

# **Conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao treinamento esfinteriano: estudo com professores de instituições públicas de educação infantil de Brasília\***

**Pesquisadora responsável:** Ac. Enf. Bruna Marcela L. de Souza

**Orientadora:** Profa. Dra. Gisele Martins

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira

## **RESUMO**

**Introdução:** As Instituições de Educação Infantil são vistas como um importante cenário de aprendizagem, inclusive com impacto significativo na forma como as crianças aprendem e desenvolvem seus hábitos, incluindo os miccionais e intestinais. Por conta do papel singular que os educadores estão assumindo frente ao cuidado das crianças, buscou-se compreender como este marco desenvolvimental de aquisição da continência esfinteriana na infância está sendo percebido e conduzido neste cenário.

**Objetivo:** Investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos professores relacionados ao treinamento esfinteriano em crianças de 1-5 anos de instituições públicas de Educação Infantil do Distrito Federal. **Método:** Estudo observacional, descritivo e transversal, do tipo inquérito de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP). O estudo foi realizado com professores/educadores que atuam com crianças de 1 a 5 anos de idade em instituições públicas do Distrito Federal – 17 Jardins de Infância e 1 Centro Educacional Infantil. **Resultados:** Foram entregues 170 questionários nas 18 instituições públicas de ensino infantil de Brasília, sendo 98 questionários foram devolvidos (taxa de resposta de 58,2%). A maioria dos professores (57%) já teve que conduzir o treinamento esfinteriano nas escolas. Quanto a técnica/estratégia empregada, 26,5% apontaram a imitação. Para 40% dos professores, aquisição do conhecimento sobre a técnica a ser adotada para conduzir o treinamento esfinteriano foi obtido por meio de conselhos. A maioria dos professores (84,7%) relatou conversar com os pais ou cuidadores da criança quando ela urina com maior ou menor frequência que o normal. Entretanto, 53,1% dos professores não sabem dizer se existe uma frequência miccional normal. Mais da metade dos professores (62,2%) relataram nunca ter recebido informações sobre hábitos anormais de eliminação urinária e intestinal. **Conclusão:** Os professores têm um papel relevante na criação de hábitos saudáveis de

eliminação, mas infelizmente desconhecem a temática. A grande parte dos respondentes soube conceituar o treinamento esfíncteriano, porém pode-se observar que atitudes frente ao treinamento e práticas que indicam hábitos saudáveis são realizadas sem embasamentos científicos.

## **INTRODUÇÃO**

O treinamento esfíncteriano é o processo pelo qual a criança deve passar para alcançar o controle dos esfíncteres vesical e anal, com o objetivo de e tendo consciência de sua própria necessidade de eliminar urina e/ou fezes. A criança que possui o controle esfíncteriano não necessita mais de ajuda ou de supervisão para usar o vaso sanitário (ou penico), pois é capaz de fazer uso independente, tendo a capacidade de manter-se seca e limpa, isto é, sem urinar ou evacuar nas roupas <sup>(1)</sup>.

O controle esfíncteriano é um marco do desenvolvimento na vida de uma criança pois ocorre devido a sua ampliação psicomotora, enquanto entendem e reagem à dinâmica da relação entre seus cuidadores. Assim, conforme a criança caminha para um grau de autossuficiência, sua autoestima também é desenvolvida no processo. O treinamento dos esfíncteres tem se modificado ao longo dos anos, apresentando diferenças na idade cronológica em que se constitui nas diferentes culturas <sup>(2)</sup>.

No início do século XX, a atitude predominante para o treinamento do controle de esfíncteres era o da permissividade. Em seguida, em 1920 e 1930, uma abordagem rígida e centralizada nos pais passou a ser adotada: o treinamento deveria ser feito o mais cedo possível, a fim de liberar os pais da obrigação de trocar as fraldas <sup>(3)</sup>. Nos anos de 1940, mudanças de atitudes levaram especialistas pediátricos à rejeição de regras rígidas para o treinamento da continência, baseados na teoria de que um treinamento precoce e rígido poderia ter falhas e até mesmo causar problemas comportamentais <sup>(4)</sup>. Em 1950, os pais não interferiam mais no treinamento, e as crianças eram observadas quanto ao seu comportamento esfíncteriano, sem as punições dos anos anteriores.

Em 1962, Brazelton sugere que os pais e/ou cuidadores aguardem por “sinais de prontidão” que serão revelados pelas crianças, demonstrando se estão ou não preparadas para o treinamento. Azrin & Foxx, em 1971, desenvolveram um método baseado nos princípios do condicionamento e da imitação, com uma abordagem mais intensiva e estruturada. Atualmente, o treinamento esfíncteriano deriva dos dois últimos modelos acima: o treinamento gradual orientado pela criança e o treinamento comportamental estruturado. Ambos evoluíram nos últimos 40 anos, dentro de um meio científico que

aceitou o treinamento para a aquisição da continência como um marco de desenvolvimento que exige a participação ativa da criança <sup>(7)</sup>.

