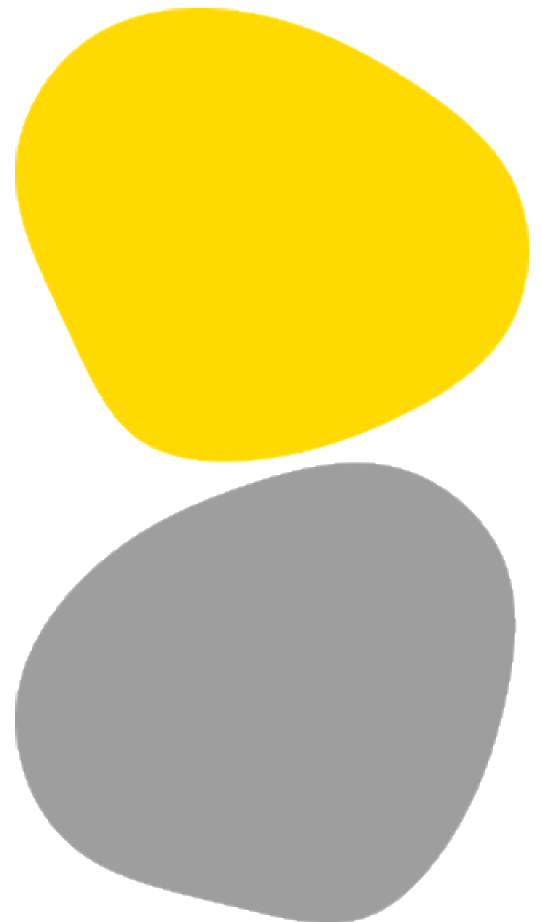


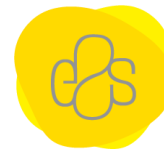


Perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche no processo de desfralde das crianças

Sara Lopes Barbosa

07/2025





Perceções dos(as) educadores(as) em contexto creche no processo de desfralde das crianças

Autor

Sara Virgínia Lopes Barbosa

Orientador(es)

PhD/ Sofia Lopes/Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Tâmega e Sousa e Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (E2S-P.PORTO)

PhD/Paula Clara Santos/Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (E2S-P.PORTO)

PhD/Maria João Trigueiro/ Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (E2S-P.PORTO)

Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio apresentada(o) para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia – Ramo/Área de Especialização em Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.



Agradecimentos

Para este trabalho ser possível tive de, primeiro, me apaixonar pela fisioterapia pélvica. Esta paixão surgiu depois de conhecer a querida Andreia Antunes e, por isso, e por tudo o que fiz desde então, obrigada Andreia.

Agradeço à Professora Maria João, por ter alinhado nesta aventura, pela sua orientação e por, de forma sempre delicada, orientar os meus questionamentos e constantes dúvidas.

Agradeço à Professora Paula Clara pela coordenação deste incrível mestrado. Vou sempre lembrar-me que “não devo olhar para o lado”.

Agradeço à Professora Sofia Lopes, por mais uma vez, 11 anos depois, estar a orientar o meu trabalho de mestrado, sempre com a sua assertividade e carinho.

Agradeço a todas as pessoas que aceitaram dar o seu contributo para este estudo, fazendo as entrevistas e partilhando as suas experiências. Um especial agradecimento à Dra. Isabel e à Dra. Dulce, por abrirem as portas das suas instituições para que este projeto pudesse existir.

Agradeço às minhas colegas de mestrado por serem colo sempre que foi necessário. Especial agradecimento à Rita, que se tornou uma amiga querida, e à Natália que me ouve sempre reclamar de tudo e me tranquiliza.

Agradeço à querida Maria, porque foi colo, abrigo, motivação e um apoio incondicional neste trabalho. Sem ela não sei se seria possível chegar até aqui.

Agradeço agora, às pessoas mais importantes da minha vida. À minha mãe, que muitas vezes me auxiliou para eu ter algum tempo para dedicar a este projeto e que confia sempre que eu sou capaz, mais do que eu! Agradeço ao Pedro, que soube lidar com as minhas ausências, físicas e mentais, durante este mestrado e durante a elaboração deste trabalho. E por fim, ao ser humano com quem mais aprendo, o meu filho Xavier. Agradeço pela paciência nas minhas ausências e por me ensinar que nada na vida vale a pena se não fizermos por/com amor. Assim foi pensado e escrito este trabalho.



Resumo

O desfralde é um processo inerente ao crescimento, sendo um marco muito importante do desenvolvimento infantil. Em Portugal, o acesso à creche tem vindo a aumentar, com cada vez mais crianças a terem oportunidade de aceder a estas instituições a partir dos 4 meses, sendo expectável que os(as) educadores(as) tenham um papel importante em todos os processos do desenvolvimento infantil, incluindo o desfralde. Assim, este estudo pretende investigar, em profundidade, através de entrevistas semiestruturadas, a perceção de oito educadores(as) em contexto de creche em relação ao processo de desfralde das crianças.

Foram apresentadas 4 categorias e 6 subcategorias. A análise de conteúdo das entrevistas evidenciou vários receios dos(as) educadores(as) em relação ao desfralde. Verificou-se que os(as) educadores(as) não têm formação de base neste tema, apresentando dificuldades em orientar hábitos urinários e defecatórios saudáveis, fundamentando a necessidade de informar e capacitar estes profissionais de modo a fomentar a prática de comportamentos e hábitos saudáveis na primeira infância, em contexto de creche.

Palavras-chave: Educação de infância; Fralda; Controlo de esfíncteres; Uroterapia.



Abstract

Toilet training is an inherent part of growth and represents a significant milestone in child development. In Portugal, access to daycare has been increasing, with more and more children having the opportunity to attend these institutions from the age of four months. As a result, it is expected that early childhood educators play an important role in all aspects of child development, including toilet training. This study therefore aims to investigate, in depth, through semi-structured interviews, the perceptions of eight educators working in daycare settings regarding the toilet training process of young children.

Four categories and six subcategories were identified. Content analysis of the interviews revealed several concerns among educators regarding toilet training. The findings showed that educators lack formal training in this area and experience difficulties in guiding the development of healthy urinary and bowel habits. These results underscore the need to inform and empower these professionals in order to promote the adoption of healthy behaviours and habits during early childhood in daycare settings.

Keywords: Early childhood education; Diaper; Sphincter control; Urotherapy.



Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	Uroterapia como método de educação para a saúde vesical/intestinal.....	3
1.2.	Sinais de prontidão para o desfralde.....	5
2.	Métodos.....	5
2.1.	Considerações éticas.....	5
2.2.	Desenho do estudo.....	6
2.3.	Amostra.....	7
2.4.	Procedimentos de recolha e análise de dados	8
2.5.	Instrumentos	10
2.5.1.	Questionário de caracterização da amostra.....	10
2.5.2.	Guião de entrevista.....	10
3.	Interpretação dos resultados.....	11
3.1.	Desfralde.....	11
3.1.1.	Sinais dados pela criança	12
3.1.2.	Estratégias de comunicação/orientação do desfralde.....	14
3.1.3.	Iniciação ao uso da casa de banho.....	17
3.1.4.	Método de desfralde.....	20
3.1.5.	Comunicação com os pais.....	23
3.1.6.	Comportamento da criança no desfralde	25
3.2.	Muda de fralda.....	26
3.3.	Dificuldades e facilitadores do desfralde.....	30
3.4.	Necessidades dos(as) educadores(as) em relação ao desfralde.....	34
4.	Conclusão.....	36
	Referências Bibliográficas.....	37
	Anexos	44
	Anexo 1- Sinais de prontidão para o desfralde	44
	Anexo 2- Parecer da comissão de ética	45
	Anexo 3- Pedido de autorização para realização do estudo (Creche IPSS).....	47
	Anexo 4- Pedido de autorização para realização do estudo (Creche privada).....	48
	Anexo 5- Modelo de consentimento informado para os(as) educadores(as).....	49



Anexo 6- Questionário de caracterização da amostra.....	50
Anexo 7- Guião de entrevista.....	52



1. Introdução

O desfralde, enquanto processo de aquisição da continência urinária e fecal, é essencial e importante na vida da criança, sendo influenciado por fatores anatómicos, psicológicos e comportamentais (Carvalho et al., 2022). A criança é considerada como desfraldada quando tem noção da urgência urinária e defecatória e inicia o esvaziamento sem ser lembrada ou preparada pelos pais ou cuidadores. É compreendido que a capacidade para usar a sanita ou o pote de forma independente requer uma maturação complexa relacionada com o reconhecer e compreender as sensações de urgência urinária e defecatória, nomeadamente, ir até à casa de banho, baixar a roupa, sentar-se durante o tempo necessário para esvaziar o intestino ou a bexiga, limpar-se e voltar a colocar a roupas novamente, lavando as mãos no final (Mota & Barros, 2008). Existem várias definições de desfralde, o que dificulta a discussão e comparação entre estudos (de Carvalho Mrad et al., 2021). Neste estudo o desfralde será considerado como o processo de atingimento do controlo/continência urinária e defecatória (Wu, 2010).

