

REPRODUÇÃO SOCIAL E ANEMIA INFANTIL¹

Elizabeth Fujimori²

Luciane Simões Duarte³

Áurea Tamami Minagawa⁴

Daniela Laurenti⁵

Rosali Maria Juliano Marcondes Montero⁶

Este estudo avaliou como a anemia infantil se relaciona com as formas de reprodução social das famílias. Foi desenvolvido em amostra representativa de 254 crianças residentes em Itupeva, SP. Hemoglobina <11g/dL, determinada em hemoglobinômetro portátil, foi utilizada para definir anemia. Construiu-se perfis de reprodução social com 2 conjuntos de indicadores: formas de trabalhar e formas de viver. Definiu-se 3 estratos sociais homogêneos: superior, intermediário, inferior. A prevalência de anemia foi de 41,7%, sendo mais freqüente nos estratos inferiores (13,2, 40,6 e 46,2%), mas sem diferença estatística ($p>0,05$). O perfil de reprodução social das famílias dos anêmicos mostrou diferença significativa ($p<0,05$). Observou-se que a ocorrência da anemia atrelou-se às precárias formas de trabalhar dos estratos sociais inferiores e, conseqüentemente, inadequadas formas de viver.

DESCRITORES: grupo social; anemia; criança

SOCIAL REPRODUCTION AND ANEMIA IN INFANCY

This study assessed the relationship between anemia in infancy and the social reproduction profile of the families. It was conducted with a representative sample of 254 children of the city of Itupeva, SP. Hemoglobin < 11g/dL, determined by portable hemoglobin analyzer, was used to define anemia. Profiles of social reproduction had been built by 2 groups of indicators: working and living conditions. Three social homogeneous groups had been defined: upper, intermediate, lower. Anemia was prevalent in 41.7%, and more frequent in lower social groups (13.2%; 40.6%; 46.2%), but with no significant difference ($p>0.05$). However, profile of social reproduction of anemic families showed significant difference ($p<0.05$). Occurrence of anemia was related to poor working conditions in lower social groups and consequently inappropriate living conditions.

DESCRIPTORS: social group; anemia; child

REPRODUCCIÓN SOCIAL Y ANEMIA INFANTIL

Se evaluó como la anemia infantil se relaciona con las formas de reproducción social. El estudio fue desarrollado en una muestra representativa de 254 niños que vivían en Itupeva, SP. Para definir la anemia se usó el nivel de Hemoglobina <11g/dL, determinada por un medidor de hemoglobina portátil. Se construyeron perfiles de reproducción social a través de 2 conjuntos de indicadores: formas de trabajar y formas de vivir. Se definieron 3 estratos sociales homogêneos: superior, intermedio e inferior. La prevalencia para la anemia fue de 41,7%, siendo de mayor frecuencia en los estratos inferiores (13,2%; 40,6%; 46,2%), no presentando diferencia estadística ($p>0,05$). El perfil de reproducción social en las familias de pacientes anémicos, mostró diferencia significativa ($p<0,05$). La presencia de anemia en los estratos inferiores, estuvo asociada a las condiciones precarias de trabajo; siendo una consecuencia para las inadecuadas condiciones de vivir.

DESCRIPTORES: grupo social; anemia; niño

¹ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Processo nº 478872/2004-6; ² Doutor em Saúde Pública, Professor Associado, e-mail: efujimor@usp.br; ³ Aluna do curso de graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil; ⁴ Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil; ⁵ Mestre em Enfermagem; ⁶ Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Itupeva, Brasil

INTRODUÇÃO

Anemia carencial por deficiência de ferro é a desordem nutricional mais comum em nível mundial, porém, sua magnitude é máxima nas regiões mais pobres, onde cerca de 40% dos menores de 4 anos são anêmicos, proporção duas vezes maior que aquela estimada para os países industrializados⁽¹⁾.

