

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Luana Rodrigues Gomes

**EXPLORANDO AS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO SOBRE TREINAMENTO
ESFINCTERIANO EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL**

Brasília
2019

Luana Rodrigues Gomes

**EXPLORANDO AS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO SOBRE TREINAMENTO
ESFINCTERIANO EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora Prof. Dra. Gisele Martins

Coorientadora: Mestranda Bruna Marcela L. de Sousa

Brasília

2019

Luana Rodrigues Gomes

**EXPLORANDO AS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO SOBRE TREINAMENTO
ESFINCTERIANO EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora Prof. Dra. Gisele Martins

Coorientadora: Mestranda Bruna Marcela L. de Sousa

Professora Doutora Aline Oliveira Silveira*
*Substituindo a Professora Doutora Gisele Martins
Departamento de Enfermagem/ Universidade de Brasília
Presidente da Banca

Professora Doutora Rita de Cassia Melão de Morais
Departamento de Enfermagem/ Universidade de Brasília
Membro Efetivo

Enfermeira Mestranda Ivanda Matias Issa de Oliveira
Departamento de Enfermagem/ Universidade de Brasília
Membro Efetivo

Professora Mestra Mariana André Honorato Franzoi
Departamento de Enfermagem/ Universidade de Brasília
Membro Suplente

Brasília

2019

“Aos meus avós, meus pais, irmãos, meu filho Pedro e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.”

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à Prof. Doutora Gisele Martins, por ter me acolhido neste momento único na graduação. Sua disponibilidade supera qualquer barreira física. Apesar da distância, o caminho foi mostrado com clareza e mesmo com minha insegurança, pude ir passo a passo com a sua orientação. Sua dedicação e paciência fazem parte desta vitória.

Agradeço imensamente à Mestranda Bruna Marcela por ter me acompanhado tão de perto neste trajeto, muitas dúvidas foram finalizadas com horas de reunião e conversa. Tive seu auxílio tanto nos aspectos acadêmicos, como muitos conselhos que me sustentam emocionalmente. Posso dizer que, se cheguei aqui, foi por que tinha você ao meu lado.

Agradeço as minhas amigas de turma, principalmente, aquelas que estiveram mais próximas. As horas na biblioteca escrevendo, estudando e pesquisando são sempre melhores quando tenho vocês por perto. Vocês foram essenciais durante toda a minha formação acadêmica.

“As coisas importantes não devem parar de ser questionadas”

Albert Einstein

EXPLORANDO AS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO SOBRE TREINAMENTO ESFINCTERIANO EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL*

Luana Gomes¹, Bruna Marcela Lima de Souza², Gisele Martins³

¹Estudante de Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Brasil. E-mail: luana.enfunb@gmail.com

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, e Professora Substituta, Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Brasil. E-mail: brunamarcelima@gmail.com

³Enfermeira. Pós-Doutorado em Urologia Pediátrica. Professora Adjunta IV, Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Brasil. E-mail: martinsgise@gmail.com

*Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado em formato de artigo científico e em conformidade com as normas da Revista Científica Cogitare Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos profissionais da educação infantil sobre o treinamento esfinteriano, suas atitudes promotoras de hábitos saudáveis de eliminação e o interesse no tema.

Materiais e Métodos: Questionário autoaplicável, entregue aos 418 professores e monitores da educação infantil de escolas públicas de Brasília, Distrito Federal.

Resultados: 283 questionários foram preenchidos. 35% dos participantes tiveram o conhecimento avaliado como “inadequado”. 48,4% deles citaram a idade de 24 meses como a ideal para o desfralde. 63,2% e 52,6% identificam sinais de urgência e incontinência como um comportamento normal da criança, respectivamente. Apenas seis participantes solicitam que a criança espere, caso ela peça para ir ao banheiro. Mais da metade nunca recebeu orientação prévia e possui interesse em saber mais sobre o tema.

Conclusão: Há uma falta de informação sobre o tema nos participantes da pesquisa. Porém, existem ações de promoção de hábitos saudáveis. Apesar do pouco preparo, há interesse sobre o tema.

DESCRITORES: Treinamento no uso de toaletes; Pré-escolar; Incontinência urinária de urgência; Serviços de saúde escolar; Micção; Enfermagem Pediátrica.

SUMMARY

Objective: To evaluate the knowledge of early childhood education professionals about toilet training, their attitudes that promote healthy elimination habits, and interest in the theme.

Materials and Methods: Self-administered questionnaire, delivered to the 418 teachers and monitors of the children's education of public schools in Brasília, Federal District.