Existem vários métodos documentados para o treino do desfralde, sendo eles divididos em duas grandes abordagens: a abordagem guiada pela criança e a abordagem comportamental estruturada (Carvalho et al., 2022; de Carvalho Mrad et al., 2021). Não obstante, não existe até ao momento nenhum consenso sobre o método mais ajustado (de Carvalho Mrad et al., 2021), sendo que as principais orientações da Associação Americana de Pediatria (AAP) são baseadas na abordagem guiada pela criança (Stadtler et al., 1999). Esta abordagem defende que o desfralde deve ser iniciado quando a criança demonstra interesse e sinais de prontidão nesse sentido (Brazelton, 1962), sendo que, a nível fisiológico, o controlo de esfíncteres só se encontra concluído pelos 18 meses (Clifford & Gorodzinsky, 2000; Stadtler et al., 1999; Wu, 2010). No entanto, os fatores psicológicos e sociais inerentes ao desfralde podem não estar completos nesta fase, sendo que a maior parte das crianças inicia este processo após os 24 meses (Brazelton, 1962; Stadtler et al., 1999). Por outro lado, é expetável a conclusão do desfralde diurno até aos 4 anos da idade (Blum et al., 2004b; Stadtler et al., 1999). A abordagem comportamental estruturada inclui vários métodos diferentes, como o método guiado pelo adulto, a comunicação de eliminação (expressões da criança associadas ao esvaziamento da bexiga e intestino), o treino assistido e o treino através de alarme. De diferentes formas em todos estes métodos os pais definem quando se inicia o desfralde, por serem baseados no condicionamento, e a criança é levada à casa de banho em horários específicos e quando demonstra sinais de urgência (Carvalho et al., 2022; de Carvalho Mrad et al., 2021).



A literatura tem mostrado que o desfralde bem-sucedido é promotor da autonomia e autoestima da criança, influenciando também a forma como ela é percebida socialmente (Shoshani & Schreuer, 2019). No entanto, dificuldades no processo de desfralde podem levar a consequências físicas, como retenção de fezes e obstipação consequente, recusa no uso da casa de banho, incontinência urinária e fecal, e psicológicas como a vergonha, a baixa autoestima, culpa e dificuldades relacionais (Blum et al., 2004a; Borowitz et al., 2003; Choby & George, 2008; Honig, 1993; Kinservik & Friedhoff, 2000; Sampaio et al., 2016).

O uso de fralda até aos 4 anos pode aumentar a coação dos pares em relação à criança, o que pode impactar o seu bem-estar e as relações sociais. Contudo, não parece haver diferenças a nível psicológico em crianças de 4 anos que concluíram o desfralde comparativamente às que ainda não concluíram (Axelrod et al., 2020).

A responsabilidade do desfralde é essencialmente dos pais e cuidadores mas, hoje em dia, é muito relevante o papel dos(as) educadores(as) neste processo, sendo os(as) educadores(as) pessoas de confiança dos pais e, na sua perspetiva, pessoas experientes na orientação do desfralde (Kaerts et al., 2014; Van Aggelpoel et al., 2019). Em estudos sobre o tema, é destacada a importância dos(as) educadores(as) durante o desfralde (Kaerts et al., 2014; Van Aggelpoel et al., 2018, 2021).

Em 2023, Portugal, tinha 114,200 crianças, entre os 0 e os 3 anos, matriculadas em creche, representando 48% das crianças com menos de 3 anos (Figueiredo et al., 2025). Levando a que o desfralde seja feito, em muitas destas crianças, na creche com o apoio e orientação dos(as) educadores(as), realçando assim a sua importância neste processo. Enquanto resposta social no âmbito da primeira infância, a creche tem por missão garantir o cuidado, educação integral, desenvolvimento global e socialização da criança até aos 3 anos de idade (Marques et al., 2024). Segundo o Manual de Orientações Pedagógicas para Creche do Ministério da Educação (Marques et al., 2024), os(as) educadores(as) têm o papel de respeitar as variações entre crianças no que diz respeito às necessidades nos cuidados de higiene, assim como a intimidade das crianças em situações como a muda de fralda. O processo de desfralde não é abordado de forma detalhada, havendo referência à importância de ser realizado a par com a família. No mesmo sentido, não existe menção ao processo de desfralde nas orientações curriculares para a educação pré-escolar em Portugal (Lopes da Silva et al., 2016), esperando-se que, no momento da transição da creche para a educação pré-escolar, todas as crianças já tenham realizado com sucesso o



desfralde. Em outros países, como a Bélgica, também é esperado que as crianças em pré-escolar já não usem fralda (Kaerts et al., 2014; Van Aggelpoel et al., 2018; van Nunen et al., 2015).

Após consulta do plano curricular das escolas superiores que dispõem de Licenciatura em Educação Básica, consta que o conteúdo relativo à educação de crianças entre os 0 e os 3 anos é muito limitado, não havendo referência ao processo de desfralde e à saúde vesical e intestinal (Aguiar et al., 2023), sendo por isso importante abordar esta questão com os(as) educadores(as). Num estudo qualitativo com *focus group*, envolvendo pais, educadores, professores e profissionais de creche, foram discutidas experiências e necessidades relacionadas com o processo de desfralde (Van Aggelpoel et al., 2019). Abordaram-se aspetos como o momento de início, fontes de informação, apoio recebido e preferências na forma de comunicação sobre o tema. Embora não se tenha definido o conteúdo ideal da informação, concluiu-se que esta deve ser simples e facilmente compreensível. As lacunas na evidência científica podem dificultar a transmissão eficaz dessa informação (Van Aggelpoel et al., 2019).

Num outro estudo quantitativo com educadores(as) de creche, analisaram-se as suas perceções sobre o desfralde, o papel que desempenham, a articulação com as famílias, os métodos utilizados e as dificuldades enfrentadas. Cerca de um terço considera que os pais delegam à escola a responsabilidade pelo desfralde, e mais de um terço sente que este processo não é devidamente valorizado no contexto familiar (Kaerts et al., 2012b). Não foram encontrados estudos que explorem em profundidade a perspetiva dos educadores sobre o desfralde, particularmente através de entrevistas.

Um estudo quantitativo, desenvolvido por Kaerts et al., (2014), investigou a perspetiva de famílias com crianças em creche sobre o desfralde. Em 221 respostas, 1/5 dos pais referiu não ter tempo para o processo e considerou que a responsabilidade está a ser transferida para a creche. A maioria destacou a importância da cooperação com os educadores(as), sentindo-se mais seguros quando há articulação, sendo a creche a principal fonte de informação sobre o tema.

1.1. Uroterapia como método de educação para a saúde vesical/intestinal

De acordo com a *International Children's Continence Society (ICCS)*, a *Uroterapia Standard (US)* combina a avaliação da frequência urinária, volumes miccionais e perdas de urina, a educação, a desmistificação, modificações de comportamentos, aconselhamento de estilo de vida em relação à ingestão de líquidos e também suporte e encorajamento das crianças e famílias (Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Schäfer et al., 2018; Yang et al., 2018).



A US inclui vários componentes fundamentais. Um deles é informar e desmistificar, ou seja, educar as crianças e os pais/cuidadores sobre a anatomia e função do trato urinário inferior (TUI), e explicar sobre o seu normal funcionamento (Austin et al., 2016; Chang et al., 2015; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Yang et al., 2018). Também é importante aconselhar acerca do estilo de vida: ingestão adequada de líquidos e uma dieta equilibrada, rotinas regulares de esvaziamento vesical e intestinal, entre outros. O esvaziamento da bexiga é expectável que varie entre 3 a 8 vezes por dia (Austin et al., 2016) e que seja realizado em períodos até 3 horas (Chang et al., 2015; Rakowska-Silska et al., 2020).

Também é recomendada educação e modificação comportamental, isto é, educar para a modificação de comportamentos como hábitos de esvaziamento vesical e intestinal regular, postura adequada para o esvaziamento, evitamento de manobras de retenção, entre outros. Aconselhar a urinar sempre de manhã e à noite, não ter pressa na sanita e esvaziar completamente a bexiga, informar sobre a correta postura, fornecendo um apoio para as pernas, sendo que as roupas devem ficar sempre abaixo dos joelhos. A criança deve ser aconselhada a evitar manobras de retenção assim como manter uma defecação regular (Austin et al., 2016; Chang et al., 2015; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Yang et al., 2018). A posição para urinar e defecar é um fator importante para o esvaziamento da bexiga e do intestino. O total apoio para os pés e a flexão da anca acima dos 90º, permitem o relaxamento do pavimento pélvico e o esvaziamento do intestino sem esforço e mais fácil (Benninga et al., 2004; Ho & How, 2020; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Rajindrajith et al., 2022). No mesmo sentido, a posição para urinar devia ser também tida em conta, havendo um bom apoio dos pés (Fuentes et al., 2019; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Rakowska-Silska et al., 2020). Estas posições vão favorecer o relaxamento do esfíncter anal e uretral externo, juntamente com os músculos do pavimento pélvico (MPP), para que haja saída das fezes e urina, respetivamente (Fowler et al., 2008; Palit et al., 2012).

