

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA MARCELA LIMA DE SOUZA

CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO INFANTIL
ACERCA DO PROCESSO DE TREINAMENTO ESFÍNCTERIANO EM CRIANÇAS PRÉ-
ESCOLARES

BRASÍLIA

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA MARCELA LIMA DE SOUZA

CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO INFANTIL
ACERCA DO PROCESSO DE TREINAMENTO ESFÍNCTERIANO EM CRIANÇAS PRÉ-
ESCOLARES

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, gestão e
tecnologias em saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Saúde e Enfermagem

Tema de pesquisa: Prática Avançada de
Enfermagem em Uropediatria

Orientadora: Profa. Dra. Gisele Martins

Co-orientadora: Profa. Dra. Aline Silveira

BRASÍLIA

2019

Dedico esse trabalho a todas as crianças que estão diariamente aprendendo habilidades novas e aos profissionais responsáveis por seus cuidados.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, que esteve comigo durante todo o processo - e tantos outros - me apoiando e permitindo que pudesse prosseguir nessa jornada. Mesmo sem entender meu trabalho, depositou em mim muita dedicação e confiança.

A meu pai, que me ofereceu condições durante muitos anos para que eu pudesse estudar, me ensinando muito sobre tarefas e trabalhos.

A minha irmãzinha que me estimulou e torceu por mim durante vários momentos, e que me ensina diariamente muito sobre a vida.

Ao meu companheiro de todas as horas, por toda ajuda e colaboração direta no meu trabalho. Além de seu olhar crítico frente às questões relacionadas a pesquisa, agradeço a imensa paciência e companheirismo durante todos esses anos.

Aos amigos que marcaram minha existência e dividem seus saberes comigo. Agradeço a compreensão pelas horas de ausência, o carinho e as palavras de incentivo.

Aos meus familiares, pelo apoio e torcida durante essa e muitas outras jornadas.

A minha orientadora, mentora e querida, Professora Doutora Gisele Martins, meus agradecimentos por tudo! Pela consideração ilimitada em relação à pesquisa e ao ensino e pelo compartilhamento de seus saberes do trabalho acadêmico. Pela confiança em mim depositada, pela cumplicidade no enfrentamento dos desafios, pela elegância e gentileza no trato pessoal. Pelo saber que constrói a cada dia em suas vivências multi e interculturais e do reconhecimento da importância em partilhar.

À Professora Doutora Aline Silveira, pela atenção e disponibilidade e pela experiência compartilhada. Pela solicitude com que atendeu ao convite de me co-orientar. Por todas as (muitas) contribuições.

Às professoras que aceitaram fazer parte da minha banca e demais professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, que contribuíram na construção de novos conhecimentos.

A todos os alunos que colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho, e que tive a oportunidade de orientar e (principalmente) de aprender.

A todos as queridas alunas que tive o prazer de conhecer e trabalhar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, e por todas as trocas de conhecimentos e lamúrias.

Ao apoio da Coordenação de Apoio à Pesquisa e Ensino Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado acadêmico e pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho.

Às crianças e adolescentes que são atendidos no serviço da Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria do Hospital Universitário de Brasília, cujas vidas inspiraram a criação deste trabalho.

A todos os profissionais da educação infantil que aceitaram participar da pesquisa. Graças a vocês, esse trabalho existe!

Por fim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a execução, desenvolvimento e conclusão deste trabalho. Muito obrigada.

*“No oceano, há um local chamado **Portal do Dragão**, onde imensas ondas surgem incessantemente. Sem falta, todos os peixes que por aí passam se tornam dragões. Suas escamas não mudam e seus corpos parecem os mesmo, mas se tornam dragões. As imensas ondas não são diferentes das de outros locais e a água também é a água salgada comum”.*

(Koan Zen - parábola oriental)

RESUMO

SOUZA, B.M.L. Conhecimento e experiência de profissionais da educação infantil acerca do processo de treinamento esfíncteriano em crianças pré-escolares. 2019. 135f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

Introdução: As instituições de educação infantil são vistas como um importante cenário de aprendizagem, exercendo um papel significativo na forma como as crianças aprendem e desenvolvem seus hábitos, incluindo os de eliminações fisiológicas. Desse modo, ao considerar a posição privilegiada que os educadores ocupam frente ao cuidado das crianças, pretende-se investigar como o processo de treinamento esfíncteriano é compreendido e conduzido neste cenário por tais atores a luz dos marcos/competências desenvolvimentais relativas a eliminação urinária e intestinal. **Objetivos:** Compreender o conhecimento e práticas sobre a temática de treinamento esfíncteriano em educadores de educação infantil que trabalham com crianças com idade de 1 a 5 anos, em instituições públicas de educação infantil de Brasília (DF); e assim, elaborar um modelo explicativo do conhecimento, práticas e necessidades de informações sobre o treinamento esfíncteriano para educadores de instituições públicas de educação infantil de Brasília. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de método misto, com estratégia explanatória sequencial, realizado com professores e auxiliares de sala de instituições públicas de educação infantil da Regional de Ensino do Plano Piloto de Brasília, Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu em 2 fases. A primeira, etapa quantitativa, é um estudo transversal, onde aplicou-se um questionário para avaliação do conhecimento dos participantes sobre treinamento esfíncteriano e estratégias de promoção de hábitos saudáveis de eliminação. O segundo momento, etapa qualitativa, buscou-se a compreensão da experiência dos participantes acerca do treinamento esfíncteriano de seus alunos. Participaram, da primeira etapa, 283 profissionais. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais. Da segunda etapa, participaram 8 professoras. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, tendo o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, e a Pesquisa de Narrativa como referencial metodológico. Os aspectos éticos para o desenvolvimento do estudo foram respeitados. **Resultados:** apenas 4,2% dos participantes mostraram um conhecimento adequado sobre o tema. Os participantes enxergam os sintomas de urgência miccional e incontinência urinária como “um comportamento normal”

apresentado pela criança e não souberam reportar a idade correta para a conclusão do treinamento esfinteriano. Também, desconheciam sinais característicos da constipação, como escape fecal, retenção fecal, e fezes calibrosas. Apesar disso, a maioria dos participantes apresentou aspectos que influenciam positivamente nos hábitos saudáveis de eliminação da criança, como lembra-las de ir ao banheiro. Por fim, os participantes parecem ter seu conhecimento adquiridos através de suas experiências (profissionais e pessoais), e acreditam que o treinamento esfinteriano é função da família. **Conclusão:** os participantes desta pesquisa apresentaram um nível inadequado de conhecimento sobre a temática, porém desenvolvem ações adequadas a promoção de hábitos saudáveis de eliminações. Há um déficit na comunicação com os pais dos alunos, e uma falta de consenso quanto a responsabilidade do treinamento esfinteriano da criança. A partir da metodologia aplicada, foi possível propor um modelo explicativo de necessidades de informações sobre o treinamento esfinteriano desses profissionais, que pode contribuir em ações e estratégias de equipes de saúde.

Palavras-chave: Treinamento no Uso de Toaletes, Saúde Escolar, Educação em Saúde.

ABSTRACT

SOUZA, B.M.L. Knowledge and experience of early education professionals about the toilet training in pre-school children. 2019. 135f. Dissertation (Master's degree) – Postgraduate Program of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2019.

Introduction: Early childhood education institutions are seen as an important learning landscape, playing a significant role in the way children learn and develop their habits, including those of physiological eliminations. Thus, when considering the privileged position that the educators occupy in front of the care of the children, it is intended to investigate how the toilet training is understood and conducted in this scenario by such actors in light of the developmental milestones / urinary and intestinal. **Objectives:** to analyze the educators' knowledge and practices about the theme; and thus, to elaborate an explanatory model of the knowledge, practices and needs of information about the toilet training for educators of public institutions of early childhood education in Brazil. **Method:** This is a mixed method research, with a sequential explanatory strategy, carried out with teachers and room assistants of public institutions of early childhood education in a region of Brazil. Data collection took place in 2 phases. The quantitative step is a cross-sectional study, where it was applied a questionnaire to evaluate participants' knowledge about TT and strategies to promote healthy elimination habits. The second moment, a qualitative step, we sought to understand the participants' experience about the toilet training in their students. 283 professionals participated in the first phase. Descriptive and inferential analyzes were performed. The second stage was attended by 8 teachers. The data were collected through an interview, with Symbolic Interactionism as a theoretical reference, and Narrative Research as a methodological reference. The ethical aspects for the development of the study were respected. **Results:** Only 4.2% of the participants showed adequate knowledge about the topic. Participants see the symptoms of urgency and urinary incontinence as "normal behavior" presented by the child and were unable to report the correct age for toilet training completion. In addition, they did not know characteristic signs of constipation, as fecal escape, fecal retention. Despite this, most participants presented aspects that positively influence the healthy habits of eliminating the child, as reminds them of going to the toilet. Finally, the participants seem to have their knowledge acquired through their experiences (professional and personal), and believe that toilet training is a family function.

Conclusion: the participants of this research presented an inadequate level of knowledge about the subject, but developed appropriate actions to promote healthy elimination habits. There is a deficit in communication with the parents of the students, and a lack of consensus regarding the responsibility of the child's toilet training. Based on the applied methodology, it was possible to propose an explanatory model of information needs about the toilet training of these professionals, which can contribute to the actions and strategies of health teams.

Key words: Toilet Training, School Nursing, School Health

RESUMEN

SOUZA, B.M.L. Conocimiento y experiencia de profesionales de la educación infantil acerca del control de esfínteres en niños preescolares. 2019. 135f. Disertación (Maestría) – Programa de Posgrado de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasília, Brasília, 2015.

Introducción: Las instituciones de educación infantil son vistas como un importante escenario de aprendizaje, desempeñando un papel significativo en la forma en que los niños aprenden y desarrollan sus hábitos, incluyendo los de eliminaciones fisiológicas. De este modo, al considerar la posición privilegiada que los educadores ocupan frente al cuidado de los niños, se pretende investigar cómo el proceso de Control de Esfínteres es comprendido y conducido en este escenario. **Objetivos:** Comprender el conocimiento y prácticas sobre la temática de TE en educadores de educación infantil que trabajan con niños de 1 a 5 años, en instituciones públicas de educación infantil de Brasilia (DF); y así elaborar un modelo explicativo del conocimiento, prácticas y necesidades de informaciones sobre el Control de Esfínteres para educadores de instituciones públicas de educación infantil de Brasil. **Método:** Se trata de una investigación de método mixto, con estrategia explicativa secuencial, realizada con profesores y auxiliares de sala de instituciones públicas de educación infantil de, Distrito Federal, Brasil. La recolección de datos se produjo en 2 fases. La primera, etapa cuantitativa, es un estudio transversal, donde se aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento de los participantes sobre TE y estrategias de promoción de hábitos saludables de eliminación. El segundo momento, etapa cualitativa, se buscó la comprensión de la experiencia de los participantes acerca del TE de sus alumnos. Participaron, de la primera etapa, 283 profesionales. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. De la segunda etapa, participaron 8 profesoras. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista, teniendo el Interaccionismo Simbólico como referencial teórico, y la Encuesta de Narrativa como referencial metodológico. Los aspectos éticos para el desarrollo del estudio se respetaron. **Resultados:** sólo el 4,2% de los participantes mostraron un conocimiento adecuado sobre el tema. Los participantes perciben los síntomas de urgencia e incontinencia urinaria como "un comportamiento normal" presentado por el niño y no supieron reportar la edad correcta para la conclusión del proceso. También, desconocían signos característicos del estreñimiento, como escape fecal, retención fecal, y heces calibrosas.

A pesar de ello, la mayoría de los participantes presentó aspectos que influyen positivamente en los hábitos saludables de eliminación del niño, como recordar a ir al baño. Por último, los participantes parecen tener sus conocimientos adquiridos a través de sus experiencias (profesionales y personales), y creen que el Control de Esfínteres es función de la familia.

Conclusión: los participantes de esta investigación presentaron un nivel inadecuado de conocimiento sobre la temática, pero desarrollan acciones adecuadas para promover hábitos saludables de eliminaciones. Hay un déficit en la comunicación con los padres de los alumnos, y una falta de consenso en cuanto a la responsabilidad del niño. A partir de la metodología aplicada, fue posible proponer un modelo explicativo de necesidades de informaciones sobre el Control de Esfínteres de esos profesionales, que puede contribuir en acciones y estrategias de equipos de salud.

Descriptores: Control de Esfínteres, Servicios de Enfermería Escolar, Salud Escolar

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Síntese das fases da estratégia explanatória sequencial, segundo objetivos propostos para a pesquisa. Brasília (DF), 2019 34
- Figura 2 - Diagrama representativo da articulação e mixagem dos dados quantitativos e qualitativos do estudo. Brasília (DF), 2019 92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. Brasília (DF), 2019	49
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Conhecimento dos participantes sobre o tema. Brasília (DF), 2019	54
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra, de acordo com dados de caracterização sócio demográfica e experiência profissional. Brasília (DF), 2019	51
Tabela 2 - Distribuição das idades referidas pelos participantes quanto a retirada completa de fraldas das crianças. Brasília (DF), 2019	52
Tabela 3 - Frequências urinárias e evacuatórias diárias das crianças reportadas pelos participantes. Brasília (DF), 2019	53
Tabela 4 - Respostas dos participantes quanto a sinais de DVI. Brasília (DF), 2019	54
Tabela 5 - Sinais ou habilidades observadas pelos participantes para iniciar ou dar continuidade ao treinamento esfinteriano. Brasília (DF), 2019	55
Tabela 6 - Ações dos participantes que influenciam nos hábitos saudáveis de eliminações nas crianças. Brasília (DF), 2019	56
Tabela 7 - Instalações físicas dos banheiros das escolas reportadas pelos participantes. Brasília (DF), 2019	56
Tabela 8 - Respostas dos participantes segundo orientação prévia e interesse sobre o tema. Brasília (DF), 2019	57
Tabela 9 - Relação entre variáveis de caracterização e conhecimento sobre o tema. Brasília (DF), 2019	58
Tabela 10 - Relação entre variáveis de caracterização e promoção de hábitos saudáveis de eliminações. Brasília (DF), 2019	60
Tabelas 11 - Relação entre variáveis de caracterização e orientação prévia sobre o tema. Brasília (DF), 2019	62
Tabelas 12 - Relação entre variáveis de caracterização e interesse em conhecer mais sobre o tema. Brasília (DF), 2019	63

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
CIF	Constipação Intestinal Funcional
DF	Distrito Federal
DVI	Disfunção Vesical e Intestinal
ERIC	<i>Education and Resources for Improving Childhood Continence</i>
GESFAC	Grupo de Estudos em Saúde da Criança, Adolescente e Família
HUB	Hospital Universitário de Brasília
OR	<i>Odds Ratio</i>
PEAC	Projeto de Extensão de Ação Contínua
PSE	Programa Saúde na Escola
SEEDF	Secretaria de Estado de Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Treinamento Esfincteriano
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
2 INTRODUÇÃO	22
3 JUSTIFICATIVA E QUESTÕES DE PESQUISA	31
4 OBJETIVOS	33
4.1 OBJETIVO GERAL	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4.2.1 Fase quantitativa	33
4.2.2 Fase qualitativa	33
4.2.3 Mixagem dos dados	33
5 MÉTODOS	34
5.1 TIPO DE ESTUDO	34
5.1.1 Etapa Quantitativa	37
5.1.2 Etapa Qualitativa	37
5.2 LOCAL, POPULAÇÃO E ABORDAGENS DO ESTUDO	41
5.3 PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	43
5.4 PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	44
5.5 MIXAGEM DOS DADOS	47
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
6 RESULTADOS	50
6.1 ETAPA QUANTITATIVA	50
6.1.1 Caracterização da amostra da etapa quantitativa	50
6.1.2 Conhecimento sobre o TE, na perspectiva dos participantes	51
6.1.3 Promoção de hábitos saudáveis de eliminações, na perspectiva dos participantes	54
6.1.4 Auto avaliação dos participantes quanto ao tema	56
6.1.5 Análise Inferencial	57
6.2 ETAPA QUALITATIVA	64
6.2.1 Caracterização dos participantes	65
6.2.2 Análise das narrativas	67
6.3 MIXAGEM DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	87

6.3.1 Conhecimento sobre hábitos/sintomas urinários e intestinais na infância.....	88
6.3.2 Práticas de TE baseadas em sinais de prontidão	88
6.3.3 Práticas de TE & o ambiente escolar.....	90
6.3.4 Relevância, interesse e parcerias futuras	90
6.3.5 Necessidade de informações.....	91
7 DISCUSSÃO	94
8 CONCLUSÃO.....	111
9 REFERÊNCIAS	112
10 APÊNDICES	118
11 ANEXOS	127

1 APRESENTAÇÃO

Quando optei pelo curso de enfermagem, lá no meu ensino médio, eu sabia bem o que queria: cuidar de pessoas. Até então, não tinha nenhum contato com a área da saúde, a não ser os programas e séries de televisão que tanto gostava de assistir. Optei pelo ingresso na Universidade de Brasília, pois além da alternativa do ensino superior público, também me parecia um universo cheio de possibilidades.

A graduação foi uma fase intensa de amadurecimento e descobrimento. Foi quando percebi que tinha pouca afinidade com a área hospitalar, o que me deixou bastante confusa: vou ser uma enfermeira que não gosta de hospital? Mas depois entendi. Minha vocação está em atuar em uma etapa antes, e assim, trabalhar na promoção, prevenção e manutenção da saúde dos indivíduos na atenção primária.

O interesse pela área de Urologia Pediátrica surgiu logo depois. Ouvi falar de um grupo de pesquisa, o Grupo de Estudos em Saúde da Criança, Adolescente e Família (GESCAF), ligado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília, liderado pelas Professoras Gisele Martins e Aline Silveira. Dentro do grupo de pesquisa era comum discussões sobre habilidades de educação, e a importância de hábitos saudáveis de vida e promoção à saúde.

Na ocasião, a Professora Gisele dava início a atividades assistenciais ao público pediátrico desenvolvidas no Hospital Universitário de Brasília, por meio do Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC) “Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria”. Além da prática, havia discussões de temas dessa área de conhecimento, sempre articuladas com as evidências científicas.

Dentro do PEAC, consegui conciliar meu campo de interesse, e tive a chance de aprimorar conhecimentos específicos e avançados dessa área, como consultas de enfermagem, discussão de casos clínicos em grupos, aplicação de protocolos de uroterapia, realização de resenhas temáticas e reuniões científicas. Essas ações me possibilitaram conhecer e entender, também, o que é a pesquisa científica.

No decorrer da minha formação acadêmica, realizei três Projetos de Iniciação Científica, sendo dois deles na área de Uropediatria. Meu Trabalho de Conclusão de Curso também foi na área. A convivência com a Professora Gisele e a participação como extensionista no

PEAC/Uropediatria foram importantes (diria essenciais) para que eu decidisse ingressar no Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

O tema de pesquisa dessa dissertação é fruto dessa jornada. Venho desenvolvendo trabalhos que unem a investigação de hábitos saudáveis, promoção da saúde e a uropediatria. Além disso, me pareceu muito pertinente como eu poderia contribuir nas ações desenvolvidas, não somente pelo nosso projeto de pesquisa, mas, quiçá, por pessoas de todo o mundo. Tudo isso foi feito com a intenção de que fosse relevante o impacto que a pesquisa poderia ter na vida de crianças, professores e enfermeiros.

Quando optei pelo curso de enfermagem, meu interesse era o cuidar de pessoas; hoje, ele vai além. Fico feliz em constatar que minha jornada me levou a, não apenas a assistência, mas para uma função da qual eu não havia previsto: a de pesquisadora. Não é frequentemente que nota-se a profissão de enfermeira pesquisadora ou educadora. Mas, este é um desafio que estou disposta a encarar. E, de fato, este é um universo cheio de possibilidades.

2 INTRODUÇÃO

O Treinamento Esfincteriano (TE), ou treinamento para controle dos esfíncteres ou treinamento para o uso independente do banheiro, é o processo pelo qual a criança deve passar para alcançar o controle dos esfíncteres urinário e fecal. Conforme a criança se desenvolve, ela ganha a habilidade de reconhecer sua própria necessidade de eliminar urina e fezes (CRUYSSSEN et al., 2015; FONSECA, 2011; KIDDOO et al., 2006).

Não existe um consenso quanto ao conceito de TE, entretanto, o controle dos esfíncteres é uma habilidade social necessária (KIDDOO et al., 2006). A visão ocidental sobre o TE acredita que, nesse processo, a criança é capaz de chegar ao vaso sanitário, sentar-se para realizar as eliminações, tirar e recolocar a roupa, limpar-se, apertar a descarga e realizar a higiene das mãos (CRUYSSSEN et al., 2015; CHOBY; GEORGE, 2008). A criança que possui o controle esfincteriano não mais necessita de ajuda ou de supervisão para usar o vaso (ou penico). Além disso, sua bexiga consegue armazenar a urina por, pelo menos, uma ou duas horas (FONSECA, 2011; KIDDOO et al., 2006).

Também, acredita-se que, além das habilidades motoras, a criança deve apresentar algumas capacidades cognitivas, como saber a hora e o local apropriado para eliminar urina e fezes (KIDDOO et al., 2006; VAN NUNEN et al., 2013; WILSON; 2014). Portanto, ensinar a criança a usar o banheiro é um processo que leva tempo, e requer compreensão e paciência (WILSON; 2014).

As técnicas para se treinar uma criança para o uso independente do banheiro evoluíram com o passar do tempo. No início do século XX, a atitude predominante para o TE 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 tirar as fraldas (MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al., 2006; CHOBY; GEORGE, 2008).

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 (MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al., 2006). Em 1950, os pais não interferiam com o

treinamento, e as crianças eram observadas em seu comportamento esfinteriano, sem as punições dos anos precedentes (MOTA; BARROS, 2008).

Somente em 1962, o autor Brazelton adotou a posição de que o comportamento do TE se origina da maturidade neurológica suficiente para que a criança, voluntariamente, aceite a responsabilidade em participar do processo. Este modelo maturativo/comportamental foi desenvolvido depois da Segunda Guerra Mundial, época em que pesquisas sobre aquisição da continência e avanços tecnológicos estimularam os pesquisadores a revisar a abordagem passiva do TE, que havia sido introduzida na virada do século XX (MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al., 2006).

O treinamento gradual para o controle esfinteriano sob recomendação de Brazelton ainda é o padrão praticado com a maioria das crianças. Este autor sugere que os pais e/ou cuidadores aguardem por “sinais de prontidão” que serão revelados pelas crianças, demonstrando se estão ou não preparadas. O TE 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 (autoestima, motivação, desejo de imitação e identificação com seus mentores, autodeterminação e independência) (BRAZELTON, 1962; MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al., 2006).

Uma década mais tarde, em 1971, os autores Azrin & Foxx deram uma outra abordagem ao TE, sugerindo um modelo que identificasse o treinamento para aquisição da continência como um processo independente de comportamento da criança. Esses autores tinham a intenção de desenvolver um método rápido de aprendizado para crianças com dificuldades no controle esfinteriano, sendo este método depois utilizado de forma abrangente (FOXX; AZRIN, 1973; MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al., 2006).

O modelo de Azrin & Foxx, chamado de treinamento comportamental estruturado, é baseado nos princípios do condicionamento e da imitação, com uma abordagem mais intensiva e estruturada. 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 TE, aproximadamente, aos 18 meses de idade e estar completamente treinada por volta dos 3 anos (FOXX; AZRIN, 1973; MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al., 2006).

Um outro método, pouco conhecido, é o do treinamento de eliminações precoce, ou treinamento assistido. Este é iniciado nas primeiras semanas de vida da criança, onde os pais ou cuidador devem estar atentos aos sinais que o bebê apresenta antes das eliminações. Quando

expressa tais sinais, o bebê é colocado no penico para evacuar ou urinar. Atualmente, este método é utilizado em algumas comunidades da China, Índia, África, América do Sul e Central e partes da Europa (MOTA; BARROS, 2008).

Tanto a abordagem da orientação gradual quanto a comportamental estruturada evoluíram nos últimos 40 anos, dentro de um meio científico que aceitou o TE como um marco de desenvolvimento infantil que exige a participação ativa da criança. A prontidão para a continência requer uma visão objetiva, contando com a disposição da criança em começar e progredir no treinamento, bem como na preparação dos pais para treinar a criança (KIDDOO et al., 2006).

O controle esfíncteriano só ocorre devido a exploração psicomotora de uma criança, enquanto entende e reage à dinâmica da relação com seus cuidadores. Além de habilidades psicomotoras, a criança caminha para um grau de autossuficiência (autonomia), sendo esta uma das primeiras atividades que desempenhará sozinha. Logo, o TE é considerado um marco do desenvolvimento na vida de uma criança (VAN NUNEN et al., 2013; WILSON; 2014; KIDDOO et al., 2006)

A abordagem da criança desenvolvida por Brazelton foi orientada para que os cuidadores entendessem a informação do processo de TE, de acordo com o desenvolvimento da criança. Alguns outros autores dizem que há uma “janela de oportunidades” para que a criança alcance esse controle. Essa janela estaria ligada ao momento em que as crianças estão aprendendo as habilidades necessárias para o TE, sendo por volta dos 24 meses de idade. Por isso, é comum correlacionar o TE com a idade das crianças ao invés das habilidades necessárias para tal (WILSON, 2014; KIDDOO et al., 2006).

No período de 12 a 36 meses de idade (faixa etária conhecida como ‘infante’), a criança encontra-se numa fase de intensa exploração do ambiente. A habilidade motora grossa mais importante, que a auxilia nesta nova fase, é o desenvolvimento da locomoção. No aspecto psicossocial, a criança é capaz de torna-se mais independente e autônoma, tornando-se também capaz de reconhecer e controlar funções corporais. O infante começa a aprimorar seu desenvolvimento social, principalmente por conta do nível de compreensão crescente, adquirindo habilidades cognitivas para iniciar o comportamento apropriado e seguir comandos (CHOBY; GEORGE, 2008; WILSON, 2014). Nesta fase, há também o aumento progressivo da capacidade vesical da criança: cerca de 30 ml a cada ano até a puberdade; e o desenvolvimento da ação reguladora do córtex cerebral sobre o centro da micção. Esta última

permitirá à criança o controle voluntário sobre os reflexos que controlam o detrusor e o esfíncter, sendo possível postergar as eliminações para locais e momentos socialmente aceitáveis (FONSECA, 2011; CRUYSSSEN et al., 2015; KIDDOO et al., 2006).

As crianças alcançam a continência diurna entre os 30 e 36 meses, e dos 36 aos 48 meses, a maioria delas terá completado o TE durante a noite (FONSECA, 2011; TARHAN, 2015). O TE é considerado precoce quando iniciado antes das habilidades necessárias estarem presentes (geralmente por volta de 18 meses). E, é considerado tardio quando essas habilidades já estão presentes, mas o TE não foi iniciado (geralmente por volta de 36 meses) (CHOBY; GEORGE, 2008). O TE precoce pode ter uma influência negativa na aquisição do controle esfíncteriano, particularmente quando já houve uma tentativa prévia sem sucesso (MOTA; BARROS, 2008). Por outro lado, o TE tardio pode resultar em um aumento na prevalência de sintomas urinários e intestinais, e problemas emocionais (BAKKER; WYNDAELE, 2010).

Os sintomas urinários e intestinais que aparecem com maior frequência decorrentes de um TE inadequado são: infecção do trato urinário recorrente, incontinência urinária, manobras de contenção, enurese, urgência miccional, refluxo vesico-ureteral e constipação (MOTA; BARROS, 2008; MOTA et al., 2010; BAKKER; WYNDAELE, 2010).

A presença concomitante de sintomas urinários e intestinais resultam no diagnóstico de Disfunção Vesical e Intestinal (DVI). A DVI durante a infância, adolescência e vida adulta é um fator de risco para doenças urológicas, sendo um contribuinte para infecções recorrentes do trato urinário e piora do refluxo vesico-ureteral nas crianças acometidas por esta condição. Sem o tratamento adequado, essas complicações podem causar danos crônicos aos rins, cicatrizes renais, perda permanente da função renal, e insuficiência renal crônica (BAKKER; WYNDAELE, 2010; KISTNER, 2009).

Quanto ao impacto psicossocial desses sintomas, pode-se notar que a ocorrência de acidentes como “escapes urinários” geram sentimento de culpa, vergonha, isolamento e ansiedade (THIDOBEOU et al, 2013). O reconhecimento destes padrões de disfunção eliminatória deve ocorrer de forma precoce, devido à maioria dos problemas miccionais ocorrer entre o treinamento de esfíncteres e a puberdade, tornando-se importante medidas de prevenção destes distúrbios na idade apropriada (MOTA; BARROS, 2008).

As diferenças culturais nas quais a criança e sua família estão inseridas contribuem na tomada de decisão para início e estratégias do TE. O estilo de vida de muitas mães (trabalho fora do domicílio, dupla jornada de trabalho, delegar atribuições domésticas a terceiros, número

de crianças no domicílio, falta de tempo para este treinamento) pode influenciar na tomada de decisão quanto ao início do processo. Esse estilo de vida, onde ambos os pais trabalham fora do ambiente domiciliar, faz com que as crianças passem mais tempo no ambiente escolar e tem um contato reduzido com seus familiares – comparado aos últimos 40 anos (KAERTS et al., 2014).

Tal situação de vida significa, não somente um menor tempo gasto para o TE, mas também uma menor participação da família nos cuidados com a criança. Assim, a escola tem-se tornado um espaço privilegiado dentre os microssistemas que mais influenciam a trajetória desenvolvimental da criança (DIAS et al., 2013; SISTON; VARGAS, 2007; KAERTS et al., 2014; SOUZA; SALVIANO; MARTIN, 2015). O espaço escolar tem um impacto significativo na forma como as crianças aprendem e desenvolvem seus hábitos de vida, incluindo os de eliminações fisiológicas, especificamente urinários e intestinais (ARLEN; BOYT; COOPER, 2012).

Segundo o artigo 29 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB:

“A Educação Infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físicos, psicológicos, intelectual e social, complementando a ação da família e comunidade” (Brasil, 1996).

Dessa forma, os profissionais responsáveis pela educação nessas instituições de ensino compartilham com os pais o cuidado das crianças em diferentes aspectos: alimentação, higiene, sono, repouso, controle dos esfíncteres, segurança e socialização; e, portanto, têm um papel importante, também, no apoio e na educação dos pais/família a respeito das práticas de TE. Se antes essas eram tarefas definidas como competência da família, hoje estão, gradualmente, sendo desenvolvidas pelas instituições de educação infantil (DIAS et al., 2013).

Essas instituições, conhecidas como pré-escolas, correspondem a primeira etapa da Educação Infantil, e abrange crianças de zero a cinco anos de idade (SEEDF, 2019). Neste estudo, optou-se por nomear crianças matriculadas nessas instituições de “pré-escolares”.

A legislação diz que a matrícula só é obrigatória a partir dos quatro anos e, antes dessa idade, a matrícula é uma escolha da família (SEEDF, 2019). Crianças de zero a três anos podem frequentar creches ou instituições equivalentes. Uma diferença básica entre as pré-escolas e as creches é a presença de auxiliares de sala. Também chamados de monitores, o auxiliar deve ajudar o professor nas diversas ações e atividades de cuidar e educar as crianças pequenas,

visando promover seu desenvolvimento integral, nos aspectos físico, psicológico, intelectual e social (SEEDF, 2019).

Ir para a escola é uma das transições mais significativas infância, e o ajustamento escolar pode ter uma influência duradoura no bem-estar e qualidade de vida da criança (RAMEY; RAMEY, 2010). Neste sentido, emerge uma responsabilidade acrescida de reflexão sobre os contextos educacionais que proporcionamos às crianças nesta primeira fase da sua vida. Contextos que ofereçam à criança oportunidades para aprender ativamente são determinantes para que a criança possa se desenvolver de forma harmoniosa. A forma como a criança responde terá efeitos significativos para seu desenvolvimento (DIAS et al., 2013).

Para se caminhar neste sentido, é necessário que os profissionais de educação possuam conhecimentos específicos e que planifiquem suas ações sustentando-se no desenvolvimento dos primeiros anos de vida e das finalidades educativas (PORTUGAL, 2012). Este conhecimento permite ao educador infantil uma maior segurança nas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento que é capaz de proporcionar às crianças. Assim, conhecer as características e os processos de desenvolvimento infantil é um saber essencial para o exercício da profissão (DIAS et al., 2013; BARBOSA; FOCHI, 2012).