Results: 283 questionnaires were filled out. 35% of the participants had the knowledge evaluated as "inadequate". 48.4% of them cited the age of 24 months as the ideal for the unfurling. 63.2% and 52.6% identified signs of urgency and incontinence as a normal behavior of the child, respectively. Only six participants request that the child wait if she asks to go to the bathroom. More than half have never received prior guidance and are interested in learning more about it.

Conclusion: There is a lack of information on the subject in the research participants. However, there are actions to promote healthy habits. Despite the little preparation, there is interest on the subject.

DESCRIPTORS: Toilet Training; Preschool; Urinary urgency incontinence; School health services; Micturition; Pediatric Nursing

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los profesionales de la educación infantil sobre el entrenamiento esfínteriano, sus actitudes promotoras de hábitos saludables de eliminación y el interés en el tema.

Materiales y Métodos: Cuestionario autoaplicable, entregado a los 418 profesores y monitores de la educación infantil de escuelas públicas de Brasília, Distrito Federal.

Resultados: 283 cuestionarios se llenaron. El 35% de los participantes tuvo el conocimiento evaluado como "inadecuado". El 48,4% de ellos citaron la edad de 24 meses como la ideal para el desfase. 63,2% y 52,6% identifican signos de urgencia e incontinencia como un comportamiento normal del niño, respectivamente. Sólo seis participantes solicitan que el niño espere, si ella pide ir al baño. Más de la mitad nunca reciben orientación previa y tienen interés en saber más sobre el tema.

Conclusión: Hay una falta de información, sobre el tema, en los participantes de la investigación. Sin embargo, existen acciones de promoción de hábitos saludables. A pesar de la poca preparación, hay interés en el tema.

DESCRIPTORES: Entrenamiento en el uso de tocadores; preescolar; Incontinencia urinaria de urgencia; Servicios de salud escolar; la micción; Enfermería Pediátrica.

INTRODUÇÃO

O treinamento esfinteriano (TE), também conhecido como o processo de retirada de fraldas, é para a cultura Ocidental, o condicionamento para defecar e urinar em lugares e momentos culturalmente aceitos. Este processo é sustentado por habilidades já desenvolvidas, sendo um marco no desenvolvimento infantil⁽¹⁾. A realização desta etapa, afirma e promove a autonomia e a independência da criança⁽²⁾.

Os sinais de prontidão são as habilidades necessárias para que se dê início ou continuidade ao TE⁽¹⁾. Os sinais de prontidão são: andar, concentrar-se numa atividade, responder ordens simples, saber dizer não, saber onde se guarda objetos, imitar comportamento dos pais, ter eliminações fisiológicas em horários previstos (manhã ou tarde), usar palavras ou gestos para expressar a necessidade de realizar eliminações fisiológicas e colocar e tirar roupas sozinha⁽¹⁾.

O TE pode ser conduzido segundo duas formas de abordagem clássicas: *child-oriented* e *parent-oriented*. A primeira, baseia-se em uma orientação “passiva”, no qual espera-se um interesse e aptidão psicossocial da criança após a sua maturação fisiológica e tem por finalidade minimizar o conflito e a ansiedade e ressaltar a importância da flexibilidade no padrão, a criança tem seu próprio tempo para alcançar esta etapa⁽²⁾. Neste método, o treinamento é conduzido de maneira tranquila e espera-se que a criança aprenda no tempo certo. O segundo método é de rápido aprendizado, utiliza os princípios de imitação e condicionamento, em que é reforçado os comportamentos que contribuía para o processo, sendo uma abordagem mais intensiva e estruturada⁽³⁾.

Em oposição aos métodos apresentados e a importância de esperar o momento adequado para que o desfralde ocorra. Outros fatores influenciam no momento de retirada das fraldas. Dentre estes, está o custo das fraldas descartáveis⁽¹⁾. As mães de menor escolaridade e com menor poder aquisitivo, iniciaram o TE mais precocemente e retiraram as fraldas sem horário

definido, em maior porcentagem quando comparada a de maior poder aquisitivo. Ainda, o estudo aponta que este processo acontece sem auxílio especializado em 92% dos casos, ou seja, a maioria é feito sem acompanhamento profissional e considera experiências anteriores⁽¹⁾.

Um TE malconduzido, ou iniciado em um momento inadequado, pode levar ao surgimento de uma disfunção vesical e intestinal (DVI). A relação entre pontuações altas no DVSS (*Dysfunctional Voiding Scoring System*), instrumento utilizado para avaliar a existência e gravidade da DVI, com o início precoce do desfralde e pais que trabalham. Neste trabalho, os autores destacam a significância estatística entre crianças que frequentam creches com as que apresentam os mais altos índices do DVSS, ou seja, aqueles que possuem mais graves DVI. No estudo, estas crianças apresentam o DVSS de 11.2, em média. Já, as que não frequentam creches sua pontuação foi de 7.8, em média. ⁽⁴⁾.