As manobras de retenção (*withholding manouvers*) ocorrem através da contração dos MPP e encerramento dos esfíncteres, podendo ser identificadas por movimentos corporais como cruzar as pernas, pressionar os genitais com as mãos ou com os calcanhares, entre outros (Austin et al., 2016), sendo comportamentos frequentes durante o desfralde (Austin et al., 2016; Choby & George, 2008).

Sendo o desfralde uma fase em que é possível fazer o ensino do esvaziamento da bexiga e intestino, tendo em conta todos os pontos descritos acima, pode pôr-se a hipótese de ser uma



oportunidade de literacia e educação para saúde vesical e intestinal, promovendo comportamentos e hábitos saudáveis.

1.2. Sinais de prontidão para o desfralde

Os sinais de prontidão ajudam a identificar se a criança está preparada para iniciar o desfralde, já que a idade isoladamente pode ser um critério insuficiente (Brazelton et al., 1999; Kaerts et al., 2012a; Wyndaele et al., 2020). Uma revisão da literatura identificou 21 sinais de prontidão (Anexo 1), dos quais 19 podem ser observados por adultos, embora não haja consenso sobre quantos ou quais são necessários (Kaerts et al., 2012a).

Num estudo observacional com crianças de 15 a 35 meses em contexto de creche, 18 sinais foram observados. Os mais associados à conclusão bem-sucedida do desfralde incluíram: saber dizer "não", completar tarefas e demonstrar orgulho, ter vocabulário amplo, arrumar objetos, expressar a necessidade de evacuar, usar o pote após urgência, mostrar interesse, indicar quando está sujo e conseguir despirm-se no treino (Wyndaele et al., 2020).

Uma revisão mais recente acrescenta outros sinais como apontar o que deseja, ter vocabulário simples sobre o tema, seguir os pais à casa de banho, evacuar de forma previsível, manter-se numa atividade por mais de 5 minutos, querer agradecer e querer usar cuecas (de Carvalho Mrad et al., 2021).

Tanto educadores como pais referem os sinais de prontidão como o principal critério para iniciar o desfralde (Kaerts et al., 2012b, 2014; Ritblatt et al., 2003; van Nunen et al., 2015).

Assim, parece pertinente perceber, de forma mais aprofundada, quais são as perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche em relação ao processo de desfralde em Portugal. Tendo isto em consideração, este estudo visa compreender, através de entrevistas semiestruturadas com educadores(as) em creche, quais são as suas perceções, opiniões, estratégias e métodos, dificuldades e necessidades em relação ao desfralde.

2. Métodos

2.1. Considerações éticas

Foi submetido o pedido de autorização, para a realização deste estudo, à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (E2S-P.PORTO), tendo este sido aprovado pela mesma, com o código de registo CE0112E (Anexo 2).

O estudo não implica qualquer dano ou risco para os participantes.



A direção das instituições preencheu o consentimento para a realização do estudo (Anexo 3 e 4), sendo que posteriormente, cada educador(a) assinou o consentimento informado para aceitar a participação no estudo (Anexo 5). Este consentimento foi novamente revisto com a investigadora, assim como o questionário, antes do início da gravação das entrevistas para garantir o cumprimento e clareza de todos os parâmetros.

Os questionários de caracterização da amostra são anónimos, não havendo qualquer dado que identifique o(a) participante. Para possibilitar o tratamento e análise de dados, foi atribuído a cada questionário um código alfanumérico.

Foi realizada a gravação de áudio das entrevistas, sendo estes eliminados de forma permanente posteriormente à transcrição. Os questionários e o conteúdo transcrito foram armazenados no computador da investigadora principal, protegidos por uma palavra-chave à qual apenas a investigadora principal tem acesso, ficando armazenados ao longo de todo o processo de investigação, sendo que, 6 meses após defesa pública da dissertação, estes dados serão permanentemente eliminados. Para garantir a eliminação de todo o material será feito o esvaziamento da caixa de “reciclagem” ou semelhante do computador da investigadora.

A participação na investigação foi totalmente voluntária, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados individuais no tratamento e divulgação científica.

2.2. Desenho do estudo

Para dar cumprimento ao objetivo, foi planeado um estudo que segue o desenho de uma descrição qualitativa por meio de entrevista semiestruturada, de modo a perceber, de forma aprofundada, as percepções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, relativamente ao processo de desfralde das crianças até aos 3 anos de idade. A descrição qualitativa é um tipo de estudo que visa recolher informação sobre um determinado fenómeno/tema acerca do qual não se tem muito conhecimento prévio (Ceria-Ulep et al., 2011), sendo um desenho adequado quando se pretende usar esta informação para o desenvolvimento de programas de intervenção (Neergaard et al., 2009). Este tipo de estudo enquadra-se no objetivo desta investigação porque enaltece a perspetiva do participante e não a do investigador (Ceria-Ulep et al., 2011).

As entrevistas semiestruturadas permitem colocar questões que definem o tema em exploração, permitindo que o investigador possa intervir de forma a dar algum suporte ao entrevistado quando necessário, guiando a entrevista no sentido daquilo que se pretende abordar. Sendo mais



flexível que uma entrevista estruturada, permite explorar mais profundamente ideias ou procurar respostas com maior detalhe (Gill et al., 2008).

O presente estudo é de natureza exploratória, seguindo uma abordagem indutiva, permitindo desenvolver conclusões a partir dos dados recolhidos, adicionando nova informação sobre o tema à teoria existente.

2.3. Amostra

Amostra não probabilística intencional, do tipo máxima variabilidade, de educadores(as) de infância em funções em creche e pré-escolar privadas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), da zona do grande Porto. Para obter uma maior representatividade das características dos participantes, procurou-se indivíduos com diferentes idades, número de anos de experiência profissional, formação profissional e género. A amostra inicial era composta por 10 educadores(as), sendo que apenas oito cumpriram os critérios para participação no estudo. As instituições foram selecionadas através de contacto via e-mail. Após consentimento escrito da Direção da instituição foi entregue, pela mesma, o consentimento de participação no estudo a todos os profissionais de educação de infância em contexto de creche. Foram incluídas as instituições que responderam positivamente ao contacto realizado. Posteriormente, conforme descrito no consentimento, foi entregue um questionário de caracterização da amostra a todos(as) os(as) educadores(as) que aceitaram participar no estudo. Este questionário foi entregue pela direção da instituição na creche IPSS e diretamente pela investigadora na creche privada, isto por políticas específicas de cada instituição. Para ter a certeza que os dados respondidos no questionário estavam corretos, antes de cada entrevista foi revisto o questionário com cada educador(a), de ambas as instituições. Determinou-se, como critérios de inclusão educadores(as) com pelo menos 20 horas de trabalho semanais na instituição (Shoshani & Schreuer, 2019), e que tenham atividade em creche nos últimos 3 anos, acompanhando o processo de desfralde das crianças. A tabela 1 apresenta os dados socioprofissionais dos(as) educadores(as) que participaram no estudo. Apenas ED4 refere ter tido informação sobre o tema do desfralde e/ou saúde intestinal e vesical durante o seu percurso académico. Nenhum(a) educador(a) refere ter formação específica no desfralde, assim como, nenhum(a) refere haver um manual de práticas para o desfralde na sua instituição.



Tabela 1- Caracterização da amostra

Identificação	Idade	Género	Nacionalidade	Formação académica	Tempo profissional como educador(a) em anos	Nº de horas semanais em creche
ED1	34	Feminino	Portuguesa	Mestrado	2	35
ED3	57	Feminino	Portuguesa	Licenciatura	10	35
ED4	48	Feminino	Portuguesa	Bacharelato	7	35
ED5	35	Feminino	Portuguesa	Mestrado	2	35
ED6	53	Feminino	Portuguesa	Licenciatura	11	35
ED7	30	Masculino	Outra	Mestrado	6	35
ED9	30	Feminino	Outra	Licenciatura	3	40
ED10	52	Feminino	Portuguesa	Licenciatura	10	35

2.4. Procedimentos de recolha e análise de dados

Após revisão de literatura sobre o tema do desfralde foi feita uma compilação de questões que seriam importantes para perceber a forma como o processo de desfralde é conduzido em contexto escolar, tendo sempre em conta as questões associadas à função e saúde pélvica. Todos(as) os(as) educadores(as) que cumpriram os critérios de inclusão foram admitidos(as) para a entrevista. Sendo o estudo realizado em duas instituições (uma IPSS e uma privada), foram entrevistados(as) oito educadores(as), seis da instituição IPSS e dois da instituição privada, sendo que as entrevistas decorreram entre fevereiro e março de 2025. Diz-se que foi atingida a saturação temática quando deixam de ser identificados, no conteúdo das entrevistas, novos temas ou percepções e o conteúdo começa a ser repetitivo (Francis et al., 2009; Hennink & Kaiser, 2022). Nesta amostra, a saturação temática foi atingida após seis entrevistas, não sendo necessário aumentar a amostra. As entrevistas foram gravadas através do computador com gravador de voz, numa sala reservada da instituição. No final da entrevista foram tiradas notas sobre observações que pudessem ser relevantes para a investigação.

Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo, descrito por Bardin (2008), com categorização classificada como aberta, à posteriori e temática, uma vez que consiste na identificação de conceitos ao longo do *corpus* de trabalho, foi concebida após a interpretação do *corpus* do trabalho, o que permitirá a compreensão e exposição de temas em comum apresentados pelos participantes e terá como unidade de análise a porção de texto que aborda o mesmo tema (Bardin, 2008). Esta análise decorreu em 3 etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material (codificação e categorização); e 3) Tratamento dos resultados, Inferência e Interpretação. Na fase de pré-análise, após a recolha oral das entrevistas, foi realizada a sua



transcrição “verbatim”, tendo em conta as expressões verbais e não verbais e a forma como as frases são pronunciadas. A transcrição de entrevistas revela-se um fator essencial para manter a origem do material adquirido, e a ideia clara dos participantes, e permite a criação do *corpus* de trabalho e posterior identificação dos temas destacados pelos mesmos (Bradshaw et al., 2017).

Foi analisado o conteúdo das entrevistas de forma sistemática com a intenção de encontrar e quantificar a ocorrência de termos, expressões, frases e temas considerados “chave”, partindo destes para fazer comparações posteriores entre os participantes.

Foi realizada uma leitura fluente das entrevistas transcritas, de modo a criar o *corpus* do trabalho (texto que será tido em conta para análise posterior) e analisar o conteúdo subjetivo do mesmo, assim como as possíveis categorias existentes. Ainda nesta fase, também se realizaram operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de codificação para registo dos dados (Bardin, 2008).

A segunda fase, segundo Bardin (2008), consiste em operações de codificação e categorização. A codificação é a transformação dos dados transcritos, por recorte, agregação e enumeração, que vai permitir representar as características do conteúdo, permitindo abranger informações que são úteis para o tema em estudo e será feita em todo o conteúdo transcrito. Ou seja, foram procurados padrões de pensamento, comportamento, expressões, palavras, entre outros, que permitem a categorização da informação e que irá facilitar a compreensão das perceções dos(as) educadores(as) em relação ao desfralde. Esta codificação foi realizada com o suporte de *softwares* de análise qualitativa para facilitar o processo de memorização e codificação dos dados (Peterson, 2019). Neste estudo utilizou-se o *software webQDA* para o armazenamento, visualização e organização de documentos, e para a criação e codificação de categorias para criar matrizes de análise de dados, de forma a responder às perguntas orientadoras do estudo (De Souza et al., 2011).

Posteriormente à análise foram formadas categorias, ou seja, classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns. Estas categorias são claras e cada item corresponde somente a uma das categorias, de modo a colmatar a existência de classificações ambíguas (Bardin, 2008). A criação destas categorias teve por base a prevalência com que determinados temas surgem nas diferentes entrevistas, tendo em conta o objetivo do estudo e aquilo que se pretende investigar.

A categorização foi realizada pela investigadora principal, sendo que duas das entrevistas (escolhidas de forma aleatória) foram também categorizadas por uma segunda Investigadora



com experiência em análise de conteúdo qualitativo. Houve posteriormente resolução das divergências através de discussão. Isto porque, é aconselhada esta revisão por pares de forma a tornar mais válida a categorização do material (Bengtsson, 2016; Graneheim & Lundman, 2004). Após consenso, atingido por meio de discussão entre investigadoras, foi feita a interpretação do resultado da exploração do material, havendo uma síntese e seleção dos resultados relevantes. Desta síntese, foram formadas inferências, que foram interpretadas de modo a utilizar os resultados obtidos com fins pragmáticos, no sentido a responder à questão de investigação lançada (Bardin, 2008).

Os resultados foram apresentados sob a forma de registo qualitativo e também quantitativo, através de uma tabela de frequências (Tabela 2).

2.5. Instrumentos

2.5.1. Questionário de caracterização da amostra

De forma a perceber as características da amostra foi autoadministrado um questionário de caracterização (Anexo 6). Este questionário pretende levantar informações socioprofissionais dos participantes e perceber quais respondem aos critérios de inclusão. É composto por questões relacionadas com a idade, o género, a nacionalidade, o número de horas de trabalho na instituição, anos de experiência profissional como educador(a), o grau de formação académico, a existência de formações relacionadas com o desfralde e/ou com saúde vesical/intestinal infantil, a aquisição de conhecimento sobre desfralde e/ou saúde vesical/intestinal infantil enquanto estudante de educação de infância, a existência de procedimentos específicos para o desfralde na instituição atual, e participação em processos de desfralde nos últimos 3 anos em contexto de creche.

2.5.2. Guião de entrevista

A entrevista foi conduzida com base num guião de entrevista semiestruturada (Anexo 7). Este guião contém perguntas abertas, relacionadas com as perceções do processo de desfralde, a forma como foi conduzido o mesmo, como é feita a comunicação com a criança sobre o funcionamento da bexiga e do intestino, como é orientada a muda de fralda e dificuldades, facilitadores e necessidades em relação ao desfralde. Antes da sua administração em entrevista foi revisto por uma segunda investigadora, especialista na área e na metodologia de entrevista. Desta forma, foi garantido que todos os participantes recebam as perguntas pela mesma ordem



e do mesmo modo e permitiu auxiliar a investigadora durante o processo de entrevista, conduzindo a conversa no sentido pretendido (Bradshaw et al., 2017).

3. Interpretação dos resultados

Após a análise do conteúdo transcrito foram originadas 4 categorias: 1) Desfralde, com 6 subcategorias (sinais dados pela criança; estratégias de comunicação/orientação do desfralde, iniciação ao uso da casa de banho, método de desfralde, comunicação com os pais e comportamento da criança no desfralde); 2) Muda de fralda; 3) Dificuldades e facilitadores do desfralde; e 4) Necessidades dos(as) educadores(as) em relação ao desfralde.

Na tabela 2 é possível observar as categorias e subcategorias identificadas no âmbito do estudo e o número de vezes em que foram referidas por cada um(a) dos(as) educadores(as), bem como o total de entrevistas em que as mesmas foram mencionadas e a percentagem de referência de cada uma.

Tabela 2- Caracterização das categorias

Categorias e subcategorias		Referências n (%)	Entrevistas n (%)
1.	Desfralde	470 (99,9%)	8 (100%)
1.1.	Sinais dados pela criança	73 (15,5%)	8 (100%)
1.2.	Estratégias de comunicação/orientação do desfralde	52 (11,1%)	8 (100%)
1.3.	Iniciação ao uso da casa de banho		
1.4.	Método de desfralde	72 (15,3%)	8 (100%)
1.5.	Comunicação com os pais	121 (25,7%)	8 (100%)
1.6.	Comportamento da criança no desfralde	74 (15,7%)	8 (100%)
		78 (16,6%)	8 (100%)
2.	Muda de fralda	61 (38,6%)	8 (100%)
3.	Dificuldades e facilitadores do desfralde	63 (39,9%)	8 (100%)
4.	Necessidades dos(as) educadores(as) em relação ao desfralde	34 (21,5%)	6 (75%)

3.1. Desfralde

Nesta categoria foram abordados, em todas as entrevistas, diferentes temas relacionados com o processo de desfralde, dando origem a 6 subcategorias: 1) sinais dados pela criança; 2) estratégias de comunicação/orientação do processo de desfralde; 3) iniciação ao uso da casa de banho; 4) método para o desfralde; 5) comunicação com os pais; e 6) comportamento da criança no desfralde. Todas as subcategorias estiveram presentes nas 8 entrevistas.



3.1.1. Sinais dados pela criança

Esta subcategoria inclui aqueles que são considerados, pelas educadoras, como os sinais de prontidão para o desfralde e sinais de alarme no desfralde e na saúde vesical e intestinal. Todos(as) os(as) educadoras referem identificar determinados sinais na criança que as leva a pensar que poderá ser o momento para iniciar o desfralde e que a criança poderá estar a indicar que está preparada. Foram assim, destacados alguns sinais importantes: “É o estar com a fralda seca com muito mais frequência, entre as idas ao pote, e é o acordar com a fralda com menos xixi, ou até seca (...)” ED1; “Já identificavam a maior parte das vezes quando tinham cocó, alguns já pediam, já diziam que tinham cocó para trocar a fralda.” ED5; “Eu percebo que tem alguns menores que já ficam bem incomodados. (...) a gente vê pondo a mão na fralda. Então, eu acho que o incômodo já é um sinal.” ED9; “Eu dou com a menina a ir ter com os coleguinhos e puxar a fralda e ver se tem cocó dos colegas. Ela já às vezes diz cocó. Acho que já está na hora de a ela dar-lhe o salto.” ED4.

