/1982

Aprovado para publicação em 15/03/1983