O contexto escolar pode influenciar o comportamento miccional tanto de maneira negativa como positiva⁽⁵⁾. Em 2015, segundo o Observatório do Plano Nacional da Educação ⁽⁶⁾ 30,4 % das crianças de 0 a 3 anos estavam matriculadas em creches. Em 2024, a meta é aumentar este número para 50% ⁽⁶⁾.

Estudos apresentam preocupação quanto a realização adequada da função escolar ^(7,8). O ambiente educacional não abrange todos os cuidados voltado às crianças, necessitando da integração com o setor saúde⁽⁹⁾. O Programa Saúde na Escola, área de atuação da enfermagem, tem o intuito de aproximar os cuidados em saúde prestado pela rede pública às crianças assistidas pela escola. (REFERENCIA) Com essa postura, é necessário auxiliar na melhoria da prática no dia a dia destas instituições. Para tal, será importante explorar as necessidades de informações sobre treinamento esfinteriano em Professores de Educação Infantil.

Dado o exposto, a presente pesquisa tem como objetivos: Avaliar o conhecimento dos profissionais da educação infantil sobre TE, investigar as atitudes promotoras de hábitos

saudáveis de eliminação e identificar se os profissionais já receberam informações acerca do TE, e se tem interesse em participar de programas educativos relacionados ao tema.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. Foram identificadas 29 instituições públicas de Educação Infantil de uma Região Administrativa de Brasília (Distrito Federal) que atendessem somente crianças de 1 a 5 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Nesta região, havia um total de 418 profissionais (278 professores e 141 monitores de sala)

A coleta de dados, realizada entre os meses de agosto e outubro de 2019, ocorreu por meio de questionário semiestruturado e autoaplicável, confeccionado pelas próprias pesquisadoras, baseado na literatura sobre o tema^(3,5,7,10-13). O questionário foi composto por três eixos, segundo os objetivos do estudo: Conhecimento sobre o TE (5 questões), Promoção de hábitos vesicais saudáveis (5 questões) e Interesse sobre o tema (2 questões).

As cinco questões sobre conhecimento visavam saber a idade que a criança deve ter para o fim do TE, frequência urinária e evacuatória diária esperada de uma criança e como os profissionais encaram situações de urgência e incontinência urinária em seus alunos. Para este eixo, os participantes foram arbitrariamente categorizados conforme seu número de acertos, sendo 0 o mínimo de acertos, e 5, o máximo. A categorização foi realizada utilizando o seguinte parâmetro: conhecimento inadequado aqueles que obtiveram 0 e 1 acertos, conhecimento intermediário os que alcançaram 2 e 3 acertos, os que tiveram 4 e 5 acertos foram classificados como conhecimento adequado.

A promoção de hábitos saudáveis foi avaliada por meio de 5 questões. São elas: sinais e habilidades observadas para dar início ou continuidade ao TE, o participante lembra a criança de ir ao banheiro, há horários específicos para a ida ao banheiro e a criança pode ir fora desses horários. Também, foram avaliadas as instalações físicas do banheiro das escolas.

O último bloco, interesse, pergunta acerca de orientação já recebidos sobre o treinamento para uso do banheiro em crianças e disposição em participar de um programa educativo sobre o tema.

Os questionários foram entregues nas 29 instituições públicas selecionadas, juntamente com o termo de consentimento para participação da pesquisa e, posteriormente, recolhidos por uma das pesquisadoras. Os critérios de inclusão foram: professores ou monitores de sala que lecionavam em turmas de crianças com idade entre 1 e 5 anos, e que tinham, no mínimo, 1 ano de experiência em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos. O critério de exclusão consistia em profissionais que lecionam em turmas de crianças com necessidades especiais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, parecer número 2.807.640, data 11/08/2018 de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os dados foram organizados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2011. A análise dos dados é descritiva, por meio de medidas de distribuição de frequência (absoluta e relativa).