É por meio do conhecimento do processo de desenvolvimento infantil e sobre suas características e singularidades individuais que se sustentará a planificação realizada pelo educador, tanto ao nível das experiências educativas como na organização dos tempos, espaços, mobiliário e materiais que, por sua vez, proporcionam outras experiências à criança (DIAS et al., 2013). Isto significa que um educador deverá conhecer o que acontece com as crianças nos diferentes domínios de desenvolvimento para assim poder garantir que as oportunidades de aprendizagem proporcionadas facilitam o desenvolvimento holístico. Muito facilmente se poderá valorizar determinados domínios em detrimento de outros (BARBOSA; FOCHI, 2012).

Por exemplo, algumas pesquisas vêm sendo desenvolvidas no ambiente escolar, mas sempre explorando fatores relacionadas ao desenvolvimento inicial das crianças como habilidades, linguagem e adaptação ao ambiente (ROSA et al., 2017; RASCHE; SANTOS, 2013; MURRAY; MURRAY; WAAS, 2008). Estudos acerca de hábitos de eliminações ainda são pouco explorados, apesar do impacto que podem ter na vida das crianças (BOWER, 2008; COOPER, 2003; KISTNER, 2009; THIDOBEOU et al, 2013).

O contexto escolar é um espaço privilegiado na promoção do desenvolvimento da criança. Investir tempos de qualidade, estar disponível para as crianças, respeitá-las enquanto

pessoas e valorizar as suas formas são princípios educativos essenciais (DIAS et al., 2013). Alguns estudos enfatizam a importância da atuação e integração da equipe de saúde na escola; dessa forma, a escola, como equipamento social, deve interagir e articular estratégias de promoção à saúde com essa equipe. Ademais, a visão intersetorial poderá se constituir em um caminho, quando se objetiva a promoção da saúde e educação de crianças no Brasil. Saúde, educação e desenvolvimento são conceitos que não podem caminhar sozinhos (RONCH; IGLESIAS; AVELLAR, 2018; LEITE et al., 2014).

Na área de urologia pediátrica, verifica-se a existência de algumas iniciativas que objetivam a otimização do ambiente escolar para promoção de hábitos miccionais saudáveis como a da *Education and Resources for Improving Childhood Continence* (ERIC) do Reino Unido. Essa instituição tem por finalidade a melhora de qualidade de vida de crianças e adolescentes que sofram de alguma disfunção miccional ou intestinal. Em uma de suas campanhas, a escola foi apresentada como um espaço estratégico para promoção de saúde urológica, sendo enfatizada a importância de hábitos saudáveis, como o uso regular do banheiro e a ingestão adequada de líquidos. A iniciativa também disponibiliza materiais informativos pelo seu website (ERIC, 2019).

Dentro da proposta da Promoção à Saúde, verifica-se a valorização de ações que contribuam para o bem-estar dos sujeitos, por meio também da potencialização de suas habilidades e competências. Como apontam Ronch, Iglesias e Avellar (2018), a partir da I Conferência Internacional, que teve como principal produto a Carta de Ottawa, apresentou-se uma visão de saúde mais afirmativa, que colocou a importância do trabalho multiprofissional e da valorização dos sujeitos na construção das estratégias de melhoria da saúde e da vida. É nesse contexto que a Enfermagem ganha um papel social importante.

Segundo a revisão integrativa da literatura elaborada por Rosa e colaboradores (2017), o enfermeiro traz em sua formação, conteúdos curriculares, competências e habilidades que o tornam capaz de atuar em atividades de planejamento em saúde e tem o dever de conhecer, exigir e sugerir melhorias referentes à saúde. Diversas atividades poderiam ser desenvolvidas pelo enfermeiro no âmbito escolar, desde diagnósticos, e atividades de prevenção e promoção à saúde, a propostas de gestão de serviços.

No Brasil, o Governo Federal através do decreto no. 6286 de 05 de dezembro de 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), voltado para escolas de educação básica. Este decreto mostra que, apesar de existir uma preocupação inicial com o Governo Federal sobre

ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, coloca como responsabilidade dos Secretários Municipais e Estaduais de Educação e Saúde a escolha dos municípios e escolas a serem atendidas pelo programa. Desse modo, evidencia-se a importância de serem traçados planos específicos e ações conjuntas com a comunidade escolar. O enfermeiro escolar em conjunto com a comunidade escolar pode trabalhar com objetivos amplos, em todas as esferas (ROSA et al., 2017; RASCHE; SANTOS, 2013).

Ainda sobre o artigo de revisão de Rosa e colaboradores (2017), buscou-se identificar quais as principais temáticas abordadas por enfermeiros no cenário escolar. Encontrou-se 18 artigos, com os temas: distúrbios na fala, orientação alimentar, problemas visuais e auditivos, fracasso escolar, controle da Diabetes Mellitus, uso de drogas e sexualidade.

Estudos acerca de hábitos de eliminações são em grande parte inexplorados, principalmente no Brasil (SOUZA, SALVIANO, MARTINS, 2015). No entanto, eliminações urinárias e intestinais devem ser levadas em consideração, pois, dificuldades iniciais, como incontinência urinária, podem afetar negativamente a saúde e qualidade de vida (BOWER, 2008; KISTNER, 2009; THIDOBEOU et al, 2013).

O estudo de Cooper et al. (2003), evidencia que apenas uma pequena porcentagem dos professores (18%) sabe reconhecer padrões anormais de eliminação infantil. Os autores afirmam que os professores têm um grande potencial para detectar sintomas de DVI ou de eliminação disfuncional, mas que por falta de informação, os mesmos acabam ignorando ou não reconhecendo tais sintomas. Os autores evidenciam, novamente, a relevância de se adotar uma abordagem educacional junto aos professores quanto a hábitos saudáveis de eliminação na infância, por meio da atuação do Enfermeiro Escolar.

O ambiente escolar pode ser visto como um lugar estratégico para identificação, intervenção e prevenção de fatores associados a continência esfinteriana infantil, e o enfermeiro no contexto escolar tem a oportunidade de reforçar seu papel de educador em saúde, atuando na melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar e promovendo saúde na sua integralidade (ROSA et al., 2017; SILVA et al., 2016). O espaço escolar é um ambiente privilegiado para ações de promoção à saúde e desenvolvimento de hábitos saudáveis (SILVA et al., 2016), direcionando as ações profissionais para a mudança de comportamentos ou coerência na abordagem dos cuidados fornecidos a criança (LEITE et al., 2014; ARLEN; BOYT; COOPER, 2012).

Os profissionais de saúde poderiam programar visitas específicas para abordar o assunto do TE nas escolas e com os pais, professores e crianças, ajudando, reforçando, apoiando, educando, encorajando os professores, pais e a criança, ressaltando os aspectos positivos do desenvolvimento no TE (LEITE et al., 2014; ROSA et al., 2017; SILVA et al., 2016). Para além, enfermeiros estão em uma posição privilegiada para conduzir e desenvolver pesquisas nesta área, inclusive com criação de diretrizes baseadas em evidências que melhorem o acesso e as condições dos banheiros nas escolas (ERIC, 2019; SALVIANO; MARTINS, 2016; SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2015).

Portanto, ao tomar o PSE como uma das áreas de atuação do enfermeiro, tendo ainda, a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como instrumentos de ação para práticas de promoção a saúde, justifica-se e defende-se a inserção do enfermeiro nas escolas. Para tanto, a prática clínica e social do enfermeiro apresenta-se como um espaço aberto e um caminho para atuar frente às necessidades sociais emergentes centrados na educação, promoção e proteção da saúde (BACKES et al., 2012).

Para a Enfermagem, a proposta desse estudo enquadra-se na prevenção e promoção à saúde, evidenciando o papel da enfermagem no contexto escolar, principalmente na disseminação de hábitos saudáveis de eliminação desde a primeira infância.

3 JUSTIFICATIVA, QUESTÕES E OBJETO DE ESTUDO

Uma pesquisa prévia foi realizada em instituições públicas do Distrito Federal no ano de 2015, no formato de TCC, mostrando que os professores souberam conceituar TE, mas que não demonstraram um conhecimento adequado sobre tópicos como cronologia na aquisição do controle esfinteriano, frequência diária de eliminação urinária e sinais de prontidão para o TE (SOUZA; MARTINS, 2015).

A fim de buscar-se uma maior profundidade na compreensão desse fenômeno, a pesquisa prévia de TCC trouxe subsídios para a proposição desta nova investigação, porém agora no nível de pós-graduação (Mestrado em Enfermagem). Acredita-se que através de um estudo de método misto é possível obter um conhecimento mais multifacetado e aprofundado do fenômeno TE nas instituições de educação infantil (SOUZA; MARTINS, 2015).

Metodologias de pesquisa qualitativa são usadas para explorar por que ou como um fenômeno ocorre, para desenvolver uma teoria ou descrever a natureza da experiência de um indivíduo, enquanto metodologias quantitativas abordam questões sobre causalidade, generalização ou magnitude do efeito (FETTERS; CURRY; CRESWELL 2013). A pesquisa de métodos mistos, baseia-se nos pontos fortes da pesquisa qualitativa e quantitativa (CRESWELL; CLARK, 2013).

Em vez de abordar uma questão de pesquisa usando a lente binária de pesquisa quantitativa ou qualitativa, a abordagem de pesquisa de métodos mistos tem a capacidade de avançar na conversação acadêmica, baseando-se nos pontos fortes de ambas as metodologias.

Portanto, a utilização de uma abordagem de estudo de método misto embasa-se em 2 aspectos: primeiramente, a experiência do professor frente ao TE engloba aspectos individuais subjetivos, a qual pode ser melhor explorada a partir de uma metodologia qualitativa de pesquisa; enquanto a avaliação do conhecimento de um grupo frente a um tópico em específico – neste caso, os professores e o TE – são melhor exploradas a partir da metodologia quantitativa.

Neste estudo, a seleção do método misto teve o intuito de explorar e compreender amplamente o conhecimento e as práticas de profissionais da educação infantil quanto ao processo de TE em crianças de 1 a 5 anos. Esta pesquisa foi orientada por quatro questões de pesquisa:

Questão 1: qual é o nível de conhecimento dos profissionais da educação infantil sobre a temática do TE em crianças de 1 a 5 anos de idade? - fase quantitativa

Questão 2: Qual é o nível de entendimento dos profissionais da educação infantil sobre hábitos saudáveis de eliminação nas crianças de 1 a 5 anos de idade? - fase quantitativa

Questão 3: Como os profissionais da educação infantil lidam (conduzem, participam) com o TE de crianças de 1 a 5 anos de idade no ambiente escolar? - fase qualitativa

Questão 4: Quais são suas necessidades de informações acerca do TE de crianças de 1 a 5 anos de idade no ambiente escolar - mixagem dos dados quantitativo e qualitativos

Como objeto de estudo, espera-se compreender o conhecimento e práticas sobre o TE de professores e auxiliares de sala de instituições de educação infantil para crianças de 1 a 5 anos de Brasília (DF) por meio de um questionário autoaplicável tendo como base estudos nacionais e internacionais (ARLEN et al, 2012; COOPER et al, 2003; CRUYSSSEN et al, 2015; KIDDOO et al, 2006; KO et al, 2016; LORDELO, 2007; NUNES et al, 2017; SOUZA et al, 2015; WARZAK et al, 2016); e suas experiências (também sobre o tema) por meio de entrevistas semiestruturadas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o conhecimento, as práticas e experiências sobre a temática de TE em professores e auxiliares de sala que trabalham com crianças na faixa etária de 1 a 5 anos em instituições públicas de educação infantil de Brasília (DF); e propor um modelo explicativo do conhecimento, práticas e necessidades de informações sobre o TE para profissionais da educação infantil de instituições públicas de Brasília.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Fase quantitativa

- Avaliar, por meio de um questionário autoaplicável, o conhecimento dos professores e auxiliares de sala da educação infantil sobre TE;

- Identificar, por meio de um questionário autoaplicável, as atitudes promotoras de hábitos saudáveis de eliminação dos alunos, na opinião dos professores e auxiliares de sala da educação infantil;

- Verificar, por meio de um questionário autoaplicável, se os professores e auxiliares de sala da educação infantil já receberam informações sobre o TE, e se tem interesse em participar de programas educativos relacionados ao tema.

4.2.2 Fase qualitativa

- Compreender a experiência dos profissionais da educação infantil acerca do TE em crianças que frequentam essas instituições;

- Descrever as crenças e concepções dos profissionais da educação infantil no processo do TE de seus alunos;

4.2.3 Mixagem dos dados

Mixar dados quantitativos e qualitativos a fim de propor um modelo explicativo do conhecimento, práticas e necessidades de informação sobre o TE de profissionais de educação infantil.

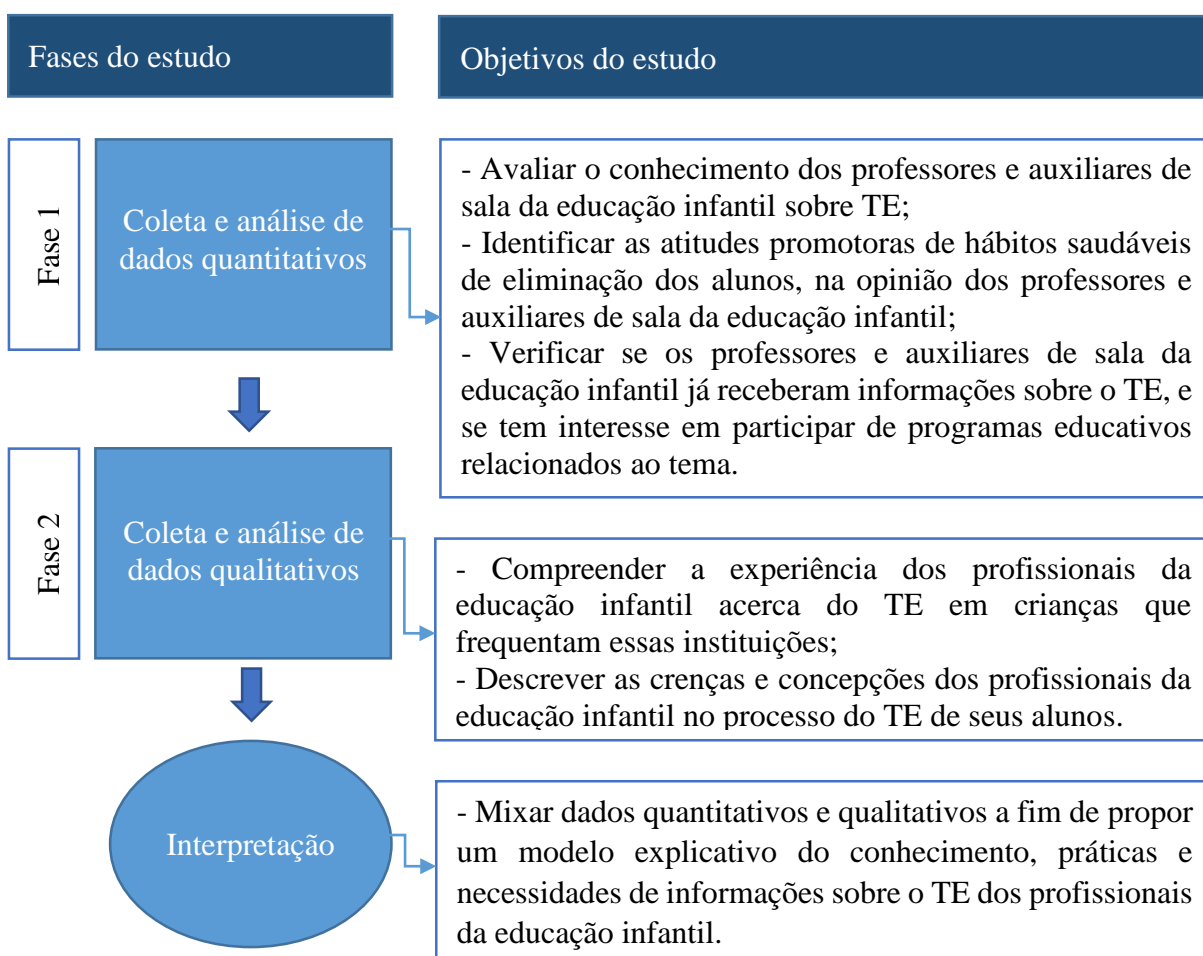
5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de método misto, com estratégia explanatória sequencial (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2007). Esta estratégia é caracterizada pela fase de coleta e análise de dados quantitativos, seguida pela coleta e análise de dados qualitativos, integrando-os na fase de interpretação de resultados. Os resultados da fase qualitativa foram usados para explicar achados da pesquisa quantitativa. Em outras palavras, trata-se de um projeto de duas fases diferentes e interativas entre si.

Para melhor entendimento, a Figura 1 apresenta as fases da estratégia explanatória sequencial e os objetivos propostos em cada uma delas.

Figura 1. Síntese das fases da estratégia explanatória sequencial, segundo objetivos propostos para a pesquisa. Brasília (DF), 2019.



Creswell e Clark (2013) propõem uma definição para métodos mistos que engloba uma coleta e análise rigorosa de dados quantitativos e qualitativos, considerando a questão norteadora da pesquisa. Nela existe uma combinação, que vincula ou integra os dados qualitativos e quantitativos, podendo construir um com o outro, em um único estudo com múltiplas fases.

A ideia de misturar diferentes métodos originou-se em 1959 na psicologia, quando Campbell e Fisk utilizaram uma matriz de múltiplos métodos para estudar a validade de traços psicológicos. Essa iniciativa incentivou outros pesquisadores a combinarem os métodos de pesquisa e, assim, estratégias de métodos de campo, como observações e entrevistas (dados qualitativos), foram associados aos levantamentos tradicionais (dados quantitativos). Dessa forma, teve origem a triangulação das fontes de dados como estratégia para neutralizar ou cancelar os vieses inerentes aos métodos de pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013).

No final de 1970, surgiu o termo “triangulação” como uma combinação de metodologias no estudo de um mesmo fenômeno para diminuir a tendência inerente ao uso de um determinado método. Durante os anos 1980, a pesquisa de métodos mistos teve um crescimento discreto com o surgimento dos primeiros desenhos de estudo para mixagem de dados. O desenvolvimento de uma considerável literatura no campo de métodos mistos de pesquisa data do final da década de 1990, quando formas específicas de abordagem mista foram propostas. Assim, somente nos últimos 20 anos a ideia de metodologia mista concretizou-se como um “novo” campo científico (CRESWELL; CLARK, 2013).

Quatro aspectos importantes precisam ser decididos no planejamento dos procedimentos para métodos mistos: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização. Na distribuição do tempo, deve-se considerar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Quando os dados são coletados em fases, a definição de quais vêm primeiro depende da intenção inicial do pesquisador. Quando dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente, a implementação é simultânea (CRESWELL; CLARK, 2013).

A atribuição de peso refere-se à definição da prioridade atribuída a pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo. Pode-se atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens ou enfatizar uma ou outra, de acordo com os interesses do pesquisador ou do público ao qual se destina a pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013).

A combinação compreende o modo como os dados são mixados, ou seja, significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão realmente fundidos, ou serão mantidos separados, ou ainda se estarão de algum modo combinados. Diz-se que os dados na pesquisa de métodos mistos estão conectados quando há uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. Há uma integração quando os bancos de dados qualitativos e quantitativos estão fundidos e produzem informações que se apoiam mutuamente. A incorporação ocorre quando se coletam dados secundários que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal (CRESWELL; CLARK, 2013).

Outro fator a ser considerado é se há uma perspectiva teórica que guia a execução do projeto de método misto. Todos os pesquisadores possuem teorias, hipóteses ou estruturas norteadoras em suas investigações, e tais teorias podem estar explicitadas ou implícitas e não mencionadas (CRESWELL; CLARK, 2013).

A partir da definição destes quatro fatores, moldam-se os procedimentos de um estudo de métodos mistos e define-se uma das seis principais estratégias de proposta de pesquisa descritas na literatura: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante (CRESWELL; CLARK, 2013). Essas estratégias podem ser descritas usando-se um sistema de notação desenvolvido para facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos. Trata-se de um conjunto de rótulos e símbolos abreviados que representam aspectos da pesquisa.

Na vinculação entre pesquisa quantitativa e qualitativa, os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem. Optou-se por essa estratégia pois pretende-se, intencionalmente, integrar e combinar os dados quantitativos e qualitativos ao invés de mantê-los separados, o que maximiza os pontos fortes e minimiza os pontos fracos de cada tipo de dado (AZEVEDO et al., 2013).

A partir do panorama apresentado, este estudo foi conduzido em duas etapas. A primeira, de abordagem quantitativa do tipo transversal, e a segunda, qualitativa, orientada pelo referencial teórico-metodológico do Interacionismo Simbólico. Os dados quantitativos foram coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos, desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais. Esses dados tiveram igual

atribuição de peso e foram mixados mediante integração. A perspectiva teórica adotada é explícita e corresponde aos tópicos abordados na seção da Etapa Qualitativa.

5.1.1 Etapa Quantitativa

A primeira fase, de abordagem quantitativa, trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, para avaliar o nível de conhecimento dos profissionais da educação infantil sobre o TE, sinais e sintomas sugestivos de DVI, atitudes promotoras de hábitos saudáveis de eliminação, e orientações e informações recebidas acerca da temática.

Estudos transversais têm sido utilizados para investigar diversos problemas em saúde pública. De modo geral, a aplicação mais comum desse tipo de estudo está ligada à necessidade de conhecer de que maneira se distribuem uma ou mais características individuais, ou coletivas em determinada população (ARAGÃO, 2011).

As principais vantagens dos estudos transversais são a economia e facilidade de controle, além da fácil exequibilidade e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos (ARAGÃO, 2011). No entanto, não possibilita inferir tendências e mudanças ao longo do tempo. Além disso, estudos quantitativos limitam-se a uma compreensão relativamente pequena da complexidade e diversidade inerentes às experiências humanas (POLIT; BECK, 2011).

Essa limitação pode ser superada por meio de pesquisas qualitativas, em que “a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória” (GOLDENBERG, 2007, p.14). A abordagem qualitativa busca a percepção dos fenômenos e seus significados para as pessoas, as quais estão em constante processo interativo no interior de grupos sociais dinâmicos (POLIT; BECK, 2011).

5.1.2 Etapa Qualitativa

A segunda fase, uma abordagem qualitativa, foi escolhida para que se possa superar a limitação da fase quantitativa, citada anteriormente. A proposta pragmática e o foco dessa metodologia a torna atraente para a Enfermagem, que é uma disciplina prática baseada em interações constantes (MINAYO, 2014).

Esta fase foi orientada pela perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, em função da sua preocupação em compreender, numa dimensão mais profunda, a natureza das interações e a dinâmica social que envolve o indivíduo. Busca-se a interpretação segundo a ótica dos sujeitos frente a um objeto, em uma interpretação dinâmica e não controlada pelo pesquisador (CHARON, 1989).

As ideias centrais do Interacionismo Simbólico baseiam-se no processo de interação, no qual os indivíduos são ativos e aprendem a dar sentido às coisas, valorizando o significado atribuído às suas experiências. Os indivíduos interagem agindo, percebendo, interpretando, agindo novamente, sendo ator e reator no processo, imprevisível e ativo no mundo (CHARON, 1989).

O Interacionismo Simbólico, segundo a concepção de Herbert Blumer (1969), tem como premissas:

- Os seres humanos agem em relação às coisas em função do significado que estas possuem para eles;
- O significado emerge na interação social;
- Os significados são manipulados e alterados pelo processo interpretativo da própria pessoa.

O significado emerge, portanto, na interação, e é nela que ocorre a definição da situação, do contexto e dos demais elementos determinantes do comportamento humano. Esse tem sua descrição pautada no ato social por meio do comportamento externado (dimensão da atividade manifesta) e do processo interiorizado (dimensão da atividade interna à pessoa) (BLUMER, 1969).

O ser humano é ativo na sua experiência, quando, à medida que interage (integração do processo vivido interna e externamente à pessoa), age no presente influenciado pelo o que está passando, aplicando aspectos de um passado vivido (CHARON, 1985).

Sendo um ser que interage, interpreta, define e age no contexto de acordo com o significado atribuído às situações vivenciadas (CHARON, 1985), pode-se afirmar que é com base na definição gerada no presente da vivência que a pessoa decide suas ações, com influência dos processos significativos do passado e do futuro. Ela cria o significado na experiência. É no presente de cada vivência que ela define ativamente a perspectiva, e, por meio dessa definição da realidade pessoal, desencadeiam-se as ações. As ações são consideradas decisões feitas pelo

indivíduo envolvendo definição, interpretação e escolha que estão influenciadas pela relação com o contexto e com o *self*.

O *self* é um elemento frente ao qual emerge da interação social, ou seja, o agir. É uma entidade social, auto reflexiva, conectada à resolução de problemas, composta da fase “eu” e da fase “mim” (CHARON, 1989). A fase “eu” tem o próprio indivíduo como sujeito, é a parte mais espontânea e impulsiva que reage às atitudes dos outros, não integrando as regras socialmente postas. A fase “mim” é a fase mais social, surge na auto interação ao pensar, analisar, conversar privativamente consigo próprio, ou seja, tem a pessoa como objeto. Assim, o “eu” é o propulsor do indivíduo, e o “mim”, a fase que permite a incorporação do outro no próprio “eu”, direcionando o ato social (CHARON, 1989).

Frente a interação com o *self*, há o processo de significação, que é comunicado por meio de símbolos às outras pessoas. Os símbolos visam a representação de algo no processo comunicativo, utilizados para representar e comunicar algo (CHARON, 1989).

À medida que se vive o processo contínuo da interação social, as pessoas intercambiam coisas entre si e consigo, aferem significações, apreciam e estabelecem perspectivas, realizam tomadas de ação. Cada qual envolvido na interação, enquanto age em relação ao(s) outro(s), intencionalmente comunica-se e passa a ser o que o outro está sendo para si: objeto de interação e propulsor da interação do outro consigo próprio. Assim, a interação social é uma ação social mútua, dialógica, com transmissão de significações simbólicas, instigando o papel do outro, a ação da mente e a interpretação de atos entre si, o que reflete em um processo contínuo de construir a ação (CHARON, 1989).

Para entender os significados, precisa-se a atividade da mente. A mente é toda ação que o indivíduo faz através e em direção a si. É todo pensamento e toda manipulação ativa de símbolos na conversação consigo mesmo e com o seu *self* (CHARON, 1989).

Outros conceitos importantes neste referencial teórico, segundo o autor, são o ‘assumir o papel do outro’, ‘ação humana’ e ‘interação social’ (CHARON, 1989):

- Assumir o papel do outro: É o mesmo que assumir a perspectiva do outro, ou seja, ver o mundo a partir do ponto de vista dele. Envolve o uso dos símbolos, do *self* e a ação da mente, pois assumir o papel do outro é um ato contínuo a medida que encontramos outras pessoas.

- Ação humana: É um objeto social e interpretada simbolicamente. Cada ação tem uma meta e envolve uma tomada de decisão feita pelo ator, ou seja, planejamos e usamos os objetos sociais de acordo com os nossos planos, definindo a situação.

- Interação social: É uma ação social mútua, simbólica, que envolve o assumir o papel do outro. Ou seja, é o que as pessoas fazem e é influenciado pelas ações que acontecem com o passar do tempo e nas definições a partir do que os outros fazem.

Entende-se que a perspectiva interacionista possibilita a compreensão de como os educadores se comportam frente ao processo do TE, a construção de significados, papéis e responsabilidade neste processo, e a identificação das crenças e concepções envolvidas nessa experiência.

Desse ponto de vista, elegeu-se a pesquisa de narrativa como estratégia metodológica para reconstruir os elementos significativos que traduzem a experiência na interação. A narrativa é uma forma universal encontrada em todas as culturas, através das quais as pessoas expressam sua visão de mundo, a interpretação dos acontecimentos e os conflitos que vivenciam (SILVA; TRENTINI, 2002; FLICK, 2009)

Clandinin e Connely (2000) definem a pesquisa narrativa como “uma forma de entender a experiência” em um processo de colaboração entre pesquisador e pesquisado. Isso propiciou acesso aos conceitos do Interacionismo simbólico e, assim, a compreensão das interpretações dos educadores. Ao contarem histórias sobre o TE, representam uma experiência repleta de interações sociais, na qual compartilham momentos que viveram, atribuindo significados para o que aconteceu e buscando reconstruir os fenômenos e reelaborar perspectivas para o futuro.

Nas entrevistas narrativas se considera que a memória é seletiva, alguns eventos são esquecidos deliberadamente ou inconscientemente. Nessa perspectiva, o importante é o que a pessoa registrou de sua história, o que experienciou, o que é real para ela e não os fatos em si (passado versus história) (MUYLAERT et al., 2014). As narrativas, dessa forma, são consideradas representações ou interpretações do mundo e, portanto, não estão abertas a comprovação e não podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, pois expressam a verdade de um ponto de vista em determinado tempo, espaço e contexto sócio histórico. Não se tem acesso direto às experiências dos outros, se lida com representações dessas experiências ao interpretá-las a partir da interação estabelecida (CLANDININ; CONNELLY, 2000).

A interpretação das narrativas constitui um grande desafio ao pesquisador, uma vez que ele precisa captar e esclarecer os significados inerentes às experiências narradas. Por meio da

interpretação das narrativas o pesquisador deve descobrir como as pessoas veem e constroem o mundo em que vivem, devendo estar atentos aos conflitos presentes nas narrativas, como as pessoas os interpretam e os resolvem (MUYLAERT et al., 2014).

Deste modo, interpretar uma narrativa requer grande concentração e imersão do pesquisador naquilo que está sendo dito, mas também no que não está sendo expresso por palavras, de modo a apreender a visão de mundo de quem narra, captar o que a pessoa usa para significar sua experiência. Não há intenção de esgotar as possibilidades de análise, mas sim de realizar uma análise no sentido de abrir os sentidos (CLANDININ; CONNELLY, 2000; MUYLAERT et al., 2014).

Para analisar o material, o texto é reduzido gradativamente, operando-se com condensação de sentido e generalização. Divide-se o conteúdo em duas colunas, na primeira fica a transcrição, e na segunda, a primeira redução. Então, desenvolvem-se categorias, primeiramente para cada uma das entrevistas narrativas, posteriormente são ordenadas em um sistema coerente para todas as entrevistas realizadas na pesquisa, sendo o produto final a interpretação conjunta dos aspectos relevantes tanto aos informantes como ao pesquisador (MUYLAERT et al., 2014).

Para o estabelecimento das categorias são usados tanto o procedimento de codificação baseado em dados como o de codificação baseado em conceitos. A leitura prévia da literatura disponível que se debruça sobre esse tema, bem como o foco de interesse de investigação, proporciona a definição prévia de algumas categorias (MUYLAERT et al., 2014). Por fim, é realizada a comparação e estabelecimento de semelhanças existentes entre os casos individuais permitindo assim a identificação de trajetórias coletivas (MUYLAERT et al., 2014).

As narrativas permitem ir além da transmissão de informações ou conteúdo, fazendo com que a experiência seja revelada, o que envolve aspectos fundamentais para compreensão tanto do sujeito entrevistado individualmente, como do contexto em que está inserido. O método das narrativas permite o aprofundamento das investigações ao combinar histórias de vida a contextos sócio-históricos, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam (ou justificam) as ações dos informantes (CLANDININ; CONNELLY, 2000; MUYLAERT et al., 2014).

5.2 LOCAL, POPULAÇÃO E ABORDAGENS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em instituições públicas de educação infantil da regional do Plano Piloto, da cidade de Brasília (Distrito Federal). Foram identificadas 29 escolas que atendem somente crianças de 0 a 5 anos, 11 meses e 29 dias de idade, nesta regional. Dentre elas, estavam 10 creches, 1 centros de educação infantil e 18 jardins de infância.

A população deste estudo foi constituída por profissionais (professores e auxiliares de sala) da educação infantil que estavam, no momento desta pesquisa, vinculados às instituições de educação selecionadas. Foram considerados apenas os professores e auxiliares de sala, pois estes são responsáveis pela condução de atividades direta com a criança no ambiente escolar. Os professores são aqueles que tem o diploma superior (licenciatura em pedagogia com habilitação em educação infantil, ou superior com habilitação em educação infantil). Já os auxiliares de salas da educação infantil requer a formação mínimo do ensino médio completo.

