

**Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”**

José Eduardo Gomes Bueno de Miranda

**TREINAMENTO ESFINCTERIANO ANAL:
ESTUDO TRANSVERSAL EM CRIANÇAS
DE 3 A 6 ANOS DE IDADE**

**Botucatu – SP
2007**

**Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”**

José Eduardo Gomes Bueno de Miranda

**TREINAMENTO ESFINCTERIANO ANAL:
ESTUDO TRANSVERSAL EM CRIANÇAS
DE 3 A 6 ANOS DE IDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pediatria - Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Nilton Carlos Machado

**Botucatu – SP
2007**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha
esposa Luizeta e às minhas filhas
Fernanda e Silvia.

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Nilton Carlos Machado, meu orientador, pelo apoio, atenção, paciência e principalmente pela oportunidade da realização deste trabalho.

À Dra. Izonete Thereza Palmieri, pela amizade de todos estes anos e por ter me estimulado a escolher a Pediatria como Especialidade.

Ao Prof. Dr. Clóvis Duarte Costa e todos os demais professores da Disciplina de Pediatria do CCMB-PUCSP, pela cooperação.

A Dra. Izilda das Eiras Tamega e a Dra. Marina Wey, que dividiram comigo tarefas para que eu pudesse freqüentar e concluir a Pós-Graduação.

Aos Membros da Banca de Qualificação pelas sugestões e idéias para a conclusão do trabalho.

À Prof^a. Elizabete Hyppolito Cury pelo auxílio na correção gramatical.

À Prof^a. Maria Elizabeth Pássaro Martins pela versão para a língua inglesa.

Aos funcionários da Biblioteca do CCMB-PUSP, especialmente a Cristina pela ajuda com a bibliografia.

À Adriana da Secretaria do Departamento de Pediatria, sempre disposta a cooperar.

Aos funcionários da Secção de Pós Graduação pela colaboração e competência.

*“Faz torna um homem completo,
ensinar lhe dá o preparo, e escrever
o torna consciente.”*

Francis Bacon

Resumo

RESUMO

Introdução. O controle esfincteriano é um marco do desenvolvimento na vida de uma criança. É uma área do cuidado pediátrico que apresenta uma ótima oportunidade para prevenção, orientação e intervenção clínica.

Objetivo. Avaliar a prática do treinamento do controle esfincteriano anal (TEA) em crianças saudáveis, na faixa etária de três a seis anos de idade, por meio de entrevista aplicada aos pais ou cuidadores.

Metodologia. Estudo transversal observacional e descritivo que constou de inquérito baseado em entrevista, utilizando casos consecutivos de cem crianças entre 3 e 6 anos de idade no período de junho de 2005 a agosto de 2006.

Resultados. A retirada das fraldas iniciou-se antes dos 18 meses em 31% das crianças, entre os 18 e 30 meses em 58% e após os 30 meses em 11%. Em relação à duração do treinamento, 43% das crianças foram treinadas em menos de 3 meses, 34% entre 3 e 6 meses e 23% em mais de 6 meses, não houve diferença entre a idade do início e a duração do TEA ($p = 0,6489$). Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros masculino e feminino tanto para a idade de início ($p = 0,6181$), quanto para a duração do TEA ($p = 0,4709$). Já para a escolaridade das mães com relação à idade de início, observou-se diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade menor ou igual a 11 anos ou maior que 11 anos ($p = 0,0008$), entretanto não houve diferença estatisticamente significativa para a duração do TEA ($p = 0,2001$). Não houve diferença estatisticamente significativa para o filho único e

não único, tanto para a idade de início ($p = 0,9285$), quanto para o tempo de duração do TEA ($p = 0,7318$). Houve diferença estatisticamente significativa entre as classes A-B bem e as classes C-D-E para a idade de início ($p = 0,0032$), entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa para a duração do TEA ($p = 0,0629$). Para o TEA, 92% das mães referiram ter utilizado a intuição, a experiência com o filho anterior ou demais filhos e o aprendizado com as avós, sendo que 97% das crianças foram treinadas em casa. O treinamento do controle esfinteriano anal e vesical foi iniciado simultaneamente em 84% dos casos, sendo o controle esfinteriano anal adquirido primeiramente em 41% das crianças.

Conclusões. As mães foram as responsáveis pelo TEA e o iniciaram sem auxílio especializado, não receberam orientação de médicos ou profissionais de saúde. Comparado às recomendações da literatura, o início do TEA verificado neste estudo foi precoce, mas as crianças já apresentavam a maioria dos “sinais de prontidão” recomendados. As mães de menor escolaridade iniciaram o treinamento precocemente, mas isto não interferiu na duração do treinamento. Não houve diferença na idade de início e duração do treinamento entre meninos e meninas. Não houve aumento significativo de constipação intestinal antes e após o treinamento e não se observaram casos de encoprese. Entre as crianças que foram treinadas no vaso sanitário, apenas uma pequena parcela utilizou redutor e apoio para os pés, demonstrando ausência de adaptação para uma melhor efetividade do TEA. Para as classes C-D-E o custo das fraldas influenciou para que o TEA se iniciasse precocemente.

Abstract

ABSTRACT

Introduction. The control of the sphincter is a milestone in a child's development. It's an area of the pediatric care which stands a great opportunity for prevention, guidance and clinical intervention.

Aim. To study the toilet training practice in children between three and six years old, by interviewing parents and caregivers.

Methodology. Observational and descriptive transversal study, consisting of an inquiry based on interviews using consecutives one hundred children, from June 2005 to August 2006.

Results. The removal of diapers started before 18 months in 31% of the children, between 18 and 30 months in 58% and after 30 months in 11%. As for the duration of the toilet training, 43% of the children had been trained for less than three months, 34% between three and six months and 22% over six months. There was no difference between the age of initiation and the duration of the toilet training ($p = 0,6489$). For male and female genders there was no statistically significant difference either for age of initiation ($p = 0,6181$), or duration of the toilet training ($p = 0,4709$). It has been observed that there was a statistically significant difference for schooling under or equal to 11 years or over 11 years for the age of initiation ($p = 0,0008$). However, there has been no statistically significant difference for the duration of the toilet training ($p = 0,2001$). Mothers of little schooling started training earlier, but this does not interfere with the duration of training. It has been observed that there was no statistically significant

difference whether it was an only child or not, either for the age of initiation ($p = 0,9285$) or for the duration of the toilet training ($p = 0,7318$). It has been observed that there was a statistically significant difference between A-B and C-D-E social classes for the age of initiation ($p = 0,0032$). However there has been no statistically significant difference for the duration of the toilet training ($p = 0,0629$). Mothers report having used intuition, experience with a previous child and their learning with grandmothers in 92% for the toilet training and 97% of the children were trained at home. The age of initiation of anal and bladder sphincter control was occurred simultaneously in 84% of the cases, and the anal sphincter control was acquired first in 41% of the children.

Conclusions. Mothers are responsible for and start the toilet training, with no specialized help and have no guide from the doctors or health professionals. As for the recommendations of literature, the age of initiation was precocious in our study, however the children had most of the readiness to begin the toilet training. There was no difference between the age of initiation and the duration of training among boys and girls. There was no significant increase of intestinal constipation either before and after training and there were no encopresis. Among the children that were trained on the toilet, only few of them used a reductor as well as a support for their feet, showing no adaptation in order to obtain higher effectiveness. For C-D-E social classes, cost of diapers influences on the age of initiation for the toilet training.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Classes sócio-econômicas da população estudada e da população brasileira	34
FIGURA 02	Escore Z do peso, estatura e IMC das crianças avaliadas quanto ao treinamento esfincteriano anal.....	35
FIGURA 03	Aquisição do conhecimento para o treinamento esfincteriano anal	36
FIGURA 04	Sinais de prontidão para o treinamento esfincteriano anal	38
FIGURA 05	Período do dia em que era realizado o treinamento esfincteriano anal	39
FIGURA 06	Técnica de retirada das fraldas para o treinamento esfincteriano anal	40
FIGURA 07	Idade da criança no início do treinamento (a) e duração do treinamento esfincteriano anal (b)	43
FIGURA 08	Relação entre a idade do início e a duração do treinamento esfincteriano anal	44
FIGURA 09	Idade do início (a) e a duração (b) do treinamento esfincteriano anal segundo o gênero.....	45
FIGURA 10	Idade do início (a) e a duração (b) do treinamento esfincteriano anal e a escolaridade da mãe até 11 anos e maior que 11 anos.....	46
FIGURA 11	Idade do início (a) e a duração (b) do treinamento esfincteriano anal segundo a posição na família, filho único ou não.....	47
FIGURA 12	Idade do início (a) e a duração (b) do treinamento esfincteriano anal, segundo a classe sócio-econômica: classes A-B e C-D-E.....	48

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	16
OBJETIVO	25
METODOLOGIA	27
1. Desenho do estudo	27
2. Amostra	27
2.1. Critérios de inclusão	27
2.2. Critérios de exclusão	27
3. Variáveis estudadas	28
4. Avaliação antropométrica	29
5. Instrumento para coleta de informações	30
6. Entrevista	30
7. Avaliação estatística.....	31
8. Comitê de ética	31

RESULTADOS	33
1. Entrevista.....	33
2. Dados sócio-demográficos da família e da criança.....	33
3. Treinamento esfinteriano anal (TEA).	36
3.1. Número de evacuações diárias antes e depois do TEA.....	37
3.2. Sinais de prontidão para o TEA	37
3.3. Ambientes do TEA	37
3.4. Técnicas de TEA.....	39
3.5. Ordens para evacuar.	40
3.6. Técnicas de retirada das fraldas.	40
3.7. Recusa em aceitar o TEA	41
3.8. Crianças que freqüentavam creche	41
3.9. Pressões familiares para retirada das fraldas	41
4. Idade de início e duração do TEA.....	42
4.1. Idade de início, duração do TEA e gênero	44
4.2. Idade de início, duração do TEA e escolaridade da mãe	46
4.3. Idade de início, duração do TEA e posição na família	47
4.4. Idade de início, duração do TEA e classe sócio-econômica.	48
DISCUSSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	65

Introdução

INTRODUÇÃO

Uma área do cuidado pediátrico que apresenta ótima oportunidade para prevenção, orientação e intervenção clínica é o treinamento para o controle esfincteriano. Através de consulta aos pais e cuidadores podemos elucidar concepções erradas a respeito do treinamento, desenvolver expectativas apropriadas, prover informações, direção e suporte para lidar com um processo potencialmente frustrante. Embora já existam informações sobre o treinamento da criança para o controle esfincteriano, que os pais podem acessar e obter referências, estas informações são escassas e geralmente no idioma inglês. Assim o suporte de profissionais de saúde é solicitado neste particular estágio de desenvolvimento das crianças, sendo a orientação para o treinamento do controle esfincteriano uma combinação da avaliação das necessidades, obtenção de informações, educação, aconselhamento e suporte, associada a estratégias de curto prazo e medidas de seguimento. (Azrin & Foxx, 1976; Krueger, 2001; Ford, 2003; Gilbert, 2003; Brazelton & Sparrow, 2005).

O treinamento gradual para o controle esfincteriano sob recomendação de Brazelton (1962) ainda é o padrão praticado para a maioria das crianças. Este autor adotou a posição de que o comportamento de continência do controle vesical e intestinal se origina da maturidade neurológica suficiente para que a criança, voluntariamente, aceite a responsabilidade em participar do processo. Este modelo maturativo/comportamental de treinamento de continência foi desenvolvido depois da Segunda Guerra Mundial, época em que pesquisas sobre treinamento da

continência e avanços tecnológicos estimularam os pesquisadores a revisar a abordagem passiva do treinamento de continência que tinha sido introduzida na virada do século XX. Antes, nas décadas de 1920 e 1930, esta passividade tinha sido descartada em favor de uma abordagem rígida, centralizada nos pais (Stendler, 1950; Luxem & Christophersen, 1994). Na década de 1940, mudanças de atitudes levaram especialistas pediátricos à rejeição de regras absolutas para o treinamento da continência, baseados na teoria de que um treinamento precipitado e rígido pode falhar e até mesmo causar problemas comportamentais. Nesta época, a orientação profissional aos pais já introduzia a observância de “sinais de prontidão” na criança antes do início do treinamento (Lieberman, 1972).

O treinamento de continência contemporâneo deriva de dois modelos: o treinamento orientado gradual da criança e o treinamento comportamental estruturado. A primeira abordagem vê o treinamento da continência como um processo pelo qual os pais e/ou cuidadores sistematicamente respondem aos “sinais de prontidão” para a continência, enquanto que a última vê o treinamento da continência como um processo de extração independente de comportamento. Em termos práticos, os estudiosos teóricos contemporâneos do comportamento de continência divergem em relação à finalidade do treinamento com diferentes definições, maior ou menor ênfase na auto-estima, desenvolvimento de objetivos e quando iniciá-lo. Não se pode estabelecer uma base científica universal para o treinamento da continência, porque cada método tem sua própria definição do processo. Permanece indefinido, por exemplo, quanto tempo as crianças devem permanecer continentas de intestino e bexiga para serem consideradas treinadas e em que extensão as crianças devem ser independentes de seus cuidadores. (Berk & Friman, 1990).

Tanto a abordagem da orientação gradual quanto a comportamental estruturada evoluíram nos últimos 40 anos, dentro de um meio científico que aceitou o treinamento da continência como um marco de desenvolvimento que exige a participação ativa da criança. O método da orientação gradual da criança, proposto por Brazelton (1962), definiu os parâmetros da prontidão de continência. Uma década mais tarde, Azrin e Foxx (1976) projetaram um método comportamental estruturado que detalhava os componentes da continência independente. A ampla aceitação da prontidão e da continência independente foi apoiada por experiência clínica e resultou em acordo de que uma criança deve estar pronta para participar do treinamento de continência, aproximadamente, aos 18 meses de idade e estar completamente treinada por volta dos 2 ou 3 anos. Tendências globais continuam a sustentar este conceito, apesar dos avanços tecnológicos e conveniências, como, por exemplo as fraldas descartáveis, que têm possibilitado atraso no treinamento.