No Brasil, verificou-se prevalências bastante elevadas de anemia infantil que atingem cifras superiores a 40%⁽²⁻⁵⁾, fato que, em termos epidemiológicos, destaca a anemia como sério problema de saúde pública⁽¹⁾. Na cidade de São Paulo, a prevalência de 22,7%, na década de 70, passou para 35,6%, na década de 80, e para 46,9%, na década seguinte⁽⁶⁾.

A reconhecida relevância da anemia decorre não apenas da magnitude de sua prevalência, mas, principalmente, dos efeitos deletérios que ocasiona. Na criança tem sido associada a retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento da imunidade e diminuição da capacidade intelectual, com prejuízo para o desempenho cognitivo⁽¹⁾.

No organismo, anemia resulta da incapacidade do tecido eritropoético para manter concentração normal de hemoglobina, em decorrência de suprimento inadequado de ferro. Assim, anemia, definida como estado em que a concentração de hemoglobina é anormalmente baixa, resulta de carência prévia que provocou exaustão das reservas de ferro⁽¹⁾. Nessa perspectiva, a carência de ferro é problema orgânico que resulta de processos biológicos, ou seja, decorre de absorção deficiente de ferro e/ou espoliação desse mineral. Entretanto, sua ocorrência tem sido associada às condições sociais e econômicas características das situações de classe, que determinam alimentação quali-quantitativamente inadequada e espoliação provocada por parasitoses intestinais, mais frequentes onde o saneamento ambiental é precário⁽⁷⁾.

O campo da saúde coletiva concebe o processo saúde-doença como socialmente determinado. Nessa visão, a articulação entre o social e o biológico se dá pela reprodução social, ou seja, pela forma como cada grupo social se insere no trabalho e na vida⁽⁸⁾. Assim, as categorias propostas para estudar e explicar como o processo social interfere na saúde-doença do coletivo se relacionam às formas de inserção social, que dizem respeito tanto às formas de trabalhar quanto às formas de viver, que imprimem desgaste ou fortalecimento e expõem os indivíduos a diferentes

riscos de adoecer e morrer.

Tendo em vista essas considerações, o presente estudo foi estruturado sob o marco teórico da determinação social do processo saúde-doença com o objetivo de analisar como a anemia infantil se relaciona às formas de reprodução social das famílias.

METODOLOGIA

Este estudo de natureza transversal descritivo-analítico analisou dados obtidos em projeto mais amplo, denominado "Prevalência de anemia e fatores de risco em crianças menores de dois anos de idade", desenvolvido no município de Itupeva, SP. No estudo maior, para assegurar a representatividade da população, o tamanho da amostra foi calculado com base na estimativa do número de crianças menores de 2 anos, número de domicílios na área urbana do município e prevalência estimada de 45% de anemia⁽⁶⁾. Com base no procedimento de amostragem por conglomerados, obteve-se tamanho amostral de 274 crianças, aceitando-se erro de até 5% e previsão de 10% de perdas e recusas. O sorteio foi realizado em 3 etapas (setores censitários, quadras e domicílios individuais) e a amostra final foi constituída por 261 crianças. Desse total, obteve-se a dosagem de hemoglobina de 254 crianças.

Realizou-se estudo piloto, no qual foram entrevistadas cerca de 10 famílias. Nessa ocasião, além de se testar o instrumento de coleta, colocou-se em prática a logística do trabalho de campo para avaliar sua exequibilidade. Para coleta dos dados, entrevistas domiciliares foram realizadas entre julho/agosto de 2001 por enfermeiras e alunas de enfermagem treinadas. Utilizou-se formulário pré-testado que incluiu questões fechadas com detalhamento sobre as formas de trabalhar e viver, além de dados biológicos e de saúde.