Os critérios de inclusão para a participação da pesquisa foram: professores ou auxiliares de sala que lecionam em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos; e que tem, no mínimo, um ano de experiência, em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos. Enquanto que os critérios de exclusão foram: professores ou auxiliares de sala que lecionam em turmas especiais – crianças portadoras de doenças crônicas debilitantes, doenças genéticas ou com comprometimento do crescimento e desenvolvimento.

Inicialmente, para a realização do estudo, realizou-se contato prévio com Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEEDF), para apresentação do projeto de pesquisa e as técnicas de coleta de dados que seriam utilizadas. Após essa autorização inicial, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), da Universidade de Brasília. Posteriormente a autorização do CEP/FS, foi realizado contato com os diretores de cada uma das escolas, onde explicou-se o objetivo do estudo e os aspectos relacionados ao consentimento esclarecido.

Foi acordado com os diretores quantos questionários seriam entregues e qual a data para recolhimento desses. Também, pediu-se aos diretores que sinalizassem se haviam profissionais interessados em participar da segunda etapa do estudo (as entrevistas).

A seguir, apresentam-se as especificidades da coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos, bem como os participantes de cada etapa.

5.3 PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Foi utilizada a amostragem intencional, deliberada ou proposital, a partir dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa. Para obter uma amostra representativa da população investigada, estimou-se uma taxa de resposta de 60%, esperada para o procedimento de coleta de dados baseado na entrega de questionários (PEREIRA, 2008).

Na regional do Plano Piloto, Brasília (DF), escolhida para este estudo, há 29 instituições de educação infantil públicas, e, segundo os dados fornecidos pela SEEDF, extraídos do Censo de 2015, essas instituições contam com um corpo docente de 419 profissionais (278 professores e 141 monitores de sala). Todas as instituições aceitaram participar do estudo.

A coleta foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2018, por meio de um questionário autoaplicável elaborado pelas pesquisadoras (aluna e orientadora) deste estudo, baseado na literatura sobre o tema (ARLEN et al, 2012; COOPER et al, 2003; CRUYSSSEN et al, 2015; KIDDOO et al, 2006; KO et al, 2016; LORDELO, 2007; NUNES et al, 2017; SOUZA et al, 2015; WARZAK et al, 2016) (**Apêndice A**). O instrumento utilizado neste estudo foi uma adaptação do questionário da pesquisa prévia de TCC da pesquisadora principal (SOUZA; MARTINS, 2015), tornando-se, então, um teste piloto para este.

As questões dos questionário contemplaram perguntas que avaliavam o conhecimento dos professores sobre TE; quais sinais de prontidão os professores utilizam para dar início ao TE; se os professores observam sinais e/ou sintomas sugestivos de DVI; se estimulam hábitos saudáveis de eliminação nos seus alunos; características dos banheiros das instituições de educação infantil; se os professores receberam algum treinamento sobre TE e também se gostariam de receber tal mais informações ou participar de um programa educativo sobre o TE.

Os questionários foram deixados nas respectivas escolas, pela pesquisadora principal, com os diretores de cada instituição juntamente com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice B**). Foi orientado, aos diretores, quais profissionais poderiam participar da pesquisa, além do correto preenchimento do questionário, e assinatura das duas vias do TCLE. Caso os participantes tivessem alguma dúvida quanto ao preenchimento, eles poderiam contatar a pesquisadora principal por meio de telefone de celular.

No momento da entrega, era acordado, com os diretores, a data de retorno para o recolhimento dos instrumentos. Caso algum TCLE fosse devolvido sem a assinatura ou houvesse um baixo número de questionários respondidos, uma nova visita era reagendada a

escola, até o limite máximo de três visitas. Dos 419 questionários entregues, 283 foram preenchidos e anexados com o TCLE devidamente preenchido e assinado, o que representou uma taxa de resposta de 67,5%.

Na análise descritiva dos dados, foi realizado agrupamentos em categorias e apresentados, através de cálculos percentuais, em tabelas e gráficos. Foram consideradas variáveis do estudo e respectivos agrupamentos para análise:

- dados de caracterização (variáveis de caracterização - variável independente);
- nível conhecimento acerca do TE (variável dependente);
- promoção de hábitos saudáveis de eliminação (variável dependente) e;
- auto avaliação e interesse acerca do tema (variável dependente).

Para a análise inferencial, realizada com auxílio de um profissional estatístico, foi verificada a relação entre as variáveis dependentes e as variáveis de caracterização (variável independente).

O conhecimento sobre TE foi avaliado por meio de 5 questões. Foi perguntado aos participantes da pesquisa se sabiam responder: a idade que a criança deve ter para retirar-se completamente das fraldas, a frequência urinária de uma criança no período em que ela está na escola (manhã ou tarde) e a frequência evacuatória diária de uma criança. Também, foi apresentada duas situações aos participantes: a primeira, de uma criança com sintoma de urgência miccional; e a segunda, com sintoma de incontinência urinária.

Os participantes foram arbitrariamente categorizados conforme seu número de acertos do questionário, sendo 0 o mínimo de acertos, e 5, o máximo. A categorização foi realizada utilizando o seguinte parâmetro:

- 0 e 1 acertos = conhecimento inadequado;
- 2 e 3 acertos = conhecimento intermediário;
- 4 e 5 acertos = conhecimento adequado.

5.4 PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Nesta etapa, foi utilizada a estratégia de entrevista aberta com os profissionais, com o auxílio de um roteiro de perguntas semiestruturado. Depois da primeira abordagem com os diretores das escolas, foi questionado se havia algum profissional com disponibilidade para a entrevista. Quando afirmativo, a entrevista era realizada no dia de maior comodidade ao entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas nas instituições de ensino que cada profissional trabalhava. A coleta foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2018.

Foram entrevistadas 8 profissionais de instituições de educação infantil, localizadas na Regional do Plano Piloto, Brasília, DF, que participaram da primeira etapa da pesquisa. Todas as entrevistadas eram professoras, do sexo feminino. Vale ressaltar que os auxiliares de sala também foram convidados a participar desta etapa do estudo.

O roteiro foi confeccionado com base na literatura pertinente ao tema (ARLEN et al, 2012; COOPER et al, 2003; CRUYSSSEN et al, 2015; KIDDOO et al, 2006; KO et al, 2016; LORDELO, 2007; NUNES et al, 2017; SOUZA et al, 2015; WARZAK et al, 2016) (**Apêndice C**) e abordou os seguintes aspectos: o que o professor entende por TE; qual o papel do professor no TE; como é a comunicação com os pais dos alunos acerca do tema; expectativas sociais e culturais; sinais para início do TE; dificuldades e facilitadores no processo; redes de apoio para continuidade de práticas relacionadas ao tema; e se estes consideram alguma carência de informações.

A pergunta inicial da entrevista teve o intuito de desencadear uma narrativa central, de modo que os participantes relatassem o que entendiam sobre TE e como realizavam essa atividade em sala de aula. Para tanto, a seguinte proposição desencadeou a narrativa inicial, para que o fenômeno averiguado fosse adotado como tema central pelo participante: *“Gostaria de ouvir o que o senhor/a senhora faz para promover o treinamento para uso do banheiro das crianças da sua turma”*.

As perguntas subsequentes visaram a compreensão de técnicas de TE, comunicação com os pais das crianças, dificuldades vivenciadas, a visão sobre a relevância do tema, bem como a identificação de facilitadores e dificultadores no processo: *“O senhor/a senhora utiliza alguma técnica ou método para treinar os alunos ao uso do banheiro?”*, *“Como se dá a comunicação/parceria com os pais das crianças?”*, *“Quais as principais dificuldades que o senhor/a senhora enfrenta no dia-a-dia para promover o treinamento para uso do banheiro?”*, *“O senhor/a senhora acha que existem hábitos que possam ajudar ou atrapalhar a criança no*

treinamento para uso do banheiro?”, “O senhor/a senhora acha que é importante, para o professor, ter informações sobre o treinamento para uso do banheiro?”.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela investigadora principal, e gravadas em mídia digital. Foi apresentado o TCLE (**Apêndice D**) aos profissionais e, caso aceitassem participar, era solicitado suas assinaturas. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com os passos metodológicos propostos pela pesquisa de narrativa.

Tendo em vista que na análise qualitativa, a intenção é aprender informações que permitam a compreensão do fenômeno estudado em profundidade, o tamanho da amostra é determinado pelo critério de saturação teórica, que pode ser definido como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a aprender, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (GAVIN, 2015).

A análise das respostas à questão norteadora foi orientada pelos passos da Pesquisa de Narrativa. Para interpretação e análise dos conteúdos das narrativas, destacam-se duas dimensões: em relação à unidade de análise que pode ser de forma holística ou posicionamento do material a partir de categorias (MUYLAERT et al., 2014).

A análise desta pesquisa está baseada na perspectiva de categorias com ênfase no conteúdo, ou seja, o material das narrativas será processado analiticamente, nomeado, pela quebra do texto em unidades menores de conteúdo e submetido a um tratamento descritivo, seguindo-se os seguintes passos:

1) Seleção do subtítulo: Baseando-se na questão da pesquisa ou hipótese, as partes relevantes do texto são marcadas e agrupadas de modo a formar um novo arquivo ou subtítulo, o qual pode ser visto como o universo de conteúdo da área estudada.

2) Definição das categorias de conteúdo: As categorias são temas variados ou perspectivas que cortadas através do texto selecionado, fornece os significados de classificação das unidades. Outros métodos para a seleção das categorias é, entretanto, ler os subtítulos de maneira mais “aberta” quanto possível e definir o maior conteúdo de categorias que emergir desta leitura. Na prática, isto é um procedimento circular que envolve leitura cuidadosa, sugestão de categorias, classificação do material em categorias, gerar ideais adicionais para refinar as existentes, e assim por diante.

3) Classificação do material em categorias: neste estágio é preconizado separar sentenças ou expressões que são determinantes para as categorias relevantes. Enquanto as expressões podem ser provenientes de histórias únicas, as categorias pode também incluir expressões de vários indivíduos diferentes.

4) Esboço das conclusões dos resultados: O conteúdo coletado em cada categoria pode ser usado descritivamente para formular um panorama do conteúdo geral do grupo de pessoas estudado.

5.5 MIXAGEM DOS DADOS

Após as análises de ambas etapas quantitativa e qualitativa, os dados coletados tanto quantitativos quanto qualitativos foram comparados a fim de determinar convergências, diferenças ou combinações entre eles (SANTOS et al, 2015).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

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.

Todos os integrantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia propostos, bem como tiveram assegurado seu direito de acesso aos dados. O consentimento livre e esclarecido por escrito foi solicitado, garantindo a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações colhidas. Da mesma forma, foi garantida a eles a liberdade de participar, como também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, caso entendesse que isso seria melhor para si.

As gravações das entrevistas foram eliminadas depois de transcritas. As transcrições dos depoimentos e os questionários ficarão de posse dos pesquisadores por cinco anos e depois destruídos. O anonimato dos participantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos para identificação dos seus depoimentos por meio da letra “P”, correspondente a ‘professor’, associada a um número (P1, P2, ..., P8), para as entrevistas. Para os questionários, não foi solicitado nome ou identificação do participante.

Quanto a avaliação de riscos do estudo, foi empregado métodos de coleta de dados baseados em preenchimento de um questionário e realização de uma entrevista, não sendo

realizada nenhuma intervenção invasiva aos indivíduos que participaram da pesquisa. Dessa forma, enfatiza-se que os instrumentos aplicados (questionário e entrevista) podem ser considerados como possíveis causadores de incômodo, desconfortos e constrangimentos frente ao tema abordado; o que pode levar a uma possível experiência negativa e estressante em participar da pesquisa.

Quanto aos benefícios do estudo, esta área do cuidado pediátrico oferece oportunidades de desenvolvimento de pesquisas aos profissionais de saúde em termos de prevenção, orientação e intervenção em saúde. Porém, alguns estudos (KAERTS et al., 2012; KAERTS et al., 2014) apontam que pais e cuidadores sentem-se confusos e inseguros sobre quando iniciar o TE e qual técnica/método utilizar. Em contrapartida, os profissionais de saúde e educação parecem não dispor de evidências robustas que apoiem a tomada de decisão informada sobre qual abordagem (sobre o método de TE) recomendar. Além do mais, as pesquisas publicadas nesta área são, em sua maioria, realizadas fora do Brasil e refletem uma realidade internacional que, por sua vez, podem gerar algumas inconsistências devido às diferenças culturais, socioeconômicas e populacionais (CRUYSSSEN et al., 2015; SOUZA et al., 2015; LORDENO et al, 2007).

No contexto científico, esta pesquisa condensa-se numa multiplicidade de horizontes, por meio da preocupação teórica, da preocupação metodológica e da preocupação prática. Neste sentido, a teoria é indispensável com formulação de quadro explicativo de referência, refinamento conceitual e capacidade de criação discursiva e analítica. O método coloca a discussão sobre a vertente das concepções de ciência e a prática é a capacidade de recriar teoria e unir saber e mudar (QUEIROZ, 2015).

Os métodos mistos parecem emergir como o terceiro e novo paradigma na pesquisa científica, alavancando a possibilidade de se obter interpretações mais acuradas, ou, pelo menos, mais completas sobre os fenômenos de investigação. Para a enfermagem - que se vale da complexidade do cuidado humano - os métodos mistos podem ser profícuos aos problemas de investigação científica, uma vez que os objetos de pesquisa da disciplina carregam em si, naturalmente, a densidade de informações a serem exploradas, as quais, por meio desta inovadora abordagem metodológica, podem ser investigadas com maior profundidade.

Para finalizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo, apresenta-se **Quadro 1** com uma síntese dos mesmos.

Quadro 1. Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. Brasília (DF), 2019.

DESENHO DO ESTUDO	PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS (fases)	
	QUANTITATIVA	QUALITATIVA
	Estudo com delineamento transversal	Interacionismo simbólico, com perspectiva metodológica da pesquisa de narrativa
LOCAL DO ESTUDO	Instituições públicas de educação infantil	
PARTICIPANTES	283 profissionais (professores e auxiliares de sala)	8 professoras
COLETA DE DADOS	Questionário estruturado, auto preenchido	Entrevistas individuais, com perguntas norteadoras
ANÁLISE DOS DADOS	Estatística descritiva e inferencial	Codificação inicial, e após, codificação seletiva e focalizada
MIXAGEM DOS DADOS	Convergências, diferenças ou combinações entre dados quantitativos e qualitativos a fim de propor-se um modelo explicativo de necessidades de informações sobre o TE dos profissionais da educação infantil.	
ASPECTOS ÉTICOS	Aprovação do 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, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em 3 eixos.

O primeiro eixo trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, composto por uma amostra de 283 participantes, com o objetivo de investigar-se sobre o conhecimento dos participantes sobre TE; atitudes promotoras de hábitos saudáveis de eliminação nos alunos; e orientações prévias sobre TE e interesse em participar de um programa educativo relacionado ao tema.

O segundo eixo trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas individuais, analisadas sob a ótica da pesquisa de narrativa. Tal estudo objetivou compreender a experiência e identificar as crenças e concepções dos participantes frente ao tema da pesquisa. O professor respondeu a questões, que contribuíram para a construção de uma narrativa.

E o terceiro eixo trata-se da mixagem dos dados de ambos os métodos prévios, no qual se compara ambos braços da pesquisa quantitativa e qualitativa em busca de uma compreensão ampliada do fenômeno de TE junto aos professores para propor-se um modelo explicativo do conhecimento, práticas e necessidades de informações sobre o TE dos profissionais da educação infantil.

6.1 ETAPA QUANTITATIVA

Segundo os objetivos definidos para o estudo, os resultados desta etapa estão divididos em cinco seções:

- 1) Caracterização da amostra da etapa quantitativa;
- 2) Conhecimento sobre o TE, na perspectiva dos participantes;
- 3) Promoção de hábitos saudáveis de eliminações, na perspectiva dos participantes;
- 4) Auto avaliação dos participantes quanto ao tema.
- 5) Análise inferencial (relação entre o item 1 e os itens 2, 3 e 4).

6.1.1 Caracterização da amostra da etapa quantitativa

Participaram desta pesquisa 29 instituições de educação infantil públicas, da regional do Plano Piloto, Brasília (DF). Nessas instituições, havia um total de 419 participantes (278 professores e 141 monitores de sala). Os questionários foram deixados nas escolas, conforme o número de profissionais.

Dos 419 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 correspondiam a professores e 78 a monitores de sala. A maioria era do sexo feminino, ($n = 254$, 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 e experiência profissional. Brasília (DF), 2019.

Variável	Categorias	N	%
Enquadramento Funcional	Professor	196	69,3
	Auxiliar de sala	78	27,5
	Outro/Não respondido	9	3,2
Idade	≤ 29 anos	73	26,5
	30 a 40 anos	103	37,5
	≥ 41 anos	99	36
Gênero	Feminino	254	89,8
	Masculino	6	2,3
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	≤ 20 alunos	112	39,5
	≥ 21 alunos	168	59,5
Faixa etária média 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

6.1.2 Conhecimento sobre o TE, na perspectiva dos participantes

Foi perguntado aos participantes qual idade a criança deve ter para retirar completamente suas fraldas, em formato de pergunta aberta. A idade 24 meses foi mencionada por 137 participantes (48,4%). Todas as respostas podem ser observadas na **Tabela 2**.

Vale destacar as idades mínima e máxima mencionadas: 3 participantes citaram 9 meses (1,1%) e 1 participante, 60 meses (0,4%) para a retirada completa das fraldas em crianças. Para essa questão, foi verificada uma média de idade de 26,24 meses; mediana de 24 meses; e desvio-padrão de 7,18.

Tabela 2. Distribuição das idades referidas pelos participantes quanto a retirada completa de fraldas das crianças. Brasília (DF), 2019

Idades em meses	N	%
9 meses a 23 meses	42	14,8
24 meses	137	48,4
25 a 35 meses	43	15,2
36 a 60 meses	48	17,0
Depende	7	2,5
Não preenchido/Não soube responder	6	2,1
TOTAL	283	100,0

Com relação à frequência normal que uma criança deve urinar no período em que o professor a acompanha (manhã ou tarde), mais da metade ($n = 167$, 59%) relatou uma frequência de 2 a 3 vezes idas ao banheiro, enquanto uma parcela pequena ($n = 52$, 18,4%) afirma que a criança vai 4 ou mais vezes. Vinte e sete participantes (9,5 %) acreditam não ter uma frequência diária normal. A justificativa variou 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%). Outras informações podem ser consultadas na **Tabela 3**.

Tabela 3. Frequências urinárias e evacuatórias diárias das crianças reportadas pelos participantes. Brasília (DF), 2019

Frequência urinária diária	N	%
A criança não precisa ir ao banheiro na escola	3	1,1
A criança vai, pelo menos, 1 vez ao banheiro	29	10,2
A criança vai 2 ou 3 vezes ao banheiro	167	59
A criança vai 4 ou mais vezes ao banheiro	52	18,4
Outro	27	9,5
Não preenchido/Não soube responder	5	1,8

Total	283	100,0
Frequência evacuatória diária	N	%
Deve evacuar, pelo menos, 1 vez ao dia	244	86,2
Não deve evacuar pelo menos, 1 vez ao dia	29	10,2
Não preenchido/Não soube responder	10	3,5
Total	283	100,0

Foram descritas duas situações aos participantes sobre sintomas que poderiam indicar DVI: sintomas de urgência miccional e incontinência urinária. A urgência miccional é caracterizada pela necessidade urgente de urinar, enquanto a incontinência urinária é a perda incontrolada de urina (AUSTIN et al., 2014). Os participantes marcaram mais de uma opção, porém, a resposta correta foi considerada quando marcavam, ao menos, a opção “algo que indique um problema urinário”.

A maioria das respostas analisou os sintomas de urgência miccional (63,3%) e incontinência urinária (52,7%) como “um comportamento normal” apresentado pela criança. Uma porcentagem acima de 20% considerou os sintomas como “desatenção da criança” (21,2% e 26,1% para urgência miccional e incontinência urinária, respectivamente). Os resultados estão apresentados na **Tabelas 4**.

Tabela 4. Respostas dos participantes quanto aos sinais de DVI. Brasília (DF), 2019

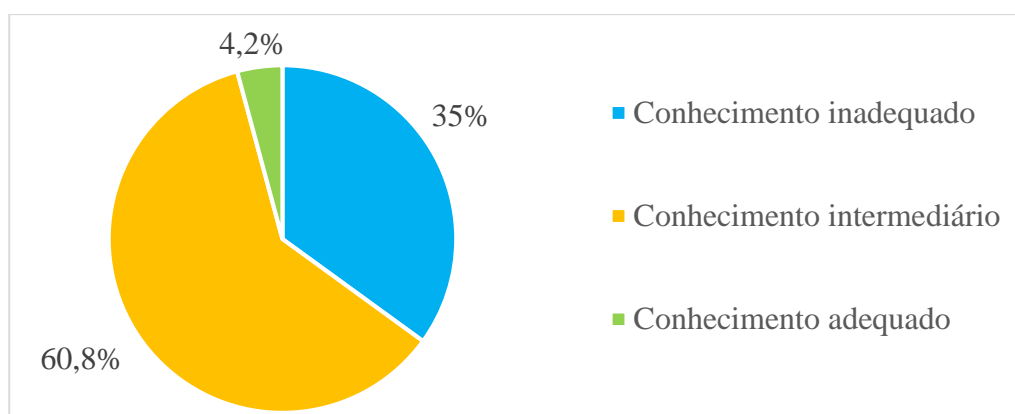
Urgência miccional*	N	%
Um comportamento normal	179	63,3
Preguiça de ir ao banheiro	47	16,6
Desatenção da criança	60	21,2
Algo que indique um problema urinário	34	12,0
Nenhuma das anteriores	32	11,3
Incontinência urinária*	N	%
Um comportamento normal	149	52,7
Preguiça de ir ao banheiro	44	15,5
Desatenção da criança	74	26,1
Algo que indique um problema urinário	41	14,5
Nenhuma das anteriores	42	14,8

*Os participantes escolheram mais de uma alternativa

Os participantes foram categorizados conforme o número de acertos nas questões sobre o conhecimento do tema. Os parâmetros adotados foram: 0 e 1 acertos no questionário foram classificados como “conhecimento inadequado”; 2 e 3 acertos, “conhecimento intermediário”; e 4 e 5, “conhecimento adequado”.

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”. As porcentagens são apresentadas graficamente a seguir (**Gráfico 1**):

Gráfico 1. Conhecimento dos participantes sobre o tema. Brasília (DF), 2019



6.1.3 Promoção de hábitos saudáveis de eliminações, na perspectiva dos participantes

Foi questionado aos participantes se eles observavam sinais e habilidades específicas da criança para iniciar ou dar continuidade ao TE (sinais de prontidão). Para essa questão, os participantes podiam marcar mais de uma opção. Dos 283 participantes, apenas 7 relataram não observar sinais de prontidão (2,5%). A maioria dos participantes assinalou, pelo menos, 3 alternativas (19,4%).

A **Tabela 5** apresenta os sinais de prontidão apontados pelos participantes. Observa-se que a habilidade “falar” foi a mais assinalada pelos participantes, com uma frequência de 59,4%; seguida por “apresentar comunicação verbal que indique a vontade de urinar ou evacuar”, “andar”, “entender e seguir instruções”, e “colocar e tirar peças de roupa sozinha”, todas com frequências superiores a 50%. As outras habilidades, tiveram frequências menores.

Tabela 5. Sinais ou habilidades observadas pelos participantes para iniciar ou dar continuidade ao treinamento esfincteriano. Brasília (DF), 2019.

Sinais de prontidão*	N	%
Falar	168	59,4
Apresentar 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	86	30,4
Apresentar comunicação não-verbal que indique a vontade de urinar ou evacuar	84	29,7
Ficar sentado no vaso sanitário de 5 a 10 minutos	57	20,1

*Os participantes escolheram mais de uma alternativa

A maioria dos participantes (n = 240, 84,8%) oferece lembretes às crianças para que utilizassem o banheiro durante o período em que estão na escola. Apenas 22,3% dos participantes designam horários específicos para o uso dos banheiros (n = 63). Tais lembretes e acesso livre ao banheiro influenciam positivamente os hábitos saudáveis de eliminação, e foram consideradas ações que reforçam e promovem a saúde da criança (**Tabela 6**).

Tabela 6. Ações dos participantes que influenciam nos hábitos saudáveis de eliminações nas crianças. Brasília (DF), 2019

Lembra a criança de ir ao banheiro	N	%
Sim	240	84,8
Não	21	7,4
Não preenchido/Não soube responder	22	7,8
Total	283	100
Horários específicos para a ida ao banheiro	N	%
Sim	63	22,3
Não	209	73,9
Não preenchido/Não soube responder	11	3,9
Total	283	100

Dentre os participantes que afirmaram existir horários específicos para o uso dos banheiros, foi indagado se, caso a criança peça para ir ao banheiro fora desses horários, é solicitado a elas que aguardem. Desse modo, foi avaliado apenas as respostas dos participantes

que assinalaram ‘sim’ a questão anterior (n = 63). A maioria (n = 53, 84,1%) respondeu que não solicita que a criança espere. Apenas 6 participantes responderam ‘sim’ (9,5%). Alguns participantes não responderam à questão (n = 3, 4,8%), e 1 (1,6%) relatou que depende da criança.

Quanto as condições dos banheiros destinados ao uso das crianças (**Tabela 7**): 90,8% afirmaram que os banheiros possuem vasos sanitários da altura da criança, 86,2% que os banheiros são próximos às salas de aulas dos alunos, 85,5% que sempre há material para higienização, como papel higiênico e sabão, e 84,5% que a limpeza dos banheiros é feita frequentemente. Outros aspectos tiveram uma frequência menor em relação aos primeiros itens.

Tabela 7. Instalações físicas dos banheiros das escolas reportadas pelos participantes. Brasília (DF), 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	242	85,5
A limpeza é feita frequentemente	239	84,5
O material para higienização está adequado à altura da criança	183	64,7
Apresentam boxes privativos	122	43,1
Possuem pisos antiderrapantes	98	34,6
Possuem redutor de assento sanitário	47	16,6

*Os participantes escolheram mais de uma alternativa

6.1.4 Auto avaliação dos participantes quanto ao tema

Foi perguntado aos participantes se já haviam recebido informações ou orientações acerca do TE (**Tabela 8**). Cento e oitenta entrevistados (63,6%) afirmaram não ter recebido. Além disso, cento e oitenta e três participantes (64,7%) demonstraram interesse em saber mais sobre o assunto, participando de um programa educativo.

Tabela 8. Respostas dos participantes segundo orientação prévia e interesse sobre o tema. Brasília (DF), 2019.

Você já recebeu alguma orientação sobre o treinamento para uso do banheiro em crianças?	N	%
Sim	94	33,2
Não	180	63,6
Não preenchido/Não soube responder	9	3,2
Tem interesse em participar de um programa educativo sobre o tema?	N	%
Sim	183	64,7
Não	61	21,6
Não preenchido/Não soube responder	38	13,4
Depende	1	0,3

6.1.5 Análise Inferencial

Para cada uma das variáveis apresentadas (conhecimento sobre o TE; promoção de hábitos saudáveis de eliminações; e auto avaliação dos participantes), foi verificada a relação entre essas e as variáveis explicativas (variáveis de caracterização da amostra).

A **Tabela 9** apresenta a relação entre o “conhecimento sobre o TE” e as variáveis de caracterização, utilizando-se o teste de independência Qui-quadrado. Para a variável “conhecimento sobre o TE”, seguiu-se a categorização e resultados obtidos no nível de conhecimento dos participantes: 99 participantes classificados com conhecimento inadequado; 172, conhecimento intermediário; e 12, conhecimento adequado.

Tabela 9. Relação entre variáveis de caracterização e conhecimento sobre o tema. Brasília (DF), 2019.

Enquadramento profissional	Nível de conhecimento sobre o tema						p-valor
	Inadequado		Intermediário		Adequado		
	N		N		N		
Professor (%)	74	(38%)	113	(58%)	9	(5%)	0,1289
Auxiliar (%)	20	(26%)	55	(71%)	3	(4%)	
Outro (%)	5	(55%)	4	(45%)	0	(0%)	
Totais	99		172		12		
Idade							
≤ 29 anos (%)	18	(25%)	53	(73%)	2	(3%)	0,1169
30-40 anos (%)	43	(42%)	56	(54%)	4	(4%)	
≥ 41 anos (%)	33	(33%)	60	(61%)	6	(6%)	
Totais	99		172		12		
Gênero							
Feminino (%)	90	(35%)	152	(60%)	12	(5%)	Pouca representatividade da categoria "masculino"
Masculino (%)	3	(50%)	3	(50%)	0	(0%)	
Totais	99		172		12		
Tempo de experiência							
≤ 4 anos (%)	38	(31%)	80	(65%)	5	(4%)	0,8555
5-9 anos (%)	29	(38%)	44	(58%)	3	(4%)	
≥ 10 anos (%)	28	(36%)	46	(59%)	4	(5%)	
Totais	99		172		12		
Quantidade de alunos em turma							
≤ 20 alunos (%)	47	(42%)	60	(54%)	4	(4%)	0,0149*
≥ 21 alunos (%)	49	(29%)	112	(67%)	7	(4%)	
Totais	99		172		12		
Faixa etária dos alunos							
1 ano (%)	8	(31%)	20	(77%)	0	(0%)	0,2898
2 anos (%)	19	(37%)	33	(63%)	0	(0%)	
3 anos (%)	19	(33%)	36	(62%)	3	(5%)	
4 anos (%)	22	(30%)	45	(62%)	6	(8%)	
5 anos (%)	30	(43%)	37	(53%)	3	(4%)	
Totais	99		172		12		

* p-valor < 0,05

Somente a variável “quantidade de alunos em turma” apresentou um p-valor menor que 0,05, rejeitando a hipótese nula de que “quantidade de crianças que tem na turma” e “conhecimento” são independentes. Sendo assim, é possível considerar que há uma associação entre a quantidade de alunos em turma e o nível de conhecimento do participante frente ao tema.

Dentre os participantes que possuem turmas com menos de 20 crianças, 42% deles apresentaram um ‘conhecimento inadequado’, e 54%, apresentam um ‘conhecimento intermediário’. Dentre os participantes que possuem turmas com mais de 20 crianças, 29% apresentaram um ‘conhecimento inadequado’, e 67%, apresentam um ‘conhecimento intermediário’. A porcentagem de participantes com conhecimento adequado foi igual em ambos os grupos, independentemente do número de alunos em sala de aula (4%).

Quanto à variável “promoção de hábitos saudáveis de eliminações”, foram avaliados os seguintes aspectos: se o profissional observa ‘sinais de prontidão’ na criança, se o profissional fornece lembretes às crianças para a ida ao banheiro, se ele permite o livre acesso ao banheiro, e se os banheiros das escolas apresentam estruturas físicas adequadas ao uso da criança. De modo geral, a maioria dos participantes apresentam aspectos que influenciam positivamente nos hábitos saudáveis de eliminação da criança.

Como a variável resposta para essa questão (promoção de hábitos saudáveis de eliminações) apresenta um caráter dicotômico, foi utilizada o teste de Regressão logística binária. Cada variável tem uma categoria de referência, e estão representadas na primeira posição de cada tabela (**Tabela 10**). Na variável resposta, a referência é o “sim”, ou seja, apresentar aspectos que influenciam positivamente nos hábitos saudáveis de eliminação da criança (80%). A regressão logística não teve o caráter preditivo de análise, mas sim, um caráter de caracterização da amostra estudada.

Foram realizadas 5 regressões logísticas utilizando em cada uma a variável “enquadramento profissional”, “idade do profissional”, “tempo de experiência com educação infantil”, “quantidade de crianças que tem na turma” e “faixa etária dos alunos” como variável independente. Para as variáveis significativas, foi calculada a razão de chances (*Odds Ratio*).

Tabela 10. Relação entre variáveis de caracterização e promoção de hábitos saudáveis de eliminações. Brasília (DF), 2019.