A prontidão para a continência requer uma visão objetiva, tanto na disposição da criança em começar e progredir no treinamento, como na preparação dos pais para treinar a criança. Além da prontidão, é importante que o profissional reconheça outros aspectos e condições que podem complicar o processo de treinamento. Estas complicações podem incluir o fato de a criança ficar separada dos pais por muitas horas a cada dia, começar a freqüentar uma creche, escola infantil, ou ainda, pelas condições de saúde, como atraso no desenvolvimento ou doença crônica.

Brazelton (1962) conduziu a maior pesquisa de treinamento de continência nos Estados Unidos, em Boston, por um período de 10 anos (1951 a 1961), em 1170 crianças de pais com bom nível educacional. Ao revisar os registros das crianças, relatou que 26% dos pais disseram que seus filhos atingiram continência diurna

tanto para as fezes quanto para a urina por volta dos 24 meses de idade e 52,5% por volta dos 27 meses. Próximo dos 30 meses, 85,3% já havia atingido a continência diurna e 98% já estavam treinadas próximo aos 36 meses. O sucesso inicial, definido como compreensão do uso do vaso sanitário e não como domínio completo da continência, foi conseguido primeiro com o treinamento do intestino em 12,3%, e com o treinamento vesical em 8,2% das crianças, sendo que as remanescentes conseguiram o controle simultaneamente. Os altos índices de sucesso deste método comparado aos dos estudos anteriormente realizados, estavam associados com um tempo de treinamento bem rápido. As idades médias de início e fim de treinamento foram 24 e 33 meses, respectivamente, como por um baixo índice de treinamento (1,4%) na idade de 5 anos (Brazelton,1962). Estes resultados podem ser equilibrados com o fato de que muitos pais subestimam a idade na qual a criança completa o treinamento da continência, bem como o tempo de demora para ela se tornar completamente continente (Stephens & Silber, 1974; Sullivan et al., 1984; Bloom et al., 1993).

Brazelton (1962) propôs usar um grupo de parâmetros físicos e comportamentais de prontidão de continência que incluía o controle voluntário sobre o intestino e ações de reflexo na bexiga, esperado emergir aos 9 meses idade e a habilidade de cooperar com o treinamento, esperado para a idade de 18-24 meses. Estas situações associadas ao desenvolvimento neurológico, como o fato de andar e de executar outras tarefas motoras, esperadas para a idade de 18 meses, foram usadas na definição comportamento de continência. Ele traçou a noção de "desenvolvimento neurológico suficiente" à completa mielinização dos tratos piramidais. Uma crítica subsequente qualificou que, embora seja impossível avaliar a mielinização diretamente, isto provavelmente está presente por volta dos 18 meses, isto é, na mesma época em que a criança anda (Robson & Leung, 1991). Os

parâmetros de prontidão criados por Brazelton (1962) têm sido amplamente aceitos e, através deles, o profissional pode encorajar e apoiar a criança e as expectativas dos pais. Estes critérios têm sido apoiados ao longo dos anos por contínuas observações informais, que têm mostrado sinais de prontidão de continência após os 18 meses. Entretanto, sinais de continência totalmente desenvolvida de intestino e vesical não foram reconhecidos até a idade de 2 a 3 anos em algumas crianças, independentemente, de quando o treinamento de continência foi iniciado (Robson & Leung, 1991).

Os estudos de Azrin e Foxx (1976) ensinaram os pesquisadores a incluir crianças que tinham deficiências no desenvolvimento, ou que ficavam em creches ou escolas infantis ou não pudessem ter a presença de seus pais ou cuidadores. Uma criança normal que já alcançou as habilidades da continência pode, ainda, ter acidentes. As razões para isto podem ser: o banheiro é muito distante; é muito complicado remover a roupa; o nascimento de um irmão mais novo, usando fraldas ou uma doença aguda. Fatores estressantes podem ser criados por situações externas ao processo de aprendizado da continência, tais como mudanças de endereço da família, escola ou creche ou uma crise na família. Em tais casos, seria inapropriado intensificar reforços no treinamento a fim de trazer à tona os comportamentos desejados de continência. Adiar o treinamento ou fazer um programa de treinamento mais simples seria mais adequado (Bettison, 1986).

O controle esfinteriano é um marco do desenvolvimento na vida de uma criança, pois ocorre no período em que as crianças estão descobrindo ou aumentando as suas habilidades físicas, entendendo e respondendo à dinâmica da relação e confrontando e reagindo às pressões externas. Assim, para cada passo alcançado, a sua auto-estima também é desenvolvida. O treinamento esfinteriano pode ser uma das fases mais difíceis do desenvolvimento, portanto, as crianças e os

pais devem experimentá-la juntos, pois o controle dos pais sobre o treinamento pode conduzir a conflitos e ansiedade. Lutas de poder resultam em impacto negativo na relação pais-criança e podem gerar complicações físicas como enurese, encoprese e maus tratos.

A participação de cuidadores no processo de treinamento esfinteriano é inestimável, porque eles são freqüentemente os primeiros a reconhecer quando uma criança está pronta para o treinamento do controle esfinteriano, pois alguns sinais identificam quando a criança está preparada ou motivada para avançar para uma próxima fase. A abordagem da criança desenvolvida por Brazelton (1962) foi orientada para que os cuidadores entendessem a informação do processo de treinamento esfinteriano de acordo com o desenvolvimento da criança. Este modelo de treinamento abrange três diferentes forças no desenvolvimento da criança: a maturação motora (habilidade para sentar, andar, vestir e tirar a roupa); controle externo (entender e responder a instruções); controle interno (auto-estima, motivação, desejo de imitação e identificação com seus mentores, autodeterminação e independência). O modelo identifica estágios do desenvolvimento nos quais os pais e cuidadores podem perceber progressos e planejar os próximos passos. Mais especificamente, aos 18 meses, crianças podem mostrar sinais de prontidão; aos 24 meses, a aproximação, passo a passo, pode ensinar o papel da criança no processo a ser iniciado; dos 30 aos 36 meses, a maioria das crianças terá alcançado continência durante o dia e, finalmente, dos 36 aos 48 meses, a maioria delas terá completado o treinamento da continência urinária e fecal durante a noite.

O início do treinamento esfinteriano anal sempre deveria estar baseado no nível de desenvolvimento da criança e não na idade cronológica. Iniciar o treinamento precocemente pode criar tensão e ansiedade, tanto para ela quanto

para a família, aumentando a duração do tempo deste treinamento. Fundamentos teóricos de continência e prontidão sugerem que há sinais físicos e comportamentais previsíveis que detectam quando a criança está pronta para o treinamento. Orientar os pais a identificar e agir apropriadamente nestes sinais exige do profissional da saúde que ele considere a resposta individual da criança ao treinamento, no contexto da idade, bem como o nível de cooperação com a solicitação dos pais. Contudo, pode haver sinais de que uma criança está demorando para ganhar controle vesical e intestinal, então a tentativa de treinamento provavelmente seja prematura, independente da idade (Azrin & Foxx, 1976). Nesta situação, uma abordagem prática é esperar um tempo adicional de 3 meses (Christophersen, 1998). Este hiato de treinamento fornece um amortecedor na luta de poder entre pais e criança, que surge de exigências prematuras para a continência independente. Isto por sua vez preveniria ou atenuaria comportamentos como a retenção crônica da evacuação e conseqüente constipação intestinal, que tendem a bloquear o futuro do treinamento.

Baseado nas fases do desenvolvimento de uma criança, os profissionais de saúde podem programar visitas específicas para o assunto de treinamento do controle esfinteriano. Assim, uma visita a um profissional de saúde, quando a criança tem de 12 a 18 meses de idade, é um momento oportuno para discutir com os pais o planejamento do treinamento. O assunto poderia focar a estratégia ou métodos de treinamento, as expectativas, as pressões de familiares, influências sociais e recordações, particularmente negativas ou não resolvidas, da infância dos pais que podem ter impacto nestas estratégias. Pediatras podem ajudar, reforçando, apoiando, educando, encorajando os pais e a criança e ressaltando os aspectos positivos do desenvolvimento no treinamento esfinteriano. Para começar o

processo, é importante que o clínico entenda as fases críticas do desenvolvimento da criança e seja capaz de entender as perspectivas dos pais.

Assim considerando:

- O número reduzido de artigos científicos relacionados ao assunto, na literatura brasileira;
- O desconhecimento da prática de ensino do controle esfinteriano anal em nosso meio;
- As conseqüências relativas ao ensino inadequado do controle esfinteriano anal, tanto para a criança quanto para a família e a sociedade;
- A necessidade do conhecimento da prática do treinamento esfinteriano anal em nosso meio; optamos por fazer este estudo.

Objetivo

OBJETIVO

Estudar a prática do treinamento do controle esfinteriano anal em crianças saudáveis, na faixa etária de três a seis anos de idade, por meio de entrevista aplicada aos pais ou cuidadores.

Metodologia

METODOLOGIA

1. Desenho do estudo.

O estudo transversal observacional e descritivo constou de Inquérito baseado em entrevista, utilizando casos consecutivos de crianças que procuraram o Ambulatório de Pediatria do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e uma Clínica Pediátrica privada, no período de junho de 2005 a agosto de 2006.

2. Amostra.

Cem famílias com crianças entre 3 e 6 anos de idade foram convidadas a participar do estudo, desenhado para investigar aspectos relativos ao treinamento esfinteriano anal (TEA).

2.1. Critérios de Inclusão.

Os pacientes deveriam ter:

- Idade compreendida entre 3 e 6 anos.
- Treinamento esfinteriano anal completo.
- Serem crianças saudáveis.

2.2. Critérios de Exclusão.

Os pacientes não deveriam ter:

- Doenças crônicas debilitantes.
- Doenças orgânicas, que podem se apresentar com perda fecal: malformações ano-retais, hipotireoidismo, causas neurológicas (defeitos do fechamento do

tubo neural, encefalopatia crônica não progressiva, retardo mental), doenças endócrinas, metabólicas ou neuro-musculares.

- Cirurgia gastrointestinal prévia.
- Outros problemas crônicos de saúde, tais como: doenças genéticas ou com comprometimento do crescimento e desenvolvimento.
- Quadro clínico de distúrbio da evacuação de etiologia orgânica.
- Alterações estruturais da coluna vertebral.

3. Variáveis estudadas.

- Variáveis sócio-demográficas e culturais. Avaliamos a contribuição das características das crianças, dos pais ou cuidadores e do ambiente.
- Variáveis relativas ao Treinamento Esfincteriano Anal.

Utilizamos como definição:

- Idade de início do treinamento esfincteriano anal: idade na qual os pais ou cuidadores apresentaram o penico ou o vaso sanitário e começaram a discutir com a criança os aspectos relativos ao treinamento.
- Treinamento esfincteriano anal completo: quando os pais ou cuidadores relataram que a criança não usava fraldas e defecava no penico ou vaso sanitário, regularmente.
- Constipação intestinal antes e após o treinamento esfincteriano anal. A definição de constipação crônica utilizada no estudo foi: passagem de fezes endurecidas, empedradas, cibalosas e/ou calibrosas, com ou sem evacuação dolorosa, na maioria das evacuações, ou com frequência de duas ou menos

vezes por semana, por um período superior a duas semanas (Rasquim-Weber et al., 1999).

4. Avaliação antropométrica.

Para a aferição do Peso (em Kg) foi utilizada balança tipo plataforma, da marca Filizola (carga máxima de 150 Kg e precisão de 100 gramas), com a criança em pé, descalça e com o mínimo de roupa possível. Para a aferição da Estatura (centímetros), utilizou-se um antropômetro vertical, com a criança descalça, com pés e tornozelos unidos, encostando-se a parte posterior da cabeça à barra de medida, mantendo os braços soltos ao longo do corpo. A criança foi orientada a se manter ereta, olhando para frente, com o pescoço em repouso (Barros & Victora, 1998). Para os cálculos do Percentil de Peso e Escore Z do Peso, Percentil da Estatura e Escore Z da Estatura, Índice de Massa Corporal (IMC), Percentil do IMC e Escore Z do IMC foi utilizado o programa Epiinfo 2002 (www.cdc.gov/epiinfo/). Os dados são apresentados como Escores Z do peso, Estatura e IMC.

5. Instrumento para coleta das informações.

O instrumento foi, especificamente, estruturado para esta investigação e utilizado para as entrevistas aplicadas aos pais ou cuidadores, exclusivamente, pelo pesquisador. As questões foram estruturadas baseando-se em revisão da literatura e continham informações sobre dados demográficos e relativos ao treinamento esfinteriano anal. Para o projeto piloto, foram construídos três instrumentos, baseando-se em publicações sobre o assunto (Brazelton, 1962; Stephens & Silber, 1971; Azrin & Foxx, 1976; deVries & deVries, 1977; Berk & Friman, 1990; Bloom et al., 1993; Blum et al., 1997; Taubman, 1997; Taubman & Buzby, 1997; Brazelton et al., 1999, Stadtler et al., 1999; Schum et al., 2001; Schum et al., 2002; Polaha et al., 2002; Blum et al., 2003, Taubman et al., 2003 a; Taubman et al., 2003 b; Blum et al., 2004; Brazelton & Sparrow, 2005). Tais instrumentos foram aplicados pelo mesmo examinador, para se avaliar o padrão das respostas e as dificuldades de entendimento dos respondedores de vários níveis sócio-econômicos. Baseando-se nas respostas, foi construído o instrumento definitivo utilizado no estudo (Anexo 3). A maioria das questões requeria somente a resposta “sim” ou “não”. A avaliação do nível sócio-econômico foi realizada, segundo o Critério da ABEP-2003. (Anexo 4).