A escola e a família estão dentre os microssistemas que mais influenciam a trajetória desenvolvimental da criança <sup>(8)</sup>. As Instituições de Educação Infantil são vistas como um importante cenário de aprendizagem, pois metade do tempo que as crianças estão acordadas, elas passam em ambiente escolar, supondo-se a existência de um impacto significativo na forma que aprendem e desenvolvem seus hábitos, incluindo os miccionais e intestinais <sup>(9)</sup>.

Por conta do papel que os educadores estão assumindo frente ao cuidado das crianças, justifica-se compreender como a aquisição da continência esfincteriana está sendo percebida e conduzido neste cenário. O estudo de Cooper et al. (2003) demonstrou que apenas uma pequena porcentagem dos professores sabe reconhecer padrões anormais de eliminação infantil. Os autores afirmam que professores têm um grande potencial para detectar sintomas de trato urinário inferior (STUI), mas que por falta de informação, eles acabam ignorando essa condição.

Este estudo teve como objetivo investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos professores relacionados ao treinamento esfincteriano em crianças de 1-5 anos de instituições públicas de Educação Infantil do Distrito Federal.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, do tipo inquérito de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP). O inquérito CAP é um tipo de método quantitativo que utiliza questões pré-definidas e questionários padronizados, visando medir o que a população-alvo sabe (conhecimento), acredita (atitude) e pratica (prática) em relação a um tópico em particular <sup>(10)</sup>. Segundo o modelo comportamental de conhecimentos, atitudes e práticas, ilustrado por Candeias e Marcondes, em 1979, um comportamento em saúde tem origem na aquisição de um conhecimento cientificamente adequado, adicionado a crença positiva e situações favoráveis, resultando na adoção de uma determinada prática de saúde.

O estudo foi realizado com professores/educadores que atuam com crianças de 1 a 5 anos de idade em instituições públicas do Distrito Federal, ou seja, Jardins de Infância e Centro Educacional Infantil – da Regional de Ensino do Plano Piloto/Cruzeiro, da cidade de Brasília (DF). Nesta regional, existem 17 Jardins de Infância e 1 Centro Educacional Infantil. A população foi composta por 170

professores. Os critérios de inclusão adotados foram: professores que lecionavam em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos, e que tinham, no mínimo, 1 ano de experiência em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos.

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de um questionário semiestruturado, confeccionado pelas próprias pesquisadoras (aluna e orientadora). Os dados foram coletados nos meses de março a maio de 2015.

Após pré-testagem de tal questionário em estudo-piloto com 18 professores – para validação do instrumento e factibilidade da coleta de dados – o questionário foi aplicado à população do estudo sem modificações. Os questionários aplicados durante a fase piloto também foram incluídos na amostra final.

O questionário semiestruturado era composto por 26 perguntas, estruturado em vinte e cinco perguntas fechadas e apenas uma questão aberta, relativas ao conhecimento, atitudes e práticas frente ao treinamento esfínteriano em criança que frequenta instituições de educação infantil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, parecer número 911.658, data 09/12/2014, de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

## **RESULTADOS**

Dos 170 questionários distribuídos, foram devolvidos 99 questionários, apresentando uma taxa de resposta de 58,2%. Um desses questionários não foi incluso na amostra final, uma vez que mais de 90% do seu preenchimento estava incompleto. Portanto, a amostra final foi composta por 98 questionários.

### **Característica dos respondentes**

A maioria dos respondentes (60,2%) tinha idade maior que 40 anos, 25,5% tinham entre 30 e 40 anos, e apenas 14,3% estavam entre 20 e 30 anos. A maioria dos professores era do sexo feminino (95,9%), apenas 2 professores (2,0%) eram do sexo masculino, e 2 (2,0%) estavam sem identificação de gênero. Quanto ao tempo de trabalho com crianças de 1 a 5 anos, 50% trabalha há mais de 10 anos, conforme tabela abaixo (**tabela 1**).