De acordo com a literatura, os sinais de prontidão mais comuns são o aumento do espaço de tempo em que a criança fica sem urinar na fralda e a capacidade de identificar que urinou ou defecou na fralda. No entanto, estar com a fralda seca após a sesta não parece ter um grande peso, visto que menos de 50% das crianças que utilizavam o pote de forma independente apresentavam este sinal (Wyndaele et al., 2020). Isto vai de encontro ao critério utilizado pela maioria dos(as) educadores(as) que iniciam o processo aquando a manifestação deste sinal. Num estudo onde se procura descrever todos os sinais de prontidão, associando a idade em que se podem começar a manifestar, a capacidade de verbalizar que está com a fralda/cueca suja, assim como fazer gestos e posições associadas ao esvaziamento, pode estar presente antes dos 10 meses (Kaerts et al., 2012a).

Num outro estudo os(as) educadores(as) referem que o sinal mais relevante para dar início ao processo de desfralde foi a motivação da criança e a demonstração de interesse no desfralde (78,4%), sendo que a capacidade da criança referir que está suja é reconhecido como sendo um sinal para iniciar em 71,4% dos(as) educadores(as) (Kaerts et al., 2012b). No mesmo estudo, a capacidade de estar com a fralda seca por períodos mais longos, pelos menos 2 horas, também é um sinal relevante para 64,9% dos(as) educadores(as). O facto de as crianças poderem apresentar estes sinais em específico antes dos 10 meses, e não ser iniciado o treino nessa fase, pode querer dizer que o critério para o início são os sinais, mas também, na perspetiva dos(as) educadores(as), a criança ter idade ideal para começar, o que acaba por ir de encontro às



recomendações da AAP (Stadtler et al., 1999). Assim, o verbalizado pelos(as) participantes deste estudo vai de encontro ao que é referido na literatura e mostra que as educadoras estão alerta para os sinais precusores da prontidão para o desfralde, aproveitando adequadamente as oportunidades manifestadas pelas crianças.

No entanto, para além destes sinais de prontidão, esta atenção das educadoras para os sinais manifestados pelas crianças surge também relativamente a sinais de alarme em relação à saúde vesical e intestinal: “Nós achamos também crianças que (...) passavam o dia todo sem fazer xixi, é sempre um alerta, não é?” ED6. Os sinais alarmantes para os(as) educadores(as) estão relacionados, maioritariamente, com a frequência do esvaziamento da bexiga e do intestino e com as situações de dor e evitamento, principalmente em relação à defecação: “Tive um caso o ano passado de um menino que era extremamente preso dos intestinos. (...) era realmente preocupante porque ele berrava, era extremamente doloroso.” ED5; “O tempo, acho que quando passa mais de 1 hora, 1 hora e meia, 2 horas ali, eu já fico angustiado se fizeram, se não vão fazer xixi”. ED7. Com efeito, é expectável que uma criança urine entre 3 a 8 vezes por dia (Austin et al., 2016), e que não esteja sem urinar intervalos superiores a 3 horas (Chang et al., 2015; Rakowska-Silska et al., 2020), pelo que é natural que os(as) educadores(as) se preocupem quando existe variações relativamente a este comportamento. Durante as entrevistas, foi possível perceber que 12,5% dos(as) educadores(as) reconhece um intervalo superior a 2 horas como sendo demasiado tempo sem urinar, apesar de 37,5% referirem preocupação quando passam várias horas ou o dia completo, o que mostra alguma confusão relativamente ao tema.

Em relação ao intestino, a maior preocupação parecem ser crianças com sinais de obstipação, como fezes duras e dor a evacuar, e crianças com sinais de retenção fecal. A obstipação funcional é, comumente, associada a retenção voluntária de fezes e evitamento de esvaziamento. A retenção vai, por sua vez, fazer com que as fezes fiquem mais tempo na ampola rectal, ficando mais secas e duras, podendo originar dor e desconforto na expulsão (Benninga et al., 2004; Scott et al., 2011). Assim, fezes duras, a dor a evacuar e a baixa frequência de defecações podem ser considerados critérios para obstipação funcional, com consequências na saúde da criança, pelo que a preocupação manifestada pelos(as) educadores(as) relativamente a estes comportamentos é de salientar como uma prática positiva. Isto é relevante porque a obstipação funcional pode estar associada a posteriores complicações como incontinência fecal, disfunção do trato urinário inferior (DTUI), e alterações da própria sensação da urgência defecatória por



alteração do diâmetro da ampola rectal (megareto) (Benninga et al., 2016; Fuentes et al., 2019; Sampaio et al., 2016; Scott et al., 2011; Voskuil et al., 2006).

Os sinais de retenção (*withholding manouvers*) não foram valorizados pelos(as) educadores(as), embora sejam, igualmente, uma forma de identificar o comportamento de retenção (Austin et al., 2016). Esta omissão pode refletir um desconhecimento global por parte dos(as) educadores(as) acerca de conhecimentos básicos de saúde vesical e intestinal, alertando para a necessidade de formação nessa área, uma vez que, como já se viu, é importante a deteção precoce de possíveis problemas de retenção nas crianças. Por outro lado, alguns sinais de alarme em relação ao processo de aceitação do desfralde foram igualmente verbalizados por 25% dos participantes: “Se calhar o *timing*, daquele *timing*-chave em que a gente tem, não é, os 3 anos (...) Se rejeitam, às vezes a gente pede e eles não querem (...) aí podem nos levar a que estão mesmo a reter.” ED4; “Se é uma criança que não quer usar pote, que se calhar está a prender as fezes e mesmo a urina, é porque se calhar em casa não está a ser estimulada” ED6. Os(as) educadores(as) falam sobre a sua preocupação em casos em que a crianças apresentem resistência ao uso do pote, havendo também um comportamento de retenção associado. Quando esta situação acontece em crianças perto dos 3 anos parece mais preocupante. Na literatura é claro que o desfralde diurno deve acontecer até aos 4 anos de idade (Blum et al., 2004b; Stadler et al., 1999), no entanto, parece haver uma relação entre comportamento de recusa do uso da casa de banho/pote e obstipação com a conclusão do desfralde tardio (Blum et al., 2004b). Por outro lado, sendo o desfralde um processo que se pode prolongar no tempo, pode ser difícil perceber se a obstipação e a recusa surgiram antes ou no desenrolar do processo, sendo que há estudos que também apontam neste sentido (Netto et al., 2021). A identificação precoce destes sinais por parte dos(as) educadores(as) pode, por um lado, evitar o surgimento de consequências negativas como incontinência e obstipação nas crianças e, por outro lado, incentivar à realização de um tratamento adequado, prevenindo complicações e doenças futuras.

3.1.2. Estratégias de comunicação/orientação do desfralde

Nesta subcategoria foram exploradas as percepções dos(as) educadores(as) em relação à forma como a comunicação com a criança sobre o desfralde e a função vesical e intestinal é feita e também, as estratégias sugeridas pelos(as) educadores(as) quando existem sinais de alarme ou situações fora da normalidade relacionadas com o desfralde.



A comunicação entre educador(a)-criança foi surgindo ao longo das entrevistas no sentido de educação e ensino para o uso do pote: "(...) vamos perguntando, "já tem xixi? Olha, puxa o xixi, vamos ver se tem xixi." (...) Então nós começamos até a tirar esses, que era para fazermos a festa. O alarido, "ai que lindo, já fez xixi no pote e tal(...)."" ED5; "A gente come a nossa comida, passa para a nossa barriguinha (...) o nosso corpo vai pegar aquilo que é importante pra gente, e o que não presta, o que não vai servir, o corpo tem que colocar pra fora." ED7.

No entanto, para a maioria dos(as) educadores(as), o ensino sobre o funcionamento da bexiga e intestino e sobre a urina e as fezes parece não ser importante nesta fase pela questão da idade da criança: "Ainda não teve uma situação onde eu explicava o que era o xixi e o que era o cocô." ED9; "Na creche eu acho que ainda é um tema um bocadinho abstrato, é eles saberem que se calhar ou que dói a barriga (...) se fizermos uma massagem, o cocó sai e a coisa melhora, (...) mas acho que é um bocadinho abstrato." ED5.

A comunicação não parece ter relevância para a maioria dos(as) educadores(as), pelo menos na fase de creche, e tende a ser mais referida em termos de ensino do uso do pote, na orientação durante o uso (reforçando o esforço urinário/defecatório) e, posteriormente, no reconhecimento da competência da criança quando há sucesso.