6. Entrevista.

Após uma explanação breve do estudo e a assinatura do consentimento livre e esclarecido, as entrevistas eram realizadas num tempo médio de 15 minutos.

Entrevista: realizada pelo pesquisador e respondida pelo cuidador, sendo este caracterizado como a mãe ou responsável pelos cuidados essenciais da vida da criança.

7. Avaliação estatística.

A estatística descritiva das variáveis estudadas é apresentada como: Média, Desvio-Padrão, Mediana, Intervalo de confiança de 95% da média e Percentagem. O Teste do Qui-Quadrado foi utilizado para a comparação estatística entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado significativo. O programa estatístico utilizado para todos os cálculos foi o GraphPad Prism, Version 3.0, 1999.

8. Comitê de ética.

O estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos respondedores, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Sorocaba (PUCSP). (Anexos 2 e 1).

Resultados

RESULTADOS

1. Entrevista.

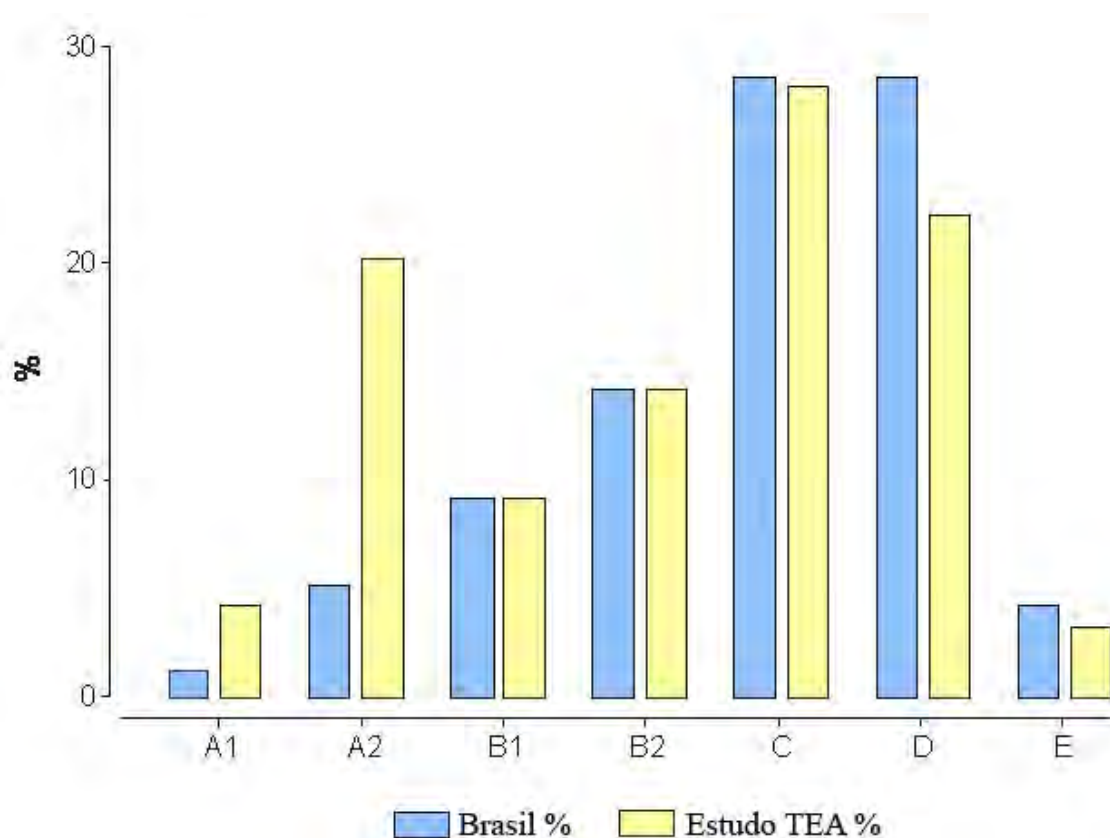
As entrevistas foram aplicadas a 100 pais ou cuidadores de diferentes níveis sócio-econômicos, no período de junho de 2005 a agosto de 2006, sendo 74% realizadas no ambulatório de Pediatria do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e 26% em uma clínica privada. Todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo entrevistador num tempo médio de 10 a 15 minutos. O respondedor em 97% das entrevistas era a mãe da criança.

2. Dados sócio-demográficos da família e da criança.

As características sócio-demográficas das famílias foram: mãe (brancas =94%); estado civil (casadas 73%, união estável 17%, separadas 4%, solteiras 5%, viúvas 1%); número de casamentos (1º casamento ou união estável 95%, mais de um casamento ou união estável 2%); idade da mãe (mediana de 27,8 anos, mínima 15 anos e máxima 48 anos e Intervalo de Confiança (IC 95%) da idade da mãe em anos (IC inferior = 26,5 e IC superior= 29,1); religião (católica 66%, evangélica 24%, espírita 5% e sem religião definida 4%); com trabalho fora do lar (61%, sendo 56% em período integral). Quanto ao número de filhos: 1(37%), 2 (34%), mais de 2 (29%); mediana do número de filhos (2,2); número máximo de filhos 10. Quanto à escolaridade da mãe: menor ou igual a 11 anos 41%, maior que 11 anos 59% e Intervalo de Confiança (IC de 95%) da escolaridade da mãe em anos (IC inferior = 9,4 e IC superior = 11,1).

Os dados relativos ao pai foram: branco em 91%, com mediana da idade de 30 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 56 anos. Quanto à escolaridade do pai: menor ou igual a 11 anos, 64% e maior que 11 anos, 46%.

A Figura 01 apresenta a percentagem das classes sócio-econômicas das famílias das crianças estudadas em comparação com a distribuição da população brasileira. Observamos neste estudo, maior percentagem das classes A1 e A2 e menor percentagem das classes C e D, quando comparadas com a distribuição destas classes na população brasileira.



Classe sócio-econômica	Brasil %	Estudo TEA %
A1	1	4
A2	5	20
B1	9	9
B2	14	14
C	36	28
D	31	22
E	4	3

Figura 01 Classes sócio-econômica da população estudada e da população brasileira.

As características sócio-demográficas das crianças avaliadas foram: sexo feminino 51%, brancas 96%. Quanto à posição na família: primeiro filho em 57%, segundo filho em 25%, terceiro filho em 10% e quarto ou mais em 8%, sendo filhos únicos em 37%. Os valores das idades para todas as crianças foram: média da idade de 54,8 meses, sendo idade mínima de 36,6 meses e idade máxima de 73,9 meses e o Intervalo de Confiança (IC de 95%) da idade das crianças em meses (IC inferior = 52,5 e IC superior = 56,9). Para os meninos: idade média de 52,8 meses, sendo idade mínima 36,6 meses e idade máxima de 73 e para as meninas, idade média 56,6 meses, sendo a idade mínima de 37 e idade máxima de 73,9 meses. Não houve diferença estatisticamente significativa para a idade em relação ao gênero ($p = 0,2180$). A Figura 02 apresenta os escores Z do Peso, da Estatura e do IMC das crianças avaliadas quanto ao TEA, onde se observa que todas as crianças são adequadas nutricionalmente, segundo as três variáveis.

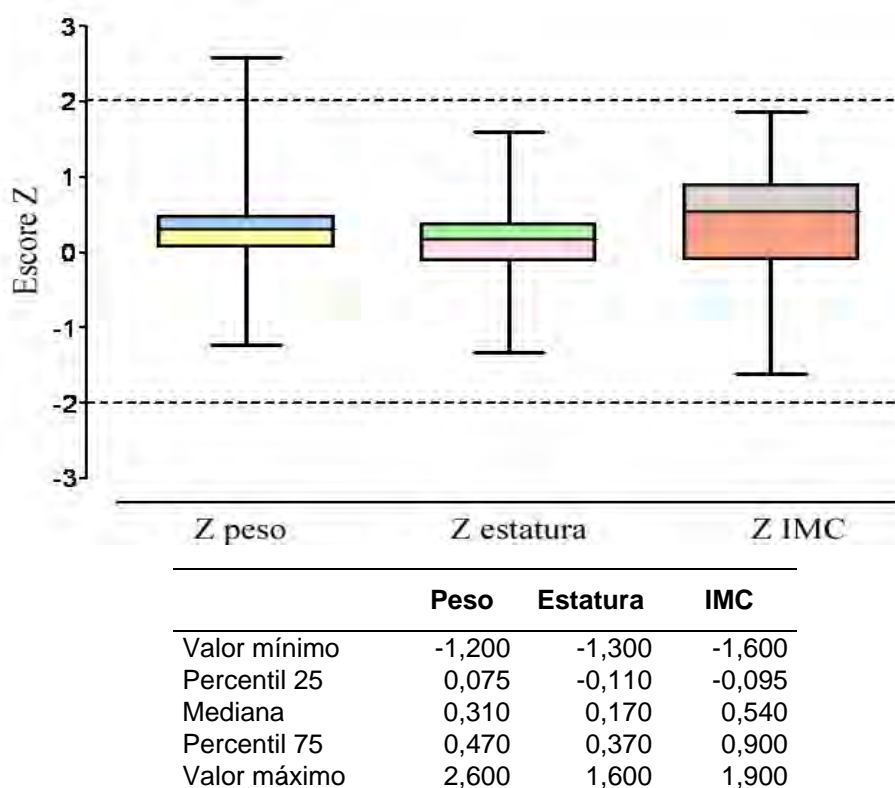


Figura 02 Escore Z do peso, estatura e IMC das crianças avaliadas ao treinamento esfinteriano anal.

3. Treinamento esfinteriano anal (TEA).

A Figura 03 apresenta os resultados da aquisição do conhecimento para o TEA. Observa-se: referem ter usado intuição 35%, experiência com o filho anterior ou com os demais filhos 36%. Se somarmos estas duas situações ao aprendizado com as avós 21%, teremos 92% das fontes de aquisição do conhecimento das mães sobre o TEA. Com relação a outras formas de adquirir conhecimento sobre o TEA, 3% referem ter lido sobre o assunto em jornais e revistas, 2% receberam orientações das patroas, 2% receberam orientação da equipe de saúde e 1% da creche onde a criança estava matriculada. Somente 7% das mães responderam que tiveram orientação dos médicos que atendiam a criança.

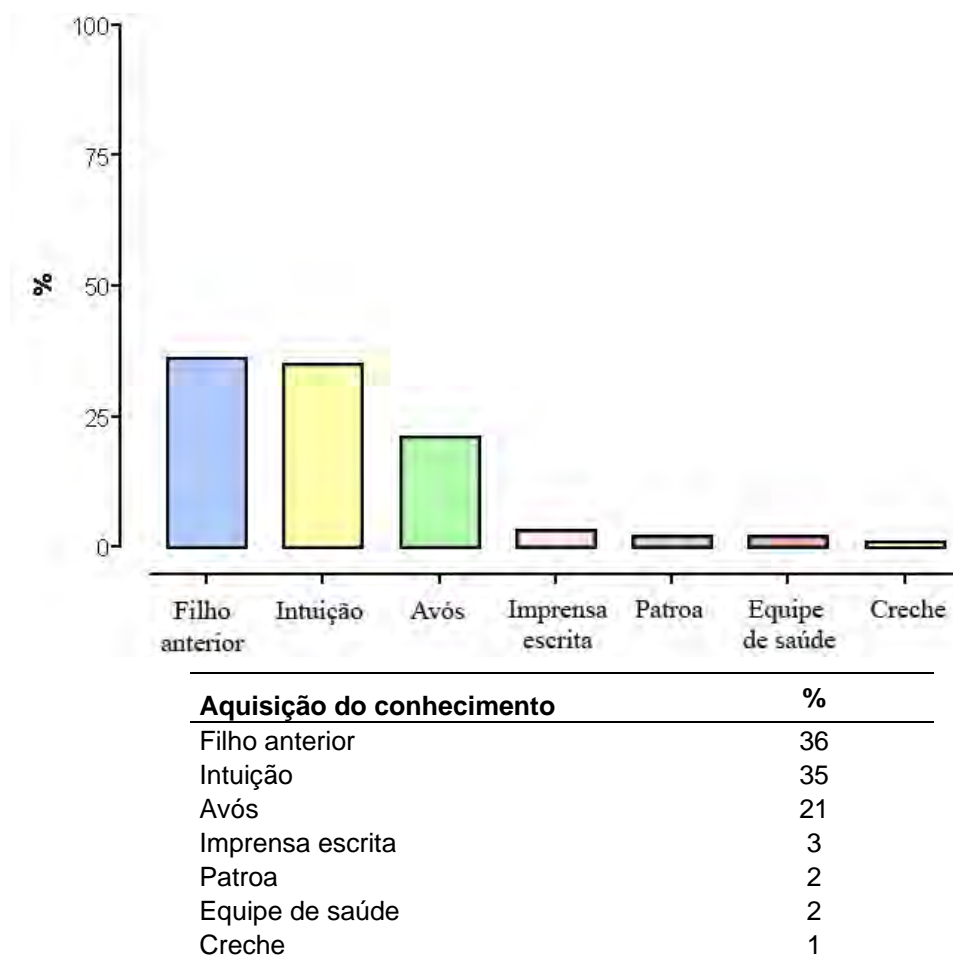


Figura 03 Aquisição do conhecimento para o treinamento esfinteriano anal.