RESULTADOS

Dos 418 questionários entregues, 283 foram preenchidos e anexados com o TCLE devidamente preenchido e assinado, o que representou uma taxa de resposta de 67,5%. Dentre os questionários entregues, 196 correspondia a professores (n=196, 71%) e 78 monitores de sala (n=78, 28%). A maioria do sexo feminino, (n = 259, 89,8%), com idades entre 30 e 40 anos (n = 103, 37,5%). Outros dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra, de acordo com dados de caracterização sócio demográfica. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Variável	Categorias	N	%
Enquadramento Funcional	Professor	196	71,0
	Monitor de sala	78	28,3
	Outro/ Não respondido	9	3,18
Idade	≤ 29 anos	73	26,5
	30 a 40 anos	103	37,5

	≥ 41 anos	99	36
Gênero	Feminino	254	97,3
	Masculino	6	2,3
	Não respondido	1	0,4
Tempo de experiência com educação infantil	≤ 4 anos	123	44,4
	Entre 5 e 9 anos	76	27,4
	≥ 10 anos	78	28,2
Quantidade de crianças em sala de aula	≤ 15 alunos	51	18,2
	Entre 16 e 20	61	21,8
	≥ 21 alunos	168	60
Faixa etária dos alunos	1 ano	20	7,1
	2 anos	51	18,2
	3 anos	57	20,3
	4 anos	72	25,6
	5 anos	81	28,8

Os resultados serão apresentados segundo os eixos da pesquisa: conhecimento, promoção de hábitos e interesse.

CONHECIMENTO

Foi questionado em qual idade a criança deve ter para retirar completamente suas fraldas. As respostas foram dadas de forma descritiva e para melhor análise dos resultados, estas foram separadas em grupos de faixa etária. Desta forma, 42 participantes responderam que deve ocorrer quando a criança tem menos de 24 meses ($n=42$, 14,8%), 43 responderam que deve ocorrer entre 25 e 35 meses ($n=43$, 15,2%), e 48, que a criança deve ter entre 36 e 60 meses ($n=48$, 17%). A idade 24 meses foi mencionada por 137 participantes ($n=137$, 48,4%). Treze ($n=13$, 4,6%) responderam que depende ou não souberam responder. Também foram considerados entre estes os não preenchidos.

Vale destacar as idades mínima e máxima mencionadas: três participantes citaram a idade de 9 meses ($n=3$, 1,1%) e um participante de 60 meses ($n=1$, 0,4%). Para essa questão, foi verificada uma média de idade de 26,24 meses, mediana de 24 meses e desvio padrão de 7,18.

Com relação à frequência esperada que uma criança deve urinar no período em que o professor(a) acompanha (manhã ou tarde), quase metade ($n = 167$, 59%) relatou uma frequência

de 2 a 3 vezes idas ao banheiro, enquanto uma parcela (n = 52, 18,4%) afirma que a criança vai 4 ou mais vezes. Vinte e sete respondentes (n=27, 9,5 %) acreditam não ter uma frequência diária padrão. A justificativa varia entre “depende da quantidade de líquidos ingerida pela criança”, “cada criança é diferente” e “a criança faz quando acha necessário”. Quanto à frequência evacuatória, a maioria respondeu que a criança deve evacuar, pelo menos, 1 vez por dia (n = 244, 86,2%).

Foram descritas duas situações aos participantes sobre sintomas que poderiam indicar DVI: sintomas de urgência e incontinência urinária. Os participantes marcaram mais de uma opção, porém, a resposta correta foi considerada quando eles marcavam, ao menos, a opção “algo que indique um problema urinário”, dentre as outras. A maioria das respostas analisou os sintomas de urgência (n=179, 63,2%) e incontinência urinária (n=149, 52,6%) como “um comportamento normal” apresentado pela criança. Os resultados se apresentam na Tabela 2.

Tabela 2. Sinais de DVI reportados por professores e monitores da educação infantil da regional do plano piloto. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Urgência	N	%
Um comportamento normal	179	63,2
Preguiça de ir ao banheiro	47	16,6
Desatenção da criança	60	21,2
Algo que indique um problema urinário	34	12,0
Nenhuma das anteriores	32	11,3
Incontinência	N	%
Um comportamento normal	149	52,6
Preguiça de ir ao banheiro	44	15,4
Desatenção da criança	74	26,1
Algo que indique um problema urinário	41	14,4
Nenhuma das anteriores	42	14,8

*Os participantes escolheram mais de uma alternativa

Distribuindo os participantes de acordo com o número de acertos, 99 (35%) tiveram seu conhecimento caracterizada como “inadequado”, 172 (60,8%) como “intermediário” e 12 (4,2%) como “adequado”.