Enquadramento profissional	Promove hábitos saudáveis?				ODDS RATIO	p-valor
	SIM		NÃO			
	N	(%)	N	(%)		
Professor (%)	150	(77%)	46	(23%)	1	0,0488*
Auxiliar (%)	68	(87%)	10	(13%)	0,8989 (0,809; 0,998)	
Outro (%)	8	(88%)	1	(12%)	---	
Totais	226		57			
Idade						
≤ 29 anos (%)	65	(89%)	8	(11%)	1	
30-40 anos (%)	79	(77%)	24	(23%)	1,13 (1; 1,27)	0,0426*
≥ 41 anos (%)	77	(78%)	22	(22%)	1,11 (0,99; 1,26)	0,0663*
Totais	226		57			
Gênero						
Feminino (%)	207	(81%)	47	(19%)	Pouca representatividade da categoria "masculino".	
Masculino (%)	5	(83%)	1	(17%)		
Totais	226		57			
Tempo de experiência						
≤ 4 anos (%)	102	(83%)	21	(17%)		
5-9 anos (%)	59	(78%)	17	(22%)		0,362
≥ 10 anos (%)	62	(79%)	16	(21%)		0,551
Totais	226		57			
Quantidade de alunos em turma						
≤ 20 alunos (%)	85	(76%)	27	(24%)		0,739
≥ 21 alunos (%)	139	(83%)	29	(17%)		0,2
Totais	226		57			
Faixa etária dos alunos						
1 ano (%)	17	(65%)	9	(35%)	1	
2 anos (%)	48	(92%)	4	(8%)	0,75 (0,63; 0,90)	0,0026*
3 anos (%)	49	(84%)	9	(16%)	0,81 (0,68; 0,97)	0,0267*
4 anos (%)	59	(81%)	14	(19%)	0,84 (0,71; 1)	0,0601*
5 anos (%)	51	(73%)	19	(27%)	0,91 (0,77; 1,09)	0,3316
Totais	226		57			

* p-valor < 0,05

Segundo a tabela apresentada, é possível perceber que as chances de promoção de hábitos saudáveis de eliminações são as seguintes, segundo os resultados que mostraram uma relação estatisticamente significantes:

- A chance dos professores promover hábitos saudáveis é 10% menor em comparação aos auxiliares (OR 0,8989, IC 95%, 0,809-0,998, $p=0,0488$);

- A chance dos profissionais com mais de 30 anos de promover hábitos saudáveis é maior (acerca de 10%) em comparação àqueles com menos de 30 anos. Para profissionais com idades entre 30 e 40 anos: OR 1,13, IC 95%, 1-1,27, $p=0,0426$; e para profissionais com idade superior a 41 anos: OR 1,11, IC 95%, 0,99-1,26, $p=0,0663$.

- A chance de promoção de hábitos saudáveis em profissionais que lecionam para crianças com um ano é a mais baixa. A chance aumenta quando a criança tem dois anos de idade e começa a decair novamente, à medida que a idade da criança aumenta. Para crianças com dois anos: OR 0,75, IC 95%, 0,63-0,90, $p=0,0026$; para crianças com três anos: OR 0,81, IC 95%, 0,68-0,97, $p=0,0267$; para crianças com quatro anos: OR 0,84, IC 95%, 0,71-1, $p=0,0601$; e para crianças com cinco anos: OR 0,9, IC 95%, 0,77-1,09, $p=0,3316$.

A seguir, será a apresentada a variável “auto avaliação dos participantes”, que continha dois aspectos a serem investigados. No primeiro aspecto, a intenção era em saber se o participante já havia recebido alguma orientação prévia sobre o TE. Na segunda, se o participante tinha interesse em conhecer mais sobre o tema, por meio de um programa educativo.

Para o primeiro aspecto, apenas 94 participantes (33,2%) afirmaram já ter recebido orientações sobre o TE, enquanto 180 (63,6%), nunca receberam esse tipo de informação. Para o segundo aspecto, 183 participantes (64,7%) afirmaram ter interesse em participar de um programa educativo, 61 (21,6%), não se mostraram interessados, e 30 (10,6%), não souberam responder.

Foi verificada a associação desses dois aspectos entre as variáveis de categorização da amostra, utilizando-se o teste de independência Qui-Quadrado. As **Tabelas 11 e 12** apresentam essas relações, respectivamente.

Tabelas 11. Relação entre variáveis de caracterização e orientação prévia sobre o tema. Brasília (DF), 2019.

Enquadramento profissional	Você já recebeu alguma orientação sobre o TE?				p-valor
	SIM		NÃO		
	N		N		
Professor (%)	59	(31%)	131	(69%)	0,1159
Auxiliar (%)	32	(42%)	44	(58%)	
Outro (%)	3	(37%)	5	(63%)	
Totais	94		180		
Idade					
≤ 29 anos (%)	24	(33%)	48	(67%)	0,5972
30-40 anos (%)	33	(32%)	69	(68%)	
≥ 41 anos (%)	36	(39%)	57	(61%)	
Totais	94		180		
Gênero					
Feminino (%)	82	(33%)	164	(67%)	Pouca representatividade da categoria "masculino".
Masculino (%)	3	(50%)	3	(50%)	
Totais	94		180		
Tempo de experiência					
≤ 4 anos (%)	37	(31%)	83	(69%)	0,0624*
5-9 anos (%)	20	(27%)	54	(73%)	
≥ 10 anos (%)	33	(44%)	42	(56%)	
Totais	94		180		
Quantidade de alunos em turma					
≤ 20 alunos (%)	30	(28%)	79	(72%)	0,1394
≥ 21 alunos (%)	64	(39%)	100	(61%)	
Totais	94		181		
Faixa etária dos alunos					
1 ano (%)	18	(67%)	9	(33%)	0,0019*
2 anos (%)	19	(40%)	29	(60%)	
3 anos (%)	20	(35%)	37	(65%)	
4 anos (%)	21	(29%)	51	(71%)	
5 anos (%)	16	(23%)	53	(77%)	
Totais	94		180		

* p-valor < 0,05

Tabelas 12. Relação entre variáveis de caracterização e interesse em conhecer mais sobre o tema. Brasília (DF), 2019.

Enquadramento profissional	Tem interesse em participar de um programa educativo?						p-valor
	SIM		NÃO		NÃO SEI		
	N		N		N		
Professor (%)	121	(64%)	46	(24%)	23	(12%)	0,2139
Auxiliar (%)	57	(75%)	13	(17%)	6	(8%)	
Outro (%)	5	(63%)	2	(25%)	1	(12%)	
Totais	183		61		30		
Idade							
≤ 29 anos (%)	53	(74%)	8	(11%)	9	(13%)	0,0414*
30-40 anos (%)	69	(68%)	25	(25%)	7	(7%)	
≥ 41 anos (%)	56	(60%)	27	(29%)	13	(14%)	
Totais	183		61		30		
Gênero							
Feminino (%)	164	(67%)	55	(22%)	27	(11%)	Pouca representatividade da categoria "masculino"
Masculino (%)	3	(50%)	3	(50%)	0	(0%)	
Totais	16	(76%)	2	(10%)	3	(14%)	
Tempo de experiência							
≤ 4 anos (%)	81	(68%)	23	(19%)	15	(13%)	0,6931
5-9 anos (%)	50	(68%)	18	(24%)	6	(8%)	
≥ 10 anos (%)	49	(65%)	20	(27%)	7	(9%)	
Totais	183		61		30		
Quantidade de alunos em turma							
≤ 20 alunos (%)	69	(64%)	23	(21%)	16	(15%)	0,2603
≥ 21 alunos (%)	112	(68%)	38	(23%)	14	(9%)	
Totais	183		61		30		
Faixa etária dos alunos							
1 ano (%)	23	(85%)	3	(11%)	2	(7%)	0,0014*
2 anos (%)	40	(83%)	8	(17%)	2	(4%)	
3 anos (%)	43	(75%)	7	(12%)	7	(12%)	
4 anos (%)	44	(61%)	15	(21%)	10	(14%)	
5 anos (%)	33	(48%)	28	(41%)	8	(12%)	
Totais	183		61		30		

* p-valor < 0,05

Na **Tabela 11**, somente as variáveis “tempo de experiência com educação infantil” e “faixa etária dos alunos” apresentaram um p-valor aproximadamente menor que 0,05, rejeitando a hipótese nula de que essas variáveis e “orientação prévia” são independentes. Sendo assim, é possível considerar que há uma associação entre o tempo de experiência profissional e a orientação prévia, e a faixa etária dos alunos e a orientação prévia.

Dentre os participantes que tem 10 anos ou mais de experiência, 44% afirmaram já ter recebido informações sobre o TE. A porcentagem é um pouco menor para profissionais menos experientes: 31% para 4 anos ou menos de experiência, e 27% para um período de 5 a 9 anos.

Com relação a faixa etária dos alunos, dentre os participantes que lecionam para crianças de 1 ano, 67% afirmaram já ter recebido informações acerca do TE. As porcentagens vão decaindo a medida que a idade dos alunos aumenta: 40% para participantes com alunos de 2 anos de idade, chegando a 23% para participantes com alunos de 5 anos de idade.

Na **Tabela 12**, foi significativa a associação com as variáveis “idade do profissional” e “faixa etária dos alunos”. Dessa forma, a faixa etária do profissional e dos alunos em sala de aula tem uma associação significativa com o interesse sobre o tema.

Dentre os profissionais com menos de 29 anos, 74% gostaria de saber mais sobre o tema por meio de um programa educativo. Enquanto que os profissionais com mais de 41 anos, 43% não mostraram interesse em participar ou não sabiam responder à pergunta. Para os participantes com idades entre 30 e 40 anos, 68% gostaria de saber mais sobre o tema por meio de um programa educativo, e 32% não mostrou interesse.

Com relação a faixa etária dos alunos, dentre os participantes que lecionam para crianças na faixa etária de 1 ano, 85% gostaria de saber mais sobre o tema por meio de um programa educativo. A porcentagem é bem próxima para aqueles que trabalham com crianças de 2 anos de idade: 83%. Após, as porcentagens vão decaindo a medida que a idade dos alunos aumenta

6.2 ETAPA QUALITATIVA

Segundo os objetivos definidos para o estudo, os resultados desta etapa são apresentados em duas seções:

- 1) Caracterização dos participantes da etapa qualitativa;
- 2) Análise das narrativas.

6.2.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 8 profissionais de instituições de educação infantil, localizadas na Regional do Plano Piloto, Brasília (DF), que participaram da primeira etapa da pesquisa. As descrições dos participantes foram elencadas a partir de dados fornecidos por uma ficha de caracterização. Essas informações serão apresentadas a seguir.

A idade das participantes variou de 25 a 47 anos. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino. O enquadramento profissional também não variou, pois todas as entrevistadas eram professoras. Vale ressaltar que os monitores foram convidados a participar desta etapa, mas não manifestaram interesse. O tempo de experiência docente variou de 3 a 27 anos.

As professoras entrevistadas estavam em exercício da profissão nas Instituições de Ensino Infantil procuradas. Elas também descreveram algumas informações acerca de seus alunos, comentadas logo abaixo.

- Professora 1 (P1)

Tem 44 anos de idade e tempo de atuação na educação infantil de 19 anos. Exerce sua profissão em uma pré-escola e possui em média 21 alunos em sua turma. Nos últimos anos, tem lecionado para crianças de 4 anos de idade. Sua experiência com treinamento esfinteriano se concentrava em orientações fornecidas a pais e crianças.

- Professora 2 (P2)

Tem 29 anos de idade. Também trabalha em uma pré-escola, há 6 anos. Possui mais de 21 alunos em sua turma, em média. Como professora, sempre trabalhou com crianças de 4 a 5 anos de idade. Já lidou com crianças que necessitassem do treinamento esfinteriano dentro de sala de aula.

- Professora 3 (P3)

A professora tem 46 anos, e sempre trabalhou na área de educação infantil (27 anos de experiência). Já trabalhou com diversas faixas etárias de alunos, mas nos últimos anos tem lecionado para crianças de 5 anos de idade, em uma pré-escola. Sua experiência prévia com treinamento esfinteriano foi tanto pessoal, com seus dois filhos, quanto profissional, com seus alunos.

- Professora 4 (P4)

Tem 47 anos, e há 15 anos trabalha com educação infantil. Atualmente, trabalha em uma creche. No último ano, a turma de alunos foi composta por 24 crianças. A professora refere que tem o auxílio de duas monitoras para conduzir as atividades necessárias com seus alunos. A faixa etária dos alunos é de 2 a 3 anos de idade. Referiu, como experiência prévia com treinamento esfinteriano, o contato profissional com os alunos.

- Professora 5 (P5)

Também trabalha em uma creche e, portanto, tem o auxílio de duas monitoras em sala de aula. Sua turma de alunos tem em média 22 alunos, de idades entre 2 e 3 anos. A professora referiu que auxiliava no treinamento esfinteriano de seus alunos, mas quem realizava esta atividade eram suas monitoras. A professora tem 34 anos de idade, e 12 anos de experiência com educação infantil.

Vale ressaltar que as professoras P4 e P5 trabalhavam na mesma instituição de ensino.

- Professora 6 (P6)

A professora tem 39 anos de idade. Seu tempo de atuação na educação infantil é de 6 anos. No último ano, seus alunos tem 2 anos de idade, em média. Sua turma é composta por 20 alunos. Como trabalha em creche, tem o apoio de duas monitoras em sua sala de aula. Refere que, juntamente com suas monitoras, realiza o treinamento esfinteriano em seus alunos.

- Professora 7 (P7)

A professora referiu 7 anos de experiência em educação infantil, dentre eles, 4 anos trabalhando como monitora, e 3, como professora, na mesma creche. Costuma trabalhar com crianças de 2 e 3 anos de idade. Já assumiu turmas com 17 alunos, mas atualmente possui 23 alunos em sala de aula. Sua experiência prévia com treinamento esfinteriano é apenas profissional. Conta com o auxílio de duas monitoras em sala de aula. Tem 25 anos de idade.

- Professora 8 (P8)

Tem 37 anos de idade. Referiu que é formada há 11 anos, mas que trabalha como professora há 9. Trabalha em uma pré-escola, e, em média, sua turma de alunos é composta por 15 crianças. No último ano de trabalho, tinha 18 crianças em sala de aula, com faixa etária de 5 anos. Sua experiência com treinamento esfinteriano se concentrava em orientações fornecidas a pais e crianças.

6.2.2 Análise das narrativas

Por meio da análise das narrativas, foi possível o agrupamento dos resultados em temas e subtemas, que são:

- 1) Concepções sobre papéis e responsabilidades:
 - a) Papel do professor;
 - b) Papel da família;
 - c) Cuidado compartilhado;
- 2) Contexto e influências no TE:
 - a) Normas e condutas;
 - c) O ambiente e o comportamento da criança;
- 3) Aprendizado adquirido pela experiência.

TEMA 1: Concepções sobre papéis e responsabilidades

As participantes desta pesquisa, por vezes, fazem uma correlação entre seus papéis como professoras, suas funções e as responsabilidades que seus cargos trazem. Esses papéis, construídos pelos professores, são traduzidos por meio de suas concepções e se refletem na prática vivenciada pelo professor, tanto na interação com os alunos quanto com a família desses alunos.

Esse tema foi dividido em três subtemas, expostos a seguir.

Subtema 1: O papel do professor

Duas professoras (P1 e P8) revelam suas concepções quanto a responsabilidade do professor no processo do TE. Elas acreditam que esta não é, ou não deveria ser, uma tarefa atribuída ao professor, mas sim de responsabilidade da família. Respondendo à pergunta “*o que a senhora faz para promover o treinamento para uso do banheiro das crianças da sua turma*”, elas discorrem:

(...) Assim... mais reforçando algum... esse... ensinamento que os pais deu em casa. Mas assim, não coube a mim começar esse treinamento. Então é só assim, de lembrar a criança que ela tem que ir ao banheiro. De... mostrar pra ela como

é que se limpa, alguma coisa assim, mesmo que eu faça assim só (faz um gesto de se limpar após evacuação). Eu não limpo a criança. (P1)

(...) a família tem que começar a ensinar o uso independente do banheiro. Porque a gente não tem nem condições. Como eu tenho 24 crianças, e um banheiro aqui... pra você ir e ajudar todo mundo, você não faz a sua outra função. (P1)

(...) orientar e dar assistência. Primeiro momento, ensinar a tirar a roupa mesmo. “Tá vendo, você coloca a mãozinha aqui, ó, embaixo”. E... insistir... (...) Que assim, eles (os pais) tem que tomar essa função pra eles, né. Na verdade, essa questão de higienização, a gente faz aqui porque a criança tá aqui, mas assim... não deveria ser o nosso trabalho. Isso é uma coisa muito mais do lar do que nossa. Mas no entanto a gente faz. A criança tá aqui, é uma fase, estar na escola durante 5 horas, então a gente tem que acompanhar essa fase. Mas não dá pra fazer isso sozinhos. Não dá pro educador fazer isso sozinho. (P8)

Todavia, essa percepção não é unânime. Identifica-se no discurso de P3 uma perspectiva de que esta função deve ser exercida pelo professor. Em seu relato, há a indissociabilidade do educar e do cuidar, e assume a tarefa do TE como parte do exercício na docência. A P3 complementa ainda dizendo que o TE deve ser tratado com naturalidade e simplicidade.

Eu lido de uma forma muito tranquila, eu não tenho problema, eu não tenho problema absoluto em limpar o bumbum duma criança e de lá, se-- se-- se-- de trocar uma fralda se for preciso, de fazer né, retirar essa fralda. Mas, dentro da secretaria, dentro do universo da educação, muitas professoras se sentem muito incomodadas porque acha que isso é coisa de-- de-- que num é coisa de professor, que ela num é babá. (P3)

Essas divergências nos discursos das participantes levam a uma discussão do que seria, então, ou do que o professor considera, ser sua função. Essa ausência de consenso acerca da real função do professor pode e, de fato, gerar alguns conflitos entre os principais atores deste processo.

Foram selecionadas duas falas da professora P1 que explicitam o conflito entre escola e família quanto as tarefas atribuídas a cada uma das partes. Na primeira fala, a professora mostra sua visão com relação ao desentendimento entre o que seria função do professor. Na segunda fala, ela refere uma conversa que teve com a mãe de uma criança que estava em processo de TE e que ainda precisava de ajuda para usar o banheiro. Na ocasião, a mãe pediu a professora

que auxiliasse a criança no banheiro; ao que a professora responde que sua única ação seria a de comandos verbais (perguntando se a criança “quer ir ao banheiro”).

(...) porque tem famílias também que acham que tudo é função da escola. Se acontece alguma coisa, é a escola, num tá fazendo. Então a gente tem que ser pai, mãe, psicólogo, médico.... e professor. E professor. E tem que ensinar! (...) E tem que ensinar. Se você não ensina, você é incompetente... (P1)

(...) e a mãe ficou muito chateada. Aí eu conversei com a mãe: mãe, eu não vou fazer isso. O que você vai fazer: você vai conversar com a sua filha, você vai orientar ela assim para me falar. E eu vou ficar falando toda hora: você quer ir ao banheiro? (P1)

Nas creches, onde há o auxílio de monitores para desempenhar as atividades de sala com as crianças, o cenário se repete. As professoras também parecem não realizar essa atividade. A professora P5 revela que este é um trabalho exercido pelos monitores:

Porque na maior parte das vezes, o professor tá ali envolvido com atividade: “Tia, eu quero ir ao banheiro, tia eu quero fazer xixi”. Quem leva a criança é as monitoras que acompanham, que fazem higienização, que dão banho, que fazem a troca das fraldas. E a higienização. (P5)

Apesar das professoras não considerarem o TE como parte de sua função curricular, elas alegam que a criança deve aprender atividades e desenvolver habilidades para alcançar sua interdependência entre saber e fazer. Abaixo, a professora P1 traz um exemplo de como ela trabalha essa habilidade com seus alunos, citando o caso de uma aluna que não queria calçar o tênis sozinha. Já a professora P8 reforça esse conceito, pois acredita que é na escola que a criança aprende e desenvolve sua autonomia. Com base nesses discursos, o trabalho do professor se concentra na orientação para a realização das atividades:

(...) tipo assim “ah, não dou conta” (imitando uma criança), e chorava e ficava assim (estica a perna e imita a criança olhando para o chão) com o pé, e o sapato assim, “eu não dou conta”. Eu fazia a mesma coisa, tirava meu pé e dizia: se eu colocar assim, se eu não colocar minhas duas mãos e puxar a meia, ela não vai entrar no meu pé (...) “mas eu não consigo” (imitando uma criança). Eu digo: consegue... vamo lá que você consegue. Assim, ia ajudando aos pouquinhos... ia colocando... pra ela ter essa independência... aos pouquinhos ela foi tendo essa independência... (P1)

Mas o nosso trabalho é no sentido de orientar a criança... é... no caso das meninas, de posicionamento, de passar o papel. Nos meninos também, no caso dos meninos quando é fezes. É... lavar as mãos, dar descarga. Nesse sentido. É... acho que durante esses anos todos eu só tive um aluno... só um mesmo, que tinha... é... que ainda não tinha esse hábito de se higienizar sozinho... então... ficava esperando que a gente fizesse isso por ele, né. Mas durante o ano a gente fez um trabalho mesmo no sentido de orientar, como se-- a direção mesmo de limpar, né... não puxar de frente pra trás, né, tudo... (P8)

A gente tem que conversar com os pais sobre isso, porque os pais realmente-- alguns pais entendem que a escola é... é... que escola aqui é uma pré-escola já, ainda tem aquele trabalho de creche, né. Aquele trabalho da gente fazer tudo pela criança. Na verdade, não. O nosso trabalho, inclusive curricular é de promover a autonomia dessa criança. De fazer essa criança mais independente possível, inclusive nesse processo de higienização. Então a gente tem que fazer esse trabalho com os pais, essa conscientização de que a escola não é esse espaço, né. De que a gente-- não somos babás de alunos... nós somos professores, educadores, então fazemos trabalhos pedagógicos, tem uma proposta, tem uma finalidade tudo que a gente faz. (P8)

A professora P3 também acredita no trabalho de orientar as crianças. Porém, ela traz uma visão um pouco diferente sobre esse processo de aprendizado. Em seu discurso, a aprendizagem parece depender em grande parte do trabalho desenvolvido por um adulto, e, o conhecimento, deve ser transmitido à criança. Dentro dessa perspectiva, o envolvimento do professor é indispensável a aprendizagem do aluno.

(...) Porque às vezes, se a gente não ensina uma criança a limpar o bumbum, ela não vai saber, gente! (P3)

Eu acho que é... da mesma forma que a gente ensina as crianças a conversar, andar, brincar que a gente tá o tempo todo... eu acho que a fralda e o retirar a fralda e o xixi tá tudo ligado. É uma boa conversa, é eu acho que a gente não colocar trauma, não inventar tanta coisa, eu acho que agir com nata...naturalidade com as crianças. Porque eu acho que quando a gente conversa que isso é... igual eu falo pra eles: “A gente não tem que ter vergonha e nem nojo, porque todo mundo faz isso, é normal” (...) Da mesma forma que a gente vai ensinando aos poucos as criança a desenhar, a, a conhecer as letras, os números, eu acho que é da mesma forma... (P3)

Subtema 2: O papel da família

A família é considerada o primeiro grupo de referência para a criança e, portanto, é valorizada como uma importante fonte de aprendizagem. Frente à identificação de que é da família a responsabilidade do TE, as professoras concebem como esta deve agir dentro do processo.

Como descrito anteriormente, as professoras P1 e P8 acreditam que o TE é função da família. É na primeira reunião pedagógica do ano letivo das crianças que as professoras irão tratar de vários assuntos relativos à criança, e dentre eles, o TE:

Isso eu converso com os pais na primeira reunião, que eles tem que ensinar isso em casa, que isso é uma função da família. Que a família que tem que ensinar... treinar... mostrar como que se usa o banheiro... fazer todo esse treinamento (...) A gente reforça... e algumas crianças que tem alguma dificuldade, a gente ajuda. E no caso assim de acontecer algum acidente, alguma coisa assim, que a criança não consiga (faz um gesto de liberando algo com as mãos), a gente tem um chuveirinho, a gente dá banho. Alguma coisinha, a gente faz esse cuidado. Mas que isso é uma função da família. (P1)

É uma das primeiras coisas que a gente conversa na reunião de pais, que nós não fazemos essa higienização. Não diretamente. Nós apenas orientamos. (P8)

As famílias apresentam dificuldades no processo do TE, seja para iniciar o processo ou para dar continuidade ao desenvolvimento deste em casa. As entrevistadas P3, P5, P6, P7 e P8 relataram o motivo do qual elas acreditam que os pais são conseguem dar continuidade aos cuidados implementados a criança, e P1, sobre o início do processo:

Teve colegas que já receberam crianças com fralda. (...) Que o pai mandava com fralda porque acha qu--com preguiça de ensinar, ou era mais fácil... Não tinha esse compromisso. (P1)

Porque às vezes, às vezes não, as crianças vão muito bem na escola e às vezes a gente tá retirando a fralda e o que atrapalha são os pais que não tão com coragem né, de, da retirada, ou se sentem inseguros. (P3)

Porque em casa é muito cômodo, né. Os pais colocarem a va...a fralda. Não oferecer o vaso. E aqui não, a gente oferece o vaso o tempo inteiro. Tem crianças que ficam aqui sem fralda mas em casa o pai chega e coloca fralda. Tem crianças que a gente entrega desfraldada, que já faz o uso do vaso, chega em ca...no outro dia a criança de manhã, de fralda. (P5)

(...) aí tá, aí nisso ele tinha uma resistência assim, só que a mãe... num-- num ajudou. Aí ela chegou “ah tia, eu tô achando que meu filho não tá preparado pro desfralde. Então não vou...”. Aí voltou do recesso, aí eu conversei com ela... “Aí tia, eu tentei no recesso, mas não consegui. Ele não tá preparado pro desfralde”. Assim, sabe assim quando os pais não quer ter aquele trabalho... que a criança, você tem que trabalhar. Trabalhou hoje, trabalha amanhã. Trabalha depois... (P6)

A gente sempre vê se o pai tá querendo, né. Que não adianta a gente querer também e o pai não... não ajudar... mas é isso... (...) é porque assim, a gente vai ensinando pra eles, vai tirando a f-- a gente pede muito auxílio dos pais. A gente percebe muito, porque como eles ficam muito tempo aqui na escola, ficam o dia todo, em casa, só dois dias da semana... então a gente sabe que realmente os pais que-- que ajuda, e os pais que não ajuda. (P7)

(...) E os pais às vezes se deixam vencer pelo cansaço, né. Por diversas razões, eles trabalham... e se deixam vencer pelo cansaço. E não persiste. Acaba fazendo pela criança. E é importante na verdade persistir. É cansativo... é exaustivo, né. Às vezes, no momento dependendo da rotina, realmente é difícil e tal, mas é necessário, porque se não, realmente o problema persiste. (P8)

Enquanto as professoras P3 e P8 referem haver questões emocionais nos pais que os impedem de realizar o TE, as professoras P1 e P5 enxergam um certo comodismo dos pais. Já P6 e P7 relatam experiências de parceria entre as duas partes. Sem o auxílio dos pais, o processo não pode ser realizado.

Subtema 3: Cuidado compartilhado

Os professores buscam ter uma referência e articulação com os pais das crianças, afinal, eles não são os únicos atores no cuidado a criança. Todas as professoras são unânimes ao afirmar que sua atuação deve e é influenciada pela participação dos familiares, o que implica em um processo interativo entre professor e família. Foram selecionados cinco discursos que refletem essa ideia.

Acho sim importante uma conscientização geral, pros professores, pros pais, né, também. Que é um trabalho conjunto porque não adianta eu falar, senão não adianta a gente fazer aqui e não ser feito em casa. (P2)

(...) geralmente a gente chama os pais pra uma conversa na creche. Que a gente vê muito é que os pais não estimulam em casa e dificulta pra gente aqui na creche. (P5)

Geralmente a gente chama o pai, conversa, que a criança-- vai começar o desfralde da criança, aí fala: vocês começa no sábado e domingo, aí quando vier na segunda-feira, traz bastante short ou calcinha, assim, que é pra gente ir trocando, conforme até ele se adaptar. Aí tem pai que aceita, e tem pai que não aceita. (P6)

E a gente já-- já-- já conversa com os pais, assim: “a sua criança, a gente já tá observando que a sua criança tá bem espertinha em relação ao banheiro... que que vocês acham da gente...” A gente sempre pede a opinião dos pais. Se o que que você acha da gente começar a fazer o desfralde...? Você vai mandar as roupas... Falar com, fala como é o desfralde. Porque tem pai que não sabe nem como que é o que que é desfralde, né. Explica como é que é. (P7)

(...) essa criança que eu citei no começo, né, é... até-- até abaixar a roupa não sabia. Não tinha esse hábito. De abaixar a própria roupa. Já era uma criança de cinco anos. Já deveria fazer isso, né. (...). Uma criança que os pais davam uns tratamentos mais infantilizados do que o necessário. Então, acho que acabou sendo uma... consequência né. Da criança ser assim. Ele melhorou, mas assim, não foi cem por cento porque realmente a gente precisa contar que o trabalho aqui precisa ser continuado em casa. (P8)

Percebe-se na fala das entrevistadas que quando não existe esse comportamento de parceria entre família e escola, aparecem as falas de culpabilização de ambas as partes. Se o trabalho desenvolvido na escola não é continuado em casa, ou se os pais acreditam que o cuidado domiciliar não está sendo implementado na escola, a criança não alcança aquilo que é esperado para ela e, portanto, o pai ou o professor está fazendo algo errado.

A professora P1 retrata uma situação sobre a ingestão hídrica de seus alunos, e as reclamações que recebe de alguns pais. Já a professora P6 destaca uma situação em que responsabiliza a mãe da criança por não conseguir realizar o TE.

Essa questão assim da criança beber água... a quantidade, assim, suficiente, recomendada, né... que tem pais que fala assim “não, ela não bebe água, mas ela fica na escola”. Mas aqui na escola ela fica 5 horas. O dia tem 24... tem tem tem pais que coloca assim a culpa na gente. “Ah, lá na escola não mandou beber água”. Eu digo: se ela não beber água durante só as 5 horas e beber água nas outr-outras de... 19 horas... (P1)

(...) então assim, eles costumam colocar essa culpa na gente... para criança ter alguma disfunção ou coisa assim. “É, não, é porque na escola não dá pra beber água”. Eu mando sempre. (...) Eu peço pra eles colocar a garrafinha de água ali e beber água. (...) A gente não tem como ficar com as garrafas aqui e higienizar... ia dar um trabalho muito grande, então isso a gente já delega pra família. Tem famílias que não trazem nunca. Que não, sei lá, acham que não é importante, eu não sei... ou acham que é função da escola, providenciar uma... (P1)

Aí eu falei: então tá bom, né, então quando você achar que ele tá pronto, você avisa. (...) tá de fralda (a criança). Até hoje. De vinte menino, só tem uma criança especial que usa fralda. Ele e mais dois só que a gente já vai-- a partir de sexta-feira já vou começar o desfralde desses dois. Aí vai ficar só dois. Só ele e o especial de fralda. De vinte meninos, a gente já desfraldou quase todos. (...) É muito raro chegar uma criança aqui no maternal 2 usando fralda (...) e a gente não conseguiu fazer aquilo que a mãe não autorizou. (P6)

E quando não há essa sintonia entre as orientações dos pais e professores, tal fato pode gerar um problema para a criança. A professora P6 refere que isso pode causar uma confusão na criança, que não sabe qual orientação deve seguir:

Eu acho assim, que... é... a gente aqui, a gente pode até estimular ele, que com a gente, ela tá vendo as crianças indo ao banheiro e tudo, eles vão junto... só que, em casa, eles não tem a mesma estimulação. Então eu vejo, eu penso assim que termina... é... bagunçando a mente da criança, porque aqui ele pode ficar sem fralda, e em casa ele não pode. Então-- então eu acho assim que ele não vai ter aquele equilíbrio de que pedir, aqui não vai pedir... por que? Porque em casa faz e num... pode fazer a hora que quer porque tá de fralda. E aqui vai ser a mesma coisa, que ele vai pensar que tá de fralda, e num tá. Então, a gente tem que ter muito esse equilíbrio assim com a família. Trabalhar juntos. (P6)

A professora frisa que o trabalho deve ser desenvolvido nos dois ambientes, trazendo novamente a luz a importância da parceria família-escola. Tal aspecto só será possível através do equilíbrio de ambas as partes.

TEMA 2: Contexto e influências no TE

A docência na Educação Infantil se configura de modo próprio, considerando as especificidades do trabalho com as crianças. Nesse quesito, é importante considerar as normas e condutas que o professor deve seguir em seu ambiente de trabalho; bem como o próprio

ambiente de atuação do professor, pois esses fatores agem como limitadores ou facilitadores diante do processo. Abaixo, esses aspectos são apresentados.