3.1. Número de evacuações diárias antes e depois do TEA.

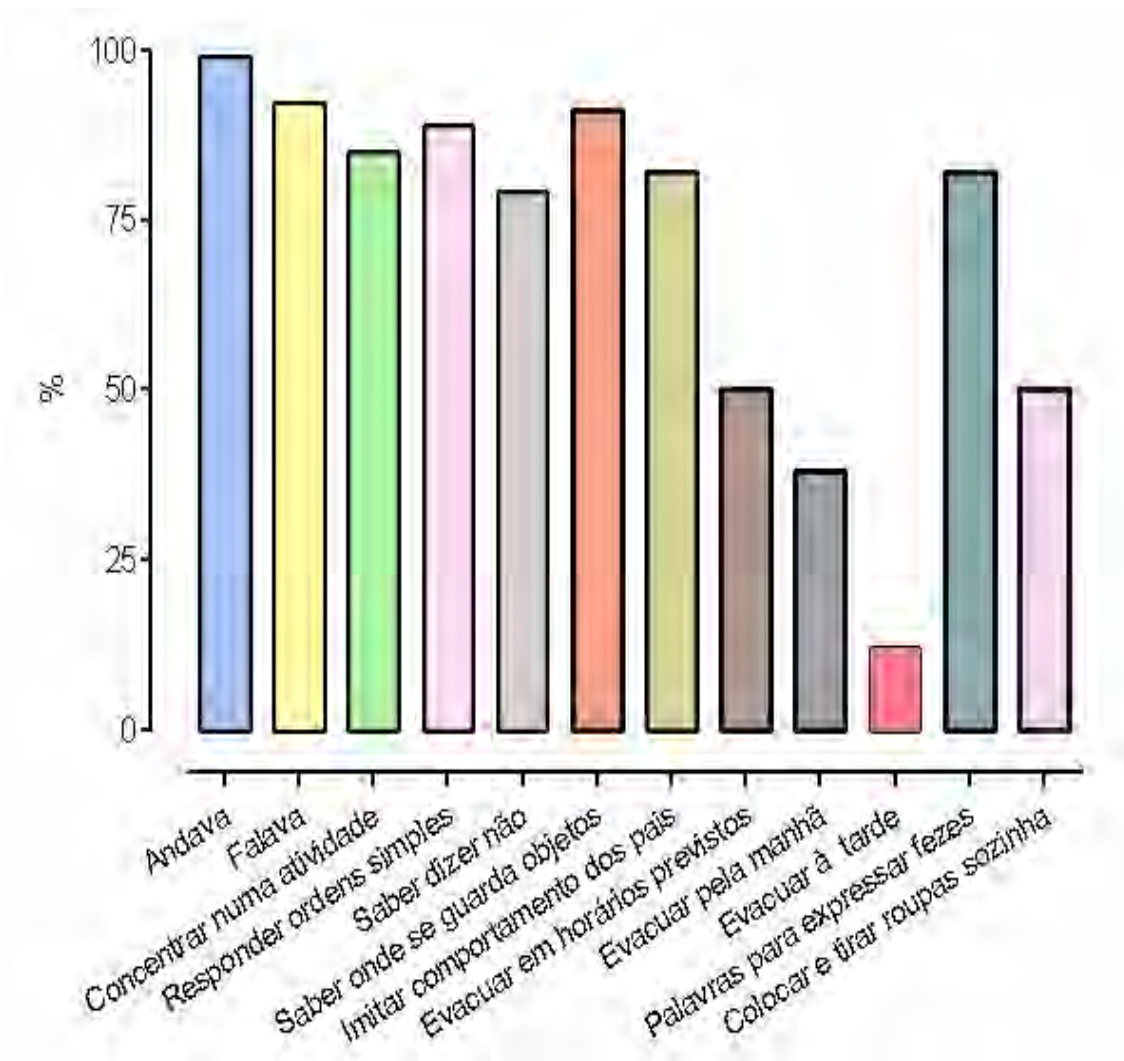
Observamos que antes do início do TEA, 85% das crianças evacuavam até duas vezes ao dia, sendo 38% uma vez e 47% duas vezes e 15% evacuavam mais de 2 vezes ao dia. Após o treinamento, 94% evacuavam até duas vezes ao dia e 6% mais que duas vezes ao dia. A constipação intestinal estava presente em 18% das crianças antes do treinamento e em 20% após o treinamento.

3.2. Sinais de prontidão para o TEA.

A Figura 04 apresenta os sinais de prontidão para o TEA, onde observamos que dos doze sinais pesquisados, oito apresentaram frequência maior de 75%. Os quatro sinais de menor frequência foram: evacuar em horários previstos, evacuar pela manhã, evacuar à tarde e colocar e tirar roupas sozinhas.

3.3. Ambientes do TEA.

Observamos que 97% das crianças foram treinadas em casa. Com relação às características da casa da família, observamos: 22% tinham até 3 cômodos com 56% tendo somente um banheiro. Em 80% das casas moravam até 2 adultos, havendo em 55% somente uma criança e em 24% duas crianças. Com relação à frequência à creche: 23% freqüentavam a creche por ocasião do treinamento, 78% delas particulares.

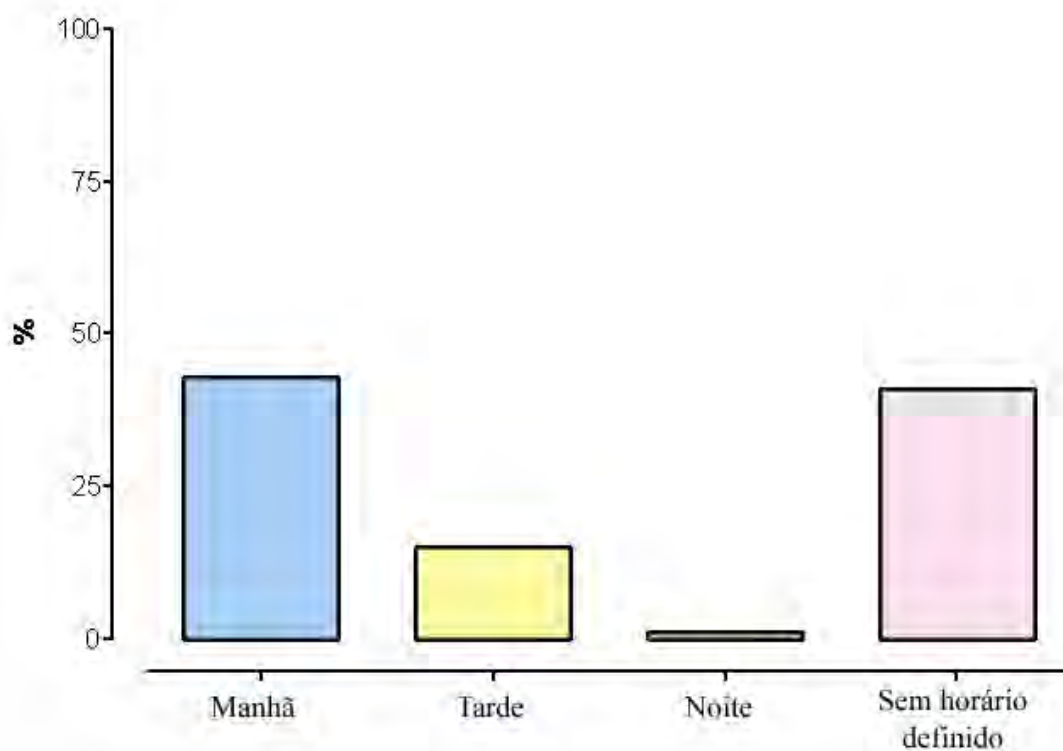


Sinais de Prontidão	%
Andar	99
Falar	92
Concentrar numa atividade	85
Responder ordens simples	89
Saber dizer não	79
Saber onde se guardam objetos	91
Imitar comportamento dos pais	82
Evacuar em horários previstos	50
Evacuar pela manhã	38
Evacuar à tarde	12
Palavras para expressar fezes	82
Colocar e tirar roupas sozinha	50

Figura 04 Sinais de prontidão para o treinamento esfinteriano anal.

3.4. Técnicas de TEA.

Na Figura 05, observamos que o treinamento foi realizado em 43% dos casos no período da manhã, em 15% dos casos no período da tarde, em 1% dos casos no período noturno e, em 41% dos casos, não havia horário definido. As crianças iniciaram seu treinamento em 56% no penico e no vaso sanitário em 44%, sendo que 8% destas usavam redutores e apenas 1% apoio para os pés. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de treinamento e o uso do vaso sanitário e do penico ($p = 0,4270$). Observou-se que por ocasião do treinamento, 70% das crianças eram estimuladas, vendo os familiares usarem o banheiro. A distração com conversas ou histórias foi utilizada em 68% das crianças, durante o treinamento.



Período do dia do TEA	%
Manhã	43
Tarde	15
Noite	1
Sem horário definido	42

Figura 05 Período do dia em que era realizado o treinamento esfincteriano anal.

3.5. Ordens para evacuar.

Quanto à ordem para evacuar: 59% sugeriam, 38% levavam a criança quando ela pedia, 1% ordenava que fosse e 1% prometia algo. Quando a criança não atendia à ordem: 77% eram aconselhadas, 20% recebiam advertência verbal e 3% castigos físicos. O elogio foi utilizado em 98% das crianças, quando evacuavam no vaso sanitário ou no penico.

3.6. Técnicas de retirada das fraldas.

A Figura 06 apresenta como eram retiradas as fraldas no início do treinamento, onde observamos: retiravam o dia inteiro 77%; retiravam num período do dia 16%; retiravam as fraldas, levavam a criança ao banheiro e permaneciam com ela 5%; retiravam as fraldas, quando a criança pedia para evacuar 2%.

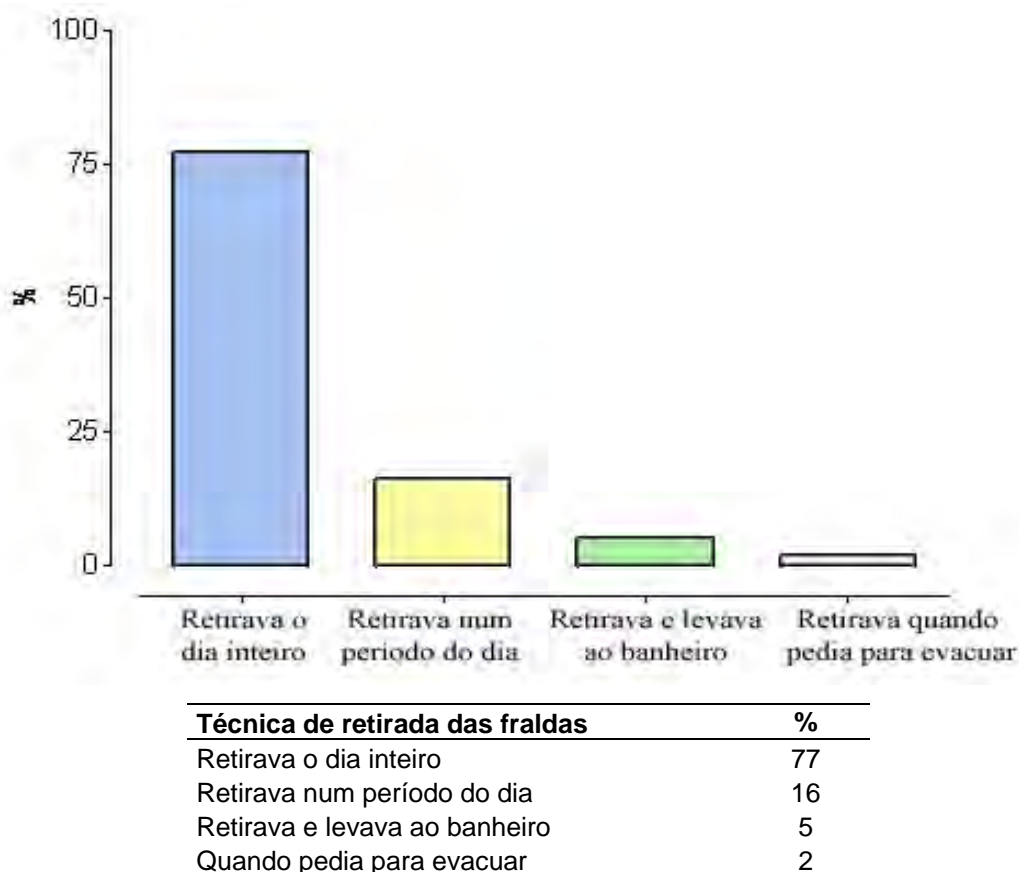


Figura 06 Técnica de retirada das fraldas para o treinamento esfinteriano anal.

3.7. Recusa em aceitar o TEA.

Em relação à recusa em aceitar o TEA, observamos: recusa para sentar no vaso sanitário 49%; recusa para sentar no penico 14%; recusa para sentar no vaso e no penico, 34%; recusa para tirar as fraldas para evacuar 19%; retirada das fraldas e evacuação no chão 23%; sentava no vaso e/ou no penico, mas evacuação no chão 17%; posição abaixada num canto para evacuar, negando estar evacuando 51%; andar ao redor do vaso e do penico e, quando sentada, já estava com as fraldas sujas 2%. Em apenas 2% dos casos houve o nascimento de um irmão durante o treinamento.

3.8. Crianças que freqüentavam creche.

As mães, em 11% dos casos, foram orientadas para que a matrícula na creche fosse feita após o TEA. Em 10% dos casos houve contato da creche com a família, a respeito da forma como o TEA seria feito. Em 5% dos casos houve reclamação da creche, porque a criança estava demorando a sair das fraldas.