Em nenhuma entrevista foi considerada a importância de falar sobre as partes do corpo da criança, e em como esse ensinamento é orientado no processo de desfralde, como se nomeiam as partes do corpo e qual a sua função, sendo isto uma recomendação da AAP no início do processo de desfralde (American Academy of Pediatrics, 1998; Stadtler et al., 1999). Isto realça que, a comunicação que é priorizada pelos(as) educadores(as) não vai de encontro ao que é recomendado pela literatura. Por outro lado, a percepção que a criança tem em relação ao funcionamento da bexiga é habitualmente sustentada durante a vida. Por isso, uma aprendizagem adequada na infância é importante também para a vida adulta (Palmer et al., 2012), podendo ser importante maior cuidado dos(as) educadores(as) neste sentido.

A comunicação com a criança no processo de desfralde é importante e pode ter consequências quando não é feita de forma adequada. Por exemplo, a orientação para puxar a urina aquando a ida ao pote/sanita pode estar associada a maior prevalência de DTUI na adolescência (Bakker et al., 2002; Palmer et al., 2012). O reconhecimento do sucesso da criança em usar o pote é uma prática de reforço positivo que é incentivada pela AAP, assim como a não penalização ou comentários negativos quando a criança não consegue ou quando há acidentes (Stadtler et al., 1999). Existem referências na literatura de que culpar a criança ou privá-la de afeto por ter



acidentes ou por “falhar” no processo de desfralde pode originar problemas futuros na intimidade da mesma enquanto adulta (Honig, 1993). Esta “quebra” na relação entre adulto e criança pode também trazer consequências no sentido da autoestima da criança e sentimentos de vergonha, devendo sempre ser privilegiada a relação e os momentos de conexão entre adulto-criança (American Academy of Pediatrics, 1998; Honig, 1993; Stadtler et al., 1999).

Várias estratégias, algumas delas ligadas à comunicação, foram partilhadas ao longo das entrevistas. Foram referidas, por 50% dos(as) educadores(as), estratégias para melhorar a adesão das crianças ao treino do desfralde: “(...) e uma pessoa tenta distraí-los de outra forma e a brincar, por exemplo, ter de sentar, pôr o pote à beira da sanita e eu sentar-me na sanita e ele ao lado no pote.” ED6; “(...) eu falei que podia ser também por conta dos amigos, que eu expliquei que quando eu levava ela sozinha, ela não gostava mesmo. Então, eu tinha falado pra mãe pra ela também sentar na sanita, na casa dela e fazer com ela e deu certo.” ED9; “Então a estratégia que eu usei foi mesmo colocar o símbolo, até foram eles que desenharam, à maneira deles, a sanita para os meninos e as sanitas para as meninas.” ED10. A estratégia de promover a imitação dos pares, ou seja, colocar as crianças em processo de treino em contacto com outros pares que estejam no mesmo processo é uma estratégia sugerida também pela literatura, sendo feito o treino desta forma em outras creches (Kaerts et al., 2012b; Van Aggelpoel et al., 2021). Por outro lado, a figura do adulto a usar a casa de banho ao mesmo tempo que a criança, e possibilitar assim que a criança siga o exemplo do adulto, também parece ser uma estratégia recomendada e utilizada (American Academy of Pediatrics, 1998; Stadtler et al., 1999; van Nunen et al., 2015).

Foram surgindo também formas de facilitação da aprendizagem do uso do pote, com os educadores a referir que, muitas vezes, tinham de recorrer a estratégias ou até recuar nas aquisições feitas, para ganhar numa fase posterior: “É assim, essa menina que é presa dos intestinos, eu já utilizei a estratégia de levar um livro, dela estar sentada na sanita a ler um livro (...) e às vezes é uma massagem na barriga (...) ou a fazer aquela ginástica com as pernas.” ED10; “tentar desvalorizar. (...) vamos desligar um bocadinho. Continuam com a fralda (...). A gente deixa andar e depois volta novamente e vê até que ponto é que a situação se prolonga ou não.” ED4. Na literatura, uma das recomendações em situações de medo e/ou resistência ao uso da casa de banho/pote é o regresso ao uso da fralda, parando o treino entre 1 a 3 meses (Brazelton et al., 1999; Clifford & Gorodzinsky, 2000), o tal retrocesso frisado por alguns(mas) entrevistados(as). Também é importante nestas situações não culpar a criança e manter uma atitude de reconhecer e elogiar quando a criança consegue fazer na fralda, indo de encontro às estratégias mencionadas



pelos(as) educadores(as) (American Academy of Pediatrics, 1998; Brazelton, 1962; Clifford & Gorodzinsky, 2000). Na perspetiva dos(as) educadores(as) em creche na Bélgica, 77,6% refere parar o treino quando há dificuldades na adesão por parte das crianças, nomeadamente recusa em ir à casa de banho (Kaerts et al., 2012b).

A posição para defecar, sobretudo em casos de crianças com dificuldades como dor e fezes duras, pode ser uma estratégia para auxiliar o esvaziamento: “Esse menino, a partir do momento em que começou a fazer no pote, fazia sempre. Não sei se era a própria posição que ajudava, enquanto não estava de pé, (...) mas isso [dor e dificuldade a defecar] melhorou bastante.” ED5. O pote, por privilegiar um bom apoio dos pés da criança e ser de utilização fácil, numa primeira fase, é o recomendado utilizar no início do desfralde (Clifford & Gorodzinsky, 2000; Stadtler et al., 1999). No entanto, é importante perceber se o pote tem o tamanho adequado para a criança, não sendo demasiado pequeno (Mota & Barros, 2008). Um bom apoio para os pés e a flexão da anca acima dos 90º, permitem o relaxamento do pavimento pélvico e o esvaziamento do intestino mais fácil (Benninga et al., 2004; Ho & How, 2020; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Rajindrajith et al., 2022). No mesmo sentido, haver conforto e um bom apoio para os pés para urinar também é importante. (Fuentes et al., 2019; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Rakowska-Silaska et al., 2020). Embora as estratégias de posicionamento não tenham sido relevantes para os(as) educadores(as), foram percebidas através da experiência e dos comportamentos das crianças. Outras estratégias como alimentação com mais fibra e aumento da ingestão de água (Benninga et al., 2004; Ho & How, 2020; Nieuwhof-Leppink et al., 2021) também foram referidas, mas como sendo mais partilhadas pelas famílias. Este foi um dos tópicos da entrevista que provocou mais desconforto aos(as) educadores(as).

3.1.3. Iniciação ao uso da casa de banho

Nesta subcategoria foram explorados os relatos das entrevistas acerca dos procedimentos aquando do treino para o uso da casa de banho. Durante as entrevistas todos(as) os(as) educadores(as) falaram sobre o ambiente físico das casas de banho da instituição e sobre como fazem o ensino do seu uso. No que diz respeito às características das casas de banho, todas elas são compostas por várias sanitas de criança: “as sanitas são daquelas pequeninhas, eles começam a ter altura para se sentar.” ED1; “As nossas sanitas até são pequeninas e têm uns peixinhos (...). Têm bonequinhos e eles até se conseguem ficar mais estimulados para o fazer.” ED6; “São seis sanitas, uma do lado da outra e uma individual no canto esquerdo. (...) E aí a gente



coloca os potes, caso a gente perceba que a criança já tem um pouco de medo da sanita, a gente utiliza o pote.” ED9. No entanto, apesar das sanitas serem adaptadas para crianças, parecem não permitir o total conforto e relaxamento das crianças durante a utilização: “Tinha um menino que era muito pequenininho e ficava com os pés no ar e não havia redutor (...)” ED6; “A maior parte eles não chegam com os pés ao chão, na sanita, fica ali assim uma coisa de pontas, mas também se chegarem eles levantam só num segundo.” ED5; “(...) não estão bem, porque magoa, porque cai, (...) acabamos pronto, às vezes até por não tirarmos tão depressa a fralda, porque para eles às vezes acaba por ser desconforto (...)” ED4. Apesar de referirem que as sanitas não estão sempre adequadas ao tamanho da criança, para os(as) educadores(as), a posição da criança na sanita não parece ser de muita importância. Quando foi questionado como é feito o ensino do uso da sanita, em nenhum momento foi mencionado o apoio dos pés, a descida da roupa abaixo do joelho e o grau de flexão da anca, como sendo parte desse ensino. Este procedimento indica haver uma negligência deste aspeto tão importante para o esvaziamento completo e para o relaxamento do pavimento pélvico e que é frisado repetidamente na literatura (Benninga et al., 2004; Fuentes et al., 2019; Ho & How, 2020; Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Rajindrajith et al., 2022).