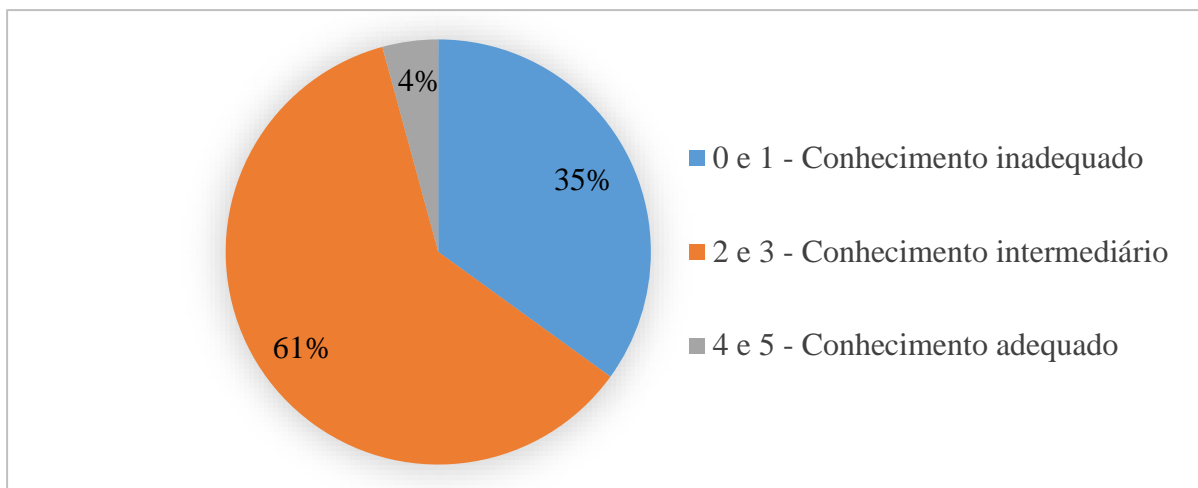


Gráfico 1: Porcentagem dos participantes por nível de conhecimento sobre o tema. Brasília, DF, Brasil, 2019

PROMOÇÃO DE HÁBITOS

Quanto aos sinais de prontidão específicas da criança para iniciar ou dar continuidade ao TE, os participantes podiam marcar mais de uma opção. Dos 283 participantes, apenas sete relatam não observar sinais de prontidão ($n=7$, 2,5%). A Tabela 3 apresenta o número de participantes que apontaram tal sinal de prontidão. Observa-se que, dos nove sinais apresentados, cinco apareceram com uma maior frequência, sendo esses: falar, comunicação verbal, andar, entender e seguir instruções e colocar e tirar peças de roupa sozinha. “Falar” foi a habilidade mais assinalada pelos participantes, com uma frequência de 59,36%.

Tabela 3. Sinais ou habilidades observadas pelos participantes para iniciar ou dar continuidade ao treinamento esfinteriano. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Sinais ou habilidades	N	%
Falar	168	59,4
Comunicação verbal que indique a vontade de urinar ou evacuar	162	57,2
Andar	149	52,7
Entender e seguir instruções	147	51,9
Colocar e tirar peças de roupa sozinha	144	50,9
Ser impaciente com fraldas sujas ou molhadas	105	37,1
Ter curiosidade em relação ao uso da toalete	86	30,4
Comunicação não-verbal que indique a vontade de urinar ou evacuar	84	29,7
Ficar sentada no vaso sanitário de 5 a 10 minutos	57	20,1

Diante da possibilidade dos participantes em marcar mais de uma alternativa nesta questão, foi observada a quantidade de itens assinalados e separados em três grupos: Aqueles que marcaram apenas 3 sinais (n=139, 49,1%), os que marcaram de 4 a 6 sinais (n=108, 38,2%) e outros com mais de 6 sinais assinalados(n=36, 12,85).

A maioria dos participantes (n = 240, 91,9%) oferece lembretes às crianças para que utilizassem o banheiro durante o período em que estão na escola. Apenas 21 participantes (n=21, 7,4%) não oferecem lembretes. Alguns não preencheram ou não souberam responder à questão (n = 22, 7,8%).

A maioria dos participantes (n = 209, 73,9%) não designa horários específicos para o uso dos banheiros. Dentre os que tem horário específico (n = 63, 22,3%), apenas seis (n=6, 9,5%), afirmaram que, quando a criança pede para ir ao banheiro, é requisitado a ela que espere.

Quanto as condições dos banheiros, descritos na Tabela 4, é possível observar a quantidade de itens elencados pelos participantes. Quatro deles apresentaram uma frequência superior a 80%, sendo que estes possuem vasos sanitários da altura da criança, são próximos à sala de aula, sempre há material para higienização, e a limpeza é feita frequentemente.

Tabela 4. Quantidade de itens sobre as instalações físicas apontados pelos participantes. Brasília, DF, Brasília, 2019.