3.9. Pressões familiares para a retirada das fraldas.

A pressão para a retirada das fraldas ocorreu a partir das avós em 19%; do marido 7% e de outros familiares em 6% dos casos. Em 45% dos casos o custo das fraldas descartáveis ou a necessidade da lavagem das mesmas, fez com que as mães tentassem apressar o início do treinamento. Comparando-se as classes A-B e C-D-E, no quesito custo e retirada das fraldas, as classes C-D-E, referem que o custo das fraldas apressou a retirada das mesmas. Observou-se que as classes C-D-E referem retirar as fraldas mais

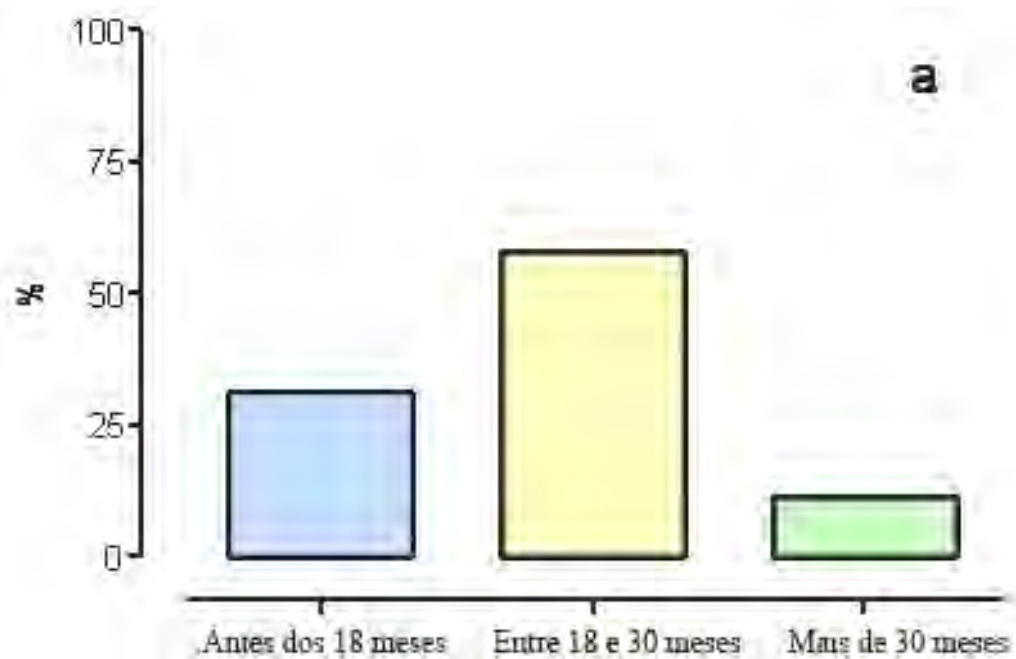
precocemente que as classes A-B ($p < 0,0001$). Reagrupando a variável retirada das fraldas em 2 subgrupos: retirava as fraldas o dia inteiro ou num período do dia, observou-se que nas classes C-D-E a retirada das fraldas o dia inteiro ocorria com uma frequência estatisticamente significativa, quando comparada com as classes A-B ($p < 0,0032$).

4. Idade de início e duração do TEA.

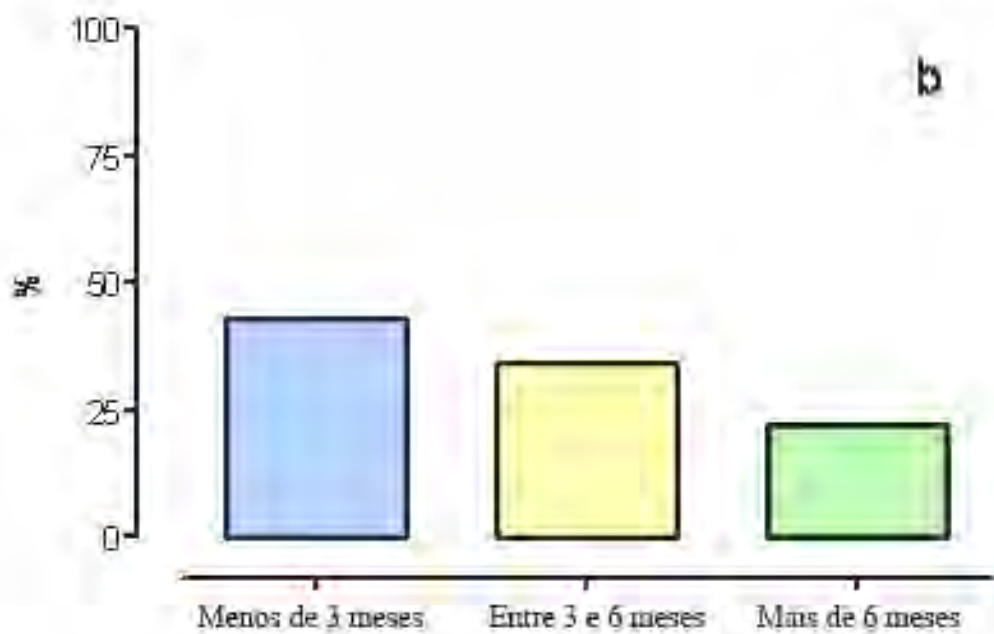
A Figura 07 apresenta a idade de início e a duração do TEA. Observamos que, em 31% das crianças, a retirada das fraldas começou antes dos 18 meses, 58% entre 18 e 30 meses e 11% com mais de 30 meses. Com relação à duração do treinamento, 43% das crianças estavam treinadas em menos de 3 meses, 34% demoraram entre 3 e 6 meses e 22% demoraram mais de 6 meses para serem treinadas.

A Figura 08 apresenta a relação entre a Idade de início do TEA e a duração do TEA. Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p = 0,6489$).

Em 89% dos entrevistados não houve dificuldades para o treinamento, sendo que o treinamento para os controles esfinteriano anal e vesical foram iniciados simultaneamente em 84% dos casos. O controle esfinteriano anal foi obtido primeiramente em 41% das crianças.



Idade de início do TEA (a)	%
Antes dos 18 meses	31
Entre 18 e 30 meses	58
Mais de 30 meses	11



Duração do TEA (b)	%
Menos de 3 meses	43
Entre 3 e 6 meses	34
Mais de 6 meses	23

Figura 07 Idade de início (a) e duração (b) do treinamento esfinteriano anal.

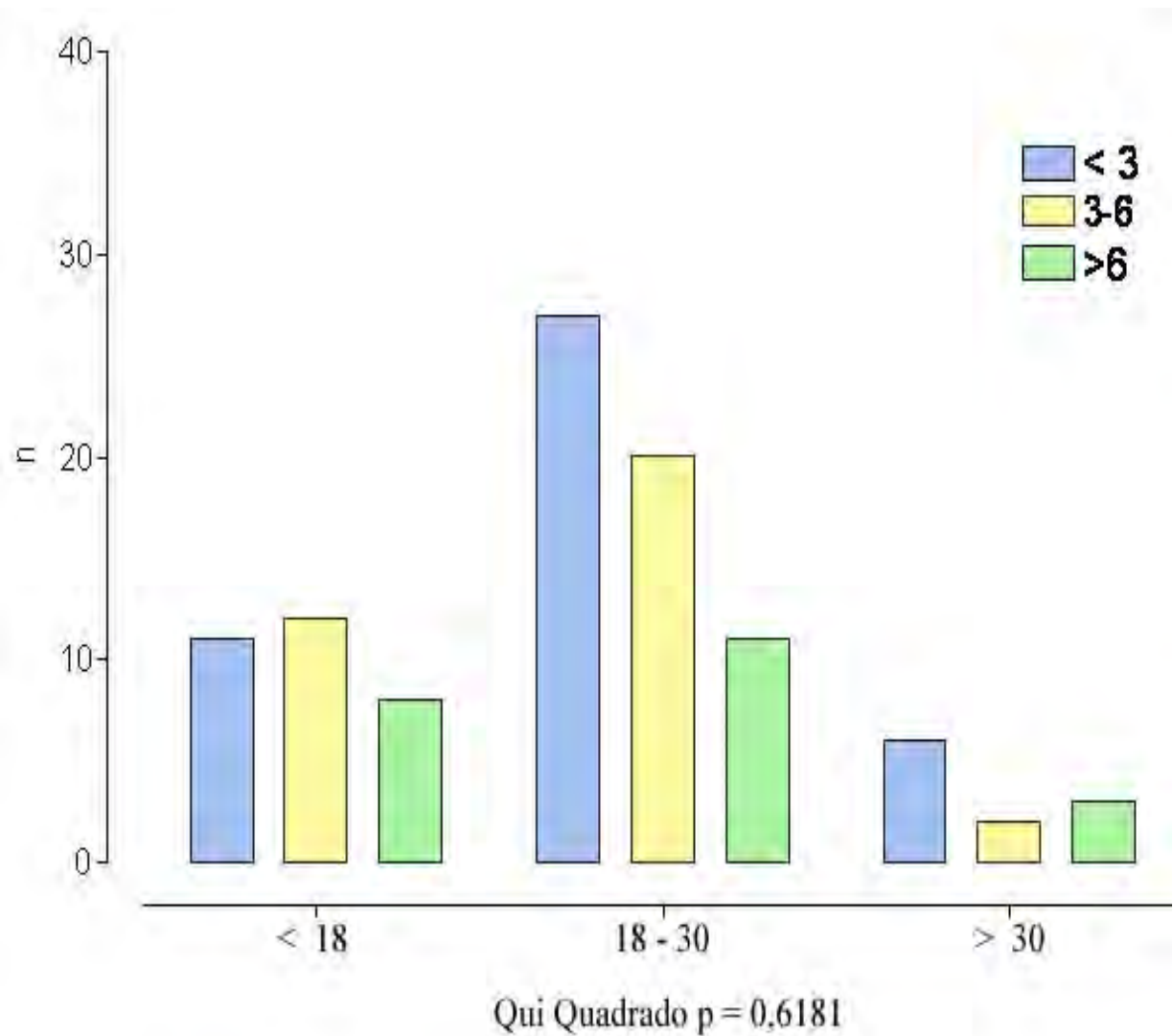


Figura 08 Relação entre a idade de início e duração do treinamento esfinteriano anal.

4.1. Idade de início, duração do TEA e gênero.

A Figura 09 apresenta a relação entre a idade de início, duração do TEA e o gênero. Observa-se que não houve relação estatisticamente significativa para os gêneros masculino e feminino, tanto para a idade de início ($p = 0,6181$) quanto para a duração do TEA ($p = 0,4709$).

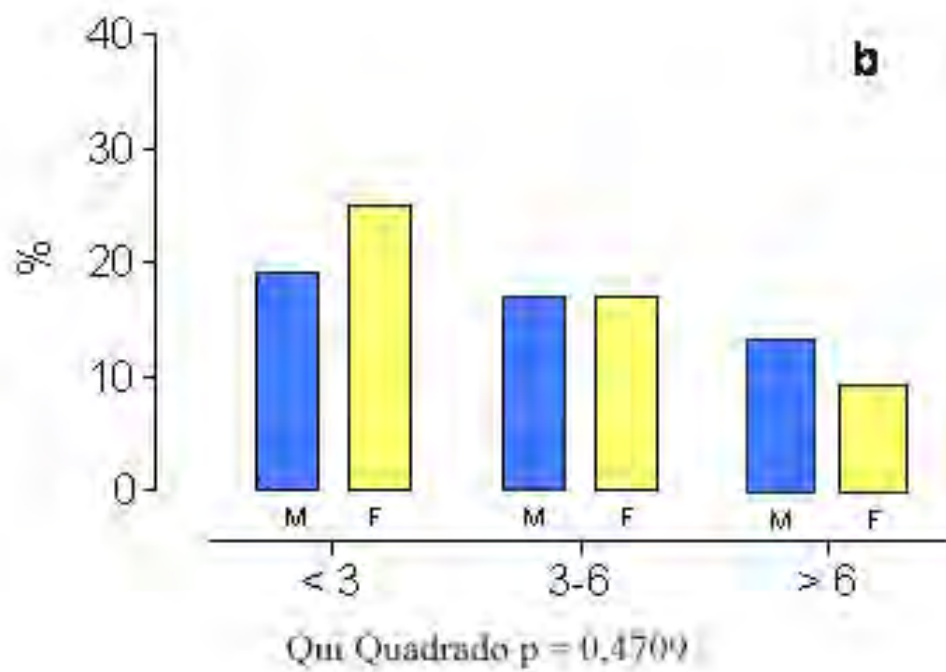
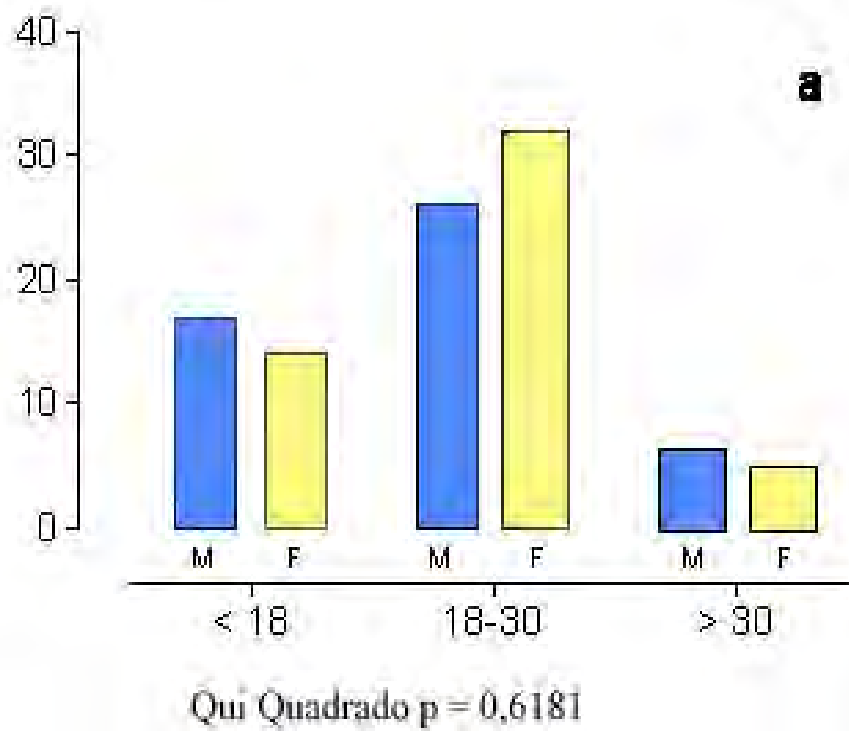


Figura 09 Idade de início (a) e duração (b) do treinamento esfinteriano anal segundo o gênero.