A forma como o uso da casa de banho é ensinado às crianças está sobretudo relacionado com a higiene pós-esvaziamento e com a forma como a criança apoia a pélvis ao sentar: “A única coisa que eu peço é que algum pequenino ou outro rapaz que coloque, desculpem o termo, a pilinha para dentro porque normalmente acontecem acidentes.” ED1; “Por isso a minha única questão é quando os sento apoiar até aqui esta parte, ou seja, eles estão mesmo sentados, não estão na ponta, não estão inclinados, estão mesmo sentados.” ED5; “Eu acho que quando eles vão sentar na sanita eu sempre tenho o cuidado de pedir para que eles atentem para que as suas partes não toquem na sanita, que é um lugar que tem ali bactérias, tem vírus, tem toda uma sujeira (...)” ED7. A questão do ensino e posicionamento na sanita também foi um dos momentos em que os(as) educadores(as) demonstraram algum desconforto. É perceptível que este tópico não é comum no seu dia-a-dia e que não possuem o conhecimento de base para falar destes temas, levando a desconforto e medo do julgamento. No entanto, como a utilização da casa de banho é uma competência que acompanha a vida da criança, faria sentido que desde cedo fosse feito o ensino correto do uso da sanita, promovendo as posições adequadas para o esvaziamento, tal como aconselhado na literatura (Nieuwhof-Leppink et al., 2021; Palmer et al., 2012). Possivelmente, maior atenção aos sintomas na infância e maiores cuidados com o ensino sobre o uso da casa de



banho e o esvaziamento da bexiga e intestino pode contribuir de forma positiva para a saúde pélvica na fase adulta.

Em nenhuma das entrevistas foi mencionado o ensino sobre o corpo, nomeadamente os genitais, sobre a urina e sobre o intestino.

Também foi explorada a forma como se dá início ao uso da casa de banho, sendo maioritariamente por iniciativa e desejo das crianças: “como o sítio onde nós lavamos as mãos tem as sanitas mesmo ao lado, eles começam a querer ir para a sanita.” ED1; “São eles próprios que começam, porque temos as sanitinhas pequeninas, e começam logo a pedir para ir à sanita. Isso sim, é natural.” ED4; “Eles escolhem. Portanto, a transição é feita por eles, não sou eu que imponho.” ED3. Esta curiosidade e iniciativa de imitação é referida como um sinal de prontidão para o desfralde e, segundo educadores(as) e pais, também é uma forma de ensinar o processo do uso do pote/sanita, por norma através de demonstração, o que é igualmente relatado na literatura como uma boa forma de iniciar o ensino (Kaerts et al., 2012b; Van Aggelpoel et al., 2021; van Nunen et al., 2015). Isto leva a pensar que o início do desfralde é proposto pelos adultos, mas que é aproveitada a curiosidade e vontade de imitar os adultos e os pares que as crianças apresentam nesta fase.

A maioria das crianças não parece importar-se com o facto de ir à casa de banho em grupo com os colegas: “Eu acho que nesta idade ainda não se põe isso. Mais para a frente, quando eles estiverem já, se calhar, nos 5, que eles começam a perceber” ED1; “Em relação à privacidade, eu não senti isso. Há meninos que se calhar têm mais dificuldade em fazer do que outros, não assumo que seja da privacidade, porque eu acho que nesta fase, ou nestas idades, é tudo muito partilhado.” ED5; “(...) mas assim nos 2 anos para já ainda não se nota muito isso.” ED10. Esta perceção de que a criança gosta de ir à casa de banho, assim como em outros momentos do dia-a-dia na creche, em grupo, é partilhada por outros(as) educadores(as) em outros estudos (Van Aggelpoel et al., 2021). No entanto, existem crianças que demonstram comportamentos que podem denunciar algum desconforto com a exposição, como por exemplo o esconder-se, principalmente para defecar, aquando do uso da fralda, tendo ou não iniciado o treino de desfralde: “(...) quando eu vejo que crianças vão, mas ficam muito assim, escondendo, como se fosse com vergonha,” ED7. Este comportamento pode estar associado a vários fatores, entre eles a vergonha e a necessidade de privacidade, apesar de não se saber ao certo a sua origem (Choby & George, 2008; Taubman et al., 2004a). Crianças com este comportamento tendem a apresentar mais comportamento de retenção e de recusa do uso da casa de banho ou pote (Taubman et al., 2004a). Assim, podemos



pensar que, apesar da maioria das crianças parecer confortável em contexto de grupo, isso pode não ser igual para todas as crianças.

3.1.4. Método de desfralde

Nesta subcategoria foram incluídos os relatos das entrevistas acerca do método utilizado para o desfralde. Segundo a opinião dos(as) entrevistados(as), este método deve incluir informações acerca dos critérios para iniciar e orientar o processo de desfralde (*timings* de esvaziamento; tempo que a criança passa sentada no pote e quantidade de vezes que é orientada para o pote ao longo do dia).

Para iniciar o desfralde, um dos pontos de partida são os sinais de prontidão das crianças: “É quando eles começam a ter a fralda seca o dia todo. Mas não é de imediato, eles vão começando a apresentar a fralda seca durante o dia” ED1; “(...) eu acho que não pode ser coletivo, a gente tem que perceber de um por um. quem está preparado e quem não está.” ED9; “(...) temos que ir muito ao encontro dos sinais que eles nos dizem.” ED4; A estação do ano, nomeadamente as estações de calor, primavera e verão, são também um preditor de início do processo: “Quando a gente começa a chegar à primavera, se a gente notar que já tem a fralda mais seca, durante mais tempo (...)” ED3; “Começamos quando o tempo aquece, ou seja, o desconforto é menor quando eles começam a estar molhados. E mesmo estarem ali sentados no pote, já não têm tanto frio, o desconforto é menor.” ED5. Outras oportunidades para o início do desfralde estão associadas com a idade da criança, pelo menos 2 anos, e com o reconhecer das rotinas de esvaziamento por parte dos(as) educadores(as), aproveitando estes momentos para propor o esvaziamento no pote/sanita e não na fralda: “Por exemplo, há crianças que, (...) depois do lanche, fazem sempre, conseguem fazer logo cocó e sentam-se para fazer o cocó, porque não aproveitar estes momentos?” ED6; “(...) o que eu controlo é porque a nível do cocó (...) parece um relógio, e o que eu negoceio com ela é que já está mais ou menos na hora, “olha, não queres ir fazer cocó?”” ED10.

A altura ideal para iniciar o desfralde, segundo as principais *guidelines* internacionais, é após 24 meses e em resposta aos sinais de prontidão e padrões de esvaziamento da criança, para que haja um aproveitamento desses momentos para se fazer a transição da fralda para o pote. Os movimentos colónicos de grande amplitude são aqueles que deslocam maior quantidade de fezes ao longo do intestino (Palit et al., 2012). O reflexo gastrocólico é um dos reflexos que dá início a estes movimentos de maior propulsão de fezes, estando associado à ingestão de alimentos (Di Lorenzo et al., 1995; Van Aggelpoel et al., 2020). Num estudo observacional, em contexto de



creche, 1 em cada 2 crianças defecava após ingestão de alimentos, sendo que 72% defecavam 30 minutos após (Van Aggelpoel et al., 2020). O enchimento da ampola rectal, consequência destes movimentos, vai ativar os recetores locais e fazer com que a criança sinta a urgência defecatória (Palit et al., 2012). Assim, faz sentido que hajam momentos mais oportunos para o esvaziamento e que possam ser aproveitados pelos(as) educadores(as) para propor o uso do pote/sanita. No entanto, é aconselhado que o uso do pote seja feito de forma progressiva, sempre com o uso da fralda numa fase inicial (Brazelton, 1962; Clifford & Gorodzinsky, 2000; Stadtler et al., 1999), o que não parece ser a prática dos(as) educadores(as) neste estudo.

Em concordância com o método de Brazelton (1962), foram sugeridas algumas formas de iniciar o contacto com o pote e o tema do desfralde, pelos(as) educadores(as): “O pote será um sítio onde eles possam estar a brincar (...) podem estar a ouvir música. Quem se sentir mais preparado senta, não vamos tirar logo a fralda e vamos sentá-lo obrigatoriamente, há crianças que por eles depois vão descer a cueca e vão sentar.” ED6; “A primeira vez que nós sentamos no pote foi a contar uma história (...). Qualquer coisa relacionada com o desfralde (...) colocamos os potes em cima dos sítios deles e ficámos lá todos sentados a ler a história” ED5; “Eu comecei inicialmente por contar a história da Mimi, que ia ao pote, uma canção. Íamos à casa de banho.” ED4; “(...) a gente começou a conversar sobre desfralde contando histórias, falando da importância (...) procuramos música, procuramos todo tipo de coisa, (...) que trouxessem esse universo da sanita, da casa de banho (...)” ED7.