Instalações físicas do banheiro	N	%
Possuem vasos sanitários da altura da criança	257	90,8
São próximos à sala de aula	244	86,2
Sempre há material para higienização (como papel higiênico, água e sabão)	242	85,5
A limpeza é feita frequentemente	239	84,4
O material para higienização está adequado à altura da criança	183	64,6
Apresentam boxes privativos	122	43,1
Possuem pisos antiderrapantes	98	34,6
Possuem redutor de assento sanitário	47	16,6

INTERESSE

O último tópico abordado no questionário foi quanto à orientação prévia sobre o uso do toalete e o interesse em saber sobre o tema. Um número considerável de participantes, (n=180,

63,6%) afirmou nunca ter recebido orientação, apenas 33,2% dos participantes tiveram alguma orientação sobre o treinamento para uso do banheiro em crianças (n=94, 33,2%). Os que não preencheram ou não souberam responder foram nove (n=9, 3,2%). Quanto ao interesse em participar de programa educativo, 183(n=183, 64,7%) responderam que “sim”, apenas 61(n=61, 21,6%) não tem interesse e 39(n=39, 13,7%) não preencheram, ou não souberam responder.

DISCUSSÃO

O estudo foi realizado na regional do Plano Piloto, Brasília-DF, em 29 instituições de educação infantil. A amostra colhida foi de professores (71%) e monitores (28%), sendo em predominância do sexo feminino, que representa a classe estudada. O pouco tempo de experiência (> 4 anos) e turmas com mais de 21 alunos presente na maioria das respostas, pode indicar poucas oportunidades de contato com as crianças devido ao curto tempo e também pela impossibilidade ou diminuição da criticidade do professor ou monitor perante os sinais apresentados pelas crianças, pois a carga é maior de trabalho.

Outro ponto em destaque foi a concentração de respostas, quando questionada a faixa etária que leciona, 4 e 5 anos. Nesta idade, a criança já apresenta autonomia considerável para o uso da toalete, sendo poucos os casos das que ainda utilizam fraldas. Entende-se que os participantes não tem contato com o assunto e esta etapa de desenvolvimento já está finalizada, sem necessidade de atenção por parte dos profissionais neste ponto. Contudo, o TE só é finalizado aos 5 anos, sendo necessário que os adultos estejam atentos para auxiliar no processo e também, em casos de disfunções mais severas, ser capacitado para avaliar e encaminhar ao profissional de referência⁽¹²⁾.

Os participantes apresentaram uma percepção inadequada acerca do conhecimento relacionado ao TE na infância. Apenas 12 obtiveram uma pontuação adequada na avaliação de conhecimento. Este resultado corrobora com a literatura em que se demonstra a falta de conhecimento que os professores possuem relacionado ao tema⁽¹⁰⁾.

Recomenda-se que a idade para o início do processo de desfralde seja entre 22 e 30 meses⁽¹⁴⁾. A idade média da aquisição da continência urinária é de 36 meses em crianças saudáveis^(11,15). Relata-se que apenas 26% das crianças atingiram continência fecal e urinária aos 24 meses⁽²⁾. Na presente pesquisa, quase metade dos participantes responderam que nesta idade a criança finaliza o TE. Indicando, a pouca percepção que os profissionais tem quanto a idade para o TE e os sinais de prontidão.

Sobre a frequência urinária normal, 59% dos participantes marcaram que “A criança vai 2 ou 3 vezes ao banheiro” durante as horas escolares, estando em consonância com o esperado para a idade⁽¹⁶⁾. Contudo, nota-se que quase 20% das respostas correspondem a uma frequência urinária aumentada (mais de 4 vezes), e outros 10% acreditam não ter padrão urinário definido. A frequência urinária correta na criança pode prevenir o desenvolvimento de problemas urinários, também auxiliar para o não agravamento destes⁽¹⁷⁾.

Nesta pesquisa, a maioria respondeu que a criança deve evacuar, pelo menos, 1 vez por dia (n = 244, 86,2%), apresentando um conhecimento adequado frente ao tópico. Apesar da resposta, como os participantes não acompanham a criança durante todo o dia, eles podem não saber ou não se atentar à realização de evacuações diárias da criança. Segundo a classificação dos critérios de Roma III, um dos pontos para se considerar constipação intestinal funcional, é a frequência evacuatória menor que duas vezes na semana⁽¹⁸⁾.

Mais da metade dos participantes afirmaram que os sinais de urgência e incontinência são comportamentos normais apresentados pela criança. Sendo apenas 12% e 14% aqueles que marcaram “algo que indique um problema urinário”, respectivamente. Bem próximos aos resultados encontrados por na literatura.⁽¹⁰⁾ Estes sinais, podem indicar disfunção do trato urinário inferior, sendo importante a sua identificação, para propor intervenções⁽¹³⁾.