4.2. Idade de início, duração do TEA e escolaridade da mãe.

A Figura 10 apresenta a relação entre a idade de início, duração do TEA e escolaridade da mãe. Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa para a escolaridade da mãe maior ou igual a 11 anos ou maior que 11 anos para a idade de início ($p = 0,0008$). Entretanto não houve diferença estatisticamente significativa para a duração do TEA ($p = 0,2001$).

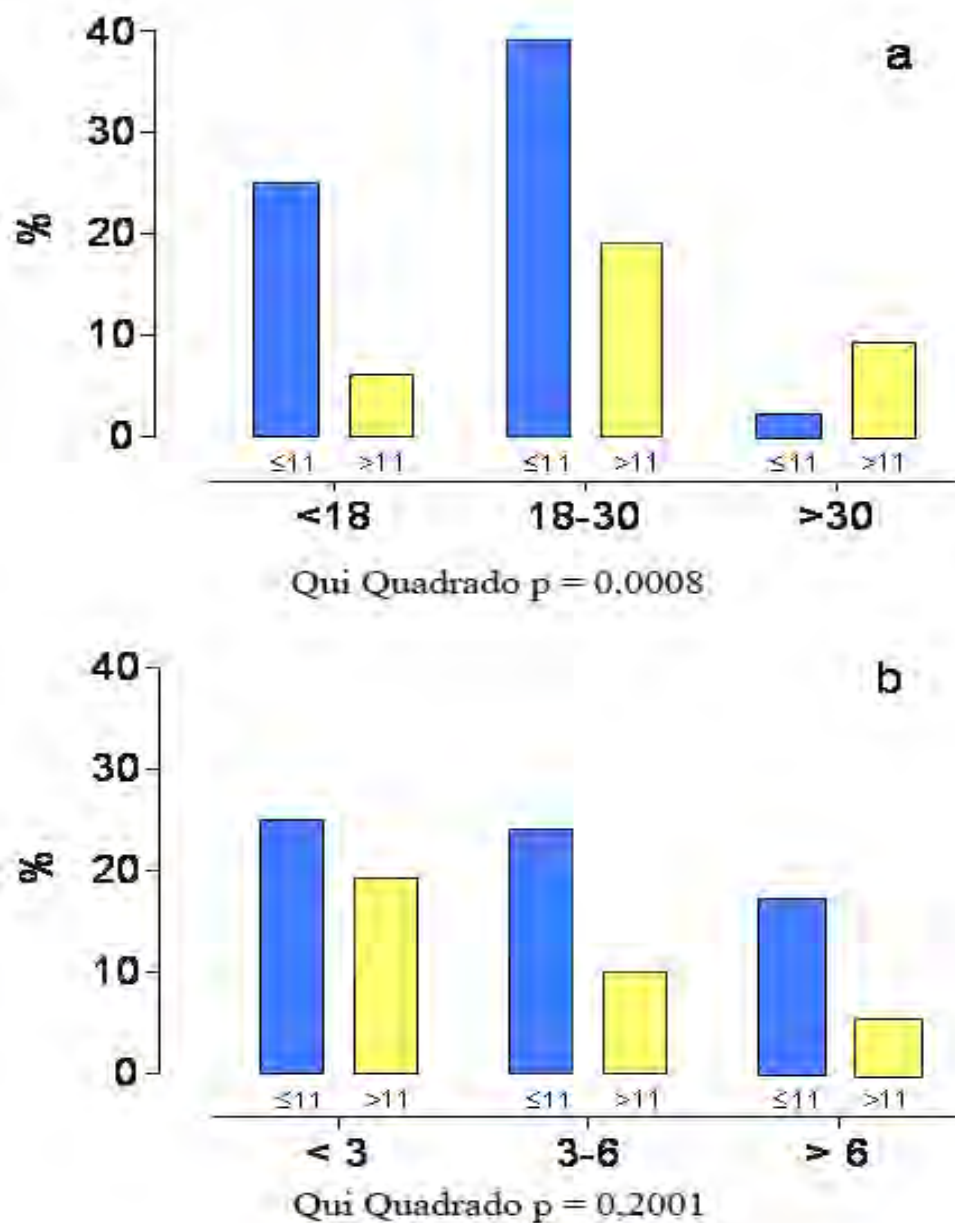


Figura 10 Idade de início (a) e duração (b) do treinamento esfinteriano anal segundo a escolaridade da mãe: até 11 anos e maior que 11 anos.

4.3. Idade de início, duração do TEA e posição na família.

A Figura 11 apresenta a relação entre a idade de início, duração do TEA e a posição na família. Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa para o filho único e para filho não único, tanto para a idade de início ($p = 0,9285$) quanto para o tempo de duração do TEA ($p = 0,7318$).

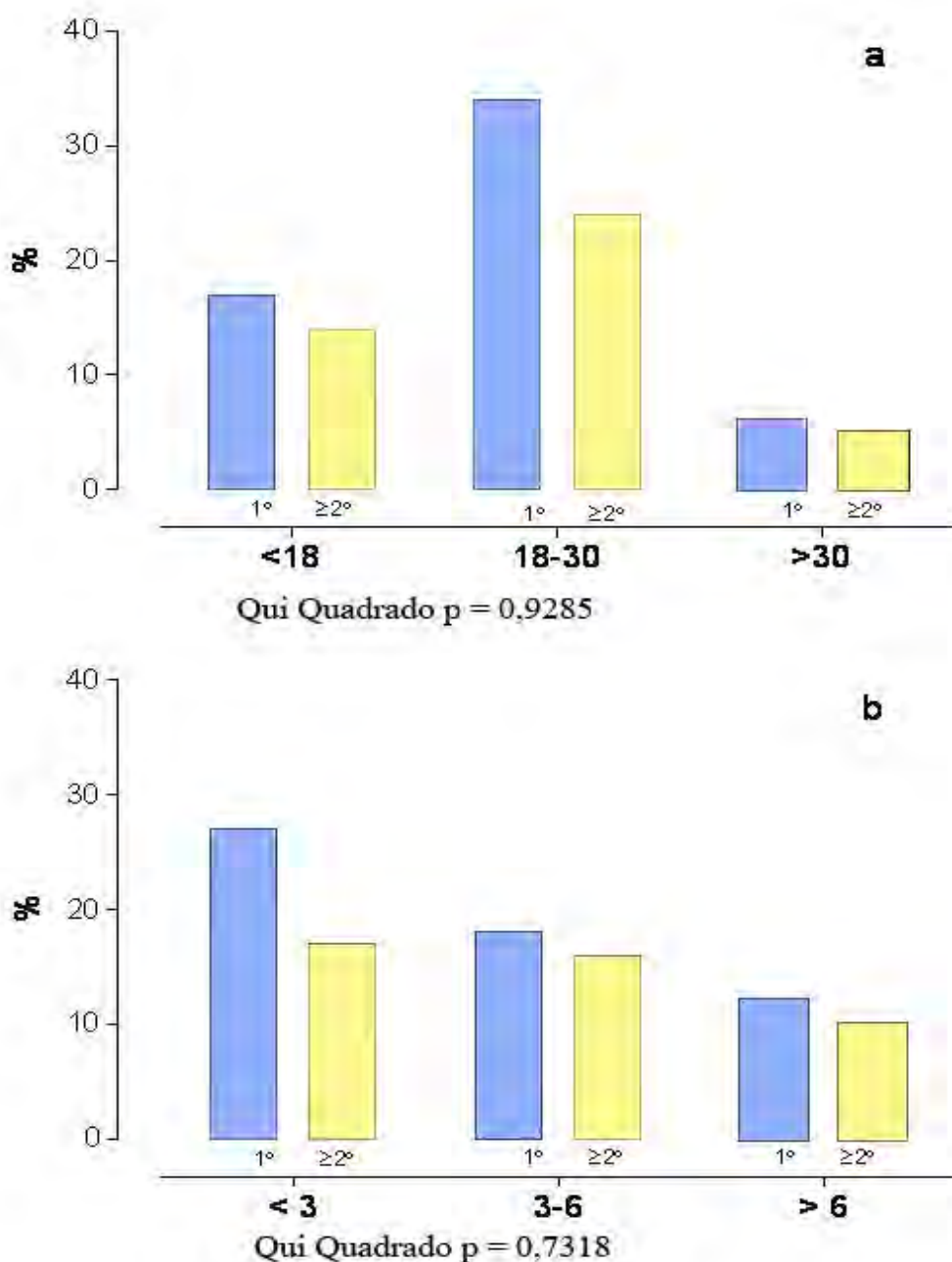


Figura 11 Idade de início (a) e duração (b) do treinamento esfinteriano anal segundo a posição na família: único e não.

4.4. Idade de início, duração do TEA e classe sócio-econômica.

A Figura 12 apresenta a relação entre a idade de início, duração do TEA e as classes sócio-econômicas. Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa para as classes A-B, bem como para as classes C-D-E para a idade de início ($p = 0,0032$). Entretanto não houve relação estatisticamente significativa para a duração do TEA ($p = 0,0629$).

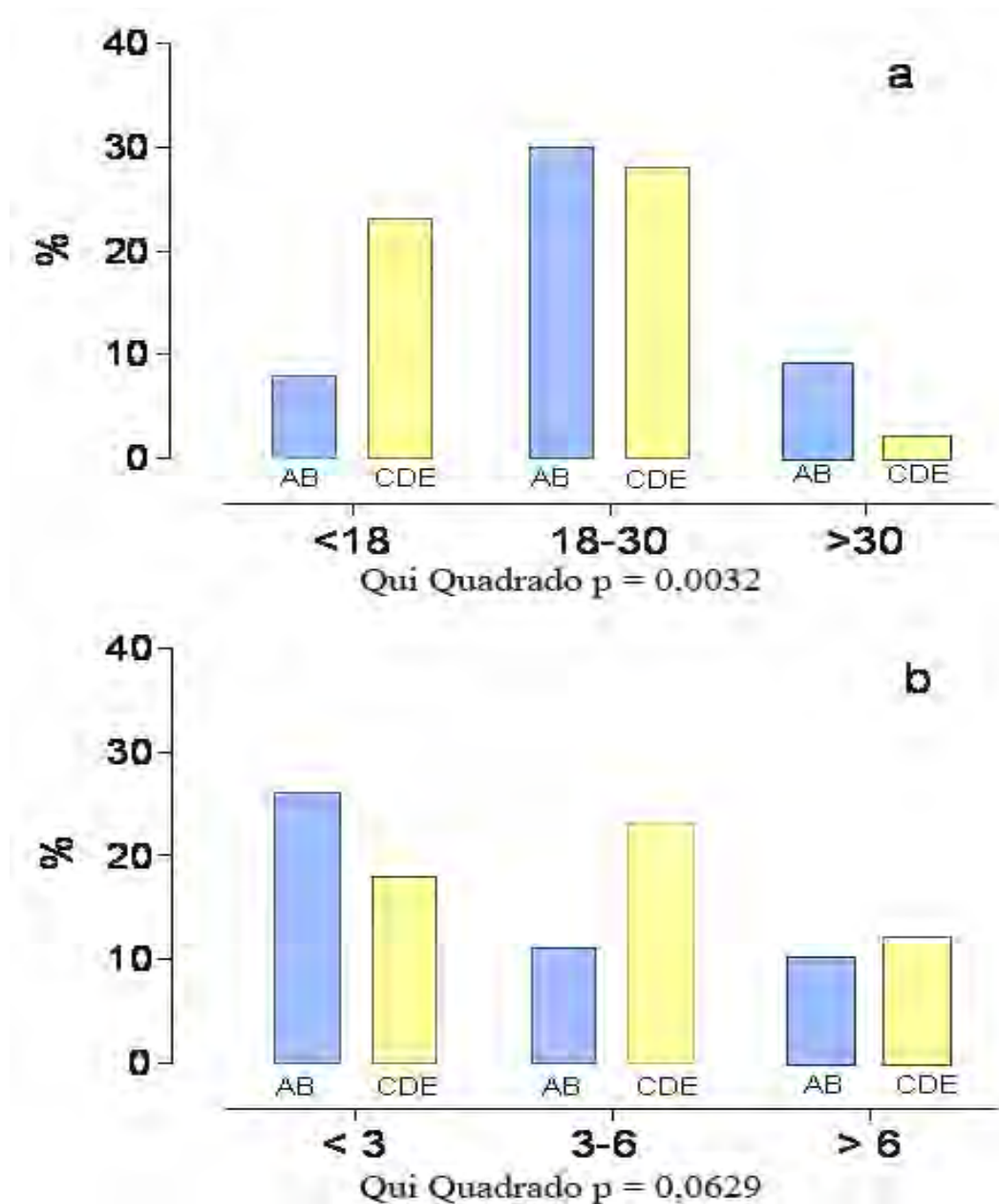


Figura 12 Idade de início (a) e duração (b) do treinamento esfincteriano segundo a classe sócio-econômico: classes A-B e C-D-E.

Discussão

DISCUSSÃO

Este estudo transversal observacional e descritivo analisou a prática do treinamento do controle esfinteriano anal em 100 crianças, na faixa etária de três a seis anos de idade, por meio de entrevista aplicada aos pais e cuidadores. Esta faixa etária foi escolhida, pois se procurou reforçar o efeito memória em um estudo baseado em entrevistas. O processo de entrevista utilizado para coletar informações referentes a atitudes, comportamentos, e conhecimentos sobre o treinamento esfinteriano anal, tem vantagens e desvantagens. A entrevista permite que o entrevistador esclareça questões, evitando o problema da ignorância e solicite respostas lógicas. Pode também obter respostas mais complexas a respeito de um assunto, minimizar respostas perdidas, inapropriadas e incompletas e, ainda, controlar a ordem das perguntas. Outras vantagens como clareza e simplicidade do questionário, associadas às respostas fechadas e neutralidade do entrevistador permitiram um estudo adequado. As desvantagens são: o tempo gasto com as entrevistas e a influência da relação entre o entrevistado e o entrevistador. Alguns erros podem ocorrer: memória imperfeita, poder limitado de observação do evento e o desejo de dar respostas socialmente adequadas por parte do entrevistado. Consideramos que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois o enfoque central foi avaliar a prevalência de diferentes variáveis relativas ao treinamento esfinteriano anal, relacionando a idade da iniciação do TEA, a idade do término do treinamento e os eventos que concorreram para o seu êxito, trazendo com isto contribuição para a literatura relativa ao estudo do TEA.