**Tabela 1.** Características dos professores de educação infantil, relacionada a faixa etária, sexo e tempo de trabalho segundo quantidade de alunos na turma. Brasília, 2015

Variáveis	Quantidade de crianças na turma							
	Menos de 15 alunos		Entre 15 e 25 alunos		Mais de 25 alunos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>								
< 20 anos	-	-	-	-	-	-	-	-
20 – 30 anos	1	1,0	13	13,3	-	-	14	14,3
30 – 40 anos	3	3,1	21	21,4	1	1,0	25	25,5
> 40 anos	8	8,2	48	49,0	3	3,0	59	60,2
<b>Sexo</b>								
Feminino	11	11,2	79	80,6	4	4,1	94	95,9
Masculino	1	1,0	1	1,0	-	-	2	2,0
Não informado	-	-	2	2,0	-	-	2	2,0
<b>Há quantos anos trabalha com crianças de 1 a 5 anos?</b>								
1 a 3 anos	5	5,1	12	12,2	-	-	17	17,3
3 a 5 anos	1	1,0	12	12,2	1	1,0	14	14,3
5 a 10 anos	2	2,0	15	15,3	1	1,0	18	18,4
Mais de 10 anos	4	4,1	43	43,9	2	2,0	49	50

Aos participantes da pesquisa foi questionado o que entendiam por Treinamento Esfincteriano. Abaixo, apresentam-se as respostas categorizadas obtidas:

→ 28 respostas corresponderam ao controle dos esfíncteres vesical e anal

Exemplos:

*É o poder que o organismo tem de controlar a saída ou retenção da urina e fezes.*

*Controle de fezes e urina.*

→ 1 resposta correspondia ao controle do esfíncter vesical

Exemplo: *O controle para a eliminação da urina*

→ 2 respostas correspondiam ao controle do esfíncter anal

Exemplo: *É o controle das necessidades referentes as fezes.*

→ 32 respostas corresponderam à ajuda que criança recebe para o treinamento

Exemplos:

*Quando você treina a criança para realizar suas necessidades, ou para segurar quando necessário.*

*Acredito que seja orientar de forma correta o uso do banheiro, ou seja, vaso sanitário (banheiro), ducha, papel higiênico. Se menina, limpar para trás com papel.*

→ 14 respostas correspondiam à capacidade da criança de controlar os esfíncteres sem auxílio de outra pessoa

Exemplos:

*Quando a criança já possui um entendimento e controle no momento que precisa ir ao banheiro para urinar e evacuar*

*Autonomia para urinar e evacuar quando sentir necessidade, no local adequado*

→ 19 respostas que não mostraram se a pessoa possui ou não o conhecimento correto sobre Treinamento Esfincteriano.

Exemplos:

*Realizar um trabalho de controle dos esfíncteres*

*Treino pra controlar os esfíncteres.*

→ 7 professores não preencheram a questão e 3 relataram que não sabiam responde-la.

Cinquenta e sete por cento dos respondentes relataram que já tiveram que conduzir o treinamento esfincteriano com seus alunos. As técnicas utilizadas para o controle dos esfíncteres estão descritas na **Tabela 2**.

**Tabela 2.** Técnicas utilizadas pelos professores de Educação Infantil para o controle dos esfíncteres. Brasília, 2015

<b>Alternativa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Permissiva, passiva: espera-se por um interesse e aptidão psicossocial da criança para dar início ao treinamento	15	15,3
Condicionamento: recompensa a criança quando segue as instruções do treinamento, ou a pune quando não segue	4	4,1
Imitação: utiliza como exemplo outras crianças, ou os pais da criança	26	26,5
Outra	23	23,4
Condicionamento sem punição	5	5,1
Observando sinais de prontidão	5	5,1
Explicação e repetição	6	6,1
Incentivando o uso do banheiro	4	4,1
Pedi ajuda aos pais	3	3,1
Não preenchido	4	4,1

Segundo a maioria dos respondentes da pesquisa (57 %), já houve contato com o treinamento esfinteriano, e 40% deles adquiriram tal conhecimento por intermédio de conselhos (de pessoas que já haviam vivenciado essa experiência). A tabela 3, abaixo, ilustra a fonte primária de conhecimentos dos respondentes acerca do treinamento esfinteriano.

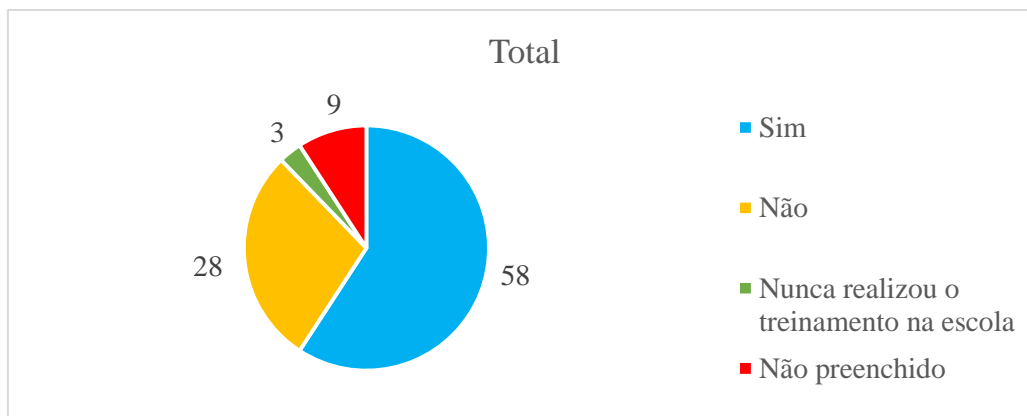
**Tabela 3.** Existência de conhecimento e fontes de conhecimento acerca do treinamento esfinteriano (possibilidade de múltipla escolha). Brasília, 2015