Subtema 1: Normas e condutas

Algumas escolas parecem orientar os pais, no momento da matrícula, sobre a necessidade da criança não usar fralda na escola. Essa não parece ser uma norma mandatória, ou seja, não é imprescindível que a criança tenha o TE concluído para ter acesso a escola. Entretanto, a professora P1 cita que a própria escola orienta os pais a retirarem as crianças das fraldas:

Então no momento da matrícula quando o pai vem pedir a vaga, na secretaria já é orientado...a....o que que a criança mais ou menos precisa ter pra começar. Mas lógico, se a criança não tiver (o controle esfíncteriano) ... Teve colegas que já receberam crianças com fralda. Eu nunca recebi. (P1)

Outra orientação que a escola dá, porém aos professores, é quanto à restrição do toque nas crianças. Duas professoras relataram que não realizam a higienização para evitar o contato físico direto na criança. Essas professoras (P1 e P8) reforçam a ideia que trouxeram anteriormente, relatando que, como o toque não pode acontecer, elas trabalham apenas orientando a criança a realizar as atividades:

Então assim, até porque a gente tem toda uma orientação “você não podem tocar na criança... você não pode pegar uma criança e colocar ali”. Aí eu acho qu--que também indo nessa mesma linha, a gente não pode tocar nas regiões íntimas da criança. (...) Então eu acho que é mais invasivo ainda quando eu vou ao banheiro pra ajudar. Mas lógico, se a criança aconteceu alguma coisa ou ela tá com uma diarreia, ou aconteceu um acidente, a gente ajuda. (P1)

(...) inclusive sobre essa questão de toque é complicado... né... é... Nós queremos que a criança entenda que não é qualquer um que pode tocar o corpo dela, né, é uma questão de preventivo, com relação a outras questões também... então é isso. (...) Nós apenas orientamos. Damos o recurso, oferecemos esse recurso, e acompanhamos, né. é... eu evito também de ficar olhando, né. Oriento e depois pergunto, né, “tá limpinho? Papel, já passou? Passou uma vez? Tá sujo ainda? Passa de novo. Tá sujo ainda? Passa de novo.” Vou perguntando, né, pra criança também ter esse trabalho de observar. (P8)

Subtema 2: O ambiente e o comportamento da criança

Os professores descreveram as escolas em que trabalham com uma boa estrutura física. O espaço físico, classificado como propício, contribui para o bom desenvolvimento infantil. Alguns entrevistados classificaram esse aspecto como positivo para a aprendizagem de hábitos saudáveis dos alunos.

Nas falas abaixo, nota-se a importância do recurso ambiental como facilitador, não somente do TE, mas em práticas saudáveis de eliminação e ingestão hídrica.

(...) que a gente tem esse hábito aqui também na escola, beber água o tempo todo, então, as garrafinhas cheias é outra coisa também que eu faço, que é muito natural. Não beber água, claro que eu fico chamando, mas assim, não tem a hora da água, eu bebo água também a hora que eu tô com sede, porque num é também da forma que eu penso que tem que impor. Às vezes, os meninos não tá com sede, não é? Então eles bebem muita água e, e muito tranquilo na sala também, circula o tempo todo as garrafinhas. E o que é legal na nossa escola, a água é todo filtrada. Então, se ele pegou água lá na torneira que tem a pia no banheiro num tem problema aquela água é filtrada. Tem um filtro central aqui. Se ele vai ali naquele bebedouro, bebeu água ali, não tem problema. (P3)

(...) né, eu acho que a gente tem que agir isso de uma forma tranquila e claro, ir observando que pode ter algumas crianças... que t-- tem algum problema mesmo, eu acho que é...o, o, aqui na escola particularmente o que eu acho que eu...legal é ter o banheiro na sala, que isso facilita muito pra gente e ele ser adaptado, as crianças vão muito tranquilas. (P3)

(...) os primeiros dias de aula que a gente vai conhecendo... que criança que tem mais, né, que...que vai pro banheiro sozinha, porque o banheiro é dentro da sala e isso ajuda muito a gente. Todo adaptado pras crianças, vaso sanitário adequado pro tamanho deles. Tem a... a...a pia, fica o sabonete líquido. Tem o pa... é.. é... papel, como fala, papeizi, esses papeizinhos (...) (P3)

Tamanha é a vantagem de se ter um banheiro dentro da sala de aula que uma professora se preocupa com seus alunos que irão para outra escola no ano seguinte:

E eu falo pra eles, porque os meus alunos vão pro primeiro ano que vem. Falei: “Olha, cês prestam atenção, o ano que vem não tem banheiro na sala de aula, então vocês vão sair da sala, já tem que localizar o banheiro, pedir com antecedência que as vezes se tiver muito apertado, ficar segurando chega lá cê não vai conseguir tirar a roupinha” (...) Vou conversando já meio que fazendo

u... uma transição... É, porque chega lá é tudo diferente, o banheiro é grande, é, já é o vaso normal. Aqui não, é adaptado, é muito tranquilo. (P3)

Os banheiros próximos aos locais de atividade dos alunos melhoram consideravelmente o acesso que o aluno tem a estes. Dessa forma, o professor consegue realizar orientações a criança que está utilizando o banheiro, e não perde a supervisão dos alunos que estão em sala de aula.

Mas eu chego, fico mais ou menos na porta... tô com... como eu uso o banheirinho aqui dentro (aponta para o banheiro na sala), eu controlo quem tá dentro, quem tá fora. Aí eu falo “enrola o papelzinho na mão, passa no bumbum... De novo... (...) Ele mesmo que se limpa... (P1)

(...) (o banheiro fica) dentro da sala de aula. Dois. Que a gente usa pra menino e pra menina, pra não misturar. (P2)

(...) mas assim, normalmente, como eu deixo muito livre pro banheiro, eu num sou, eu num falo: “horário de ir pro banheiro”, eu sempre falo pra eles: “o banheiro é livre”. (...) A gente num vai no banheiro na hora que a gente quer, pô, criança também, né. (P3)

(...) aqui (os banheiros) são dentro da sala de aula. Não é comum na secretaria. Aqui, aqui tem essa, a gente tem essa vantagem. E aí fico dentro da sala orientando “faz a limpeza” ou... Eu falo, geralmente porque tem o banheiro de menino e de menina, eu falo pra ir um de cada vez porque eles também tão numa, essa faixa etária, eles também tão numa curiosidade. Então, se a gente deixar, vai de dois em dois no banheiro. Num dá [fala algo enquanto ri]. Então a gente tem que ficar de olho. Porque tem essa curiosidade que é normal. (P8)

Se por um lado o ambiente escolar pode influenciar positivamente em algumas práticas, por outro, ele também pode atrapalhar. Algumas vezes, o banheiro é visto como um lugar estranho a criança, possivelmente por ser privativo e de uso individual. O primeiro relato abaixo (P2) mostra uma situação em que a criança se sentia envergonhada em utilizar o banheiro da escola; e os outros, (P3, P5 P7) situações de medo. No relato de P5, ela cita que a criança também tinha medo de usar o banheiro de casa. Todos esses relatos culminavam em episódios de sintomas urinários nas crianças, como perda urinária, retenção urinária ou fecal, ou situações de constrangimento e estresse para a criança.

Eu conversei que... tem que falar, né. Que não precisa ter vergonha. Inclusive com o caso do nanismo, ele não queria ir banheiro porque ele não-- porque ele tinha que me chamar, várias vezes. Que aí ele não consegue segurar né. Então,

ele acabou fazendo na roupa por... por vergonha de chamar. E aí eu conversei com ele que não podia segurar... que é uma coisa normal... que a tia também as- - é quando era da idade dele também chamava pra ir... que as crianças vão ao banheiro que precisa de um adulto, não tem problema chamar várias vezes, eu não vou achar ruim. E aí melhorou. Até eu falei também com a mãe dele também para ajudar a achar um meio dele conseguir fazer sozinho. Que o problema maior dele não era me chamar porque eu não iria. Era me chamar e os outros veem que ele precisava de mim. (P2)

*Ó, eu ano passado eu tive um aluno que a, ele chegava aqui, ele tinha medo de ir pro banheiro porque ele falava: “Tia, eu, eu quero fazer cocô mas eu não dou conta”. (...) eu sempre falava pra ele: “V*** (nome da criança), não tenha medo, eu vou com você, se é medo, não tenha medo”, e, e ele foi algumas vezes. (P3)*

Toda vez que ia usar, utilizar o vaso pra evacuar ou pra urinar, chorava. E a gente teve que usar super-heróis colados no vaso pra estimular a criança pra poder ela usar. (...) nem o xixi nem, nem as fezes. Ela num queria nem chegar perto do vaso sanitário. Em casa também. Depois a gente descobriu que o pai falava que “o gorila vai te pegar se você não obedecer, o gorila vai te pegar, o gorila tá no banheiro escondido e ele vai te pegar”. Entendeu? (P5)

Porque quando você vê aquela criança que... o tempo todo fazendo xixi na roupa... tem medo de ir no vaso, é... chora... a gente já sabe que, alguma coisa, que a gente não tira (se referindo a não tirar a fralda da criança). (...) tem algumas crianças que tem o medo ainda do vaso. Principalmente quando é vaso um pouquinho maior né. O tamanho do vaso que a gente usa normal. Aí tem alguns que tem medo. Acho que tem medo de cair lá dentro, não sei. (P7)

Além do ambiente físico, há o contexto em que a criança convive. Esse contexto diz respeito à cultura em que a criança está inserida. A criança chega à escola, levando consigo aspectos constitucionais e vivências familiares; porém o ambiente escolar será também uma peça fundamental em seu desenvolvimento. A professora P7 destaca esse aspecto:

Em casa, eles demoram bem mais... porque... tem criança que é sozinha. Entendeu? Então tipo assim, quem você vai usar como exemplo? Tipo assim, “ó, vamo lá com o coleguinha, tá na hora dos meninos fazerem xixi”. Pra eles, aquilo ali é uma conquista pra eles, é um descobrimento pra eles, então pra eles-- tá todo mundo empolgado ali, todo mundo de uma vez, já quer fazer bagunça-- pra eles aquilo ali é um... é o máximo. Entendeu? E em casa, não. Em casa... por isso que menino que tá em casa, menino que não tá em creche, demora a falar... demora a comer... a coordenação motora é outra... tudo isso conta... (P7)

As professoras P3 e P4 também acreditam nesse aspecto, relatando que as crianças aprendem por imitação. A professora P4 relata que utilizava essa estratégia como técnica para o TE:

Eles viam que tinha umas crianças que não usavam e eles também não queriam porque falavam: “Eu não sou mais bebê”. Então, uma criança também ajuda muito a outra né, não só a mãe, a gente, ou um adulto falando, mas um perto do outro não querem. (P3)

(...) a gente trabalhava dessa forma: encostava umas crianças na parede do banheiro, enquanto as outras usavam. Daí a gente falava “olha, fulaninho já sabe, fulaninho já sabe”. Porque eu acho que é um incentivo sem tá forçando, né. Só isso “fulano já sabe” (...) então a criança tá vendo, então ela, de alguma forma, em algum momento, ela vai querer pra ela também. (P4)

TEMA 3: Aprendizado adquirido pela experiência

A experiência já vivida é um processo que influencia os significados atribuídos ao entendimento do processo, e, conseqüentemente às atitudes. Estas devem ser consideradas para o estabelecimento da prática e estratégias no dia-a-dia do professor. Abaixo, serão apresentadas algumas experiências dos professores no trabalho desenvolvido com seus alunos.

Os entrevistados P3, P6 e P7 abordam suas percepções quanto a maneira de aprender e ensinar o TE:

(...) é muito tranquilo essa área assim, eu num, eu num, mesmo não tendo, não fiz curso, eu não acho complicado. E eu acho que tem muito a ver também por eu ter tido filho pequeno. Né, não só isso, mas assim, num sei, experiência também. (P3)

(...) a.. eu acho-- eu... a gente es-- quando a gente tá estudando, tem muito no currículo... tem da idade, das faixas etárias da criança, tudo. Só que assim, a gente não pode dizer que aprendeu tudo na prática teórica. A gente aprende mais na prática mesmo, né. No dia a dia com as crianças. Cada dia-- cada turma que passa assim, é uma experiência a mais pra gente, né. A gente aprende mais assim, a lidar com a criança de dois, três anos. Então a gente vai aprendendo no dia a dia, assim. A gente já sabe, mas, conforme a gente vai trabalhando assim, vai vendo as necessidades de cada criança. (P6)

É prática e você tem que ir pra prática pra ver como é que é. Porque não adianta você ter uma palestra, aquela... mega palestra e pessoa não ir pra prática, e não ter paciência, porque você vai ter que ter paciência porque o menino-- você

acabou de trocar ele, ele vai sentar ali, vai fazer cocô e aí? O que que você vai fazer? Porque se você falar qualquer coisa, traumatiza ele. Né? Entendeu? Então eu acho que tem que ser a prática mesmo. Tem que ter força de vontade mesmo. Disposição. Eu penso assim. (P7)

As crenças estão intimamente ligadas às práticas desenvolvidas pelas professoras. A primeira, ajuda a dar sentido e confiança no que é desempenhado na segunda. As professoras narram suas estratégias e métodos de TE segundo o que aprenderam e aprendem de acordo com suas experiências. Os relatos abaixo são de professoras que utilizam técnicas de TE baseadas em suas experiências:

*(...) esse ano, eu tive uma criança, S**** (nome da criança), no começo do ano, que ela não usava o banheiro em hipótese nenhuma. Assim. Não é que ela... aqui na escola... não soubesse. Quando ela sentia vontade de fazer xixi ou cocô, ela chorava. E ela segurava. E ela segurava, e segurava, e ela chorava e não ia no banheiro de jeito nenhum. Aí eu chamei a mãe pra conversar... e a mãe falou assim “é, mas ela é assim mesmo, ela só faz xixi em casa”. Eu digo: mãe, não pode ser assim, não pode ser assim (...) Eu disse “ó mãezinha, a gente vai ter que... que trabalhar isso nela, porque não vai poder ser, ela não vai poder ficar aqui 5 horas sem fazer xixi. (P1)*

Eu... igual, eu tenho um menino que ele participou de todo o processo, e quando a gente perguntava, ele respondia “não, quero. Não quero tirar a fralda. Não quero tirar a fralda”. Quando foi agora no semestre, ele foi e falou “não uso mais fralda, não quero mais fralda”. Aí a gente procurou a mãe, e a mãe foi e mostrou “ah, ele tá ficando um tempo maior sem fralda”. Daí a gente fez, né, parabenizou... fez aquela festa, “que bonito, que bonito”. Aí agora ele já acostumou, já chamou uma das tias pra poder ir ver, né, ele fazer as necessidades, aí a gente faz aquela festa que é um incentivo né (...) pra que realmente continue... (P4)

Geralmente a gente canta músicas que incentive o uso do banheiro, conto histórias, teatro de fantoches... Pra turma inteira. Sempre pra turma inteira, pra os que não usam o vaso, e para os que já fazem uso do vaso. (P5)

(...) Aí a gente vai-- sempre que vai um, a gente vai levando o outro pra ir incentivando... é... aquele que tá começando o desfralde a aprender também (...) geralmente vai de três em três crianças. Depois da adaptação, a gente pega de três em três crianças e vai desfraldando. Aí quando aquelas três estão adaptadas, a gente pega mais três. (P6)

Assim, eu fiz ca-- com as meninas que trabalham comigo assim: esperei passar agora o primeiro semestre, porque é criança nova... é criança que nunca foi na escola... a gente precisa conhecer a criança, a criança precisa pegar aquela confiança... na gente, né. Mesmo porque isso é uma coisa que-- que-- se você criar um medo naquela criança, é pro resto da vida. Né. Então tudo tem que ter calma, tudo tem que esperar o momento da criança... então, tipo assim, como as aulas começou depois do carnaval, fevereiro pra início de março, nes-- nesse interv-- nesse período, eu acho que tinha era duas ou três crianças, se eu não me engano, que não usava fralda já. Que já veio pra escola sem fralda. (P7)

Eu falo pra eles (...) vocês já podem se limpar sozinhos, já são grandinhos, não são mais bebês, vocês já conseguem mexer as mãozinhas pra todos os lados do corpo, o bebê não consegue. Pra limpar o cocô, o bebê não alcança, vocês alcançam, né. Então, vocês podem fazer isso sozinhos. Podem fazer isso sozinho, né. Eu falo pra ir um de cada vez (ao banheiro). (...) Só comando verbal. (P8)

Alguns marcos desenvolvimentais são usados para saber quando a criança está pronta para o início do TE. Essas habilidades, chamadas “sinais de prontidão”, envolvem aspectos tanto psicomotores quanto cognitivos. Apesar dos professores não terem citado diretamente a nomenclatura, eles descreveram sua percepção de quando esse sinal pode ajudar no processo do TE:

E, e tem um, um...teve uma época que eu trabalhei com crianças de três anos, foi até aqui na escola, é que tinha uma turminha, né, de crianças de maternal. Veio uma menina com fralda, eu achei muito interessante. Quando ela viu (...) que todo mundo tava sem fralda, (ela) não queria. E a mãe: “Não”, mas eu falei: “Mas, ela tá pedindo pra gente tirar, vamo tirar essa fralda”, “Ela vai fazer... (na roupa)”, eu falei: “num vai, se ela tá pedindo num vai”, foi tranquilo, tranquilo. (P3)

Mas aí a gente observa também se a criança tá preparada pra isso. Porque a criança mostra, né... elas ficam um tempo maior sem fazer xixi na fralda. Aí quando a gente tira e vê que tá seca, então a gente sabe que ela já pode ficar sem a fralda naquele período. (P4)

(...) quando ela já faz uso da oralidade, quando a criança já fala, quando a criança demonstra aversão, incômodo, por estar com xixi, por estar de cocô, quando ela pede, a gente sabe. (P5)

(...) quando ele começa a sentir a incomodação da fralda. Ou as vezes também a criança já sabe, e tá lá-- já fala tudo e a gente percebe que ela-- quando ela--

quando ela começa a falar tudo a gente já percebe que ela tá pronta pra começar o desfralde, porque as vezes a criança usa mas nem tem mais necessidade porque a criança já sabe pedir. (...) pedir pra tirar... porque tem criança que assim, quando eles não falam tudo, a gente começa a... quer tirar, mas quando vê, que ele as vezes não pede, não-- e nem tem assim... brinca, mas não tem aquela-- não tem aquela estimulação, que vê que ainda não tá pronta. Mas quando a gente vê que a criança é comunicativa, é esperta assim, a gente já vai-- já pega logo e começa o desfralde dela. (P6)

Outros aspectos que algumas professoras dão importância refere-se à diferença de habilidades entre meninos e meninas. As professoras P3 e P8 afirmam que as meninas são mais propensas a iniciarem o TE primeiro, em comparação aos meninos. A professora P8 relata não saber se essa é uma diferença decorrente de um fator biológico ou cultural:

Eu acho as meninas mais descoladas. Né, pra essa, pro ban-- banheiro, são muito resolvidas. (P3)

As meninas adquirem essa independência assim muito mais rápido. Os meninos... não sei também se tem algum fator biológico... são mais-- são mais retardatários nesse sentido... as meninas inclusive prestam mais atenção na higiene do vaso. Do que os meninos. Os meninos não prestam tanto. Acho que pelo fato de sentar mesmo, né. Elas reparam se o vaso tá sujo... se tem-- os meninos, por exemplo, se tiver fezes lá dentro, eles usam o vaso mesmo assim. As meninas não, elas questionam, “tia...” (P8)

Além dos fatores para aquisição do TE, as professoras citam alguns sinais e sintomas urinários e intestinais que impedem a continência infantil. A seguir, as professoras P1, P2, P3, P6 e P7 correlacionam episódios de incontinência urinárias e intestinal às “distrações” ou “envolvimento das crianças em brincadeiras”. Esses episódios, chamados de “acidentes”, não são vistos como comportamentos atípicos da criança.

(...) acontece de vez em quando alguém fazer xixi ou cocô na roupa... no parque. Porque a brincadeira tá tão interessante...e que não é assim que ele não saiba... e que ele não sinta vontade, que ele não consegue controlar. É porque ele não quer perder aquele momento ali e ele fica adiando. A hora que ele vem... tem criança que chega aqui na porta, já fez. Então deixa pra vim no último momento, quando vê que não vai mais segurar. (P1)

(...) as vezes a criança tá brincando lá no parque, e não quer vim. Já para não perder a brincadeira. Já aconteceu da criança fazer xixi na roupa porque não queria vim... perder a brincadeira. (P2)

Que engraçado, a professora falava: (...), “presta atenção nessa menininha, vira e mexe ela faz xixi na roupinha”. E aí, ó, inclusive ontem ela fez xixi, mas aí ao mesmo tempo, eu não sei, se a falta de atenção dela é porque normalmente é quando a gente tá no parquinho. (P3)

Por exemplo, a gente vai pro parquinho, eles tem toda a liberdade e eu acho isso muito bacana, eles saem do parquinho, vão sozinhos pro banheiro, num precisa da professora pra ir. E vem, vai... e é muito tranquilo (...) eles correndo pra lá e pra cá, e se tiver menino correndo pra lá e pra cá a gente sabe que tá indo pro banheiro. (P3)

Quando eles estão muito envolvidos na brincadeira, se a gente não falar assim: ‘vamos ao banheiro? Fulano, vamos ao banheiro?’, eles dispersam muito, terminam fazendo (urinando) na roupa. (P6)

(...) Porque assim, eu não sei se é porque tá-- se é porque ela tá brincando... tá-- tá... tá interdita ali naquela brincadeira, aí de repente quando vai ver, já fez na roupa... entendeu? E pra eles, o que eu acho muito engraçado é que quando tá querendo fazer xixi, principalmente as meninas, elas saem correndo, segurando aqui (aponta para a região genital), como se elas tivessem segurando e fosse chegar até o-- se elas tirassem a mão, o negócio caiasse pelas pernas. Eu acho bonitinho isso aí deles. É... é isso... (P7)

Porque os episódios de incontinência não são vistos como um problema, as atitudes das professoras concentram-se em um cuidado pontual quanto à ocorrência desses episódios. Dessa forma, os recursos criados limitam-se a não lidar diretamente com a causa, mas sim com as consequências do ocorrido. A professora P1 cita que, na escola, há um material para troca de roupas dos alunos:

Aí tem que chegar até o banheiro, tirar a roupa, as vezes a roupa, é... tem um botão, um zíper... alguma coisa. Então, as vezes acontece de fazer o xixi e cocô na... na roupa. Mas daí nesses casos a gente tem uma caixa de roupas, ali de shorts e camisetas e coisas assim. Que é pro caso alguma criança vomitar, ou fazer xixi ou cocô na roupa... (P1)

Além dos episódios de incontinência urinária, as professoras também citam ocasiões em que a criança aparenta ter o sintoma de constipação. Essas professoras parecem não conhecer o mecanismo de funcionamento deste sintoma, e acabam ignorando alguns sinais característicos do sintoma, como escapes, retenção fecal, ou fezes calibrosas. Entretanto, quando a criança começa a manifestar dor ao evacuar, isso é visto como um problema.

No primeiro relato, a professora P1 conta a história de uma aluna com dificuldades para a evacuação. Ao evacuar na escola, a aluna o fez em uma quantidade considerável grande para uma criança (fezes calibrosas). Nos outros relatos, também da professora P1 (porém, sobre outro aluno) e da professora P3, elas fazem uma associação do sintoma de constipação a questões emocionais das crianças, agora sim, vistos como um problema:

(...) que ela chegou assim, “tia, quero fazer xixi”. Eu disse: vai no banheiro. Aí ela foi lá, ficou um tempo atrás da porta do banheiro e voltou... não. Ela tava demorando e eu fui lá atrás da porta. E eu: você já fez xixi, volta pra fazer o seu dever. Nem me lembrei, no momento, da dificuldade dela do cocô. Aí ela veio aqui, aí a pouquinho de novo “tia...”. E eu: de novo, fazer xixi? (...) Aí ela foi, eu acho que ela não conseguiu segurar. Aí ela foi, sentou no vaso e fez cocô. Se limpou, veio, aqui, aí disse “tia, vem ver uma coisa no banheiro”. E eu disse-- eu tava ajudando uma criança... eu disse assim... eu disse: peraí que eu já vou. (a criança diz) “não tia, vem ver uma coisa”. Eu digo: não, depois a tia vê.. Aí alguém chegou na-- no banheiro, e disse “tia, tem um cocô no vaso... um cocô enorme” (...) Que eu acho que ela deu descarga e não desceu, né. Aí eu fui lá e realmente... tentei dar descarga e não desceu. Um cocô enorme, assim (...) aí eu até chamei as meninas, que elas tiveram que vim com aquele desentupidor lá pra tirar, né. (...) E ela ficou meio assim... meio que assustada... eu disse: não, é legal. (P1)

(...) eu tô com uma criança este ano agora. Eu recebi ela... ela tem uma dificuldade de fazer cocô. É... o porquê assim, mais ou menos, eu percebi o... a raiz assim, mais ou menos do problema... eles (os pais da criança) tiveram essa menina, e... por dificuldades financeiras... e não sei o que, eles deixaram essa criança com os avós, lá no interior de Minas, e o casal veio embora. O pai e a mãe. E deixaram a criancinha pequenininha, com meses... eu não sei se com três meses... eu não lembro assim (...) Aí essa criança, ela ficou com os avós até os 3 anos. Mas a referência de mãe era avó. Só que quando ela fez três anos... eu não lembro o que que a mãe disse que aconteceu lá na família da vó, ou a situação dela melhorou aqui, eu não sei como é que foi... que ela foi no fim de semana lá e resolveu trazer a criança embora. Só que ela trouxe a criança e ela não ficou com essa criança. Que que ela fez? Ela trouxe (a criança) num domingo de tarde, e na segunda de manhã essa criança estava numa escola integral. Eu não sei, para mim, eu disse assim, foi assim, aquela sensação do abandono...da perda. Ela começou a prender o intestino. A mãe acha que foi, porque ela teve, ela mudou a alimentação... alguma constipação... mas eu acho que foi por causa da perda também, de ter uma família de referência e de repente ela voltar para

família que seria a dela... mas não ficou com a família, foi direto com uma escola... de terceiros (...) aí ela começou a reter o cocô. Começou a reter, começou a ficar assim (faz gesto apertando a barriga), o cocô começou a ficar duro assim dentro intestino. E aí quando ela ia fazer cocô, quando não aguentava mais, o cocô saía rasgando tudo. Assim, aí ela começou a segurar, não querer mais fazer cocô. Só que ela segurava até um certo ponto, e o que que acontece, os cocô novo vazava por entre o velho e sujava a roupa. (P1)

Ano passado eu tive um aluno que a, ele chegava aqui, ele tinha medo de ir pro banheiro porque ele falava: “Tia, eu, eu quero fazer cocô mas eu não dou conta” (...) Raríssimas vezes ele usou o banheiro... e, e, e ele... Ele tinha esse probleminha. E que, na maioria das vezes ele também, não conseguia e sujava a roupinha. Então, na verdade esse menino eu não sabia até que ponto se isso era uma questão psicológica ou fisiológica, né. Porque, num sei ele, ele era um menino muito também, muito, é... maduro prum tanto de coisa num sei, as vezes eu faço essa... Porque às vezes as crianças que, né, que tem mais dificuldade pra brincar com o colega, pra fazer, né, de se, se relacionar, às vezes, também, tem essa dificuldade de ir no banheiro. Agora, esse menino era tão rápido em tudo e eu achava interessante o cocô. O xixi não. (P3)

Por conta das dificuldades vivenciadas pelas professoras, elas enxergam que um apoio ou mais informações sobre o tema seriam importantes fatores que influenciariam positivamente em suas práticas. As professoras P3 e P4 revelam essa necessidade em seus depoimentos:

Então, ao meu ver, precisa de uma orientação sim. Pra mim, também é legal, porque eu acho que quanto mais informações, dicas eu vou melhor pra sala de aula. E eu gosto de parceria. Eu acho que a gente tem que ter a parceria de todas as áreas, né. Seja psicologia, é, né, a questão da enfermagem, médico, sei lá, o que for. É importante, né. Então, não só porque eu faço isso com cuidado que eu acho que não precise. Ó, duas coisas que eu acho que funciona bem, uma palestra pra mostrar até causas, por exemplo: se, é, se eu não apoio essa criança, se eu não tô ali, o que que pode causar nela psicologicamente e também, o, se alguma criança tem alguma questão fisiológica e, eu acho que pela via de uma boa palestra e também vídeos. Né, que instruem, eu acho que isso também, é, passa pelo professor, não só professor, eu acho que todo mundo da escola (P3)

(...) eu acho que um curso é bom... uma palestra... Informação nunca é demais, né. E mesmo porque, a minha experiência é diferente da sua, que é ex--diferente

daquela. Então, havendo essa troca... todo mundo vai ganhar, né. Então eu acho que é muito válido sim (P4)

Entretanto, ao passo que algumas professoras parecem se interessar pelo tema, outras justificam que não há necessidade em conhecer mais sobre o TE ou que há problemas mais sérios a serem enfrentados pela escola.

(...) eu acho que na nossa situação aqui, já não é nem-- nem importante porque a gente recebe a criança com 4 anos. A gente, espera-se que uma criança de 4 anos tem o controle que ela saiba pelo menos, assim, da maneira dela... utilizar o banheiro. (...) Eu acho que na, nas creches... na, nas q-- nas escolas que atendem a partir de... 6 meses, 8 meses... começa ali... é, assim, fundamental que o profissional tenha esse conhecimento. Pra gente, quando a gente recebe uma criança que não tem esse controle, já é uma disfunção (...) já é uma criança, ou é uma criança especial, que ela tem alguma outra... (...) algum comprometimento fisiológico... ou é algum trauma (...) Não é o normal a gente receber criança de 4 anos com fralda. (...) Coisa mas assim, mas pra fazer um curso de formação? Eu num-- não... vejo essa necessidade, né. Pelo menos assim no meu caso (P1)

Deveria ter um acompanhamento mais de perto (dos pais) já que eles (os alunos) são bem pequenos, né. Mas tem outros casos... além da ida ao banheiro, que são casos mais graves ainda... que é difícil o contato (com os pais). (...) assim.. Seria bom. Eu não acho que é assim “ah, que é uma coisa...”. Porque a gente tem tanto problema aqui... desde o psicológico a... É uma coisa... imprescindível (P2)

Mesmo assim, há aquelas que parecem entender que podem contribuir em questões relativas ao TE, além do manejo com hábitos de eliminações saudáveis e de higiene, com a detecção de sinais e sintomas urinários. Também, a professora P8 destaca que não pode esquecer da terceira parte influente no processo: a criança. Seu depoimento conclui que, havendo a harmonização entre professor, pai e criança, o processo poderá ser promovido de forma adequada.

(...) no decorrer da manhã, as meninas (monitoras) vai levando gradativamente (as crianças ao banheiro). Quem vai querendo ir ao banheiro, elas levam, quem-- quem a gente, naquele momento que levou não fez, a gente já começa a observar, né, porque fica uma vez, fica duas, fica três, já teve criança de ficar a manhã toda sem fazer xixi. Aí já perigoso, né. A gente fica observando pra não dar... infecção, ou não acontecer nada. (P7)

(...) porque assim, na secretaria de educação, a gente lida com alguns professores que são do tempo da escola normal ainda, então eles tem um pouco de resistência de fazer qualquer coisa diferente. (...) Infelizmente a gente têm colegas que tem dificuldade de conversar qualquer questão assim fora do que eles aprenderam... da sua época de formação. (...) Eu acho que ter essa conversa com eles (os alunos), né, eu acho que é fundamental. Eu acho que a gente não precisa se alijar de falar sobre o corpo (...) É importante ter essa conversa com eles, não deixar de conversar mesmo. Eu acho que no primeiro momento, ter esse acordo mesmo, né, com a criança... dela entender... é... essa questão por exemplo dela não ir de dois no banheiro, né. Acho até que é uma questão de respeito e tal. Pode trabalhar o respeito e outros valores em cima disso. Vai ao banheiro... Se a criança p-- aqui eu falo até com o aluno-- vai que tá soltando pum, vai soltar o pum lá no-- vai você lá no banheiro, porque ninguém tem que, né. Mas assim, realmente conhecer o corpo e acho que naturalizar o máximo possível essa vivência do seu próprio corpo, né. Deixar a criança a vontade, porque se a criança tiver vergonha, ela não vai dar esse retorno pro professor, né, das suas necessidades, e ela não vai dar esse retorno com a família, se ela tiver vergonha de falar sobre isso. Então eu acho que é importante a gente tá aberto a isso. (P8)

6.3 MIXAGEM DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Na utilização dos métodos mistos, a mixagem dos dados é um momento importante. Nesta etapa, foi realizada a integração dos dados qualitativos e quantitativos, pela estratégia explanatória sequencial, para que se possa elaborar um modelo explicativo do conhecimento, práticas e necessidades educacionais de profissionais da educação infantil sobre o TE.