Neste estudo, para analisar como a anemia infantil se relaciona às formas de reprodução social, caracterizou-se perfis de reprodução social das famílias, utilizando-se base teórica, metodológica e operacional⁽⁹⁾ que pré-define 3 estratos sociais homogêneos, por semelhantes formas de trabalhar e viver. Com base nessa proposta, utilizou-se 2 conjuntos de indicadores. Para representar a inserção da família no momento da produção social (formas de trabalhar), foram usadas como variáveis de corte: renda familiar *per capita* (RFPC), registro formal no trabalho e usufruto de benefícios oriundos do trabalho. Para representar a inserção da família no momento da reprodução social ou consumo (formas de viver), empregou-se como variáveis de corte: propriedade

da habitação, atividade de lazer e grau de agregação social (vida associativa). Considerou-se, com formas de trabalhar adequadas, famílias que preencheram pelos menos 2 dos seguintes atributos: RFPC $\geq 1,8$ salário mínimo, um membro com registro em carteira profissional e usufruto de 2 ou mais benefícios, um deles relacionado à saúde. Com formas de viver adequadas, foram consideradas as famílias que preencheram pelo menos 2 dos seguintes atributos: propriedade da habitação, um membro com atividade de lazer não relacionada à TV/vídeo e participação de um membro da família em associações. Com esses indicadores e variáveis de corte, definiu-se 3 estratos sociais homogêneos: estrato superior, que congregou famílias com formas de trabalhar e viver adequadas, estrato intermediário, que incluiu famílias com formas de trabalhar adequadas e viver inadequadas, ou vice-versa, e estrato inferior, constituído por famílias que apresentavam formas de trabalhar e viver inadequadas.

Anemia foi diagnosticada com base na concentração de hemoglobina (Hb) determinada em hemoglobinômetro portátil (Hemocue) que, com apenas uma gota de sangue capilar, apresenta o resultado imediato no visor. Concentração de Hb $< 11g/dL$ foi utilizada como ponto de corte para definir anemia⁽¹⁾.

A pesquisa maior foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Amostra de sangue só foi obtida mediante autorização prévia por escrito da mãe/responsável, e o resultado de Hb foi fornecido por escrito. As crianças anêmicas foram encaminhadas à unidade básica de saúde de referência, conforme acordado previamente com a Diretoria Municipal de Saúde.

Os dados foram analisados com o programa EpiInfo versão 6.04 e o módulo Epi-Nut para avaliação do estado nutricional. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada com o teste do qui-quadrado (χ^2) e, para comparação estatística entre médias, utilizou-se a análise de variância (ANOVA). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A prevalência de anemia foi de 41,7%. A Tabela 1 mostra que a distribuição das crianças, segundo anemia e estratos sociais, mostrou-se bastante heterogênea, porém, sem diferença estatística significativa ($p > 0,05$). A frequência de anêmicos foi pouco expressiva nas famílias do estrato superior (13,2%), sendo que 40,6% dos anêmicos

eram de famílias do estrato intermediário e 46,2% do estrato inferior.

Tabela 1 - Distribuição das crianças, segundo anemia e estratos sociais. Itupeva, SP, 2001

Anemia	Estratos sociais			Total n (%)	P*
	Superior n (%)	Intermediário n (%)	Inferior n (%)		
Sim	14 (13,2)	43 (40,6)	49 (46,2)	106 (100)	0,212
Não	32 (21,6)	51 (34,4)	65 (43,9)	148 (100)	
Total	46 (18,1)	94 (37)	114 (44,9)	254 (100)	

*Teste do qui-quadrado.

A Tabela 2 sumariza as principais características das formas de reprodução social encontradas nas famílias das crianças anêmicas, categorizadas segundo as variáveis de corte utilizadas para compor os 3 estratos sociais. Embora a proporção de famílias com RFPC $\geq 1,8$ salário mínimo não tenha mostrado diferença estatisticamente significativa entre os estratos, a inserção no trabalho formal, referida para a totalidade das famílias do estrato superior caiu para menos da metade no estrato inferior ($p < 0,05$), verificando-se o mesmo para o usufruto dos benefícios do trabalho, esse inexistente no estrato inferior. A posse da habitação, referida por quase 100% no estrato superior caiu para a metade no intermediário e menos de um quarto no estrato inferior ($p < 0,05$), enquanto agregação social, pouco exercitada no estrato superior (50%), era praticamente nula no estrato inferior.