Variáveis	n	%
<b>Conhecimento</b>		
Sim	78	79,6%
Não	20	20,4%
<b>Fonte de conhecimento</b>		
Conselhos de mães, familiares, amigos	40	51,3
Artigos e reportagens na internet, televisão, revistas e outros meios de comunicação	28	35,9
Procurou ajuda de algum profissional da área (enfermeiro, médico, fisioterapeuta)	4	5,1
Outra	19	24,4
Experiência pessoal	9	11,5
Pela própria instituição ou com colegas da profissão	5	6,4
Cursos e palestras	5	6,4
Não preenchido	3	3,8

Quarenta e oito por cento dos respondentes acreditavam que a idade esperada para a aquisição do controle esfinteriano é de 3 anos ou mais. Trinta respondentes (30,6%) acreditavam que a idade era entre 2 e 3 anos, e apenas oito (8,1%) entre 1 e 3 anos.

Quando questionados sobre se tinham experiência prévia relativa ao treinamento esfinteriano com outras crianças, 58 respondentes (59,2%) afirmaram que sim, 28 respondentes (28,6%) disseram que não, 3 respondentes (3,1%) afirmaram que nunca realizaram o treinamento na escola, e 9 professores (9,2%) deixaram a alternativa em branco.

**Gráfico 1.** Experiência prévia no treinamento esfinteriano com outras crianças. Brasília, 2015.



A maioria dos respondentes (71,4%) relatou esperar que a criança apresente “sinais de prontidão” para iniciar o treinamento esfincteriano. A **tabela 4** apresenta os sinais de prontidão reportados, onde observa-se que “entender e seguir instruções” e “ter habilidade de comunicação verbal ou não-verbal que indique a vontade de defecar ou urinar” apresentaram uma frequência próxima de 50%.

**Tabela 4.** Sinais de prontidão reportados pelos professores de educação infantil para o início do treinamento esfincteriano (possibilidade de múltipla escolha). Brasília, 2015

Variáveis	n	%
Espera que a criança apresente “sinais de prontidão” para iniciar o treinamento esfincteriano?		
Sim	70	71,4
Não	20	20,4
Não preenchido	8	8,2
Sinais de prontidão		
Andar	39	50,0
Falar	41	52,6
Sentar e levantar	34	43,6
Colocar e tirar peças de roupa sozinha	18	23,1
Entender e seguir instruções	49	62,8
Ter habilidade de comunicação verbal ou não-verbal que indique a vontade de defecar ou urinar	52	66,7
Ficar sentada no vaso sanitário de 5 a 10 minutos sem agitar-se ou levantar-se	12	15,4
Ter a curiosidade a respeito dos hábitos de toailete dos adultos ou de outras crianças	27	34,6
Ser impaciente com fraldas sujas ou molhadas	24	30,8
Não preenchido	6	7,7

Aproximadamente mais que 70% dos respondentes acreditavam que as crianças utilizavam fraldas, geralmente, até a idade de 18 a 30 meses, 14,3% relataram que o uso



era até os 18 meses da criança, e apenas 8,2% reportaram um período superior aos 30 meses.

Quanto a iniciativa para o início do treinamento, 74,5% das respostas indicaram que a iniciativa deve ser realizada pelos pais, requisitando o início ou apoio no treinamento da criança; 26,5% representa a iniciativa da escola para fornecer práticas saudáveis no treinamento, e 9,2% também da escola, mas como requisito para admissão da criança na instituição de educação infantil. 3 respondentes (3,1%) relataram que a iniciativa é própria, com o intuito de fornecer práticas saudáveis as crianças. Seis questionários foram deixados em branco.

Quando questionado quanto tempo médio que o respondente acreditava que duraria um treinamento, 48% relataram uma média de duração de 3 a 6 meses, 16,3% acreditavam levar menos de 3 meses e 15,3% acreditavam ser mais de 6 meses. 6 (%) respondentes não souberam responder, e 14 (%) deixaram em branco.

Quanto a possíveis dificuldades que o professor enfrenta para conduzir o treinamento esfinteriano, 49% das respostas apontaram que o problema estava relacionado aos pais ou cuidadores da criança, que não seguiam as recomendações fornecidas para o treinamento e não davam continuidade ao treinamento em domicílio.