Os resultados da pesquisa mostram que aproximadamente metade dos participantes (49,1%) reconhecem como sinais de prontidão apenas 3 dos 9 elencados na questão. Supõe-se

a indiferença ou não percepção dos sinais e habilidades conquistados pela criança para ditar os momentos de início do TE, destoante do recomendado pela Academia Americana de Pediatria, deve-se iniciar o processo quando há sinais de prontidão aparentes, ou seja, que a criança demonstra interesse em aprender a nova habilidade⁽¹⁹⁾.

Outro aspecto importante para a saúde vesical da criança, no sentido de evitar que ela desenvolva ou que agrave a DVI, é permitir que ela vá ao banheiro sempre que sentir vontade, além de oferecer lembrete para a diurese espontânea⁽²⁰⁾. Nesta pesquisa, foi apontada que, os participantes lembram as crianças de utilizarem os banheiros e permitem o livre acesso a estes. Apenas uma pequena parcela proíbe o uso do banheiro em horários específicos.

Aponta-se como importantes no critério de permissão para as idas ao banheiro, a supervisão nos banheiros, a possível ocorrência de bullying, a distância, manutenção, limpeza e a privacidade⁽¹³⁾. As escolas estudadas satisfizeram os pontos abordados que em sua maioria são próximos a sala, adaptados à altura da criança, com material de higienização existente e adequado à criança e limpezas frequentes sendo estes fatores de promoção da saúde vesical e intestinal. A boa estrutura física apontada pelas escolas estudadas dá autonomia a criança e tranquiliza os professores quanto ao uso da toailete, aspecto de grande importância para a promoção de hábitos saudáveis de eliminação, pela liberdade nas idas ao banheiro e este se apresenta adequado às necessidades da idade.

Na terceira parte da pesquisa, sobre interesse, quando questionado aos participantes se já haviam recebido alguma informação sobre o tema, 63,6% responderam “não”. Sendo similar a estudos anteriores realizados com profissionais da educação infantil. Em outro estudo apenas 18% receberam informações sobre o tema⁽⁷⁾. Ainda outro, o resultado foi de 39%⁽¹²⁾. Neste estudo, 64,7% gostaria de participar de um programa educativo, mostrando interesse no tema apresentado.

A enfermagem, inserida no Programa Saúde na Escola⁽⁹⁾, pode contribuir com o conhecimento necessário para que o TE seja realizado com o aparecimento dos sinais de prontidão e utilizando-se método adequado⁽¹⁰⁾. Também, auxiliar na identificação da frequência urinária e evacuatória correta e sintomas de urgência e incontinência. Todos estes pontos, combinados ao interesse apresentado em conhecer sobre o tema, fomenta a produção de educação continuada para os profissionais de educação infantil⁽⁷⁾.

Com isso, a enfermagem cumpre seu papel de trazer para a sociedade o conhecimento e ações de promoção e prevenção de saúde, aumentando a qualidade de vida e diminuindo os conflitos e complicações relacionadas ao TE, como o seu atraso ⁽⁸⁾ e desenvolvimento de problemas urinários ⁽¹⁷⁾. Esta pesquisa, apesar de não representar a realidade de todo o Brasil, devido a sua dimensão e diferenças regionais, retrata aspectos da região estudada, sendo esta também função da enfermagem na pesquisa ⁽⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante a população estudada, foi possível observar que há grande deficiência no conhecimento formal do tema abordado. No entanto, existem boas práticas de promoção de saúde, como as permissões e o incentivo para o uso do banheiro. Este ponto se torna fator de proteção, pois os lembretes realizados auxiliam a criança na ida ao banheiro com certa frequência e isto tende a diminuir os sintomas de urgência e incontinência. O que pode explicar esta ação é a estrutura física, como os banheiros são próximos a sala, limpos e adaptados às crianças, estas tem mais autonomia e sentem-se mais confortável no uso. Os professores, por ficarem mais tranquilos em relação à segurança da criança, permitem que elas vão mais vezes ao banheiro. A falta de informação prévia justifica a falta de conhecimento, porém, devido ao interesse sobre o tema tem-se a oportunidade de modificação deste aspecto.

O estudo limita-se por ter sido realizado em pequena região do Distrito Federal. Por ser região central e possivelmente melhor assistida pelos programas do governo pode apresentar

melhores condições de trabalho e boas estruturas físicas quando comparada à regiões do entorno. Contudo, os resultados deste estudo podem contribuir para um programa educativo voltado aos profissionais de educação infantil por ter realizado uma breve avaliação sobre a situação atual da região estudada. Também, facilita o entendimento do enfermeiro e do programa saúde na escola, no momento da atuação e intervenção, por apresentar as particularidades do formato escolar.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

As autoras declaram não haver conflito de interesse que poderia se constituir em um impedimento para a publicação deste artigo.