Tabela 2 - Distribuição das famílias das crianças anêmicas, segundo as variáveis de corte para a formação dos 3 estratos sociais. Itupeva, SP, 2001

Formas de reprodução social (variáveis de corte)	Estratos sociais		
	Superior (13,2%) n (%)	Intermediário (40,6%) n (%)	Inferior (46,2%) n (%)
<i>Formas de trabalhar</i>	n=14 ^a	n=43 ^a	n=49 ^a
RFPC $\geq 1,8$ salário mínimo ^b	3 (21,4)	5 (11,9)	2 (4,3)
Trabalho formal ^{c,d}	14 (100)	33 (76,7)	22 (44,9)
Benefícios do trabalho ^{c,d,e}	10 (71,4)	17 (39,5)	0 (0)
<i>Formas de viver</i>			
Posse da habitação ^c	13 (92,9)	23 (53,5)	11 (22,4)
Atividades de lazer ^d	14 (100)	39 (90,7)	42 (85,7)
Agregação social ^{c,d}	7 (50)	9 (20,9)	2 (4,1)

^a Número de famílias com crianças anêmicas em cada estrato social.

^b Não se obteve informações para o total da amostra, valor do salário mínimo na época = R\$ 180,00.

^c Variáveis que diferiram significativamente com o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$).

^d Pelo menos um membro da família possui ou pratica esses atributos.

^e Pelo menos um benefício relacionado à saúde.

Observa-se, na Tabela 3, que as formas particulares de inserção no trabalho e na vida eram bastante divergentes. A RFPC média foi significativamente diferente entre os estratos sociais, da mesma forma que os setores de atividade de

trabalho e a posição na ocupação. Nos estratos superior e intermediário, praticamente a totalidade das famílias morava em casas com banheiro no interior e as casas eram servidas pela rede pública de serviços urbanos, o que não se verificou no estrato social inferior. A diversidade se expressou também na forma heterogênea em que ocorria a posse de eletrodomésticos e também em relação à leitura, um dos itens levantados como atividade de lazer.

Tabela 3 - Distribuição das famílias das crianças anêmicas, segundo formas de trabalhar e viver e estratos sociais. Itupeva, SP, 2001

Formas de trabalhar e viver	Estratos Sociais			p ^a
	Superior n (%)	Intermediário n (%)	Inferior n (%)	
<i>Formas de trabalhar^b</i>	n=24 ^c	n=75 ^c	n=74 ^c	
RFPC				
X ± DP	149,8±101,4	134,6±112,6	98,8±72,2	0,028 ^d
Setor de atividade				
Indústria	7 (33,2)	26 (39,4)	14 (22,2)	
Construção civil	1 (4,8)	7 (10,6)	16 (25,4)	
Comércio	1 (4,8)	6 (9,1)	1 (1,6)	0,027
Serviços gerais	11 (52,4)	19 (28,8)	19 (30,2)	
Serviços domésticos	1 (4,8)	6 (9,1)	12 (19)	
Outros	0 (0)	2 (3)	1 (1,6)	
Posição na ocupação				
Assalariado	20 (95,2)	58 (87,9)	38 (60,3)	0,005
Autônomo	1 (4,8)	8 (12,1)	23 (36,5)	
Empregador	0 (0)	0 (0)	2 (3,2)	
Extensão da jornada				
≤5 dias/semana	15 (71,4)	33 (50,8)	27 (42,9)	0,076
>5 dias/semana	6 (28,6)	32 (49,2)	36 (57,1)	
<i>Formas de viver</i>	n=14 ^e	n=43 ^e	n=49 ^e	
Características da habitação ^a				
Banheiro dentro de casa	14 (100,0)	43 (100,0)	40 (81,6)	0,003
Acesso à rede pública de serviço				
Água encanada	13 (92,9)	42 (97,7)	35 (71,4)	0,001
Esgoto	13 (92,9)	41 (95,3)	36 (73,5)	0,009
Lixo	14 (100)	43 (100)	47 (95,9)	0,305
Posse de eletrodomésticos				
Geladeira	14 (100)	40 (93)	47 (95,9)	0,043
Atividades de lazer				
Leitura	5 (35,7)	15 (34,9)	7 (14,3)	0,049

^a Teste do qui-quadrado.