**Tabela 5.** Dificuldades encontradas pelos professores de educação infantil na condução do treinamento esfinteriano. Brasília, 2015.

Variáveis	n	%
A criança tem medo de ir ao banheiro	34	34,7
A criança tem medo de sentar-se no vaso sanitário	5	5,1
A criança faz birra e não colabora com as etapas do treinamento	16	16,3
A criança não consegue permanecer sentada tempo suficiente para aguardar suas eliminações	26	26,6
Situações ou eventos estressantes na vida da criança atrapalharam o treinamento	20	20,4
Os pais ou cuidadores da criança não seguem as recomendações fornecidas para o treinamento (não dão continuidade ao treinamento)	48	49,0
Divergência na técnica utilizada pelos pais ou cuidadores da criança	21	21,4
Não preenchido	20	20,4

Quando questionado se os respondentes consideravam que o treinamento para controle da urina é feito concomitante ao treinamento para o controle das fezes, 58,2% relataram que sim contra 29,6% relatando que não. Cinco respondentes (5,1%) não

souberam responder, e sete (7,1%) não preencheram a alternativa. Na questão seguinte, foi perguntado qual dos controles a criança adquire primeiro: fecal ou urinário. 54,1% dos respondentes referiram o controle urinário, e 31,6% reportaram o controle fecal. Cinco respondentes (5,0%) não souberam responder, e nove (9,2%) não preencheram a alternativa.

No que diz respeito às instalações físicas dos banheiros das escolas, 97,8% afirmaram que estes apresentam assentos adequados à altura da criança, 84,9% apresentam material para higienização, 47,3% apresentam boxes privativos, 29,0% apresentam redutor de assento, 20,4% apresentam pisos antiderrapantes, e 1,1% relatou que há a presença de um chuveiro nos banheiros.

Quando questionado se os respondentes solicitavam à família da criança utilizar algum dispositivo que facilite o treinamento esfinteriano, 45,9% relataram que sim, e 43,9% relataram que não. O restante (10,2%) não informou nenhuma alternativa. Dentre os que responderam sim, 66,7% das respostas indicavam que um dos dispositivos solicitados era o redutor de assento sanitário, 44,4% correspondiam ao penico infantil, 4,4% à material de limpeza e 4,4% a histórias lúdicas que incentivam o uso do toalete.

A grande maioria dos professores (89,8%) oferecia lembretes às crianças para que utilizassem o banheiro durante o dia. Observa-se que dentre os professores que ofereciam tais lembretes, 57,1% lecionavam numa turma de 20 a 25 alunos, e 50% trabalhavam com crianças de 1 a 5 anos há mais de 10 anos. A maioria dos respondentes (62,2%) relatou que não há horários fixos para a ida ao banheiro, e que a criança vai quando necessitar, 31,6% relatou a existência de horários fixos, mas com certa flexibilidade quando a criança pede para usá-lo, e apenas 4,1% referiram que existe horário fixo, e quando uma criança quer utilizar o banheiro, sempre existe a solicitação que ela espere o momento mais oportuno.

Quando os professores foram questionados sobre o conceito no qual eles consideram que a criança está treinada para o uso do toalete, 40,8% relataram que isto ocorre quando a criança não urina ou evacua mais na roupa, somente no vaso sanitário. Em contrapartida, 39,8% referiram que quando a criança urina ou evacua na maioria das vezes no vaso, com acidentes esporádicos. Apenas 6,1% relataram considerar a criança treinada quando ela não urina mais na roupa, somente no vaso sanitário, mas com acidentes ocasionais de evacuação ainda podendo ocorrer, e 10,2% quando a criança não evacua mais na roupa, somente no vaso sanitário, mas com a possibilidade de ocorrência de acidentes urinários ocasionais.

Com relação à frequência normal que uma criança urina por dia, 30,6% relataram que considera normal quando ela vai ao banheiro de 5 a 7 vezes por dia, 5,1% acreditavam que a criança vai ao banheiro 3 ou menos vezes por dia, e 2,0%, 8 ou mais vezes por dia. Um pouco mais de cinquenta por cento (53,1%) dos professores relataram não se atentar para o fato da frequência com que uma criança urina por dia, não observando se há uma frequência normal. Dois respondentes relataram que a frequência depende da quantidade de líquido que a criança ingere. Um professor relatou que observa e se preocupa se a criança vai ao banheiro com uma frequência aumentada.