Elencam-se 5 aspectos desse processo de mixagem dos dados, onde informações foram convergidas, apresentando-se diferentes visões e combinações do que foi coletado e analisado em ambas as fases do estudo. Esses aspectos foram designados segundo as categorias temáticas abaixo:

- 1) Conhecimento sobre hábitos/sintomas urinários e intestinais na infância;
- 2) Práticas de TE baseadas em sinais de prontidão;
- 3) Práticas de TE & o ambiente escolar;
- 4) Relevância, interesse e parcerias futuras;
- 5) Necessidades de informações.

6.3.1 Conhecimento sobre hábitos/sintomas urinários e intestinais na infância

No primeiro aspecto, a etapa quantitativa mostrou que mais da metade dos participantes enxergam os sintomas de urgência miccional e incontinência urinária como “um comportamento normal” apresentado pela criança. Cerca de 20% considerou os sintomas como “desatenção da criança”; e um pouco mais de 15%, como “preguiça de ir ao banheiro”.

A etapa qualitativa confirmou a percepção dos participantes, mostrando que as professoras não enxergam a urgência miccional e incontinência urinária como um problema. O motivo parece estar ligado a frequência regular com que acontecem, levando as professoras a encararem com certa normalidade. Segundo as professoras, as “distrações” ou “envolvimento das crianças em brincadeiras” são responsáveis por desencadear esses sintomas urinários.

Uma parcela dos participantes assinalou a alternativa “nenhuma das anteriores” (11,3% e 14,8% para urgência miccional e incontinência urinária, respectivamente). Possivelmente, esses participantes poderiam estar se referindo a esse comportamento que a criança apresenta no momento das brincadeiras.

Além dos episódios de urgência miccional e incontinência urinária, na fase qualitativa, algumas professoras também citaram ocasiões em que crianças apresentaram o sintoma de constipação intestinal funcional (CIF). Alguns sinais característicos da CIF são desconhecidos pelas participantes, como o escape fecal, a retenção fecal, e as fezes calibrosas. Entretanto, outros sinais são reconhecidos como um problema, como a dor ao evacuar (também citado na fase qualitativa), e a não evacuação em frequência diária (reportado por 86,2% dos participantes na fase quantitativa).

Nesses casos, o conhecimento adquirido foi por meio das experiências pessoais das professoras, o que pode justificar a baixa taxa de participantes considerados com “conhecimento adequado” na etapa quantitativa deste estudo: apenas 4,2% dos participantes tiveram 4 ou 5 acertos no questionário.

6.3.2 Práticas de TE baseadas em sinais de prontidão

No segundo aspecto, pode-se notar que as professoras citaram sinais de prontidão para saberem quando a criança está pronta para o início do TE ou incentivar a criança a iniciar o TE. As falas das professoras na segunda fase da pesquisa demonstram que elas apreendem e entendem os sinais de prontidão para o TE.

Dos nove sinais apresentados, cinco apareceram com uma frequência maior que 50%, sendo esses: falar, apresentar comunicação verbal que indique a vontade de urinar ou evacuar, 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 59,4%. Uma parcela assinalou a habilidade “ser impaciente com fraldas sujas ou molhadas” (37,1%).

Em ambas as fases da pesquisa, a habilidade mais citada foi a “fala”. “Ser impaciente com fraldas sujas ou molhadas” apareceu com uma frequência considerável também. Entretanto, um sinal que foi relatado na fase qualitativa, que não estava presente na fase quantitativa, foi: notar um “período de continência” na criança. A fala da professora P4 mostra essa observação:

Mas aí a gente observa também se a criança tá preparada pra isso. Porque a criança mostra, né... elas ficam um tempo maior sem fazer xixi na fralda. Aí quando a gente tira e vê que tá seca, então a gente sabe que ela já pode ficar sem a fralda naquele período. (P4)

Além dos sinais de prontidão, os participantes reportaram a idade que a criança deve ter para concluir o TE. Um ponto interessante de se destacar é que, mesmo os professores aguardando por sinais de prontidão da criança, eles esperam que a conclusão do TE seja por volta dos 24 meses de idade da criança (reportado por 48,4% dos participantes na fase quantitativa do estudo).

Na fase qualitativa, as professoras afirmaram que, para elas, é mais fácil quando uma criança já está treinada, em comparação àquelas que ainda devem fazer a troca de fraldas. Aqui, será apresentada a fala da professora P7 quanto a essa concepção:

E aí ainda... a gente-- e pra gente que trabalha com criança, eu acho que é bem mais fácil criança que vai no vaso. Do que fralda, né. Porque quando a criança fica com fralda... tem criança que-- igual no berçário, criança que fica no berçário que usa fralda faz quatro, cinco vezes cocô por dia. Quando eles saem da fralda, eu acho que eles já conseguem controlar tudinho direitinho... que já tem praticamente-- lá na minha turma eu já sei mais ou menos os horários que-- que eles vão. Entendeu? De fazer cocô, essas coisas. Já tem alguns que você já sabe, tal hora de fazer cocô. (...) é... pra gente que trabalha aqui, eu ach-- eu ach-- que assim, é muito desgaste esse negócio de fralda, essa coisa tudo, pra gente, como é muita criança, é mais fácil você ir levar a criança no vaso, ela fazer lá no vaso, você limpar, e ir ensinando pra ela e tudo mais, do que fralda. Porque fralda, quando começa a fazer e não sei o que. Aí até você pegar a criança,

colocar no trocador, limpar o menino, colocar outra fralda, passar a pomada, fazer não sei o que... leva muito tempo, entendeu? Do que você só sentar a criança, ela faz ali, você limpa o bumbum dela, deu descarga, acabou e saiu. Vem outra. Entendeu? (...) É muita criança... já pensou? 20 criança de cocô tudo de uma vez? Tudo usando fralda? Dá mais trabalho, do que a criança só sentar lá e faz. É igual o do xixi, né. Que tem criança que já vem de casa com a fralda cheia. Aí a gente troca. Daí a pouco a gente troca. Aí troca de novo. Aí troca de novo. E pro xixi não. Eles vão a hora que eles não tão aguentando segurar mesmo. (P7)

Se por um lado é mais fácil para as professoras quando a criança já apresenta o TE (concluído ou, pelo menos, iniciado), por outro, a idade de 24 meses para a conclusão desse processo (reportado por 48,4% dos participantes na fase quantitativa do estudo) é precipitada.

6.3.3 Práticas de TE & o ambiente escolar

Nas escolas que participaram desta pesquisa, percebe-se que, além dos banheiros adaptados ao nível desenvolvimental da criança, há uma certa proximidade destes às salas de aula e espaços de lazer dos alunos. Em algumas escolas, o banheiro é dentro das salas de aula, o que melhora consideravelmente o acesso que o aluno tem a este. Como mostrado na fase qualitativa, as professoras conseguem manter a supervisão do aluno que está utilizando o banheiro, sem perder o “controle” dos alunos em sala de aula. Esse componente facilita e até incentiva o profissional a autorizar o acesso da criança ao banheiro.

Nas creches, com a presença dos monitores de sala, também parece influenciar na tomada de decisão dos professores: a criança pode ir ao banheiro acompanhada de um profissional da escola, e o professor não perde o contato com os alunos em sala de aula.

Esse fator explica o motivo de apenas 23,2% dos participantes designar horários específicos para o uso do banheiro (apontada pela etapa quantitativa). E, ainda, caso a criança queira ir ao banheiro fora desses horários, a maioria dos participantes permite o acesso (84,1%).

6.3.4 Relevância, interesse e parcerias futuras

Por fim, os participantes parecem manifestar interesse em conhecer mais sobre o tema, de modo geral. Na fase quantitativa, 64,7% dos participantes demonstraram interesse em saber mais sobre o assunto, participando de um programa educativo. Na fase qualitativa, a exploração desse aspecto possibilitou um entendimento mais claro, sob a perspectiva das professoras.

Há professoras que acham que o TE não pode ser aprendido por meio de palestras, cursos ou programas educativos. É algo que só poderá ser desenvolvido no contato com a criança. Para essas professoras, não faz sentido o conhecimento teórico pois este só se constrói mediante o exercício prático.

Por outro lado, outras professoras destacam que há sim a carência de informações relativas ao tema, não somente delas, mas dos pais também. As professoras expressam o desejo em conhecer mais sobre o TE, mas destacam que a participação dos pais deve ser mais ativa no processo. A fala da professora P2 resume bem esse aspecto:

Acho sim importante uma conscientização geral, pros professores, pros pais, né, também. Que é um trabalho conjunto porque não adianta eu falar, senão não adianta a gente fazer aqui e não ser feito em casa. (P2)

E, não obstante, o trabalho também deve envolver a criança em seu processo de TE. Apesar das dificuldades e falta de entendimento dos pais e professores, a criança é vista como peça fundamental para o desenvolvimento de ações e mudança no cenário das práticas de TE.

Contudo, ainda se fazem necessárias algumas reflexões, principalmente por entender que estes entraves são passíveis de intervenções. Vale destacar que, na fase quantitativa, quase 14% dos participantes do estudo não souberam responder se gostariam ou não participar de um programa educativo sobre a temática. Na fase qualitativa, algumas professoras revelam não enxergar a necessidade da abordagem deste tema no ambiente escolar.

6.3.5 Necessidade de informações.

Diante dos resultados encontrados, propõe-se um modelo explicativo de necessidades de informações sobre o TE dos profissionais da educação infantil. A representação do modelo está ilustrado na **Figura 2**, a seguir.

Modelo explicativo - Necessidade de informação sobre o Treinamento Esfincteriano em profissionais (professores e auxiliares de sala) de instituições públicas de educação infantil de Brasília

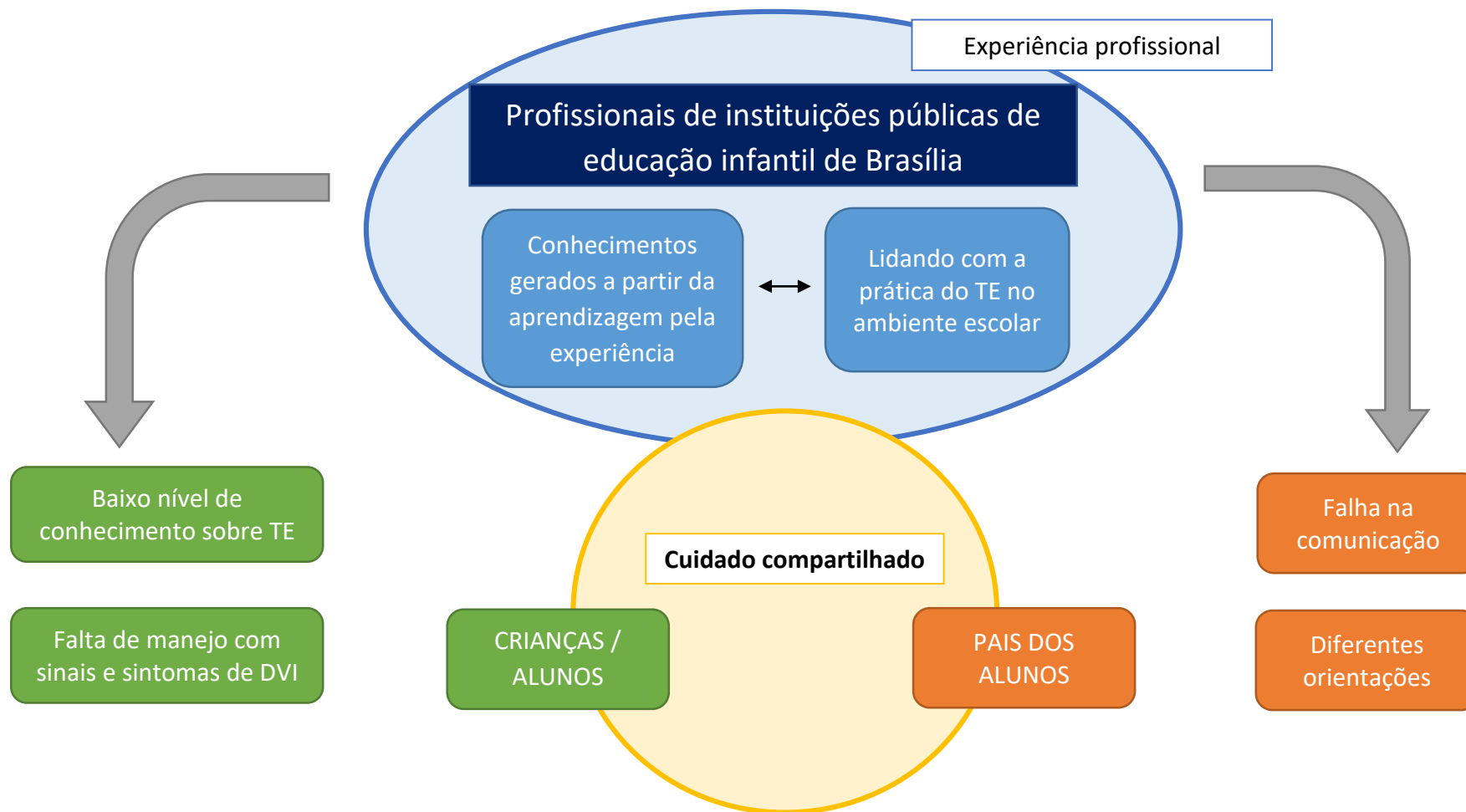


Figura 2 - Diagrama representativo da articulação e mixagem dos dados quantitativos e qualitativos do estudo. Brasília (DF), 2019.

A experiência profissional do professor ou auxiliar de sala o possibilita desenvolver seus conhecimentos - gerados a partir da aprendizagem pela experiência, e o faz lidar com a prática do TE em seus alunos. Sua própria prática diária diante do TE mantém e fortalece seus conhecimentos sobre o tema.

Diante de seu exercício profissional, o professor ou auxiliar de sala deve lidar com as crianças e suas famílias, através do cuidado compartilhado.

O que tange o cuidado com a criança, o professor ou auxiliar de sala apresenta dificuldades em alguns aspectos quanto ao TE, sendo estes: o baixo nível de conhecimento sobre o tema, e a falta de manejo com sinais e sintomas urinários e intestinais, o que pode acabar mascarando - contribuindo para o surgimento e ou acarretar a piora - de sintomas de DVI na criança.

Quanto ao contato com os pais, percebe-se a falha na comunicação entre as partes e a descrença quanto à implementação dos cuidados implementados no domicílio. Esses dois aspectos acabam gerando um atrito na relação escola-família.

7 DISCUSSÃO

Existe uma escassez de estudos que avaliam o papel de professores no processo do TE. Este estudo analisou o conhecimento, as práticas e a experiência de professores e auxiliares de sala de educação infantil sobre o TE, por meio de aplicação de questionário e realização de entrevistas a professores e monitores de sala de instituições públicas de ensino infantil. A partir dos dados quantitativos e qualitativos, foi possível mixá-los para se entender as necessidades educacionais desses profissionais sobre o tema.

Foram entregues 419 questionário, um para cada profissional vinculado a instituição selecionada (havia 419 profissionais ao total - 278 professores e 141 monitores de sala), e 283 foram preenchidos e devolvidos. A taxa de resposta foi de 67,5%. Segmentando-se a taxa de respostas por enquadramento funcional, pode-se observar que dentre os 278 questionários entregues aos professores, 196 foram preenchidos e devolvidos, resultando em uma taxa de resposta de 70,5%. Em relação aos monitores, dos 141 questionários entregues, 78 foram preenchidos e devolvidos, resultando em uma taxa de resposta de 55,3%.

Estudos internacionais realizados com professores em instituição de educação infantil mostram taxas de respostas variadas. Kaerts et al. (2014) e Ko et al. (2016) tiveram 87% e 97,2% de taxa de resposta, respectivamente. Enquanto Kaerts et al. (2012) e Cooper et al. (2003) tiveram taxas de 28,6% e 46,7%, respectivamente. Clarifica-se que os estudos de Cooper e Ko tiveram seus dados coletados a partir de instrumentos online (COOPER et al., 2003; KO et al., 2016).

A amostra desta fase do estudo (fase quantitativa) pode ser considerada representativa, uma vez que estimou-se uma taxa de resposta de 60%, esperada para o procedimento de coleta de dados baseado na entrega de questionários (PEREIRA, 2008). Para pesquisas online, apesar de algumas vantagens, como uma maior velocidade de alcance, possibilidade de reenvio de questionários, e maior velocidade também nas respostas, a desvantagem principal está baixa taxa de resposta aos questionários (FALEIROS et al., 2016).

Em relação ao gênero dos profissionais, mostrou-se que a maior parte deles são mulheres. Pode-se afirmar que essa superioridade em número das mulheres sobre os homens persiste na pedagogia brasileira em geral, tanto na função de professor quanto de monitor de sala. Segundo o Censo Escolar 2017, divulgado pelo Ministério da Educação, cerca de 80% dos 2,2 milhões de docentes da educação básica brasileira são do sexo feminino. Desse total, quase

metade tem 40 anos de idade ou mais (Censo Escolar, 2017). No presente estudo, a maior parte dos participantes tinha idade superior a 30 anos. Dessa forma, há uma predominância de adultos não jovens entre os profissionais da área.

Neste estudo, mais da metade dos participantes enxergam os sintomas de urgência miccional e incontinência urinária como “um comportamento normal” apresentado pela criança. Foi relatado, também, o envolvimento em brincadeiras que acaba distraindo as crianças quanto a necessidade de urinar ou evacuar. As crianças não percebem que precisam utilizar o banheiro, e acabam apresentando sintomas como urgência miccional e incontinência urinária. De fato, esse é um mecanismo descrito na literatura: crianças podem ficar muito entretidas e distraídas em uma atividade e acabarem esquecendo de ir ao banheiro, ocasionando um adiamento na micção (CRUYSSSEN et al., 2015; WILSON, 2014). Quando percebem a necessidade de urinar, acabando apresentando urgência para urinar, ou perdendo urina nas roupas (FONSECA, 2011; WILSON, 2014).

Tendo em vista toda a gama de comorbidades e eventos que podem estar subjacentes à DVI, perceber tais sintomas com normalidade é preocupante. O resultado encontrado condiz com o demonstrado por Lordello e colaboradores (2007) sobre professores de pré-escolas da rede particular de Salvador, Bahia. Os autores mostraram que a maioria dos professores interpretam sintomas urinários como comportamentos regulares, e apenas 24% destes profissionais interpretam sintomas de disfunção vesical como anormais. Relacionando-se os achados, pode-se inferir que tanto os educadores de instituições públicas quanto de instituições privadas não têm preparo suficiente para distinguir um padrão eliminatório saudável de sintomas que podem vir a ser prejudiciais para a saúde do pré-escolar.

Também, ficou evidenciado no nosso estudo que 41% dos professores mostraram um conhecimento inadequado quanto a frequência urinária normal de uma criança. A literatura tem mostrado que uma baixa frequência urinária pode ocasionar consequências negativas para a criança, como o risco aumentado para incontinência urinária, constipação e episódios de ITU (CRUYSSSEN et al., 2015; BAKKER; WYNDAELE, 2010). Por outro lado, a frequência urinária aumentada também pode indicar agravos, e estar acompanhada por uma sensação de necessidade urgente de urinar (urgência miccional) (AUSTIN et al., 2014; DOS SANTOS et al., 2017).

O número de micções considerado normal é de 5 a 7 vezes por dia. A observação de uma frequência de 8 ou mais micções durante o dia constitui uma frequência urinária

umentada, enquanto 3 ou menos por dia, mostra uma frequência urinária diminuída (AUSTIN et al., 2014). Não estar atento a quantidade de idas ao banheiro de uma criança pode corroborar no surgimento ou prolongamento de um ou vários sintomas urinários e intestinais (COOPER et al., 2003). No presente estudo, foi perguntado quantas vezes uma criança precisa urinar no período que ela está na escola (1 período do dia). Mais da metade dos participantes relatou uma frequência de 2 a 3 vezes (59%), o que corresponde com uma frequência adequada, segundo literatura sobre o tema (AUSTIN et al., 2014; FONSECA, 2011).

Algumas professoras também citaram ocasiões em que crianças apresentaram o sintoma de constipação intestinal funcional (CIF). A CIF é definida como uma dificuldade na defecação, presente por duas ou mais semanas, dolorosa e com passagem periódica de fezes de grosso calibre pelo menos uma vez a cada 7 dias ou massa palpável na região intestinal (DOS SANTOS et al., 2017). Na maioria das crianças acometidas por CIF, não há causas orgânicas ou anatômicas definidas (DOS SANTOS et al., 2017; DEGHANI, et al., 2015).

Em crianças, uma das causas que explica tal fenômeno é identificada como "fobia do toalete". Crianças em TE apresentam esses sintomas simplesmente porque elas não gostam ou se recusam a usar banheiros públicos (MILLEI; GALLAGHE, 2012). Porém, se a criança continua a segurar as fezes, apresentando um comportamento retentivo, essas se acumulam e endurecem no reto. A criança pode apresentar dores abdominais e inapetência, apesar de estar com fome. E quando ele ou ela eventualmente sente o estímulo para evacuar, e o faz, pode ser doloroso, o que pode levar ao medo de evacuar, e, conseqüentemente, a fobia do toalete (KAUGARS et al., 2010).

Alguns sinais característicos da CIF são desconhecidos pelos participantes de nosso estudo, como o escape fecal, a retenção fecal, e as fezes calibrosas. Entretanto, outros sinais são reconhecidos como um problema, como a dor ao evacuar, e a ausência de evacuação em frequência diária (reportado por 86,2% dos participantes na fase quantitativa). Esse é um achado que se repete em outros estudos que investigam a observação do sintoma em crianças e adolescentes (WIDODO et al., 2018; WOLFE-CHRISTENSEN et al., 2013), apesar dos sinais de fezes calibrosas, defecação dolorosa e comportamento de retenção serem os mais frequentes entre crianças com CIF (DEGHANI, et al., 2015).

A CIF é identificada como um importante problema de saúde durante a infância e tem um impacto significativo na qualidade de vida das crianças e suas famílias, sendo um fator que compromete o desempenho escolar das crianças (KAUGARS et al., 2010). No nosso estudo, as

professoras fizeram a ligação entre a existência do sintoma de constipação e questões emocionais da criança, como sentimento de abandono e medo de usar o banheiro. Contudo, elas não foram capazes de referir estratégias que pudessem interferir de maneira positiva no manejo do sintoma.

Para que uma criança alcance o controle dos esfíncteres urinário e anal, depende de uma série de fatores, uma destes é o aumento gradativo da capacidade vesical e da maturação dos lobos frontal e parietal, que ocorre nos primeiros dois anos de vida. A aquisição da continência pode ocorrer dos 2 aos 4 anos de idade. A idade média para que a continência urinária seja atingida é 3,5 anos em crianças saudáveis (TARHAN et al., 2015; KIDDOO et al., 2006; FONSECA, 2011).

No presente estudo, apenas 17% dos participantes relataram idades entre 36 e 60 meses para a conclusão do TE. Quase metade dos participantes afirmou que o desfralde do pré-escolar deve ocorrer até os 2 anos (24 meses) de idade. Segundo Blum et al., (2003), uma idade mais precoce para o início do TE corresponde a um tempo de treinamento mais prolongado. Os autores apontaram que o início do TE, antes dos 27 meses de idade, não está relacionado com o término mais precoce do mesmo, sugerindo que os benefícios em treinar uma criança antes dessa idade seriam pequenos (BLUM et al., 2003).

Quanto aos sinais de prontidão, os participantes da nossa pesquisa parecem observar habilidades específicas da criança para iniciar ou dar continuidade ao TE. Isto mostra que, do ponto de vista cronológico, uma boa parte das crianças inicia o TE sem estar apta para tanto. Entretanto, a maioria dos sinais de prontidão estava presente, em alta percentagem, no início do TE. Se por um lado há a preocupação de que o TE seja feito precocemente (antes dos 2 anos de idade da criança), por outro, o fato dos profissionais observarem “sinais de prontidão” pode sugerir que o processo se inicia com a criança motivada e manifestando habilidades adequadas para ser treinada.

É interessante notar também que algumas professoras do nosso estudo reportaram a preferência em lidar com crianças que sabem utilizar o banheiro, em comparação àquelas que ainda usam fralda. Dessa forma, eles parecem querer e esperar que uma criança esteja treinada aos 2 anos, podendo antecipar ou acelerar o processo.

Em contrapartida, os pais tendem a retardar o TE, como foi relatado por algumas professoras. Essa tendência vem sendo observada em alguns estudos (KIDDOO et al., 2003; MOTA; BARROS, 2008; MOTA et al., 2010; VAN NUNEN et al., 2015; TARHAN et al.,

2015). Muitas vezes, pais ocupados em suas atividades laborais não tem tempo para realizar o TE e o postergam. O estilo de vida da família (trabalho fora do domicílio, dupla jornada de trabalho, atribuições domésticas atribuídas a terceiros, número de crianças no domicílio, falta de tempo para o TE) impactam diretamente nesta tomada de decisão (MOTA et al., 2010; TARHAN et al., 2015). Além disso, com a facilidade e praticidade das fraldas descartáveis, inclusive produzindo tamanhos cada vez maiores, não estar treinado não é um problema (MOTA et al., 2010; VAN NUNEN et al, 2015).

O estudo de Vermandel e colaboradores (2011), realizado com professores de pré-escolas, mostra que mais de 80% dos professores acham uma boa ideia permitir o acesso a essas instituições apenas a crianças que tem TE concluído. Em contrapartida, os pais, como apontado no estudo de Van Nunen (2015), acham que seus filhos não devem ser recusados por não apresentarem o TE concluído. Observando-se as crianças desses pais, na idade de 30 meses, um terço ainda não iniciara o TE (VAN NUNEN et al, 2015).

Esta divergência de opiniões, condutas e orientações confunde a criança, que, ao receber mensagens diferentes, não sabe qual orientação seguir (MOTA; BARROS, 2008; KIDDOO et al, 2006; GREER et al., 2016). As expectativas irreais dos pais somadas às imposições do ambiente escolar podem ter um efeito devastador sobre a autoestima da criança, contribuindo para surgimento de questões como insegurança e baixa autoestima (AZEVEDO et al, 2014; VAN NUNEN et al, 2015). A associação do TE inadequado com um distúrbio de comportamento torna ainda maior a chance para que a criança desenvolva sintomas urinários ou intestinais (KIDDOO et al, 2006).

Alguns estudos sugerem que os pais tenham uma conversa com os professores da criança, explicando as atitudes que tomam em casa frente ao TE (KAERTS et al., 2014; VAN NUNEN et al, 2015). Entretanto, a literatura aponta para uma ausência dessa comunicação (KAERTS et al., 2014; VAN NUNEN et al, 2015; SOUZA et al., 2015). No nosso estudo, o mesmo foi observado: algumas professoras relataram a dificuldade na comunicação com os pais.

No estudo de Kaerts et al. (2014), quase 40% dos pais não sabiam relatar se utilizam o mesmo método de TE que a creche. Esta descoberta suscita preocupações porque, novamente, a utilização de um método diferente gera expectativas diferentes, o que pode confundir ou causar estresse à criança, obscurecendo problemas existentes ou interferir com um bom processo.

O cuidado às crianças demanda especificidades em diversas dimensões, física, cognitiva e emocional, e a família sempre exerceu um papel fundamental ao assumir essas esferas, oferecendo proteção, conforto e afeto à criança (BASSEDAS; HUGUET; SOLÉ, 2016). Dentro desse contexto, a família pode apresentar dificuldades em adaptar-se ao novo modelo de cuidado, onde começa a compartilhar os cuidados com a escola.

Uma relação de confiança entre a família e escola contribui para que a criança tenha mais segurança ao explorar o mundo e descobrir a sua própria identidade. Quando os pais confiam na escola e participam da educação dos filhos, eles valorizam a suas descobertas e podem dar continuidade às experiências realizadas pelas crianças no período escolar. Da mesma forma, a escola também contribui para potencializar a relação familiar e envolver aprendizagens próximas ao seu contexto (BASSEDAS; HUGUET; SOLÉ, 2016).

No nosso estudo, os professores também tinham dúvidas quanto à continuidade do cuidado no ambiente domiciliar, exatamente por uma falha na comunicação e confiança nos pais. Um ambiente acolhedor e cooperativo é necessário para que se tenha uma boa comunicação, concordância e coerência entre os cuidadores diferentes, para proporcionar à criança um ambiente de aprendizagem consistente (BASSEDAS; HUGUET; SOLÉ, 2016).

Apesar da constatação de que aos dois anos de idade, a maioria das crianças está numa etapa do desenvolvimento adequada para iniciar o TE, deve-se levar em consideração que as habilidades necessárias também devem estar presentes. A presença dos sinais de prontidão para o TE deve ser um aspecto relevante para os pais e profissionais de educação para que o TE não seja iniciado ou concluído de maneira inadequada (SHUM et al., 2001).

Assim sendo, é essencial que se respeite a individualidade de cada criança. A retirada da fralda em uma idade estipulada arbitrariamente não deve ser, de forma alguma, uma norma a ser estabelecida pela instituição de ensino ou imposta como uma meta a ser conquistada pela criança (MOTA; BARROS, 2008).

A maioria dos participantes de nossa pesquisa afirmou que oferece lembretes às crianças para que utilizassem o banheiro durante o período em que estão na escola (91,9%). Lembrá-las de ir ao banheiro regularmente é uma estratégia positiva de promoção de hábitos saudáveis de eliminação, pois a maioria das crianças só irá ao banheiro quando for dada a oportunidade, não dependendo diretamente de uma necessidade fisiológica (COOPER et al., 2003; BOYT, 2005).

Ter permissão sempre que necessário para o uso do toalete também é um dado positivo. O medo da negativa de permissão ou a necessidade de esperar para ir ao toalete também levam

a um comportamento retentivo da micção ou evacuação (YOUSEF, BASALEEM e ALSAKKAF, 2010). Regras para o uso do banheiro elaboradas pelos professores, sem o cuidado de serem sensíveis às necessidades dos escolares, e que não são explicadas e/ou compartilhadas de forma clara, influenciam negativamente nos hábitos de eliminações (VERNON, LUNDBLAD e HELLSTROM, 2003).

Alterações na função normal da bexiga e dos esfíncteres podem ocorrer se o acesso ao banheiro for limitado ou quando não é permitido à criança ir ao banheiro no momento em que sente necessidade. Geralmente, professores de educação infantil dão livre acesso para banheiro a seus alunos, e parecem acreditar que essas crianças querem, verdadeiramente, urinar ou defecar, quando requisitado (COOPER et al., 2003).

Também, neste estudo, pelo fato dos banheiros serem dentro das salas de aulas (nas pré-escolas), ou de haver o auxílio de outro profissional que conduza as crianças ao banheiro (nas creches), a permissão não é vista como um problema. Assim, os professores conseguem manter a supervisão, tanto do aluno que está utilizando o banheiro, quanto daqueles que estão em sala de aula. No segundo caso, o professor não precisa interromper suas atividades em sala para desempenhar a função do TE.

De maneira geral, os banheiros das escolas de nossa pesquisa apresentaram boas estruturas, segundo a percepção dos profissionais: 90,8% afirmaram que os banheiros possuem vasos sanitários da altura da criança, 85,5%, que sempre há material para higienização, e 84,5%, a limpeza dos banheiros é feita frequentemente. Em um estudo realizada na Austrália, com crianças de uma pré-escola, também se mostrou que os banheiros tinham condições satisfatórias de estrutura e limpeza. Entretanto, explorando-se a visão infantil, a vontade da criança em utilizá-los vai além disso. É necessário entender o banheiro como um espaço social e cultural, partindo da perspectiva da criança (MILLEI; GALLAGHE, 2012).

Por exemplo, no presente estudo, os participantes parecem saber a importância de usar o banheiro regularmente para garantir hábitos saudáveis às crianças, e oferecem lembretes às crianças para que usem o banheiro. Entretanto, foi reportado algumas situações em que a criança tem medo em usar o banheiro, da escola, e algumas vezes, de casa. Ou seja, mesmo com boas estruturas físicas e higiene adequada, algumas crianças ainda se recusam a usar o banheiro.