^b Não se obteve informações para o total da amostra.

^c Total de trabalhadores das famílias com crianças anêmicas em cada estrato social.

^d ANOVA

^e Número de famílias com crianças anêmicas em cada estrato social.

A heterogeneidade dos estratos sociais se manteve também em relação aos dados sociodemográficos. A Tabela 4 mostra que a idade média dos chefes das famílias, o nível de escolaridade materna e do chefe e também o número médio de filhos, além da situação conjugal materna, diferiam significativamente entre os estratos sociais (p<0,05). Ainda que diferissem muito entre si, mantinham algumas semelhanças supragrupais, como a proporção de mães adolescentes, tamanho das famílias e inserção materna no trabalho.

Tabela 4 - Distribuição das famílias das crianças anêmicas, segundo dados sociodemográficos e estratos sociais. Itupeva, SP, 2001

Dados sociodemográficos	Estratos sociais			p ^a
	Superior n (%)	Intermediário n (%)	Inferior n (%)	
<i>Familiares</i>	n=14 ^b	n=43 ^b	n=49 ^b	
Idade do chefe da família ^c				
X ± DP	35,0 ± 11,3	33,4 ± 8,1	28,2 ± 6,7	0,004
Escolaridade do chefe ^c				
X ± DP	8,8 ± 2,7	7,2 ± 2,9	6,4 ± 2,9	0,023
Número de pessoas				
X ± DP	4,2 ± 1,2	4,8 ± 1,4	5,0 ± 1,9	0,394
<i>Maternos</i>	n=14 ^b	n=43 ^b	n=49 ^b	
Idade (anos)				
<20	4 (28,6)	5 (11,6)	10 (20,4)	0,294 ^d
≥20	10 (71,4)	38 (88,4)	39 (79,6)	
Escolaridade (anos de estudo)				
X ± DP	7,7 ± 2,3	7,0 ± 2,3	5,9 ± 2,8	0,025
Número de filhos				
X ± DP	1,4 ± 0,5	2,3 ± 1,0	2,5 ± 1,5	0,014
Inserção no trabalho				
Sim	6 (42,9)	18 (41,9)	16 (32,7)	0,604 ^d
Não	8 (57,1)	25 (58,1)	33 (67,3)	

^a ANOVA.

^b Número de famílias com crianças anêmicas em cada estrato social.

^c Não se obteve informações para o total da amostra.

^d Teste do qui-quadrado.

Finalmente, a Tabela 5 apresenta as características das crianças anêmicas, segundo o estrato social ao qual pertenciam. Apesar das semelhanças, uma vez que o tratamento estatístico não revelou diferenças significativas, destaca-se tendências de pior estado nutricional, menor acesso a consultas de puericultura, maior frequência de problemas respiratórios e presença de parasitos nos estratos sociais menos favorecidos.

Tabela 5 - Distribuição das famílias das crianças anêmicas, segundo características infantis e estratos sociais. Itupeva, SP, 2001