Na questão “O que você faz quando uma criança urina com maior ou menor frequência que o normal”, 84,7% das respostas apontaram que os professores conversam com os pais ou cuidadores da criança, 15,3%, comunicam à direção da escola, 7,1% relataram que nada era feito, e 4,1% das repostas referiram outras alternativas, sendo: incentivo a criança para uso do toaleta (1,0%), incentivo a criança para a ingesta hídrica (2,0%) e observação quanto a coloração da urina da criança (1,0%). Na questão “O que você faz quando uma criança tem acidentes/escapes urinários e fecais no período em que está na escola”, 72,4% das respostas apontaram que os professores conversam com os pais ou cuidadores da criança, 29,6%, comunicavam à direção da escola, 1,0% relatou que nada é feito, e 31,6% das repostas referiram a outras alternativas, sendo estas: realizar a higiene da criança (11,2%) e conversar com a criança (10,2%).

Um resultado extremamente preocupante refere que ao fato de que mais da metade dos professores (62,2%) relatou nunca ter recebido informações sobre hábitos anormais de eliminação urinária e intestinal (**Tabela 6**).

**Tabela 6.** Existência de conhecimento acerca de hábitos anormais de eliminação urinária e intestinal. Brasília, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim, recebi informações de outros profissionais da área	17	17,3
Sim, tive informações por referências na internet ou outros meios de comunicação	11	11,2
Não, nunca recebi informações sobre este tema	61	62,2
Outra	4	5,1
Experiência pessoal	2	2,0
Contato com colegas da profissão	2	2,0
Não preenchido	4	4,1

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que grande parte dos respondentes soube conceituar o Treinamento Esfincteriano. É interessante observar os dois pontos de vista identificados nas respostas dos professores: o treinamento como tarefa de um adulto que auxilia a criança, e a criança que alcança a capacidade de controlar os esfíncteres. Uma pequena parcela dos professores não soube ou não respondeu a essa questão. Dezenove respostas mostraram-se ambíguas, não revelando se o respondente tinha o conhecimento adequado à questão.

A maior porcentagem dos professores (57 %) já teve que conduzir o treinamento esfincteriano nas escolas, onde o estudo foi realizado. Quanto a técnica/estratégia empregada, 26,5% apontaram a imitação, utilizando como exemplo outras crianças ou pais da criança, para que esta alcance o controle dos esfíncteres. A técnica de condicionamento, com recompensa e punição à criança, apresentou uma frequência baixa nas respostas dos professores, provavelmente em decorrência à associação punitiva que a técnica utiliza. Para tanto, alguns professores (5%) relataram que utilizavam a técnica de condicionamento sem a parte punitiva à criança. Alguns estudos apontam que quando a punição é utilizada no treinamento esfincteriano há um risco aumentado para surgimento de disfunções miccionais <sup>(12,13,14,15)</sup>.

Quando questionados onde adquiriram conhecimentos para o treinamento esfincteriano, observa-se que a 40% dos professores relataram ter adquirido esse conhecimento por meio de conselhos, sem um auxílio especializado ou fonte confiável. Somente 4% receberam orientações de algum profissional especializado. Observa-se que a orientação para o treinamento esfincteriano ainda não é uma preocupação para os profissionais da área da saúde, não existindo uma orientação antecipatória, como já verificado em outros estudos publicados <sup>(5,17)</sup>. Um número considerável de respostas (28%) apontou que os professores tomaram conhecimento acerca do treinamento esfincteriano por meio de artigos e reportagens sobre o tema, o que ilustra um possível interesse sobre o tema, provavelmente motivado pelas condições de trabalho que se encontram. Uma observação importante deve ser feita quanto às respostas dos entrevistados: 5 relataram obter conhecimento sobre o treinamento esfincteriano por meio de cursos e palestras. Infelizmente, pelo formato do estudo, houve a impossibilidade de se conhecer mais sobre este ponto levantado.

A maioria dos respondentes (71,4%) relatou esperar que a criança apresente “sinais de prontidão” para iniciar o treinamento esfincteriano. Isto pode sugerir que o

processo do treinamento se inicia com a criança motivada e manifestando “sinais de prontidão”. Em contrapartida, iniciar o treinamento precocemente pode criar tensão e ansiedade para a criança, aumentando assim a duração do tempo deste treinamento, bem como levar a distúrbios posteriores <sup>(5,19)</sup>.

A maior parte dos professores esperava que a iniciativa para o início do treinamento fosse feita pelos pais. Um estudo demonstrou que profissionais que trabalham em creches sentem que os pais das crianças passam as responsabilidades do treinamento esfincteriano à escola/creche <sup>(12)</sup>. Em contrapartida, outro estudo demonstrou que a maioria dos pais acredita que pais e creche/instituições educacionais deviam desempenhar um papel compartilhado no processo do treinamento esfincteriano <sup>(16)</sup>. Neste estudo, as dificuldades no treinamento esfincteriano com maiores frequências levantadas pelos professores ilustravam a falta de articulação que existe entre professores e pais/cuidadores das crianças: 49% das respostas identificaram que o problema estava relacionado aos pais ou cuidadores da criança, que não seguiam as recomendações fornecidas para o treinamento e que não davam continuidade ao treinamento em casa, e 21,4% correspondia a divergência na técnica utilizada pelos pais ou cuidadores da criança.