O questionário para a realização das entrevistas foi estruturado, baseando-se em ampla revisão de literatura e continha dados sócio-demográficos relacionados ao

TEA. Foram realizados três estudos piloto, baseando-se em publicações sobre o assunto que avaliou o entendimento das pessoas entrevistadas a respeito das questões. A maioria das questões requeria somente a resposta sim ou não o que permitiu maior fidedignidade das respostas.

A origem da amostra foi um hospital universitário em 75% dos casos e em 25% dos casos uma clínica privada. Esta proporção contemplou uma distribuição adequada de entrevistados segundo as classes sócio-econômicas da população brasileira. Através dessas entrevistas procuramos elucidar como é realizado o treinamento para o controle esfinteriano anal em nosso meio.

Consideramos a amostra avaliada homogênea, pois:

- 97% dos entrevistados era a mãe da criança.
- Todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo entrevistador.
- O Intervalo de Confiança (IC de 95%) da idade da mãe em anos (IC inferior = 26,5 e IC superior = 29,1), mães menores de 30 anos e a maioria com 1 ou 2 filhos.
- O Intervalo de Confiança (IC de 95%) da escolaridade da mãe em anos (IC inferior = 9,4 e IC superior = 11,1), isto é mães com ensino fundamental completo.
- 81% das mães eram casadas e/ou união estável.
- O Intervalo de Confiança (IC de 95%) da idade das crianças em meses (IC inferior = 52,5 e IC superior = 56,9), isto é crianças com mais de 4 e menos de 5 anos, reforçando assim o critério de inclusão.

Comparando-se a distribuição das classes sócio-econômicas no Brasil e no nosso estudo, tivemos uma porcentagem maior de respondedores das classes A1 e A2 e um menor número de respondedores das classes C e D. No restante da

amostra, a distribuição foi semelhante à distribuição proporcional das classes no Brasil. Os escores Z do Peso, Estatura e IMC das crianças avaliadas, estiveram dentro dos valores da normalidade. Estes dados reforçam a representatividade da amostra estudada e permitem extrapolar os resultados para as crianças em geral.

Quando perguntadas onde adquiriram conhecimentos para o TEA, observamos que 92% da amostra responderam ter adquirido experiência sem auxílio especializado. Somente 7% receberam informação com os médicos que atendiam a criança, o que nos mostra que não existe uma orientação antecipatória daqueles que atendem crianças, como recomendado por Brazelton et al. (1999). Esta situação se associa ao fato de que 97% das crianças foram treinadas em casa sendo que em 80% das casas moravam até dois adultos e em 55% das casas somente uma criança, denotando um TEA baseado em intuição e auto-aprendizado. A imprensa falada e escrita foi responsável por 3% das orientações. As publicações a respeito do TEA, em nosso meio, são escassas (Brazelton & Sparrow, 2005) enquanto este assunto parece ter mais relevância em outros países (Azrin & Foxx, 1976; Krueger, 2001; Ford, 2003; Gilbert, 2003; Deerwester, 2007).

Shum et al. (2001) demonstraram, em 267 crianças, que as meninas dominaram somente 2 das 11 habilidades da prontidão para o toalete aos 24 meses e os meninos não eram proficientes em algumas das 11 habilidades, mesmo após seu segundo aniversário. Encontraram que a mediana da idade para que as meninas comecem o treinamento do toalete era de 25.5 meses e para meninos de 30.5 meses, recomendando que o treinamento do toalete deva iniciar quando a criança tiver entre 22 a 30 meses de idade. Em nosso estudo, somente em 11% das crianças, a retirada das fraldas se iniciou após os 30 meses de idade. Isto nos mostra que, do ponto de vista cronológico, uma boa parte das crianças inicia o treinamento sem estar apta para tanto. Entretanto, a maioria dos sinais de prontidão

estava presente, em alta porcentagem, no início do TEA. Isto pode sugerir que o processo se inicia com a criança motivada e manifestando “sinais de prontidão”. Em contrapartida, existe a preocupação de que o treinamento feito mais cedo pode ser coercivo e levar a distúrbios posteriores, pois os fracassos podem ser humilhantes para as crianças. Estes fracassos poderão resultar em problemas sérios mais tarde, como a constipação e a encoprese. (Brazelton, 1962; Taubman & Buzby 1997; Fishman et al., 2002).

Taubman (1977) encontrou que, quando o treinamento para o uso do banheiro era iniciado antes dos 24 meses de idade, 68% das crianças estavam treinadas antes dos 3 anos de idade, entretanto quando este treinamento era iniciado após os 24 meses de idade, somente 54% estavam treinadas antes dos 3 anos de idade.

Segundo Blum et al., (2003), uma idade mais precoce para o início do TEA faz com que a criança esteja treinada mais cedo, entretanto o tempo de treinamento é mais prolongado. Não encontrou associação entre o início do treinamento precoce com constipação, retenção de fezes, ou recusa de usar o banheiro. Encontrou, também, que o início do treinamento, antes dos 27 meses, não está relacionado com o término mais precoce do mesmo, sugerindo que os benefícios em treinar a maioria das crianças antes dos 27 meses seriam pequenos. Em nosso estudo a maioria (77%) estava treinada em menos de seis meses, não havendo diferença estatisticamente significativa entre a idade de início e o tempo de treinamento.

A constipação intestinal estava presente em 18% das crianças antes do treinamento e em 20%, após o mesmo e não observamos nenhum caso de encoprese na amostra. Blum et al., (2004) relatou que a constipação contribui

mais para a recusa de se usar o banheiro do que ser uma consequência do treinamento. O sincronismo do treinamento do toalete freqüentemente é relacionado à encoprese. (Levine, 1975; Levine, 1982; Luxem & Christophersen, 1994). Levine (1975) observou que 43% das crianças com encoprese primária e 69% das crianças com encoprese secundária foram submetidas à tentativa de TEA, antes de 2 anos de idade.

Observou-se em nosso trabalho, que 70% das crianças foram estimuladas vendo os familiares usarem o banheiro e em metade das crianças (56%) o início do treinamento foi feito no penico e (44%) no vaso sanitário, onde apenas 8% tinham redutores e 1% apoio para os pés da criança. Isso demonstra ausência de adaptação para uma melhor efetividade do TEA. Entretanto não houve diferença estatística no tempo de treinamento feito no vaso ou no penico. Em 68% dos casos a criança era distraída com conversas ou histórias, enquanto permanecia no banheiro.

A idade do início e da conclusão do treinamento do toalete parece ser explicada parcialmente pela raça. Os povos do leste da África começam o TEA dentro das primeiras semanas de vida e esperam que a criança esteja razoavelmente treinada entre as idades de quatro a seis meses. (deVries & deVries, 1977). As crianças negras americanas iniciam o treinamento esfinteriano em média, aos 21 meses de idade e terminam em média aos 30 meses. (Blum et al., 2003). Nas crianças brancas americanas, o treinamento esfinteriano se inicia, em média aos 30 meses, e está concluído, em média, aos 39 meses da idade. Quando consultados 50% dos Afro-Americanos sentiram que era importante que suas crianças completassem o treinamento esfinteriano com 2 anos de idade, sendo que somente 4% dos pais caucasianos concordaram com esta indicação.

Um segundo estudo examinou quatro grupos culturais nos Estados Unidos para determinar sua opinião a respeito da idade ideal para o treinamento esfinteriano: as mães americanas de origem européia indicaram que as crianças estavam totalmente treinadas aos 28,1 meses de idade, as mães originárias de Porto Rico, Afro-Americanas e as mães do Caribe Ocidental referiram que as crianças estavam totalmente treinadas entre 20,2 e 22,2 meses. (Pachter & Dworkin, 1997).

No presente estudo, não foi avaliado o TEA segundo a raça, pois 96% das crianças foram denominadas de brancas.

O treinamento para o controle esfinteriano anal e vesical foi feito simultaneamente em 84% dos casos sendo que o controle esfinteriano anal foi obtido primeiramente em 41% dos casos. Brazelton refere que em 12,3% as crianças conseguiram primeiramente o controle intestinal em 8,2% o controle vesical e as restantes obtiveram os controles simultaneamente. (Brazelton, 1962).

Com relação a idade de início, duração do TEA e o gênero, não houve diferença entre meninos e meninas. Entretanto, tem sido demonstrado consistentemente que as meninas tendem a completar o treinamento da continência mais cedo que os meninos. (Brazelton, 1962; Azrin & Foxx, 1976; Largo & Stutzle, 1977; Martin et al., 1984; Bloom et al., 1993). Comparando-se mães com escolaridade menor e maior que 11 anos, observamos de forma significativa que as de menor escolaridade iniciam o treinamento antes, mas não encontramos diferenças com relação ao término do treinamento.

Não houve diferença entre o início e a duração do TEA, quando levamos em consideração o filho único e o não único, pois observamos que o aprendizado para o

TEA dependeu não somente do aprendizado com o filho anterior e sim com a intuição e com as avós.

Observamos em nosso estudo que as classes sócio-econômicas C-D-E iniciam o TEA mais precocemente e que retiravam as fraldas o dia inteiro em uma maior porcentagem que as classes A-B. Quando perguntadas se o custo das fraldas interferia na pressão de se iniciar o treinamento, as mães das classes C-D-E responderam afirmativamente e de forma significativa quando comparadas às classes A-B. Uma criança gasta, em média 4800 fraldas descartáveis até os 30 meses de idade de acordo com a Associação Pró-teste de Consumidores. As de tamanho M, usadas entre o segundo e o oitavo mês de vida, são 3 mil, o que daria um custo de cerca de R\$ 1.664,70, segundo preços pesquisados em junho de 2004 pela associação (www.proteste.org.br). Horn et al. (2006) associou a renda familiar com o início do TEA. Os pais com renda mais elevada relatam que o treinamento do toalete deve começar aproximadamente na idade de 2 anos, comparados com a idade de 18 meses para pais de renda mais baixa. Assim é possível que o custo das fraldas descartáveis possa ter um papel determinante para se iniciar o treinamento do toalete, pois pais sem recursos para uso prolongado das fraldas descartáveis, provavelmente iniciarão o treinamento mais precocemente.

Os métodos de Brazelton (1962) e de Azrin & Foxx (1976) resultam em um TEA rápido e bem sucedido (Kiddoo et al., 2006). No entanto os dois métodos não foram comparados neste estudo, portanto é difícil extrair conclusões definitivas a respeito da superioridade de um método sobre o outro. Em geral, ambos os programas podem ser usados para ensinar crianças saudáveis a usar o banheiro, sendo a consulta pediátrica uma excelente oportunidade para a

educação dos pais ou responsáveis para o ensino do TEA. Este estudo de maneira objetiva contribui com subsídios para o conhecimento do TEA.

Em resumo, as informações mais importantes relativas ao TEA nas crianças estudadas foram:

- As mães são as responsáveis e iniciam o TEA, sem auxílio especializado e não recebem orientação dos médicos e profissionais de saúde que atendem as crianças.
- Mães com escolaridade menor iniciam o treinamento esfincteriano anal mais cedo, mas isto não interfere na duração do treinamento esfincteriano anal.
- Mães das classes C-D-E iniciam o treinamento esfincteriano anal mais precocemente que as mães das classes A-B, sendo que isto também não interfere duração do treinamento esfincteriano anal.
- Observamos em nosso estudo que as classes sócio-econômicas C-D-E iniciam o TEA mais precocemente e que retiravam as fraldas o dia inteiro em uma maior porcentagem que as classes A-B.
- O custo das fraldas induziu treinamento esfincteriano anal mais precoce pelas mães das classes C-D-E.
- Com relação às recomendações da literatura o início do TEA foi precoce em nosso estudo.
- As crianças apresentavam a maioria dos “sinais de prontidão” para o início do TEA.
- 77% das crianças tiveram tempo de duração do TEA menor que 6 meses.
- Não houve diferença na idade de início e duração do treinamento entre meninos e meninas.

- Não houve aumento significativo de constipação intestinal antes e após o treinamento e não se observou casos de encoprese.
- Nas crianças que foram treinadas no vaso apenas uma pequena parcela utilizou redutor e apoio para os pés demonstrando uma ausência de adaptação para uma melhor efetividade do TEA.

Referências bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no levantamento sócio econômico – 2000 – IBOPE

Associação pró-teste de consumidores. (www.proteste.org.br) 1994.

Azrin NH, Foxx RM. Toilet training in less than a day. New York: Pocket Books, 1976.

Barros FC, Victora CG. Exame físico e antropometria. In: Epidemiologia da saúde infantil. São Paulo: HUCITEC-UNICEF; 1998. P. 89-124.

Berk LB, Friman PC. Epidemiologic aspects of toilet training. Clin Pediatr. 1990; 29: 278–82.

Bettison S. Behavioral approaches to toilet training for retarded persons. Int Rev Res Ment Retard. 1986; 14: 319-50.

Bloom DA, Seeley WW, Ritchey ML, McGuire EJ. Toilet habits and continence in children: an opportunity sampling in search of normal parameters. J Urol. 1993; 149: 1087-90.

Blum NJ, Taubman B, Osborne ML. Behavioral characteristics of children with stool toileting refusal. Pediatrics. 1997; 99: 50–3.

Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Relationship between age at initiation of toilet training and duration of toilet training: a prospective study. Pediatrics. 2003; 111: 810–4.

Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. J Pediatr. 2004; 145: 106–10.

- Brazelton TB. A child oriented approach to toilet training. *Pediatrics*. 1962; 29: 121-8.
- Brazelton TB, Christophersen ER, Frauman AC, Gorski PA, Poole JM, Stadtler AC et al. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics*. 1999; 103:1353–8.
- Brazelton TB, Sparrow JD. *Tirando as fraldas: o método Brazelton*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Christophersen ER. *Little people: guidelines for common sense child rearing*. 4th ed. Shawnee Mission, KS: Overland; 1998. p. 107-13.
- Deerwester K. *Potty training answer book*. Naperville: Sourcebooks, Inc.,2007.
- deVries MW, deVries MR. Cultural relativity of toilet training readiness: a perspective from East Africa. *Pediatrics*. 1977; 60: 170–7.
- Epiinfo 2002 (www.cdc.gov/epiinfo/)
- Fishman L, Rappaport L, Couisneau D, Nurko, S. Early constipation and toilet training in children with encopresis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2002; 34(4): 385-8.
- Ford G. *Potty training in one week*. London: Vermilion, 2003.
- Gilbert J. *Potty training: making the transition to dry days and nights*. London: Hamlyn, 2003.
- GraphPad Prism. Version 3.0 San Diego: GraphPad Software; 1999. Available from: [http:// www.graphpad.com](http://www.graphpad.com).
- Horn IB, Brenner R, Rao M, Cheng TL. Beliefs about the appropriate age for initiation of toilet training: are there racial and socioeconomic differences? *J Pediatr*. (St. Louis) 2006; 149: 165-8.
- Kiddoo D, Klassen TP, Lang ME, Friesen C, Russel K, Spooner C, et al. The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2006; (147): 1-57.
- Krueger A. *Parenting guide to toilet training: story for you and your child to share*. New York: Ballantine, 2001.

Largo RH, Stutzle W. Longitudinal study of bowel and bladder control by day and at night in the first six years of life. I: Epidemiology and interrelations between bowel and bladder control. *Dev Med Child Neurol*. 1977; 19:598–606.

Levine MD. Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics* 1975; 56:412–6.

Levine MD. Encopresis: its potentiation, evaluation and alleviation.

Pediatr Clin North Am 1982; 29:315–30.

Lieberman L. The changing ideology of socialization: toilet training, mass media, and society. *Int J Contemp Sociol*. 1972; 9: 179-99.

Luxem M, Christophersen E. Behavioral toilet training in early childhood: research, practice, and implications. *J Dev Behav Pediatr*. 1994; 15: 370–8.

Martin JA, King DR, Maccoby EE, Jacklin CN. Secular trends and individual differences in toilet-training progress. *J Pediatr Psychol*. 1984; 9: 457-67.

Pachter LM, Dworkin PH. Maternal expectations about normal child development in 4 cultural groups. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151(11):1144-50.

Polaha J, Warzak WJ, Dittmer-McMahon K. Toilet training in primary care: current practice and recommendations from behavioral pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*. 2002; 23: 424-9.

Rasquim-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hymans JS, Milla PJ, et. al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(suppl II):1160-8.

Robson W LM, Leung AKC. Advising parents on toilet training. *Am Fam Physician*. 1991; 44: 1263-6.

Schum TR, McAuliffe TL, Simms MD, Walter JA, Lewis M, Pupp R. Factors associated with toilet training in the 1990s. *Ambulat Pediatr*. 2001; 1: 79–86.

Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics*. 2002; 109: E48.

Stadtler AC, Gorski PA, Brazelton TB. Toilet training guidelines: the role of the clinician in toilet training. *Pediatrics*. 1999; 103:1364–6.

Stendler CB. Sixty years of child training practices: revolution in the nursery. *J Pediatr*. 1950; 36: 122-34.

Stephens JA, Silber DL. Parental expectations in toilet training. *Pediatrics*. 1971; 48: 451–4.

Stephens JA, Silber DL. Experience and reason-briefly recorded. *Pediatrics*. 1974; 54: 493-5.

Sullivan P, Woodward WE, Pickering LK, DuPont HL. Longitudinal study of occurrence of diarrheal disease in day care centers. *Am J Public Health*. 1984; 74: 987-91.

Taubman B. Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. *Pediatrics*. 1997; 99: 54–8.

Taubman B, Buzby M. Overflow encopresis and stool toileting refusal during toilet training: a prospective study on the effect of therapeutic efficacy. *J Pediatr*. 1997; 131: 768–71.

Taubman B, Blum NJ, Nemeth N. Children who hide while defecating before they have completed toilet training: a prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157: 1190–2.

Taubman B, Blum NJ, Nemeth N. Stool toileting refusal: a prospective intervention targeting parental behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157: 1193–6.

ANEXO 1 – Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Centro de Ciências Médicas e Biológicas
Praça Dr. José Ermirio de Moraes, 290 – CEP. 18050 – 250 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212 – 9900 – Telefax (015) 3212 – 9879 – Caixa Postal 1570
Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57 – CEP – 18030 – 210 – Sorocaba – S.P.
Telefax (015) 3212-9900. Telefax (015) 3212-9837/9935 – Caixa Postal 1570

Sorocaba, 10 de maio de 2005


Ilmo. Sr
Prof. Dr. José Eduardo Gomes Bueno de Miranda
Pesquisador responsável

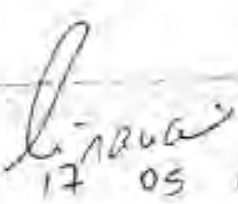
Ref. APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba-PUC/SP informa que aprovou em reunião ordinária em 09.05.05:

- Projeto de pesquisa: **“Avaliação do treinamento esfinteriano anal: estudo transversal mediante inquérito aplicado ao cuidador de crianças de 3 a 6 anos de idade”**, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o parecer do relator

Atenciosamente:


Prof. Dr. José Augusto Costa
Presidente do Comitê de Ética
em Pesquisa
CCMB - PUC/SP


17 05 05

ANEXO 2 – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador(a) do R.G. nº. _____, concordo em colaborar com José Eduardo Gomes Bueno de Miranda, médico pediatra e aluno do Curso de Pós-Graduação em Pediatria, da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, participando dos procedimentos de sua pesquisa de Doutorado, que terá como objetivo a avaliação do controle esfinteriano anal, mediante inquérito aplicado ao cuidador de crianças dos 03 aos 06 anos de idade. Para tanto, responderei ao Questionário tendo consciência de que:

- Minhas respostas não serão comentadas com mais ninguém.
- Terei a liberdade de receber esclarecimentos diante de qualquer dúvida relacionada à pesquisa.
- Terei a segurança de que não seremos, eu e meu filho, identificados, mantendo-se, portanto, o caráter confidencial das informações.
- Se quiser, poderei ter acesso aos resultados do estudo em questão.

Sorocaba, _____ de junho de 2005

	Nome	Assinatura	Data
Representante Legal:	_____	_____	_____
Testemunha:	_____	_____	_____
Pesquisador:	_____	_____	_____

Informações para contato:

José Eduardo Gomes Bueno de Miranda
Disciplina de Pediatria PUCSP-CCMB Sorocaba

*2ª Via Entrevistado

ANEXO 3 – Questionário

<p>1) Prot. Num. _____ Data ____/____/____ Local _____ Classe sócio-econômica _____ Entrevistado: ___ Mãe ___ Pai___ Outros ___ Especificar _____ Nome da criança: _____ Nasc: ____/____/____ Peso:_____ Estatura: _____ Raça:_____ Sexo: M___ F___ Posição na família: _____ Filho Número de filhos _____</p> <p>2) Antecedentes pessoais: Pré-natal normal _____ Intercorrências _____ Termo _____ Parto _____ Nasceu bem _____ Peso ao nascer _____ Comprimento: _____ DNPM Normal Não___ Sim___ A. materno: Não ___ Sim ___ Mamou no peito até _____m. Mãe: Idade _____ Cor _____ Escolaridade _____ anos Profissão: _____ Exerce: _____ Trabalha fora do lar: Não ___ Sim___ Tempo parcial _____ Tempo integral _____ Religião _____ Estado civil _____ Número de casamentos _____ Pai: Idade: _____ Cor: _____ Escolaridade: _____ anos Profissão: _____ Exerce: _____ Tinham vícios: _____ Relacionamento familiar durante o treinamento _____</p>
<p>3) Responsável pelo treinamento: _____ Idade _____ Cor _____ Escolaridade _____ anos Religião _____ Profissão _____ Exerce _____</p> <p>4) Onde adquiriu conhecimento sobre o treinamento: _____ Familiares _____ Avó Jornal/Revista _____ Televisão _____ Vizinha ___ Filho anterior ___ Outros _____ Equipe de saúde _____ O médico que acompanhava a criança orientou como fazer: Não___ Sim___</p> <p>5) Funcionamento intestinal antes do treinamento: Quantas vezes/dia _____ Constipação Não___ Sim___</p> <p>6) Sinais de prontidão quando se iniciou o treinamento:</p> <p>a) Andava _____ b) Falava _____ c) Conseguia ficar sentada brincando absorvida numa atividade: Não ___ Sim___ d) Já entendia e executava uma ordem simples como: Pegue um brinquedo no quarto: Não___ Sim___ e) Sabia dizer “não”. Não___ Sim___ f) Já sabia o lugar onde guardar alguma coisa: Não ___ Sim ___ g) Imitava o comportamento dos pais fazendo algumas coisas. Não ___ Sim ___ h) Evacuava em horários previstos: Não ___ Sim ___ Manhã ___ Tarde ___ Noite _____ i) A criança tinha consciência do seu corpo e já tinha palavras para definir os seus órgãos sexuais e excrementos (reclama quando está suja): Não ___ Sim___ j) Colocava e tirava peças de roupa sozinha: Não ___ Sim ___</p>

7) Local do treinamento:

Casa dos pais _____ Creche _____ Outra casa _____
(parentes, vizinhos) Especificar _____

Nº. de cômodos da casa _____ Banheiros _____

Nº. de pessoas que vivem na casa: _____ Adultos _____ Crianças _____

Houve mudança de cuidador durante o treinamento: Não ___ Sim ___

Freqüentava creche: Não ___ Sim ___ Pública ___ Privada _____

Houve mudança de creche durante o treinamento: Não ___ Sim ___

8) Treinamento propriamente dito:

Com que idade começou a tirar as fraldas? _____ Antes 18 meses

_____ Entre 18 e 30 meses

_____ Mais de 30 meses

Quanto tempo durou o treinamento? _____ Menos de 3 meses

_____ Entre 3 e 6 meses

_____ Mais que 6 meses

Você teve alguma dificuldade no treinamento qual: _____

O treinamento para as fezes e a urina foi feito ao mesmo tempo: Não ___ Sim ___

Qual o controle que a criança conseguiu primeiro das fezes ou urina? _____

Como você fez:

a) Retirava as fraldas durante o dia inteiro _____

b) Retirava as fraldas durante um período do dia _____

c) Retirava as fraldas somente quando a criança pedia para evacuar _____

d) Retirava as fraldas num determinado horário e levava a criança para evacuar ficando com ela _____

Era distraído como? Contava histórias _____ Usava brinquedos _____ Outros _____

Era estimulado a vendo familiares usando o banheiro? Não ___ Sim ___

Período que era feito: Manhã ___ Tarde ___ Noite ___ Sem horário definido ___

Local: Vaso sanitário _____ Penico _____

A criança tinha medo de sentar: No vaso ___ No penico ___

Ordem para evacuar: Levava quando a criança pedia _____

Mandava _____ Sugeria _____ Prometia algo _____

Quando a criança não obedecia a ordem para evacuar era advertida? Como?

Aconselhamento _____ Advertência verbal _____ Castigo físico _____

Quando evacuava no penico ou vaso era elogiada? Não ___ Sim ___

9) Durante o treinamento a criança apresentou algum comportamento do tipo:

a) Recusava-se terminantemente a utilizar o vaso ou o penico: Não ___ Sim ___

b) Recusava-se a tirar as fraldas para evacuar: Não ___ Sim ___

c) Tirava as fraldas e evacuava no chão: Não ___ Sim ___

d) Ficava sentada no penico e depois evacuava no chão: Não ___ Sim ___

e) Andava em volta do penico como estivesse se exibindo e depois sentava-se no penico com as fraldas já sujas? Não ___ Sim ___

f) Ficava escondida em um canto enquanto resmungava e evacuava e negava quando os pais percebiam que ela estava evacuando: Não ___ Sim ___

10) Durante o treinamento, houve nascimento de um irmão: Não ___ Sim ___

11) Quando você considerou que a criança estava treinada?

Quando não evacuava mais na roupa somente no penico ou vaso: Não ___ Sim ___

Você a considerou treinada quando evacuava a maioria das vezes no vaso ou penico com falhas ocasionais: Não ___ Sim ___ . Por quanto tempo _____

12) Funcionamento intestinal depois do treinamento:

Quantas vezes/dia: ___ Constipação: Não ___ Sim ___

13) Existia exigência por ocasião da matrícula no berçário ou creche que a criança não estivesse utilizando fraldas: Não ___ Sim ___

Houve algum contato/conversa com a creche sobre o tipo de treinamento que estava sendo realizado em casa e na creche: Não ___ Sim ___

14) Houve alguma reclamação por parte da creche sobre o comportamento da criança durante o treinamento na creche: Não ___ Sim ___

Você se sentiu pressionada a iniciar o treinamento de seu filho para o uso do banheiro? Não ___ Sim ___ . Pelo marido ___ Avós ___ Familiares ___ Outros ___

O custo das fraldas descartáveis interferiu na pressa de terminar o treinamento
Não ___ Sim ___

ANEXO 4 – Avaliação do Nível Sócio-Econômico



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	26
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de video cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo " *conheço um sujeito que é obviamente*

classe D, mas pelo critério é classe B " não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Class	Popros	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207