Características infantis	Estratos sociais			p ^a
	Superior n (%)	Intermediário n (%)	Inferior n (%)	
	n=14 ^b	n=43 ^b	n=49 ^b	
Idade das crianças				
X ± DP	12,7 ± 5,3	12,3 ± 6,5	10,9 ± 6,2	0,369 ^c
Sexo				
Masculino	9 (64,3)	26 (60,5)	22 (44,9)	0,229 ^c
Feminino	5 (35,7)	17 (39,5)	27 (55,1)	
Estatura/idade (escore Z)				
X ± DP	0,0 ± 1,1	-0,3 ± 1,1	-0,4 ± 1,2	0,276 ^c
Peso/estatura (escore Z)				
X ± DP	0,5 ± 1,2	-0,1 ± 1,2	0,1 ± 1,1	0,460 ^c
Aleitamento materno ^d				
Sim	4 (28,6)	14 (32,6)	23 (50,0)	0,159
Não	10 (71,4)	29 (67,4)	23 (50,0)	
Consulta de puericultura				
Sim	14 (100,0)	41 (95,3)	41 (83,7)	0,069
Não	0 (0,0)	2 (4,7)	8 (16,3)	
Sulfato ferroso				
Sim	6 (42,8)	24 (55,8)	19 (38,8)	0,253
Não	8 (57,2)	19 (44,2)	30 (61,2)	
Problema respiratório (últimos 30 dias)				
Presente	2 (14,3)	8 (18,6)	11 (22,4)	0,770
Ausente	12 (85,7)	35 (81,4)	38 (77,6)	
Parasitoses				
Presente	0 (0,0)	1 (2,3)	2 (4,1)	0,695
Ausente	14 (100,0)	42 (97,7)	47 (95,9)	

^a Teste do qui-quadrado.

^b Total de famílias com crianças anêmicas em cada estrato social.

^c ANOVA.

^d Não se obteve informações para o total da amostra.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a elevada prevalência de anemia no município distribuía-se heterogeneamente entre os diferentes estratos sociais, embora o tratamento estatístico não tenha revelado diferença significativa. Do total de anêmicos, era pouco expressiva a frequência de crianças pertencentes às famílias com formas de trabalhar e viver estáveis (13,2%). Por outro lado, constatou-se que as famílias das crianças anêmicas, majoritariamente, se reproduziam em situações precárias de trabalho ou vida - estrato intermediário (40,6%), ou sob o manto da exclusão social - estrato inferior (46,2%).

A maior frequência de anemia entre crianças das classes sociais mais baixas é consistente com dados obtidos no município de São Paulo⁽¹⁰⁾, cujo significado estatístico foi observado somente nos casos severos de anemia, resultado similar ao de outros estudos⁽³⁻⁴⁾.

A renda média era significativamente diferente ($p < 0,05$) entre os estratos, da mesma forma que foram substanciais a diferença em relação à inserção no trabalho formal, no setor de atividade e na posição ocupada pelos trabalhadores, além dos benefícios obtidos do trabalho. Considerando que a forma de inserção no trabalho determina o acesso à renda, e que essa determina os níveis de consumo e, portanto, o acesso a bens materiais que incluem moradia, saneamento, alimentação, assistência à saúde, escolaridade etc., justifica-se as importantes diferenças encontradas nas formas de viver das famílias das crianças anêmicas. Em relação às condições de moradia, tanto posse e características da habitação, como acesso aos serviços urbanos básicos como água e esgoto foram significativamente mais precários no estrato social inferior. Também foram diferentes a idade e escolaridade do chefe da família e da mãe e número de filhos.

Embora a maioria dos estudos demonstre que a anemia infantil é mais frequente nas famílias com renda mais baixa^(2-4,6), essa associação nem sempre é observada⁽¹¹⁾, e pode ser consequência do fato de toda a população estudada ser de baixa renda.

A escolaridade materna e do chefe da família foram significativamente menores nos estratos inferiores. Estudo que avaliou a relação entre anemia infantil e nível socioeconômico, indicado pelo nível de escolaridade do chefe da família, mostrou que, embora nenhum dos estratos fosse imune à

ocorrência da anemia, a prevalência era inversamente proporcional à escolaridade do chefe⁽¹⁰⁾, indicando que essa variável certamente se associa a melhores chances de emprego e, conseqüentemente, maior renda e melhores condições de vida, importante fator protetor da ocorrência da anemia. A maioria dos estudos constata associação entre maior prevalência de anemia e menor escolaridade do pai, porém não com a da mãe^(2,4-5,11), embora alguns a encontrem^(6,12), nesse caso, além de se relacionar também com melhores condições sociais, tem sido associada com melhor capacidade materna de cuidado.