As instalações dos banheiros nas instituições de educação infantil, segundo as respostas dos professores, ofereciam condições de uso adequadas à criança, não sendo este um fator dificultador para o treinamento esfincteriano e para o desenvolvimento de hábitos saudáveis de eliminação, como demonstrado em outros estudos. <sup>(5,17)</sup>

A grande maioria dos professores (89,8%) disse oferecer lembretes às crianças para que utilizem o banheiro durante o dia, o que também é um fator que influencia positivamente os hábitos saudáveis de eliminação, visto que crianças podem ficar muito entretidas em uma atividade e acabarem se esquecendo de ir ao banheiro, ocasionado um adiamento na micção. A maioria das crianças irá urinar quando for dada a oportunidade, não dependendo diretamente se a bexiga está cheia <sup>(17)</sup>. Observa-se que dentre os professores que oferecem tais lembretes, 57,1% lecionavam uma turma de 20 a 25 alunos, e 50% trabalhavam com crianças de 1 a 5 anos há mais de 10 anos. Esta correlação também foi verificada em pesquisa publicada <sup>(9)</sup>.

A maioria dos respondentes (62,2%) relatou que não havia horários fixos para a ida ao banheiro, e que a criança ia quando necessitava, sendo que apenas uma pequena parcela (4,1%) referia a existência de horário fixo, e quando uma criança quer utilizar o banheiro, sempre se pede que ela espere. Uma hipótese levantada é a flexibilização que

os professores de crianças nesta faixa etária têm, pois sabem que a criança não consegue segurar a urina por um longo período, e acreditam que esta realmente necessita utilizar o banheiro <sup>(9)</sup>.

Quando questionado ao respondente o que ele fez quando uma criança urina com maior ou menor frequência que o normal, a grande maioria (84,7%) relatou conversar com os pais ou cuidadores da criança. Entretanto, 53,1% dos professores relataram não se atentar para a frequência com que uma criança urina por dia, não sabendo dizer se há uma frequência normal. Esta questão aponta a divergência no pensamento entre conhecimento e prática que os professores possuem quanto a questões de hábitos normais de eliminação <sup>(9,17,18)</sup>.

Na questão “O que você faz quando uma criança tem acidentes/escapes urinários e fecais no período em que está na escola?”, alguns professores apontaram que se preocupam apenas com acidentes fecais, o que aponta a falta de conhecimento ou menor impacto social quanto STUI, igualmente preocupantes que os intestinais. Alguns estudos apontam a crença de que sintomas urinários em crianças tendem a desaparecer espontaneamente, não necessitando de tratamento <sup>(19,20)</sup>. Assim, as pessoas tendem a não reconhecer os sintomas urinários, e os julgam como “preguiça” por parte da criança <sup>(19)</sup>.

Mais da metade dos professores (62,2%) relataram nunca ter recebido informações sobre hábitos anormais de eliminação urinária e intestinal. Estudo americano indica que deve haver um treinamento dos professores quanto a hábitos de eliminação saudáveis, por meio de uma atuação proativa de Enfermeiro Escolar <sup>(9)</sup>.

O enfermeiro escolar, modelo que conta com a participação de um enfermeiro nas escolas, atua por meio de práticas educativas, disseminando informações acerca de hábitos saudáveis e de promoção a saúde <sup>(9,17,18)</sup>. No Brasil, apesar de não existir tal modelo na maioria das instituições educacionais, é importante refletir sobre a necessidade da articulação entre saúde e escola. Alguns estudos sugerem que enfermeiros/as estão numa posição privilegiada para conduzir e desenvolver pesquisas nesta área, inclusive com criação de diretrizes baseadas em evidências que melhorem o acesso, o apoio e as condições (de uso e instalações físicas) dos toaletes nas escolas <sup>(18)</sup>. Como apontam Souza, Salviano e Martins (2015), o Programa de Saúde na Escola pode ser visto como um passo governamental importante para a inserção efetiva do enfermeiro no ambiente escolar no Brasil. A qualidade de vida e saúde de crianças escolares pode ser alcançada se houver conhecimento dos educadores juntamente com conhecimentos científicos e habilidades educativas de enfermeiros/as.

Algumas limitações deste estudo estão relacionadas, primeiramente a uma taxa de resposta não alta, o que prejudicar a representatividade da população investigada. A maioria dos professores que responderam a esta pesquisa podem ter sido os mais sensibilizados pela temática, mostrando a falta de valorização e de conhecimento pelos professores referente a temática de treinamento esfincteriano na infância.