REFERÊNCIAS:

1. Miranda JEGB, Machado NCM. Treinamento esfinteriano anal: estudo transversal em crianças de 3 a 6 anos de idade. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2011 [acesso em 08 jun 2019] 29(3):400-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300015>.
2. Brazelton TB. A child-oriented approach to toilet training. *Pediatrics.* [Internet]. 1962 [acesso em 08 jun 2019] 29(1):121-8. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/29/1/121>.
3. Warzak WJ, Focino SS, Sandberg SA, Gross AC. Advancing continence in typically developing children: Adapting the procedures of Foxx and Arzin for primary care. *J. Dev. Behav. Pediatr.* [Internet]. 2016. [acesso em 08 jun 2019] 37(1):83-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26536008>.
4. Martins G, Minuk J, Varghese A, Dave S, Williams K. Non-biological determinants of paediatric bladder bowel dysfunction: A pilot study. *J. Pediatr. Urol.* [Internet] 2016. [Acesso em 08 jun 2019] 12:109.e1-109.e6.
5. Souza, BML. Conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao treinamento esfinteriano: estudo com professores de instituições públicas de educação infantil de Brasília. Monografia [Bacharelado em enfermagem] - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
6. Observatório do Plano Nacional da Educação (PNE). Plano Nacional da Educação. [acesso em 08 jun 2019]. Disponível em: <http://www.observatoriodopne.org.br/> 2015.
7. Cooper CS, Abousally CT, Austin C, Boyt MA, Hawtrey CE. Do public Schools Teach Voiding Dysfunction? Results of as elemmentary school teacher survey. *J. Urol.* [Internet] 2003. [Acesso em 08 jun 2019] 170: 956-8. Disponível em: <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/01.ju.0000075916.55446.ee>
8. Kaerts N, Vermandel A, Van Hal G, Wyndaele JJ. Toilet training in healthy children: results of a questionnaire study involving parentes who make use of day-care at least once a week. *Neurourol. urodyn.* [Internet] 2014. [Acesso em 08 jun 2019]33(3):316-23. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22392>.

9. Vieira LS, Belisário AS. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na escola. *Saúde Debate* [Internet] 2018 [Acesso em 1 jul 2019] 42(4):120-133.
10. Lordelo P, Maron F, Barros D, Barroso D, Bessa J, Barroso U. Lower Urinary Tract Dysfunction in Children. What Do Pre-School Teachers Know About It? *Urology International Braz J Urol.* [Internet] 2007. [Acesso em 08 jun 2019] 33(3) 383-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-55382007000300012>.
11. Kiddoo D, Klassen TP, Lang ME, et al. The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. Evidence report/technology assessment no. 147. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2006
12. Arlen AM, Boyt AM, Cooper CS. School Nurse Perceptions and Knowledge of Pediatric Toileting. *J. Pediatr. Urol.* [Internet] 2011. [Acesso em 08 jun 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2011.01.013>
13. Ko LN, Chuang K, Champeau A, Allen IE, Copp HL. Lower Urinary Tract Dysfunction in Elementary School Children: Results of a Cross-Sectional Teacher Survey. *J. Urol.* [Internet] 2016. [Acesso em 8 jun 2019] 195:1232-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26926533>.
14. Schum TR, McAuliffe TL, Simms MD, Walter JA, Lewis M, Pupp R. Factors associated with toilet training in the 1990s. *Ambul Pediatr* [Internet] 2001 [Acesso em 8 jun 2019]1:79-86.
15. Choby B, George S. Toilet Training. *American Family Physician.* [Internet] 2008. [Acesso em 08 jun 2019] 78(9) 1059-64
16. Austin PF, et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol. urodyn.* [Internet] 2016 [Acesso em 8 jun 2019] 35:471-481. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22751>
17. Lorenzo AJ, Rickard M, Santos JD. The role of bladder function in the pathogenesis and treatment of urinary tract infections in toilet-trained children. [Internet] 2019 . [Acesso em 8 jun 2019] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30671629>.
18. Santos JD, Lopes RI, Martin AK. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Canadian Urological Association.* [Internet] 2017. [Acesso em 8 jun 2019] 11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332240/>.
19. American Academy of Pediatrics. Toilet Training. Guidelines for Parents. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics; 1998.
20. Feldman AS, Bauer SB. Diagnosis and management of dysfunctionl voiding. *Nephrology. Current Opinion in Pediatrics* [Internet] 2006 [Acesso em 8 jun 2019], 18:139–147. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16601493>.