A presença de banheiro no interior do domicílio constituiu característica das formas de viver que diferiu significativamente entre os estratos sociais. Os estudos analisam diferentes variantes dessa variável. Aqueles que a apreenderam como presença de vaso sanitário com ou sem descarga constataram associação significativa com presença de anemia^(2,4), porém, presença ou não de banheiro na moradia não mostrou associação⁽⁵⁾. Ainda como formas de viver, água encanada e esgoto representaram acesso diferenciado dos estratos sociais à rede pública de serviços de saneamento básico. Sua relação com anemia parece óbvia, uma vez que a maior prevalência de parasitoses intestinais está diretamente associada a deficiências no saneamento ambiental, condição típica das áreas habitadas pelas camadas sociais mais baixas⁽⁷⁾, além da maior frequência de morbidades que debilitam o organismo infantil. Os resultados, no entanto, são contraditórios. Apenas um estudo⁽⁴⁾ que analisou essa variável encontrou prevalência de anemia significativamente maior entre crianças que residiam em domicílio sem água encanada, enquanto outros não encontraram tal associação^(5-6,12).

A idade média do chefe da família aumentou significativamente do estrato inferior para o superior e a explicação para esse achado poderia ser similar à da variável escolaridade, ou seja, quanto maior a idade, melhor a estabilidade profissional e financeira. Em relação à idade materna, avaliou-se a proporção de mães adolescentes entre os estratos sociais, uma vez que essas apresentam risco elevado de terem filhos prematuros e com baixo peso ao nascer, o que predisporia as crianças à menor reserva de ferro e conseqüentemente maior risco para anemia, além da inexperiência no cuidado com a criança, porém, não se observou diferença, nesse aspecto. Associação entre anemia e essa variável, no entanto, tem sido constatada por alguns estudos^(2,4), entretanto outros não a confirmam^(3,5).

O tamanho das famílias não diferiu entre os estratos, mas o número de filhos foi significativamente menor no estrato superior. A associação dessa variável com anemia tem sido analisada sob diversas formas, com resultados também diversos: não associação entre prevalência de anemia e número total de moradores e de menores de 6 anos no domicílio⁽⁴⁾, maior risco para anemia entre crianças com dois ou mais irmãos com menos de 5⁽³⁾. Estudo que avaliou a eficácia da fortificação do leite de vaca na prevenção e no tratamento da anemia em menores de 4 anos⁽¹³⁾ mostrou diminuição significativamente maior de anemia nas famílias com apenas uma criança menor de 5 anos, em relação àquelas com duas ou mais crianças menores de 5 anos, após um ano de implementação. Para esses autores, os dados sugerem que, em famílias com mais crianças pequenas, a demanda por alimentos é maior e esses, por sua vez, nem sempre são disponíveis em quantidade e qualidade adequadas. Além disso, sabe-se que quanto maior o número de crianças pequenas na família, menor a atenção dispensada a cada uma delas, o que inclui os cuidados relacionados com a alimentação e a saúde em geral⁽³⁾.

A inserção materna no trabalho foi elevada e não diferiu entre os grupos. Sua relação com a anemia poderia ser pensada de duas formas: menor risco para anemia, em função de o trabalho remunerado aumentar/complementar a renda familiar e determinar melhores condições de vida, ou maior risco por diminuir os cuidados maternos prestados à criança⁽¹⁴⁾. Os estudos, entretanto, não têm encontrado associação dessa variável com o desenvolvimento da anemia^(2,4).