## **CONCLUSÃO**

Os profissionais responsáveis pela educação nessas instituições de ensino infantil compartilham com os pais o cuidado das crianças em diferentes aspectos, inclusive, no apoio e na educação relativas às práticas de treinamento esfincteriano. Considerando que crianças passam grande parte do seu tempo em instituições de educação infantil, pode-se notar que a educação da criança, tarefa definida como competência da família, vem sendo desenvolvida e compartilhada, gradualmente, com essas instituições. A grande parte dos respondentes soube conceituar o treinamento esfincteriano, porém pode-se observar que atitudes frente ao treinamento e práticas relativas ao desfralde são realizadas empiricamente. Os professores têm um papel significativo na criação de hábitos de vida saudáveis, inclusive os hábitos de eliminação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Doleys DM, Dolce JJ. Toilet training and enuresis. *Pediatr Clin North Am.* 1982;29:297-313.
2. Schum, TR, Kolb, TM, Mcauliffe, TL, et al. Sequential Acquisition of Toilet-Training Skills: A Descriptive Study of Gender and Age Differences in Normal Children. *Pediatrics*, 2002;109(3):1-7
3. Stendler, CB. Sixty years of child training practices: revolution in the nursery. *J Pediatr.* 1950; 36: 122-34.
4. Lieberman, L. The changing ideology of socialization: toilet training, mass media, and society. *Int J Contemp Sociol.* 1972; 9: 179-99.

5. Brazelton, TB. A child-oriented approach to toilet training. *Pediatrics*. 1962;29:121-8.
6. Azrin, NH, Foxx, RM. A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *J Appl Behav Anal*. 1971;4:89-99.
7. Wilson, D. Promoção da Saúde do Toddler/Infante e da Família. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 420-48.
8. Souza, BML, Salviano, CF, Martins, G. Contexto escolar e sintomas de trato urinário inferior: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. 2015 Jan/Mar; 20(1):198-206
9. Cooper, CS, Abousally, CT, Austin, C, Boyt, MA, Hawtrey, CE. Do Public Schools Teach Voiding Dysfunction? Results of na Elementary School Teacher Survey. *The Journal of Urology*. 2003;170(1):956-58.
10. Merica, M, Luhmann, N, Fauvel, G, Zompi, S, Ronsse, A, Courcaud, A, Bouchon, M, Trehin, C, Schapman,S, Cheminat, O, Ranchal, H, Simon, S. médecins du monde. The KAP survey model (Knowledge, attitude & Practices. Guideline Data collection >> quantitative methods, january 2011.
11. Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 1979;5(4):24-30.
12. Kaerts N, Van Hal G, Vermandel A, Wyndaele J-J. Toilet training in daycare centers in Flanders, Belgium. *Eur J Pediatr*. 2012; 171:955–961.
13. Bakker E, van Gool JD, van Sprundel M, van der Auwera C, Wyndaele JJ .Results of a questionnaire evaluating the effects of different methods of toilet training on achieving bladder control. *BJU Int*. 2002;90:456–61.



14. Bakker E, van Gool J, van Sprundel M, van der Auwera JC, Wyndaele JJ. Risk factors for recurrent urinary tract infection in 4,332 Belgian schoolchildren aged between 10 and 14 years. *Eur J Pediatr.* 2004;163:234–38
15. Bakker E, Van Gool J, Wyndaele JJ. Results of a questionnaire evaluating different aspects of personal and familial situation, and the methods of potty-training in two groups of children with a different outcome of bladder control. *Scand J Urol Nephrol.* 2001;35:370–76
16. Kaerts N, Van Hal G, Vermandel A, Wyndaele J-J. Toilet Training in Healthy Children: Results of a Questionnaire Study Involving Parents Who Make Use of Day-Care at Least Once a Week. *Neurourology and Urodynamics.* 2014;33:316–23
17. Boyt, MA. Teachers' Knowledge of Normal and Abnormal Elimination Patterns in Elementary School Children. *The Journal of School Nursing.* 2005; 21: 346
18. Kistner, M. Dysfunctional Elimination Behaviors and Associated Complications in School-Age Children. *JOSN*, 2009;15(2):108-16.
19. MOTA, D.M.; VICTORA, C.G.; HALLAL, P.C. Investigation of voiding dysfunction in a population-based sample of children aged 3 to 9 years. *J Pediatr (Rio J)*, 2005;81(3):225-32.
20. Bakker E, Wyndaele JJ. Changes in the toilet training of children during the last 60 years: the cause of an increase in lower urinary tract dysfunction? *BJU Int.* 2000;86:248-52