Assim, é necessário dar ênfase não somente na estrutura física dos banheiros infantis das escolas, mas na forma como se lidam com este. Deve-se garantir que o TE aconteça de maneira apropriada para reduzir problemas e melhorar o bem-estar e qualidade de vida das

crianças. O profissional da primeira infância deve envolver-se no processo de TE com o objetivo de estabelecer boas práticas e discutir as habilidades físicas e sociais que as crianças devem desenvolver no processo, além de sinais que possam indicar uma DVI. O desenvolvimento de cada criança deve ser avaliado individualmente, e orientações devem ser feitas para que não haja frustrações que acarretem no aparecimento de problemas futuros. O mais importante é ter paciência e compreender o momento de cada criança (MILLEI; GALLAGHE, 2012; COSWOKS et al., 2019).

No nosso estudo, não houve diferença entre o nível de conhecimento dos participantes e o enquadramento funcional, idade, gênero, tempo de experiência profissional, ou faixa etária dos alunos. Houve diferença estatisticamente significativa quanto a variável quantidade de alunos em sala de aula ($p = 0,0149$).

Em estudos semelhantes, porém com o objetivo de investigar o conhecimento de professores sobre sinais sugestivos de DVI, observou-se uma associação entre enquadramento profissional, tempo de experiência profissional e o número de acertos em questionário proposto. No estudo de Nunes e colaboradores (2017), mostrou-se uma relação crescente entre o número de acertos e tempo de experiência do participante, sugerindo que haja uma curva de aprendizado ao longo do tempo. Tal processo também foi observado por Cooper e colaboradores (2003) em pesquisa realizada com professores estadunidenses. Em estudo de Lordello e autores (2007), houve diferença estatisticamente significativa no enquadramento funcional do participante, demonstrando que o tipo de formação profissional pode ter algum impacto no reconhecimento de DVI.

O estudo de Cooper e autores (2003), realizado apenas com professores, também mostrou que profissionais com turmas grandes (maior número de alunos em classe) são mais propensos a observarem e reportarem sintomas urinários e intestinais ao enfermeiro escolar. Os autores sugerem que, possivelmente, professores mais experientes recebem mais alunos em suas classes. Além da experiência adquirida em sala de aula, os professores mais experientes também são, presumivelmente, mais velhos. Ou seja, o professor pode ter adquirido sua percepção através da experiência com seus próprios filhos.

Nosso estudo, em turmas com menos de 20 crianças, 42% dos participantes apresentaram um ‘conhecimento inadequado’, e 54%, um ‘conhecimento intermediário’. Em turmas com mais de 20 crianças, a proporção é semelhante: 29% apresentaram um ‘conhecimento inadequado’, e 67%, um ‘conhecimento intermediário’. A porcentagem de

participantes com conhecimento adequado foi igual em ambos os grupos, independentemente do número de alunos em sala de aula (4%). A diferença numérica e de amostra, além da aplicação de questionários distintos podem justificar a discrepância dos achados.

Quanto a variável “promoção de hábitos saudáveis de eliminações”, foram avaliados os seguintes aspectos: se o profissional observa ‘sinais de prontidão’ na criança, se o profissional fornece lembretes às crianças para a ida ao banheiro, se ele permite o livre acesso ao banheiro, e se os banheiros das escolas apresentam estruturas físicas adequadas ao uso da criança. De modo geral, no nosso estudo, a maioria dos participantes apresentou aspectos que influenciam positivamente nos hábitos saudáveis de eliminação da criança. Observou que não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis, gênero, tempo de experiência profissional, ou quantidade de alunos em sala de aula. Houve diferença estatisticamente significativa quanto as variáveis enquadramento profissional, idade do participante e faixa etária dos alunos.

Os resultados do nosso estudo demonstraram chances maiores de promoção de hábitos saudáveis em auxiliares de sala e profissionais com mais de 30 anos. Também, a chance em profissionais que lecionam para crianças com um ano é a mais baixa. Ela aumenta quando a criança tem dois anos de idade, e decai em uma proporção inversa a faixa etária dos alunos. Este é um achado encontrado também por Ko e colaboradores (2016). Os autores sugerem que os profissionais da educação infantil demonstram significativamente mais comportamentos promotores de hábitos saudáveis de eliminações em alunos que estão mais próximos da idade amplamente aceitável para o desfralde (2 anos). À medida que a idade do aluno aumenta, os professores podem tornar-se menos conscientes da necessidade de se realizar ações que provam hábitos saudáveis de eliminações (KO et al., 2016).

Com relação ao fato dos participantes já terem recebido informações sobre o tema e ter interesse em conhecer mais, pode-se notar que as variáveis “tempo de experiência com educação infantil”, “idade do profissional” e “faixa etária dos alunos” apresentaram uma associação significativa com as variáveis.

Dentre os participantes que tem 10 anos ou mais de experiência escolar, quase metade afirmaram já ter recebido informações sobre o TE, enquanto esse valor é bem menor em profissionais com menos de 10 anos de experiência. Com relação a faixa etária dos alunos, a maior porcentagem se encontra em participantes que lecionam para crianças na faixa etária de 1 ano. As porcentagens vão decaindo à medida que a idade dos alunos aumenta. Associações

estatisticamente significantes com a variável ‘informações prévias’ não foram encontradas em outros estudos (NUNES et al., 2017; COOPER et al. 2003).

Quanto ao interesse sobre o tema, a maioria dos participantes de nosso estudo tem um perfil de idade de 29 anos ou menos, e trabalha com crianças de 1 e 2 anos. Novamente, as porcentagens vão decaindo à medida que a idade dos alunos aumenta. Associações estatisticamente significantes com a variável ‘interesse sobre o tema’ não foram encontradas em outros estudos (NUNES et al., 2017; COOPER et al. 2003).

É possível que, no primeiro caso, os professores mais experientes, ou seja, mais velhos, já sejam pais. Dessa forma, tenham recebido informações acerca do TE através de seus próprios filhos, e não por meio da experiência como professor. No segundo caso, onde profissionais mais novos tem mais interesse em apreender sobre o tema, pode-se presumir que indivíduos mais novos têm uma abertura maior a novos conhecimentos, visto que o interesse não foi estatisticamente significativo com o tempo de experiência.

Em ambos os casos, a faixa etária do alunos parece influenciar na resposta dos participantes: a maior porcentagem de participantes que já recebeu orientações sobre o TE e querem saber mais são daqueles que trabalham com crianças de 1 e 2 anos de idade. Esse é um achado que também foi visto na variável “promoção de hábitos saudáveis de eliminação em crianças”. Os profissionais de alunos que estão mais próximos da idade amplamente aceitável para o desfralde (2 anos) demonstram mais interesse sobre o tema. À medida que a idade do aluno aumenta, os professores podem tornar-se indiferentes frente ao TE, pois lidam com o processo de forma direta.

Dentro dessa perspectiva, de que os profissionais de educação infantil apresentam um baixo nível de conhecimento sobre o TE, mas realizam ações que influenciam positivamente nos hábitos saudáveis de eliminação das crianças, a etapa qualitativa ganha espaço para discutir algumas questões.

As entrevistas proporcionaram uma oportunidade para que os entrevistados contassem suas histórias e suas práticas dentro do ambiente escolar. Percebeu-se que as professoras davam uma ênfase constante em suas narrativas em dois pontos principais: primeiramente, em questões relacionadas ao papel, função e responsabilidades, tanto do professor quanto dos pais das crianças; e também, na crença da aprendizagem adquirida por experiência. Esses dois pontos serão discutidos a seguir.

Primeiramente, há a divergência quanto ao papel que o professor deve assumir e quais as responsabilidades que seus cargos trazem. Esses papéis, construídos pelos professores, são traduzidos por meio de suas concepções e se refletem na prática vivenciada pelo professor, tanto na interação com os alunos quanto com a família desses alunos.

Espera-se que a educação pré-escolar estimule as capacidades de cada criança e favoreça a formação e o desenvolvimento equilibrado de todas as suas potencialidades, que contribua para a estabilidade e para a segurança afetiva da criança; que favoreça a observação e a compreensão do meio natural e humano para melhor integração e participação da criança; que promova a formação moral e o sentido de responsabilidade; e que promova o desenvolvimento das capacidades de expressão e de comunicação da criança, assim como a imaginação criativa (BASSEDAS; HUGUET; SOLÉ, 2016).

Outra atribuição, que foi expressamente citada pelas entrevistadas de nossa pesquisa, é o desenvolvimento da autonomia da criança. A visão de autonomia das professoras é a de um processo relacionado a atividades de rotina, e de relações interpessoais e sociais, isto é, de formas de vida que se constroem em um espaço interativo. A concepção de autonomia que mais se sobressai é aquela relacionada a rotina de vida (calçar o sapato, vestir a roupa, e ir ao banheiro sozinho). Por conta dessa visão, o professor não considera ‘treinar uma criança para usar o banheiro’ como parte de sua função profissional. E também, não considera a orientação, por meio de comandos verbais, como parte do treinar.

A forma como as professoras elegeram as estratégias de diálogo parecem ser indicativas de que elas compreendem que a conquista da autonomia pelas crianças é um processo complexo, que envolve práticas sistematizadas de educação (PEREIRA; MORAIS, 2016), mas, elas o desempenham de forma espontânea. Se o processo requer práticas sistematizadas, necessita de uma constante avaliação e reavaliação, o que não parece ocorrer. Dizer que utiliza o comando verbal e não ter claro como este contribui para o processo é recorrer para um procedimento de educação que se encerra em si mesmo.

Talvez por não reconhecerem seus papéis neste processo, o professor define seus papéis na interação social com a criança, com outros professores, com gestores e com famílias. Nesse processo de negociação de papéis, o professor define suas ações com maior ou menor limitação no manejo aos cuidados da criança. O “novo” self do professor entende que, com as limitações que tem (como por exemplo: ensinar a criança a fazer algo, mas limitar o contato físico a esta), seu papel seja “apenas” o de orientá-la.

É importante ressaltar que a orientação e a “intenção de fazer-se algo” - podendo ser consideradas ações mentais - são ações dentro da perspectiva do Interacionismo Simbólico (CLANDININ; CONNELLY, 2011). Quando os sujeitos interagem, eles se tornam objetos sociais uns para os outros, usando os símbolos, self, decisões, e podem assumir o papel do outro. A ação é entendida como social quando se leva os outros em consideração, ou seja, são guiadas pelo que os outros fazem. Assim, como ação social significa que o que o ator faz envolve uma outra pessoa ou pessoas, para que ela seja simbólica, deve haver comunicação, podendo esta comunicação ser manifestada em forma de palavras ou atos. A interação simbólica envolve interpretação e definição, que ocorre com e entre as pessoas envolvidas. Desta forma, o que cada um dos atores faz, depende, em parte, do que os outros fazem (CHARON, 1989).

Assim sendo, é compreensível que as professoras também narrem o papel e responsabilidade dos pais nesse processo. No presente estudo, as entrevistas citam a frase “isso é função dos pais” ou “isso são os pais que devem fazer”, por diversas vezes. Entende-se que elas consideram que os pais vêm passando a responsabilidade do TE para a escola. Algumas pesquisas mostraram que professores de pré-escolas compartilham da mesma percepção (VERMANDEL et al., 2011; KAERTS et al., 2012). No estudo de Kaerts et al. (2012), mais da metade dos professores acreditam, também, que os pais não dão atenção suficiente ao processo do TE dos filhos.

Quanto à visão dos pais, o estudo de Kaerts et al. (2014), mostra que a maioria acredita que pais e escola devem desempenhar papéis iguais no processo de TE. Cerca de 18% dos pais concordaram que a responsabilidade do TE está sendo passada para a escola, contra 36% que não tem essa percepção. Curiosamente, ainda sobre o estudo de Kaerts et al. (2014), a maioria dos pais afirmou que a cooperação com a creche fez com que se sentissem mais seguros em orientar seu filho no processo do TE.

Torna-se compreensível, então, que algumas professoras se considerem pessoas estratégicas dentro do processo de aprendizagem (incluindo o TE) da criança, pois é através desse mecanismo que o trabalho de interdependência será realizado, e o conhecimento, transmitido a criança.

O segundo aspecto observado a partir das narrativas das professoras refere-se a esse processo de aprendizagem, porém, observado a partir da experiência que o professor tem em sala de aula. A experiência é responsável por construir informações, e a história do professor

vai guiá-lo na maneira como age dentro de determinada situação. É assim que os saberes vão sendo construídos.

No processo de aprendizagem, quando os seres humanos se deparam com um problema, inicialmente buscam uma experiência análoga para se orientar e facilitar a aquisição do novo conhecimento. Este, por sua vez, inicia-se a partir das experiências passadas armazenadas na memória que oferece conhecimentos úteis, de onde se originam as ideias. A inferência é entendida como o “processo de chegar a uma ideia do que está ausente na base do que está presente” por intermédio da sugestão do que é visto e lembrado. Isso dependerá primeiro da experiência pessoal e, conseqüentemente, do estado geral de cultura em que está inserido (BASSEDAS; HUGUET; SOLÉ, 2016; NICOLODI, 2013).

É nesse território comum que se encontra com o outro, no desafio de, no movimento de narrar o vivido, dar forma aos diferentes discursos, numa possibilidade de, no curso da compreensão dos sentidos elaborados pelo outro, produzir conhecimento sobre o campo da formação continuada que se dá no contexto da Educação Infantil (BASSEDAS; HUGUET; SOLÉ, 2016; NICOLODI, 2013).

Na busca do saber, o sujeito pode adquirir informações empiricamente, aprendendo a fazer “porque dá certo”. É nesse sentido que as professoras do nosso estudo narram que as estratégias de TE que utilizam foram aprendidas na prática, com outras crianças. Como exemplo, o uso de figuras de super-heróis para atrair a atenção de uma criança que se recusava a ir ao banheiro.

Em outras situações, o conhecimento que se tem em algumas áreas é extrapolado para outras. Como exemplo, o uso da estratégia de imitação para treinar àquelas crianças que não sabem usar o banheiro ainda. Dentro da área de desenvolvimento infantil, sabe-se que a imitação, ou “role modelling” é uma poderosa ferramenta de ensino para transmitir conhecimentos e habilidades, principalmente utilizada no ambiente escolar (LEEUEW, 2013).

Giusta (2013) aponta que o cuidar, no ambiente pedagógico, envolve processos de imitação, a adultos e outras crianças, para tornar mais fácil a aprendizagem e o desenvolvimento da criança. É utilizado por estar mais próximo a realidade dos alunos, pois, através de um processo cognitivo, o aluno irá observar e imitar ativamente os atributos de seus modelos percebidos (LEEUEW, 2013).

Se por um lado a prática pode reforçar o conhecimento adquirido por meio da experiência, por outro, há pouco espaço para a inserção de informações novas e atualizadas,

como acontece com o conhecimento científico. O aprendizado exige, portanto, um estado de atividade da parte do sujeito sem que isso signifique ausência da construção do conhecimento (NICOLODI, 2013).

Aqui, vale destacar que alguns participantes do nosso estudo não souberam responder se gostariam ou não de saber mais sobre o TE participando de um programa educativo. Algumas professoras revelaram, também, uma indiferença quanto a necessidade da abordagem deste tema no ambiente escolar. Uma hipótese para este resultado pode derivar da falta de conhecimento sobre o tema, e da visão de normalidade frente a sintomas urinários e intestinais.

Dentro da área de Uropediatria, é frequente encontrar estudos que mostram que questões urinárias e intestinais são subestimadas pela população, de modo geral. Confere-se, na maior parte das vezes, uma responsabilização da criança na manifestação do sintoma (como preguiça ou distração da criança), ou problemas psicológicos que impactam nos hábitos de eliminação. A especialidade, então, tem concepções rodeadas de estigmas (TAYLOR e CAHILL, 2018).

Entretanto, sintomas urinários e intestinais tem um grande impacto na saúde infantil. Uma pesquisa realizada no Brasil demonstrou que, entre as cinco principais causas de morbidade em crianças de até 4 anos, estavam as doenças do aparelho geniturinário. Também, os agravos relacionados ao sistema urinário contribuem significativamente para os casos de internações pediátricas. O motivo de tais hospitalizações pode ser decorrente de um agravamento dos sintomas que, por vezes, poderiam ter sido identificados e abordados precocemente, evitando-se a entrada no nível secundário ou terciário de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2010).

Quanto aos sintomas intestinais, esses são causas importantes na procura por serviços de saúde especializados, como nas especialidades de urologia ou gastroenterologia pediátrica. Esses sintomas podem acarretar internações para realizações de enemas para esvaziamento de fecaloma, ou distúrbios hidroeletrólíticos decorrentes de uso inadequado de laxantes, além da baixa estima do paciente e alterações graves da dinâmica familiar, causadas pela perda involuntária de fezes na roupa, queixas frequentes de dor abdominal, infecções de trato urinário, entre outros sintomas (DEHGHANI, et al., 2015; DOS SANTOS et al., 2017; KAUGARS et al., 2010; WIDODO et al., 2018).

Diante disso, é relevante que professoras, ciente da carência de informações relativas ao tema, manifestem interesse em saber mais. A busca da informação relaciona-se ao modo como as pessoas procuram as informações que atendam às suas necessidades. E, em contrapartida, o

uso da informação compõe-se de atividades em que o indivíduo se engaja para apreender a informação e transformá-la em conhecimento (NICOLODI, 2013)

Dessa forma, a transmissão de conhecimento a professores é importante, mas vai além disso. Como já destacado, os professores têm um grande potencial para detectar sintomas urinários e intestinais, têm desempenhado funções primordiais no processo do TE e são elementos-chaves para o sucesso da condução deste processo (GREER et al., 2016; NUNES et al., 2017).

Levando em conta que o desenvolvimento de competências abrange, também, valores pessoais, motivações, crenças, visão crítica e atitudes como responsabilidade, simplesmente fornecer informações ao professor, não é suficiente. Entender que a aprendizagem de um conteúdo ocorre por meio de processos conceituais e atitudinais resulta em um aumento da eficácia desta aprendizagem. Portanto, é bom que, além das necessidades de informação haja o interesse em saber mais.

Ainda se fazem necessárias algumas reflexões, principalmente porque, além do desejo em explorar o tema, as professoras destacam que a participação dos pais também deve ser ativa no processo. Com base nos relatos apresentados no presente estudo, e em outros estudos sobre o tema, identifica-se que a percepção de professores e pais é, na maioria das vezes, contrária uma a outra (VERMANDEL et al., 2011; KAERTS et al., 2012; KAERTS et al., 2014; VAN NUNEN et al., 2015).

Como já discutido, as expectativas equivocadas e diferentes orientações acerca do TE pode culminar em conflitos, tanto para a criança, quanto para os pais e professores. Para a criança, além do estresse emocional, podem-se gerar complicações físicas (MOTA; BARROS, 2008). Uma revisão integrativa acerca do comportamento miccional no ambiente escolar mostrou que a escola pode ter um impacto negativo para o aluno, mas também, pode influenciar de maneira positiva. Para isso, a comunidade escolar deve desenvolver ações educativas e de conscientização pública de hábitos saudáveis de eliminação. O enfermeiro escolar é citado como um profissional essencial para unir os dois campos - saúde e educação, em prol de fortalecer os fatores positivos deste microsistema escola e minimizar os negativos (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2015).

Todas essas vivências e partes da história relatadas pelas professoras contribuem para que o conhecimento frente ao tema avance. Muitos desses atributos (positivos e negativos) que foram citados representam comportamentos que poderiam ser modificados ou habilidades que

poderiam ser adquiridas dependendo do nível de compreensão do professor frente ao assunto (BAHMAN BIJARI et al., 2016).

Assim, o trabalho do enfermeiro deve considerar o conhecimento na área, mas não somente isso. As informações que serão transmitidas, o fortalecimento da assistência, a avaliação de ações e decisões adequadas à qualidade de vida e saúde de crianças escolares, também são importantes. É necessário desenvolver as competências necessárias para buscar e usar informações, visando à construção de novos conhecimentos, reiniciando continuamente o ciclo de produção científica. É em entender que os entraves discutidos neste trabalho são passíveis de intervenções que podem ser realizadas pelo enfermeiro.

No âmbito social, esta pesquisa pode auxiliar enfermeiros a atuarem com intuito de responder a interesses e necessidades de uma comunidade (população de crianças matriculadas em pré-escolas e suas famílias). A relação é estabelecida para que o saber possa ser executado objetivando a transformação da realidade concreta, ajudando na promoção de hábitos saudáveis de eliminação e prevenção de agravos à saúde infantil (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008; SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2015).

De acordo com Trezza; Santos; Leite (2008), a enfermagem como prática social ocorre quando o cuidado é voltado à pessoa, por meio da produção de serviços considerados de interesse da sociedade, e produto final sendo a promoção da saúde. Acredita-se, com este trabalho, ter contribuído neste quesito.

Para esta pesquisa, o método misto com o uso da estratégia explanatória sequencial foi extremamente oportuno, pois permitiu diferentes análises de um mesmo objeto, evidenciando achados de importância científica.

Contudo, sabe-se que o estudo possui limitações, a saber: a pesquisadora principal foi a única entrevistadora, o que a literatura aponta como um possível viés de observador (PEREIRA, 2008). Entretanto, este fato também pode ser encarado como uma potencialidade, haja vista que foi possível manter uma uniformidade no processo de coleta de dados e minimizar vieses de aferição (BOTELHO, 2010)

Também, é importante refletir que os participantes que aceitaram realizar a pesquisa podem ter sido os mais sensibilizados pela temática, ou seja, existe uma maior possibilidade de que pessoas interessadas pelo tema da pesquisa estejam na composição da amostra. (WACHELKE et al., 2014). Entretanto, acredita-se que com o questionário relativamente pequeno e de fácil preenchimento (questões fechadas), além da parceria estabelecida pela

pesquisadora principal e os diretores das escolas, foram suficientes para se superar essa limitação.

Com este estudo, almeja-se colaborar com a temática do TE em crianças de 1 a 5 anos que frequentam instituições de educação infantil, em especial, para a população do Distrito Federal que possui sua identidade cultural própria. Além disso, espera-se contribuir para a evolução da prática de enfermeiros escolares, não somente, mas também, no contexto da uropediatria, e a possibilidade de ações de equipe de saúde formadas por enfermeiros.

Ainda, com a integração dos dados, foi proposto um modelo explicativo que tem o intuito de salientar as lacunas de informações que os profissionais da educação infantil apresentam frente ao processo do TE. É possível que as intervenções da equipe de enfermagem sejam mais eficazes quando há conscientização de todos os atores envolvidos no processo (professores, pais e crianças), bem como a compreensão do conteúdo abordado. Ao implementar-se intervenções, é necessário entender quais são as barreiras específicas ao manejo do cuidado na população de crianças, a fim de concluir-se o processo do TE de maneira consistência e coerência, evitando-se confusão e desconforto a criança, sua família e a rede de professores (KISTNER, 2009; LEITE et al., 2014).

8 CONCLUSÃO

A pesquisa desenvolvida buscou a compreensão de conhecimentos e práticas sobre a temática de TE em profissionais da educação infantil que trabalham com crianças com idade de 1 a 5 anos, em instituições públicas de educação infantil. A partir da metodologia aplicada, foi possível propor um modelo explicativo de necessidades de informações sobre o TE desses profissionais.

Diante das respostas dos participantes, e de suas narrativas, foi possível observar que os conhecimentos dos profissionais da educação infantil e os significados simbólicos atribuídos as suas experiências proporcionam um caminho para a reflexão e aplicabilidade prática da abordagem do enfermeiro.

Os resultados evidenciaram que os participantes desta pesquisa apresentaram um nível inadequado de conhecimento sobre a temática, porém desenvolvem ações adequadas a promoção de hábitos saudáveis de eliminações. Ainda, verificou-se um déficit na comunicação com os pais dos alunos, que parecem divergir em técnicas e na prática consistente do TE.

O modelo explicativo sobre as necessidades de informações do processo de TE pode ajudar os profissionais de enfermagem a contextualizarem o cuidado do TE realizado em criança de 1 a 5 anos no ambiente escolar. Através da compreensão do processo, poder-se-á implementar intervenções para a adequação de estratégias e ações voltadas, não somente aos professores, mas a crianças e suas famílias, também.

Ainda são muitos os desafios a serem superados para se realizar a integração das áreas da saúde e educação. Entretanto, as ações de enfermagem pode ser possíveis, dentro do contexto de promoção e prevenção a saúde, por meio da implantação efetiva de estratégias governamentais, como o PSE.

O enfermeiro, dentro do ambiente escolar, pode ser um agente estratégico na promoção de hábitos saudáveis de eliminação na infância, colaborando para a realização de um TE adequado. Dessa forma, causa-se um impacto positivo no campo da saúde infantil, e minimiza-se as lacunas de conhecimento da comunidade escolar.

9 REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*. v. 3, n. 6, 2011. doi: <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>

ARLEN, A. M.; BOYT, M. A.; COOPER, C. S. School nurse perceptions and knowledge of pediatric toileting. *Journal of Pediatric Urology*, v. 8, p. 205 - 208, 2012.

AUSTIN, P. F. 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. *The Journal of Urology*, v. 191, p. 1863-1865, Junho 2014

AZEVEDO, R.V.M. et al.. Impacto de uma abordagem interdisciplinar em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior (DTUI). *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 451-459, Dec. 2014.

AZRIN, N.H.; FOXX, R.M. Toilet training in less than a day. New York: Pocket Books, 1976

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.1, p.223-230, Janeiro 2012.

BAKKER, E.; WYNDAELE, J. J. Changes in the toilet training of children during the last 60 years: the cause of an increase in lower urinary tract dysfunction? *BJU Int.*, v. 86, p. 248-252, 2000.

BARBOSA, M.C.S.; FOCHI, P.S. O desafio da pesquisa com bebês e crianças bem pequenas. In: Fórum Sul de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação em Educação, 2012, Caxias do Sul. Anais. Caxias do Sul, 2012.

BARTON, S. S. Narrative inquiry: locating aboriginal epistemology in a relational methodology. *J Adv Nurs.*, v. 45, n. 5, p. 519-526, 2004. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02935.x/abstract> >

BASSEDAS, E., HUGUET, T., & SOLÉ, I. Aprender e ensinar na educação infantil. Artmed Editora, 2016, 300p.

BLUM, N.J.; TAUBMAN, B.; NEMETH, N. RELATIONSHIP between age at initiation of toilet training and duration of toilet training: a prospective study. *Pediatrics*, v. 111, p. 810-4, 2003.

BLUMER H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1969.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Viéses. *Acta Urologica*, v. 3, p. 47-52, set., 2010.

- BOWER, W. F. Self-Reported Effect of Childhood Incontinence on Quality of Life. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*, v. 35, n. 6, p. 617-21, 2008.
- BRAZELTON, T.B.. A child oriented approach to toilet training. *Pediatrics*, v. 29, p. 121-8, 1962.
- CHARON, J.M. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 2.ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1985
- CHOBY, B.A.; GEORGE, S. Toilet Training. *American Family Physician*. San Jacinto Methodist Hospital, Baytown, Texas, v. 78, n. 9., p. 1059-64. Nov, 2008.
- CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Narrative inquiry: experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass , 2004. 240 p.
- CLANDININ, D.J., CONNELLY, F.M. *Narrative Inquiry: experience and story in qualitative research*. [Pesquisa Narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa, trans. Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEU/UFU]. Uberlândia: EDUFU; 2011.
- COOPER, C. S. et al. Do public schools teach voiding dysfunction? Results of an elementary school teacher survey. *The Journal of Urology*, v. 170, p. 956-958, set 2003.
- COSWOKS, E.D. et al. Having a toilet is not enough: the limitations in fulfilling the human rights to water and sanitation in a municipal school in Bahia, Brazil. *BMC Public Health*, v. 19, p. 2-9, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6469-y>
- CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. *Pesquisa de Métodos Mistos - Série Métodos de Pesquisa - 2ª Ed.*, 2013,
- CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc., 2007.
- CRUYSSSEN, K.V.der et al. The voiding pattern in healthy pre- and term infants and toddlers: a literature review. *Eur J Pediatr*, v. 174, n. 9, p. 1129-1142, 2015, doi:10.1007/s00431-015-2578-5
- DEHGHANI, et al., 2015 - Dehghani SM, Kulouee N, Honar N, Imanieh MH, Haghghat M, Javaherizadeh H. Clinical Manifestations among Children with Chronic Functional Constipation. *Middle East J Dig Dis*, v. 7, n. 1, p. 31-35, 2015.
- DIAS, I.S.; CORREIA, S.; MARCELINO, P. Desenvolvimento na primeira infância: características valorizadas pelos futuros educadores de infância. *Revista Eletrônica de Educação*, v. 7, n. 3, p.9-24, 2013.
- DOS SANTOS, J. D., LOPES, R. I., KOYLE, M. A. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Canadian Urological Association journal*, v. 11, n. 1, p. S64–S72, 2017. doi:10.5489/cuaj.4411
- ERIC. “Early years and education professionals”, <https://www.eric.org.uk/early-years-and-education-professionals>. Acessado em 29 de maio de 2019.

- FALEIROS F, KÄPPLER C, PONTES FAR, SILVA SSC, GOES FSN, CUCIK CD. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(4):e3880014.
- FETTERS, M. D., CURRY, L. A., & CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health services research*, v. 48, n. 6 Pt 2, p. 2134-2156, 2013. doi:10.1111/1475-6773.12117
- FLICK, UWE. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3 ed. Artmed: Porto Alegre, 2009.
- FONSECA, E.M.G.O. Desenvolvimento normal de 1 a 5 anos. *Revista de Pediatria SOPERJ – suplemento*, p.4-8, 2011.
- GIUSTA, A.S. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. *Educ. rev.* vol.29, no.1, P. 17-28, 2013.
- GREER, B.D.; NEIDERT, P.L.; DOZIER, C.L. A component analysis of toilet-training procedures recommended for young children. *Journal of applied behavior analysis*, v. 49,n. 1, mar 2016, p. 69-84, doi:10.1002/jaba.275.
- GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*.10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007
- KAERTS, N. et al. Toilet training in daycare centers in Flanders, Belgium. *Eur J Pediatr*, v. 171, p. 955-961, 2012.
- _____. Toilet training in healthy children: results of a questionnaire study involving parents who make use of day-care at least once a week. *Neurourol Urodyn*, v. 33, p. 316-323, 2014.
- KAUGARS AS, SILVERMAN A, KINSERVIK M, HEINZE S, REINEMANN L, SANDER M, SCHNEIDER B, SOOD M. Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010 Dec;51(6):747-52. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181de0651.
- KIDDOO, D. et al. *The Effectiveness of Different Methods of Toilet Training for Bowel and Bladder Control.EvidenceReport/Technology Assessment*, n. 147. (Prepared by the University of Alberta Evidence-basedPractice Center, under contract number 290-02-0023). AHRQ Publication No. 07-E003.Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. December 2006.
- KISTNER, M. Dysfunctional elimination behaviors and associated complications in school-age children. *JOSN*, v. 15, n. 2, p. 108-116, Apr. 2009.
- KO, L.N., et al. Lower Urinary Tract Dysfunction in Elementary School Children: Results of a Cross-Sectional Teacher Survey. *J Urol.*, v. 195, n. 4 Pt 2, p. 1232-1238, 2016. doi:10.1016/j.juro.2015.09.091.
- LEEuw, H.G.; et al. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med.*, v. 88, p. 26-34, 2013.