As características das crianças anêmicas não mostraram diferenças segundo os estratos sociais, apesar de discreta tendência de pior estado nutricional, menor acesso a consultas de puericultura, maior

frequência de problemas de saúde e presença de parasitos nos estratos sociais menos favorecidos. Esse resultado evidencia a importância de se abordar a problemática da anemia, não apenas como problema centrado no biológico, mas no social⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trabalhou sob a perspectiva da estratificação social, considerando as dificuldades de se operacionalizar o conceito de classe social⁽¹⁵⁾. Apesar disso, utilizou-se indicadores compostos, de forma que se deve considerar as limitações relacionadas ao risco de não se ter escolhido adequadamente as variáveis para a construção dos estratos. Mesmo reconhecendo as limitações técnicas, procurou-se explorar ao máximo as possibilidades de aproximação com o perfil de reprodução social que a estratificação pudesse revelar. De fato, o embasamento teórico utilizado permitiu avançar na explicação de como cada formação social cria determinado padrão de desgaste em relação ao desenvolvimento da anemia infantil, reiterando que sua ocorrência atrela-se às precárias formas de trabalhar dos estratos sociais inferiores e, conseqüentemente, inadequadas formas de viver, evidências que devem subsidiar as intervenções que buscam atingir as raízes do problema.

Tal fato é especialmente importante quando se considera a relação teoria/prática no campo da saúde coletiva, pois, tradicionalmente, o campo da saúde pública tem alicerçado suas propostas de intervenção "num tipo de conhecimento que privilegia, senão reduz, a explicação do processo saúde-doença, a uma simples determinação biológica, centrada no nível do organismo humano, o que necessariamente circunscreve e limita as possibilidades concretas de 'solução' do problema, quando não as escamoteiam" ⁽⁷⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Iron deficiency anaemia. Assessment, preventing, and control. A guide for programme managers. Geneva: WHO/NHD/01.3; 2001.
2. Neumann NA, Tanaka OU, Szarfarc SC, Guimarães PRV, Victora CG. Prevalência e fatores de risco para anemia no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2000 fevereiro; 34(1):56-63.
3. Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. Rev Saúde Pública 2001 fevereiro; 35(1):66-73.

4. Santos I, Cesar JA, Minten G, Valle N, Neumann NA, Cercato E. Prevalência e fatores associados à ocorrência de anemia entre menores de seis anos de idade em Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol 2004 dezembro; 7(4):403-15.
5. Matta IEA, Veiga GV, Baião MR, Santos MMAS, Luiz RR. Anemia em crianças menores de cinco anos que frequentam creches públicas do município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005 julho-setembro; 5(3):349-57.
6. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública 2000 dezembro; 34(6 Supl):62-72.

7. Martins IS, Alvarenga AT, Siqueira AAF, Szarfarc SC, Lima FD. As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferropriva. *Rev Saúde Pública* 1987 abril; 21(2):73-89.
8. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED. (organizador) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo (SP): Global; 1983. p.133-58.
9. Queiroz VM, Salum MJL. Operacionalizando a heterogeneidade do coletivo na releitura da categoria reprodução social. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, EEUSP; 1997.
10. Monteiro CA, Szarfarc SC Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. V. Anemia. *Rev. Saúde Pública* 1987 junho; 21(3):255-60.
11. Assis AM, Santos LMP, Martins MC, Araújo MPN, Amorim DQ, Morris SS et al. Distribuição da anemia em pré-escolares do semi-árido da Bahia. *Cad Saúde Pública* 1997 abril-junho; 13(2):237-44.
12. Lima ACVS, Lira PIC, Romani SAM, Eickmann SH, Piscoya MD, Lima MC. Fatores determinantes dos níveis de hemoglobina em crianças aos 12 meses de vida na Zona da Mata Meridional de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004 janeiro-março; 4(1):35-43.
13. Torres MAA, Lobo NF, Sato K, Queiroz SS. Fortificação do leite fluido na prevenção e tratamento da anemia carencial ferropriva em crianças de 4 anos. *Rev Saúde Pública* 1996 agosto; 30(4):350-57.
14. Frota MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6): 996-1000.
15. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JU, Teixeira AMB. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 1988 agosto; 22(4):253-65.