- LEITE, C.T. et al. Prática de educação em saúde percebida por escolares. *Cogitare Enferm*, v. 19, n.1, p. 13-19, 2014.
- LORDELLO, P. et al. Lower urinary tract dysfunction in children. What do pre-school teachers know about it? *Int Braz J Urol.*, v. 33, n. 3, p. 383-8, 2007
- MILLEI, Z.; GALLAGHE, J. Opening spaces for dialogue and re-envisioning children's bathroom in a preschool: practitioner research with children on a sensitive and neglected area of concern. *IJEC*, v. 44, p. 9-29, 2012
- MINAYO, M C S. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9a edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOTA, D. M. et al. Longitudinal study of sphincter control in a cohort of Brazilian children. *Jornal de Pediatria*, v. 86, n. 5, p. 429-434, 2010.
- MOTA, D. M.; BARROS, A. J. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *J Pediatr.*, v. 84, n. 1, p. 9-17, 2008
- MURRAY, C.; MURRAY, K. M.; WAAS, G. A. Child and teacher reports of teacher-student relationships: Concordance of perspectives and associations with school adjustment in urban kindergarten classrooms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. 29, p. 49-61. 2008. doi:10.1016/j.appdev.2007.10.006
- MUYLAERT, C.J. et al. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 48, n. spe2, p. 184-189, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>.
- NICOLODI, E. Políticas públicas de reestruturação do ensino médio: as reformas implantadas pela secretaria de Estado da educação de goiás no período 2000-2010. 2013. 238f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Goiás.
- NUNES, G.C. et al. A percepção dos educadores acerca da disfunção eliminatória. *Residência Pediátrica*, v. 7, n. 3, p. 97-101, 2017.
- OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, v. 13, n. 2, p. 268-77, 2010
- POLIT; D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011
- PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3 , 2008.
- PEREIRA, D. R.; MORAIS, A. Desenvolvimento moral: o que a educação infantil tem a ver com isso. *Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genética*, v. 8, n. 2, p. 105-137, 2016.

PORTUGAL, G. Finalidades e práticas educativas em creche: das relações, actividades e organização dos espaços ao currículo na creche. Porto: Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, 2012

QUEIROZ, C.A. Protocolo de atendimento e fluxo em acidente com material biológico: uma construção coletiva entre profissionais e serviços de saúde. Ribeirão Preto, 2015. 103p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2015.

ROSA, E. F. T.; OLIVEIRA, E. C.; CAMPOS, I. C. M.; ANDRADE, S. C.; ADÃO, I. C. Considerações sobre a enfermagem na escola e suas práticas educativas. HOLOS, Ano 33, Vol. 05. 2017

RONCHI, JP; IGLESIAS, A; AVELLAR, LZ. Interface entre educação e saúde: revisão sobre o psicólogo na escola. Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 22, Número 3, Setembro/Dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018037352>

RASCHE, A. S.; SANTOS, M. D. S. S. Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. Rev. bras. enferm., 66, n. 4, jul-ago 2013. 607-10

RAMEY, C. T.; RAMEY, S. L. The transition to school: Concepts, practices, and needed research. In S. L. Kagan & K. Tarrant (Eds.), Transitions for young children: Creating connections across early childhood systems, p. 19-32, 2010.

SALVIANO, C.F. Sintomas do trato urinário inferior em escolares de uma região administrativa do Distrito Federal: estudo de prevalência e fatores associados. 2014. f 84. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

_____; MARTINS, G. School setting and voiding habits: a cross-sectional study among school-aged children from the Federal District. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 2, p. 235-241, abr./jun., 2016.

SOUZA, B.M.L. Conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao treinamento esfinteriano: estudo com professores de instituições públicas de educação infantil de Brasília. 2015. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015

_____; SALVIANO, C.F.; MARTINS, G. Contexto escolar e sintomas de trato urinário inferior: revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm, v .20, p. 198-206, 2015.

SILVA; A.L.; REIS, E.C.; GREINERT, B.R.M. Atuação do enfermeiro na promoção da saúde escolar. II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. 2016.

SILVA; D.G.V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Revista Latino Americana. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300017>.

SEEDF - Secretaria de Estado de Educação. “Educação Básica - Diretrizes Pedagógicas”. <http://www.se.df.gov.br/educacao-basica-2/>. Acessado em: 29 de maio de 2019.

- SEEDF – Secretaria de Estado de Educação. Distrito Federal, Censo de 2015. Acesso em: 29 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.educacao.df.gov.br/educacao-de-primeira-infancia/>
- SCHUM, T.R.; MCAULIFFE, T.L.; SIMMS, M.D.; WALTER, J.A.; LEWIS, M.; PUPP, R. Factors associated with toilet training in the 1990s. *Ambulat Pediatr*, v. 1, p. 79-86, 2001.
- TARHAN, H., et al. Toilet training age and influencing factors: a multicenter study. *Turk J Pediatr*, v. 57, n. 2, p. 172-6, 2015.
- TAYLOR, W.; CAHILL, J.J. From stigma to the spotlight: A need for patient-centred incontinence care. *Healthcare Management Forum*, p.1-4, 2018. doi: <https://doi.org/10.1177/0840470418798102>
- THIBODEOU, B.A. et al. Urinary incontinence and quality of life in children. *J Pediatr Urol*, v.9, n.1, p.78-83, 2013.
- TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M. dos.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Rev. Bras. enferm. Brasília*, v. 61, n. 6, p. 904-8, nov./dez. 2008.
- VAN NUNEN, K. et al. Parents' views on toilet training (TT): a quantitative study to identify the beliefs and attitudes of parents concerning TT. *J Child Health Care*, v. 21, p. 1-10, 2013.
- VERNON, S.; LUNDBLAD, B.; HELLSTROM, A.L. Children's experiences of school toilets present a risk to their physical and psychological health. *Child: Care, Health & Development*, v. 29, p. 47-53, 2003. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00310.x
- WACHELKE, João et al . Caracterização e Avaliação de um Procedimento de Coleta de Dados Online (CORP). *Aval. psicol., Itatiba* , v. 13, n. 1, p. 143-146, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 maio 2019.
- WIDODO, A.; HEGAR, B.; VANDENPLAS, Y. Pediatricians lack knowledge for the diagnosis and management of functional constipation in children over 6 mo of age. *World J Clin Pediatr*, v. 87, n. 1, p. 56-61, 2018. DOI: 10.5409/wjcp.v7.i1.56
- WILSON, D. Promoção da Saúde da Criança de 1 a 3 anos e de sua família. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. Wong, *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, p. 1005-10.
- WOLFE-CHRISTENSEN, C., et al. Bladder and bowel dysfunction: evidence for multidisciplinary care. *J Urol.*, v. 190, n. 5, p. 1864-8, 2013. doi: 10.1016/j.juro.2013.05.012. Epub 2013 May 10.
- YOUSEF, K.A.; BASALEEM, H.O.; ALSAKKAF, K.A. Daytime urinary incontinence among kindergarten children in aden governorate, 2003. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, v. 21, p. 1092-9, 2010.

10 APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário (fase quantitativa)

Estamos realizando um estudo sobre o Treinamento Esfincteriano, ou treinamento para uso do banheiro, em crianças que frequentam o ambiente escolar. Por favor, conte-nos sobre sua experiência com seus alunos no ÚLTIMO ANO: será muito valioso e necessário para o entendimento do tema. Obrigada! ☺				
Você já teve que lidar com o treinamento para uso do banheiro em seu dia a dia na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei				
Se sim, por favor, prossiga com este questionário:				
1- Qual seu enquadramento funcional?	<input type="checkbox"/> Professor	<input type="checkbox"/> Auxiliar	<input type="checkbox"/> Outro	
2- Idade:	<input type="checkbox"/> ≤ 29 anos	<input type="checkbox"/> 30-40 anos	<input type="checkbox"/> ≥ 41 anos	
3- Gênero:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/>	
4- Há quanto tempo você trabalha com educação infantil?	<input type="checkbox"/> ≤ 4 anos	<input type="checkbox"/> 5-9 anos	<input type="checkbox"/> ≥ 10 anos	
Para responder as perguntas abaixo, pense nas turmas de crianças que você lecionou NO ÚLTIMO ANO; considere um dia de semana comum e o período que a criança está na escola. Marque a resposta que achar mais apropriada.				
5- Em média, quantas crianças tem a turma que leciona?	<input type="checkbox"/> ≤ 9 alunos	<input type="checkbox"/> 10-15 alunos	<input type="checkbox"/> 16-20 alunos	<input type="checkbox"/> ≥ 21 alunos
6- Em média, qual a faixa etária dos alunos que você leciona?	<input type="checkbox"/> 1 ano	<input type="checkbox"/> 2 anos	<input type="checkbox"/> 3 anos	<input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> 5 anos
7- Você observa algum sinal ou habilidades específicas da criança para iniciar ou dar continuidade ao treinamento para uso do banheiro? (É possível marcar mais de uma resposta)	<input type="checkbox"/> Andar <input type="checkbox"/> Falar <input type="checkbox"/> Colocar e tirar peças de roupa sozinha <input type="checkbox"/> Entender e seguir instruções <input type="checkbox"/> Comunicação verbal <input type="checkbox"/> Comunicação não-verbal <input type="checkbox"/> Ficar sentada no vaso sanitário de 5 a 10 minutos <input type="checkbox"/> Ter curiosidade <input type="checkbox"/> Ser impaciente com fraldas sujas ou molhadas			

<p>8- Em média, qual idade você acha que a criança deve ter para retirar-se completamente as fraldas?</p>	<p>(Especifique a idade em meses): _____</p>		
<p>9- Você acha que há uma frequência diária normal para que a criança vá ao banheiro para urinar? (Considere os períodos em que a criança está na escola)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim, mas a criança não precisa, necessariamente, ir ao banheiro na escola</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança vai, pelo menos, 1 vez ao banheiro</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança vai 2 ou 3 vezes ao banheiro</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança vai 4 ou mais vezes ao banheiro</p> <p><input type="checkbox"/> Não (por favor, diga o motivo): _____</p>		
<p>10- Na sua opinião, a criança deve fazer cocô, pelo menos, 1 vez por dia?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>11- Você requisita à criança vá ao banheiro durante o período em que ela está na escola?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>12- Há horários específicos para as crianças utilizarem o banheiro?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>12.1- Se sim, caso uma criança peça para ir o banheiro fora desses horários, é pedido a ela que espere?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>13- Algumas vezes, a criança precisa ir correndo ao banheiro para evitar que urine nas roupas. Na sua opinião, isto é:</p>	<p><input type="checkbox"/> Um comportamento normal</p> <p><input type="checkbox"/> Preguiça de ir ao banheiro</p> <p><input type="checkbox"/> Desatenção da criança</p> <p><input type="checkbox"/> Algo que indique um problema urinário</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores</p>		
<p>14- Se a criança molha a roupa de urina, isto, na sua opinião, é:</p>	<p><input type="checkbox"/> Um comportamento normal</p> <p><input type="checkbox"/> Preguiça de ir ao banheiro</p> <p><input type="checkbox"/> Desatenção da criança</p> <p><input type="checkbox"/> Algo que indique um problema urinário</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores</p>		
<p>15- Nos diga como são as condições dos banheiros destinados ao uso das crianças (é possível marcar mais de uma resposta):</p>	<p><input type="checkbox"/> São próximos à sala de aula</p> <p><input type="checkbox"/> Possuem vasos sanitários da altura da criança</p> <p><input type="checkbox"/> Possuem redutor de assento sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Apresentam boxes privativos</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre há material para higienização (como papel higiênico, água e sabão)</p>		

	<input type="checkbox"/> O material para higienização está adequado à altura da criança		
	<input type="checkbox"/> Possuem pisos antiderrapantes		
	<input type="checkbox"/> A limpeza é feita frequentemente		
16- Você já recebeu alguma orientação sobre o treinamento para uso do banheiro em crianças?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
17- Tem interesse em participar de um programa educativo sobre o tema?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (etapa quantitativa)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Desenvolvendo um programa educativo sobre treinamento esfinteriano para profissionais da educação infantil”, sob a responsabilidade do pesquisador Bruna Marcela Lima de Souza. O projeto pretende investigar como o processo de treinamento esfinteriano é compreendido e conduzido neste cenário por tais atores a luz dos marcos/competências desenvolvimentais relativas a eliminação urinária e intestinal.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento dos professores sobre treinamento esfinteriano, ou treinamento para uso do banheiro em crianças de 1 a 5 anos. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para um entendimento e oportunidades de desenvolvimento de pesquisas aos profissionais de saúde em termos de prevenção, orientação e intervenção em saúde.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de um questionário autoaplicável com questões de múltipla escolha no próprio ambiente de seu trabalho, na data combinada com o(a) diretor(a) responsável por cada instituição de ensino abordada, com um tempo estimado de 20 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados ao incômodo que algumas perguntas a serem realizadas podem causar resultando em constrangimento, vergonha, estresse ou desconforto emocional. Quanto aos benefícios, se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para um melhor entendimento sobre os fatores relativos ao treinamento esfinteriano entre professores/educadores de alunos de 1 a 5 anos de idade e quais dessas variáveis podem ser consideradas como fatores contribuintes para obter informações que subsidiem o desenvolvimento de um programa educativo de sinais de prontidão para início do treinamento esfinteriano, baseado nas necessidades educacionais expressas por e direcionado para professores de Educação Infantil.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília - UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Enfa. Bruna Marcela Lima de Souza, no telefone: 98473-7384 ou pelo e-mail: brunamarcelima@gmail.com.; ou para a Profa. Dra. Gisele Martins, no telefone: 98103-3989 ou pelo e-mail: gmartins@unb.br. Informamos que os telefones listados estão disponíveis para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C - Questões norteadoras da Entrevista (fase qualitativa)

Estou realizando um estudo sobre o Treinamento Esfincteriano, ou treinamento para uso do banheiro, em crianças que frequentam o ambiente escolar.

Gostaria de saber sobre sua experiência com seus alunos NO ÚLTIMO ANO, pois será algo muito importante e necessário para o entendimento do tema. Para responder as perguntas que lhe farei, pense nas turmas de crianças que você lecionou no último ano; considere um dia de semana comum e o período que a criança está na escola.

1- Qual seu enquadramento funcional?	<input type="checkbox"/> Professor	<input type="checkbox"/> Auxiliar	<input type="checkbox"/> Outro		
2- Idade:	_____				
3- Gênero:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/>		
4- Há quanto tempo você trabalha com educação infantil?	_____				
5- Você já teve que lidar com o treinamento para uso do banheiro em seu dia a dia na escola?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei		
6- Em média, quantas crianças tem a turma que leciona?	_____				
7- Em média, qual a faixa etária dos alunos que você leciona?	<input type="checkbox"/> 1 ano	<input type="checkbox"/> 2 anos	<input type="checkbox"/> 3 anos	<input type="checkbox"/> 4 anos	<input type="checkbox"/> 5 anos

8- Gostaria de ouvir o que o senhor/a senhora faz para promover o treinamento para uso do banheiro das crianças da sua turma.

9- Conte-me o que o senhor/a senhora observa para saber quando uma criança está pronta para iniciar o treinamento para uso do banheiro.

10- O senhor/a senhora utiliza alguma técnica ou método para treinar os alunos ao uso do banheiro?

a) onde aprendeu essa técnica ou método?

11- Como se dá a comunicação/parceria com os pais das crianças?

12- Quais as principais dificuldades que o senhor/a senhora enfrenta no dia-a-dia para promover o treinamento para uso do banheiro?

a) como o senhor/a senhora tem lidado com essas dificuldades encontradas?

b) o que ajudou ou poderia ter ajudado?

13- O senhor/a senhora acha que existem hábitos que possam ajudar a criança no treinamento para uso do banheiro?

14- O senhor/a senhora acha que existe hábitos que possam atrapalhar ou prejudicar a criança no treinamento para uso do banheiro?

15- O senhor/a senhora acha que é importante, para o professor, ter informações sobre o treinamento para uso do banheiro?

a) o que poderia lhe ajudar no processo de treinamento para uso do banheiro?

b) qual seria a melhor maneira de transmitir essas informações a outros professores?

Muito obrigada pela sua ajuda!

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (fase qualitativa)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Desenvolvendo um programa educativo sobre treinamento esfinteriano para profissionais da educação infantil”, sob a responsabilidade do pesquisador Bruna Marcela Lima de Souza. O projeto pretende investigar como o processo de treinamento esfinteriano é compreendido e conduzido neste cenário por tais atores a luz dos marcos/competências desenvolvimentais relativas a eliminação urinária e intestinal.

O objetivo desta pesquisa é investigar a percepção de professores de educação infantil quanto suas necessidades educacionais sobre a temática de treinamento esfinteriano, ou treinamento para uso do banheiro, de crianças com idade de 1 a 5 anos; e avaliar informações ou aspectos do treinamento esfinteriano que professores acreditam ser importantes para ter sucesso na condução do TE nos seus alunos.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista no próprio ambiente de trabalho docente, na data combinada com um tempo estimado de 50 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados ao incômodo que algumas perguntas a serem realizadas podem causar resultando em constrangimento, vergonha, estresse ou desconforto emocional. Quanto aos benefícios, se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para um melhor entendimento sobre os fatores relativos ao treinamento esfinteriano entre professores/educadores de alunos de 1 a 5 anos de idade e quais dessas variáveis podem ser consideradas como fatores contribuintes para obter informações que subsidiem o desenvolvimento de um programa educativo de sinais de prontidão para início do treinamento esfinteriano, baseado nas necessidades educacionais expressas por e direcionado para professores de Educação Infantil.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília - UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Enfa. Bruna Marcela Lima de Souza, no telefone: 98473-7384 ou pelo e-mail: brunamarcelima@gmail.com.; ou para a Profa. Dra. Gisele Martins, no telefone: 98103-3989 ou pelo e-mail: gmartins@unb.br. Informamos que os telefones listados estão disponíveis para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

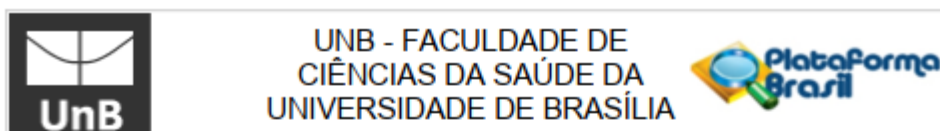
Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

11 ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP/FS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvendo um programa educativo sobre treinamento esfinteriano para profissionais da educação infantil

Pesquisador: Bruna Marcela L. de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90549218.0.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

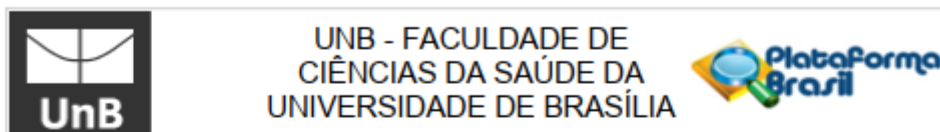
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.807.640

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo apresentado pela pesquisadora: "Introdução: As instituições de educação infantil são vistas como um importante cenário de aprendizagem, exercendo um papel significativo na forma como as crianças aprendem e desenvolvem seus hábitos, incluindo os de eliminações fisiológicas. Desse modo, ao considerar a posição privilegiada que os educadores ocupam frente ao cuidado das crianças, pretende-se investigar como o processo de treinamento esfinteriano (TE) é compreendido e conduzido neste cenário por tais atores a luz dos marcos/competências desenvolvimentais relativas a eliminação urinária e intestinal. Objetivos: Investigar a percepção de professores de educação infantil quanto suas necessidades educacionais sobre a temática de TE em crianças com idade de 1 a 5 anos; descrever como os professores percebem e conduzem a tarefa de realizar o TE em seus alunos; suas percepções quanto a sinais de prontidão para o início do TE; e assim desenvolver um programa educativo baseado nos sinais de prontidão para início do TE. Método: Trata-se de um estudo de método misto convergente a ser realizado com professores de instituições públicas de educação infantil da Regional de Ensino do Plano Piloto de Brasília, Distrito Federal. A coleta de dados ocorrerá em 2 fases. A primeira fase corresponde a um estudo transversal, no qual será aplicado um questionário para avaliação do conhecimento dos professores sobre TE (fase quantitativa). O segundo momento trata-se de uma pesquisa qualitativa, a ser realizada por meio da técnica de entrevista individual em profundidade, e os dados serão analisados através da técnica de análise de conteúdo pela narrativa. O projeto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.807.640

será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Resultados esperados: Pretende-se obter informações que subsidiem o desenvolvimento de um programa educativo baseado nos sinais de prontidão para início do TE, construído a partir das necessidades educacionais expressas e direcionado para professores de Educação Infantil. Tal programa pretende ser um sistema de apoio aos profissionais da educação para tomada de decisão informada sobre o processo de TE no contexto de instituição de educação infantil".

Critérios de Inclusão e exclusão: "Os critérios de inclusão serão: professores que lecionam em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos; e que tem, no mínimo, um ano de experiência, em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos. Enquanto que os critérios de exclusão serão: professores que lecionam em turmas especiais – crianças portadoras de doenças crônicas debilitantes, doenças genéticas ou com comprometimento do crescimento e desenvolvimento; e professores que tenham menos de um ano de experiência em turmas de crianças com idade de 1 a 5 anos".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: "Compreender as necessidades educacionais sobre a temática de TE de professores de educação infantil que trabalham com crianças com idade de 1 a 5 anos, em instituições públicas de educação infantil de Brasília (DF); e apresentar uma proposta de programa educativo para TE, baseado nas necessidades de informação expressas por e direcionado para professores de instituições públicas de educação infantil de Brasília".

Objetivos específicos: "Fase quantitativa: Avaliar o conhecimento dos professores sobre TE por meio da aplicação de um questionário com questões aberta e de múltipla escolha; Identificar se e quais os sinais de prontidão os professores utilizam para dar início ao TE; Descrever o conhecimento dos professores sobre sinais e/ou sintomas sugestivos de disfunção vesical e intestinal na infância (DVI) e sobre atitudes promotoras de hábitos saudáveis de eliminação; Identificar se os professores já receberam informações acerca do TE, e se tem interesse em participar de programas educativos relacionados ao tema.

Fase qualitativa: Identificar se e quais os métodos de TE os professores utilizam com seus alunos; Avaliar informações ou aspectos do TE que os professores acreditam ser importantes para ter sucesso na condução do TE nos seus alunos; Validar os principais componentes de informação que devem fazer parte de um programa educativo sobre TE, considerando os diferentes estágios do

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 02 de 07



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.807.640

processo de TE na criança saudável como: sinais de prontidão, métodos a serem adotados (segundo o progresso da criança na aquisição das diferentes competências de controle esfinteriano), tópicos a serem abordados, sugestões sobre formato e estratégias de divulgação de tal programa educativo para as instituições de ensino infantil do DF”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Primeiramente, segundo as recomendações éticas do Ministério da Saúde e seguindo as recomendações da Resolução n. 468 de 12 de dezembro de 2012, é necessário obter o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito colaborador da pesquisa. A pesquisadora deve explicar aos participantes que estes receberão todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. O nome dos participantes não será divulgado, sendo mantido o sigilo pela omissão das informações que permitam identificá-los. A participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. A pesquisadora também deve informar que os participantes são livres para recusar a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, devendo o sujeito estar ciente da pesquisa, e de que poderá desistir a qualquer tempo, sem que haja qualquer prejuízo à ele. O pedido de autorização ao colaborador será feito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deverá ser assinado por ambas as partes, contendo duas vias. O projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília. Somente após a aprovação do CEP/FS, será realizado a coleta de dados. Quanto a avaliação de riscos, será empregado métodos de coleta de dados baseados em preenchimento de um questionário e realização de uma entrevista, não sendo realizada nenhuma intervenção invasiva aos indivíduos que participarão da pesquisa. Dessa forma, enfatiza-se que os instrumentos aplicados (questionário e entrevista) podem ser considerados como possíveis causadores de incômodo, desconfortos e constrangimentos frente ao tema abordado; o que pode levar a uma possível experiência negativa e estressante em participar da pesquisa. Quanto aos benefícios, esta área do cuidado pediátrico oferece oportunidades de desenvolvimento de pesquisas aos profissionais de saúde em termos de prevenção, orientação e intervenção em saúde. Porém, alguns estudos (KAERTS et al., 2012; KAERTS et al., 2014) apontam que pais e cuidadores sentem-se confusos e inseguros sobre quando iniciar o TE e qual técnica/método utilizar. Em contrapartida, os profissionais de saúde e educação parecem não dispor de evidências robustas que apoiem a tomada de decisão informada sobre qual abordagem (sobre o método de TE) recomendar. Além do mais, as pesquisas publicadas nesta área são, em sua maioria, realizadas fora do Brasil e refletem

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 03 de 07



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.807.640

uma realidade internacional que, por sua vez, podem gerar algumas inconsistências devido às diferenças culturais e populacionais (CRUYSSSEN et al., 2015; SOUZA et al., 2015; LORDENO et al, 2007). No contexto científico, esta pesquisa condensa-se numa multiplicidade de horizontes, por meio da preocupação teórica, da preocupação metodológica e da preocupação prática. Neste sentido, a teoria é indispensável com formulação de quadro explicativo de referência, refinamento conceitual e capacidade de criação discursiva e analítica. O método coloca a discussão sobre a vertente das concepções de ciência e a prática é a capacidade de recriar teoria e unir saber e mudar (QUEIROZ, 2015)".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa em nível Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, sob a orientação da professora Dra. Gisele Martins. É um estudo quali-quantitativo, com aplicação de questionários e entrevistas, com a previsão de participação de 300 professores da educação infantil que trabalham com crianças com idade de 1 a 5 anos, em instituições públicas de educação infantil da Regional de Ensino do Plano Piloto de Brasília, Distrito Federal. Orçamento apresentado na Plataforma Brasil prevê R\$3.738,00 com financiamento próprio. O cronograma de execução de atividades no mesmo documento prevê início da coleta de dados a partir de 15/08/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Carta de encaminhamento ao CEP/FS, assinada pelo pesquisador responsável - documento em versão editável "2_carta_encaminh_projeto_CEPFS_Bruna.docx" e "2_carta_encaminh_projeto_CEPFS_assinado.pdf", postados em 29/05/2018.

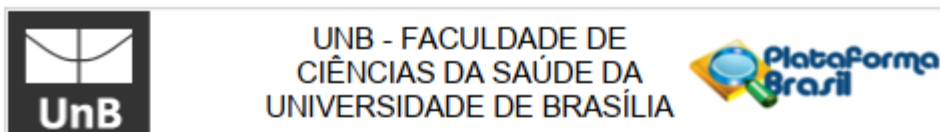
2-Informações básicas do projeto não editável

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1108894.pdf" postado em 29/05/2018.

3. Termos de responsabilidade e compromisso de ciência e cumprimento da Res. CNS 466/2012, "5_TermoRespCompromPesq_CEPFS_Bruna.doc" e versão não editável "5_TermoRespCompromPesq_CEPFS_assinado.pdf" , postados em 29/05/2018.

4- Termos de concordância da Instituição co-participante "4_TermoConcordCoparticip_CEPFS_Bruna.doc" e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.807.640

"4_TermoConcordCoparticip_CEPFS_Brunaassinado.pdf", assinado pela Diretora Thaiane Ferreira, da Diretoria de Formação Continuada, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional – Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação (EAPE) da SE, DF, postados em 29/05/2018.

5- Orçamento "10_ModPlanilha_CEPFS_Bruna.doc" postado em 29/05/2018.

6. Folha de rosto assinada pela pesquisador responsável e com assinatura e carimbo da Profª Karin Eleonora Sávio de Oliveira, Vice-Diretora da FS, como instituição proponente – documento não editável "1_Folha_de_rosto_CEPassinado.pdf" postado em 24/05/2018.

7. Modelo de TCLE- documento editável – "6_TCLE_Fase_QUANTI_Bruna.doc" e "6_TCLE_Fase_QUALI_Bruna.doc", postados em 29/05/2018.

8- Currículo Lattes das pesquisadoras: currículo Lattes da pesquisadora proponente "7_Curriculo_Lattes_BrunaMLSouza.pdf" da professora orientadora "7_Curriculo_Lattes_GiseleMartins.pdf", postados em 25/05/2018.

9- Projeto detalhado –versão editável "8_Projeto_Pesquisa_Submissao_CEP_Mestrado_Bruna.docx", postado em 29/05/2018.

10- Cronograma da pesquisa "9_CRONOGRAMA_CEPFS.docx", posrado em 25/05/2018.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem óbices éticos. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante, se for o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 05 de 07



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.807.640

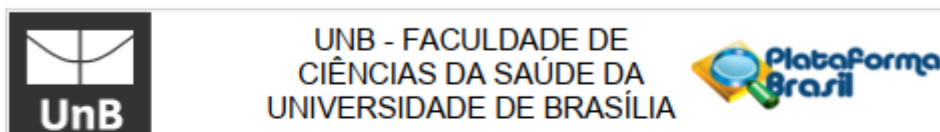
CASO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1108894.pdf	29/05/2018 11:55:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_TermoConcordCoparticip_CEPFS_Bruna_assinado.pdf	29/05/2018 11:52:07	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_TermoConcordCoparticip_CEPFS_Bruna.doc	29/05/2018 11:51:48	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3_TermoConcord_CEPFS_Bruna.doc	29/05/2018 11:51:25	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3_TermoConcord_CEPFS_assinado.pdf	29/05/2018 11:50:33	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	6_TCLE_Fase_QUANTI_Bruna.doc	29/05/2018 11:48:00	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	6_TCLE_Fase_QUALI_Bruna.doc	29/05/2018 11:47:41	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	8_Projeto_Pesquisa_Submissao_CEP_Mestrado_Bruna.docx	29/05/2018 11:47:27	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Outros	2_carta_encaminh_projeto_CEPFS_Bruna.docx	29/05/2018 11:47:05	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Outros	2_carta_encaminh_projeto_CEPFS_assinado.pdf	29/05/2018 11:45:46	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_TermoRespCompromPesq_CEPFS_Bruna.doc	29/05/2018 11:41:14	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_TermoRespCompromPesq_CEPFS_assinado.pdf	29/05/2018 11:39:52	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Orçamento	10_ModPlanilha_CEPFS_Bruna.doc	25/05/2018 11:05:00	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Outros	9_CRONOGRAMA_CEPFS.docx	25/05/2018 10:53:39	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Outros	7_Curriculo_Lattes_GiseleMartins.pdf	25/05/2018 10:50:34	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito
Outros	7_Curriculo_Lattes_BrunaMLSouza.	25/05/2018	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 06 de 07



Continuação do Parecer: 2.807.640

Outros	pdf	10:50:17	Souza	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rosto_CEP_assinado.pdf	24/05/2018 10:08:04	Bruna Marcela L. de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 11 de Agosto de 2018

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 07 de 07

ANEXO B – Autorização Para realização de Pesquisa - SEEDF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação - EAPE

Memorando Nº 103/2018 – EAPE

Brasília, 08 de maio de 2018.

PARA: CRE Plano Piloto/Cruzeiro
ASSUNTO: Autorização para realização de pesquisa

Senhor (a) Diretor (a),

Autorizamos a pesquisadora BRUNA MARCELA LIMA DE SOUZA, acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília - UnB, a realizar pesquisa de campo nessa regional.

A pesquisa intitulada "DESENVOLVENDO UM PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE TREINAMENTO ESFINCTERIANO PARA PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO INFANTIL" tem como objetivo compreender as necessidades educacionais sobre a temática TE de professores de educação infantil que trabalham com crianças com idade de 1 a 5 anos, em instituições públicas de educação infantil de Brasília (DF).

Dentre as ações de pesquisa estão incluídos observações, questionários semiestruturais, entrevistas e diário de campo.

A autorização final da coleta dos dados dependerá do aceite do (a) gestor (a) da unidade ou setor objeto da pesquisa. O acesso à escola e aos professores se dará por autorização expressa dos Gestores da Unidade de Ensino, assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e ainda mediante parecer do **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília- UnB**.

Atenciosamente,

Thaiane Ferreira

Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação – EAPE
Diretoria de Formação Continuada, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional
Diretora

Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação - EAPE
SGAS 907, Conjunto - A, CEP- 70 390-070
Telefone: 3901-2378

Anexo C - Termo de Concordância da SEEDF para realização da pesquisa.



Faculdade de Ciências da Saúde/FS
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

A diretora Thaianie Ferreira, da Diretoria de Formação Continuada, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional – Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação (EAPE) está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa “Desenvolvendo um programa educativo sobre treinamento esfinteriano para profissionais da educação infantil”, de responsabilidade da pesquisadora *Bruna Marcela Lima de Souza*, para “compreender as necessidades educacionais acerca do Treinamento Esfinteriano de professores de educação infantil que trabalham com crianças com idade de 1 a 5 anos, em instituições públicas de educação infantil de Brasília (DF)”, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como instituição proponente do projeto de pesquisa, e também da aprovação pelo Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação (EAPE).

O estudo envolve aplicação de questionários semiestruturados e realização de entrevistas em professores. Tem duração de 3 meses, com previsão de início para Agosto/2018

Brasília, 08 de maio de 2018.

Diretora responsável da Diretoria de Formação Continuada, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional – Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação (EAPE):

Thaianie Ferreira

2018/05/08

Nome/Assinatura/Carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:
Bruna Marcela Lima de Souza

Nome/Assinatura