Segundo descrevem os(as) educadores(as), existe um momento inicial de literacia para as crianças, utilizando diferentes formas como livros e outros, para captar a atenção da criança para o pote/sanita. Estes momentos de ensino e possibilidade de exploração também são recomendados pela AAP (Stadtler et al., 1999). Na literatura, são frisados métodos como livros, imagens, bonecas, entre outros, para o ensino e a primeira exposição ao pote e ao desfralde (Kaerts et al., 2012b; Van Aggelpoel et al., 2021). Após o primeiro contacto com o pote/sanita inicia-se o treino do desfralde, seguindo determinadas rotinas e timings em que as crianças são convidadas a ir esvaziar, principalmente a bexiga: “(...) normalmente ao início da manhã, íamos a meio da manhã e antes do almoço (...) E depois logo a seguir ao almoço, para eles poderem entrar numa rotina, para poderem começar a trabalhar a bexiga. (...) E depois, almoço, (...) outra vez, depois do lanche iam ao pote outra vez.” ED1; “Principalmente a seguir ao reforço. E antes do almoço, depois do almoço para ir fazer a sesta. Depois da sesta também fazem, depois do lanche (...)” ED6; “Nós transportamos esses momentos da muda da fralda para o pote. Mantemos essa



rotina, mesmo que (...) não dê para ir logo numa fase inicial todos esses momentos ao pote (...) mas começamos com 2 ou 3 timings (...)." ED5. De uma forma geral, as rotinas de muda de fralda são mantidas durante o treino do desfralde, principalmente através da confirmação se a fralda está seca. Quando as crianças não fazem no momento proposto voltam a ser questionadas até conseguirem fazer, em intervalos que variam entre os 15 e os 30 minutos. Em situações onde a criança já começa o dia de cueca, podem surgir timings diferentes: "Mas eu tento sempre, de uma em uma hora, sempre falar, vamos na casa de banho (...)" ED9.

Estes tempos de intervalo são usados noutros estudos, como o de Van Aggelpoel et al., (2021) que propõe treino em grupos de 3, e de 30 em 30 minutos são sentadas no pote ou sempre que fossem detetados sinais de esvaziamento (movimentos corporais ou expressões faciais). Um outro estudo belga revela que 94,6% dos(as) educadores(as) coloca a criança com frequência no pote ao longo do dia (de 4 a 6 vezes) e 70,3% pergunta com regularidade se a criança sente necessidade de ir ao pote (Kaerts et al., 2012b). Os pais, quando questionados, parecem utilizar os mesmos métodos (Kaerts et al., 2014), colocando a criança no pote várias vezes por dia, perguntando de forma regular se querem ir ao pote, retirando a fralda e recompensando a criança quando consegue esvaziar no pote.

Apesar dos(as) educadores(as) tenderem a iniciar o processo de desfralde com base nos sinais de prontidão, na maioria dos casos, a abordagem que seguem tende a ser mais condicionante do que orientada pela criança. Com efeito, dependendo da ingestão de líquidos é considerado normal 3 a 8 esvaziamentos por dia (Austin et al., 2016), no entanto, segundo os *timings* de muda de fralda, a criança parece ir cerca de 5 vezes urinar, só durante o tempo que está na escola, o que poderá ser excessivo e justificar um aumento da frequência urinária. No entanto, todos(as) os(as) educadores(as) referem não forçar nem obrigar nenhuma criança a ir ao pote/sanita: "Nós vamos, mas eles fazem se quiserem" ED1; "Nunca foi nada forçado, nunca obriguei criança nenhuma a permanecer lá." ED5; "Se uma criança não quer estar no bacio, não vamos ser nós que vamos forçar." ED4. Isto leva a acreditar que as crianças, ainda que se sentem no pote muitas vezes por dia, não urinem em todos esses momentos, mas que, por outro lado possa haver um condicionamento para que a criança vá ao pote/sanita. Esta questão também é relevante quando se associa ao tempo que as crianças passavam sentadas no pote em fase de treino: "Eu penso que, ao trabalhar isto, não quer dizer que vão estar lá meia hora, não. Que estejam, por exemplo, 10 minutos, um bocadinho, por dia." ED6; "(...) não estão lá muito tempo sentados, é uma questão que 10 minutos, um quarto de hora, no máximo." ED3. Apesar de, para os(as) educadores(as), o



tempo que a criança passa sentada no pote/sanita não parecer ser significativo ou relevante, o tempo proposto ultrapassa o recomendado que, segundo a ICCS, deve ser de 5 minutos no máximo, para que não haja demasiada pressão sobre os MPP (Nieuwhof–Leppink et al., 2021). Segundo as indicações da AAP a criança deve permanecer apenas alguns minutos no pote, não havendo descrição de tempo em específico (Stadtler et al., 1999). Isto pode demonstrar que esta questão, apesar de pouco relevante para os(as) educadores(as), é relevante enquanto fator protetor do pavimento pélvico. Também pode levar à reflexão de que a criança passar mais tempo sentada pode aumentar a probabilidade de ela esvaziar no pote, no entanto, pode não ter impacto na sua percepção da urgência, sendo que essa sensação seria o sinal principal que a levaria a ter intenção de ir ao pote.

No que diz respeito ao método em grupo ou individual, cada educador(a) opta pelo método que lhe parece mais adequado, havendo educadores(as) que fazem o desfralde com a turma completa em simultâneo e outros(as) que optam por iniciar apenas com as crianças que demonstram os sinais de prontidão: “Coloca-se, por norma, colocamos os potes em frente à caminha. Há uma fase em que eles vão todos.” ED6; “Porque acabámos até, por se calhar, a fazer o desfralde com menos meninos. Vamos fazendo lentamente, gradualmente.” ED10; “Não se faz com o grupo todo (...) Não chega à meia-dúzia, quatro, três, (...) começámos por aí.” ED3. Isto acaba por ir de encontro aquilo que é feito e proposto por outros(as) educadores(as), aproveitando a questão da imitação dos pares (Kaerts et al., 2012b; Van Aggelpoel et al., 2021; Vermandel et al., 2009), apesar de se sugerir fazer o processo em pequenos grupos (entre 3–4 crianças) (Van Aggelpoel et al., 2021; Vermandel et al., 2009).

É interessante perceber que, quer pela perspetiva dos(as) educadores(as), quer pelas necessidades referidas nos estudos que procuram testar novos métodos, a urgência no desfralde está associada à idade de conclusão e às consequências que essa idade, mais tardia, pode provocar na saúde pélvica. No entanto, não parece haver urgência no ensino correto do uso da casa de banho e em criar hábitos saudáveis relacionados com o esvaziamento do intestino e da bexiga a partir deste treino.

3.1.5. Comunicação com os pais

A comunicação com os pais é uma subcategoria que explora a forma como os(as) educadores(as) interagem com os pais de forma a facilitar o processo de desfralde. Por aquilo que foi referido pela totalidade dos(as) entrevistados(as), é possível perceber que a decisão de iniciar o desfralde em



creche é sempre tomada em conjunto com a família, sendo proposta na maioria das vezes pelos(as) educadores(as), mas apenas avançando com o aval e a colaboração dos pais: “É sempre com a família, primeiro ponto. Aliás, os pais têm que participar nisso.” ED5; “Então aí eu converso com os pais, “vamos experimentar, eles pedem para ir ao pote, vamos experimentar colocá-los”. E em casa fazem o mesmo. Acaba por ser escola família.” ED10. As Orientações Pedagógicas para Creche salientam a importância desta decisão partir da família (Marques et al., 2024). Não iniciar sem o aval dos pais é também referido em outros estudos e é importante para a escola que haja esta partilha e esta colaboração escola-casa (Kaerts et al., 2012b; Shoshani & Schreuer, 2019), assim como é importante para os pais esta orientação por parte da creche (Van Aggelpoel et al., 2019).

Em situações em que há dificuldades no desfralde ou situações de alarme para os(as) educadores(as), nomeadamente no que diz respeito à saúde intestinal ou vesical da criança, são partilhadas as dificuldades com os pais, também na procura de ajuda para a resolução: “Normalmente transmitimos à família e alertamos para também estarem atentos para verificar o que é que se passa.” ED4; “E a gente sempre vai conversando com os pais, os pais também nos sinalizam muito. “Olha, já fazem dois dias que não fazem em casa. Como é que tá aí na escola?”” ED7. A comunicação e a gestão do processo escola-pais é importante porque permite que haja uma noção do comportamento da criança nos diferentes períodos do dia e contextos, bem como para sinalizar situações de alarme. Esta partilha é feita pessoalmente ou através de relatórios que são fornecidos pelos(as) educadores(as) ao final de cada dia: “(...) a gente coloca lá na aplicação e no final do dia envia para os pais se foi na fralda, se foi na sanita, (...) se foi na roupa, quantas vezes foram de xixi e quantas vezes foram de cocô.” ED7; “E eu acho que uma das coisas que veio a estreitar essa relação foi a adaptação da nossa plataforma que nós temos neste momento, em que os pais podem contactar connosco e falar connosco sempre que podem e que querem” ED1. Segundo as Orientações Pedagógicas para Creche (Marques et al., 2024), esta relação e comunicação, a gestão das dinâmicas escola-casa e o diálogo constante é importante para que se crie um ambiente em que as famílias e as crianças desenvolvem um sentimento de pertença. Apesar do contexto escolar e de creche serem diferenciados, deve haver um trabalho no sentido de se reconhecerem nas suas diferenças e complementaridades, servindo os interesses e bem-estar de cada criança (Marques et al., 2024).

Haver esta comunicação e relação próxima entre escola e pais parece ser importante para os(as) educadores(as) e pode colocar-se a hipótese de que, sendo também a comunicação e



colaboração dos pais um dos principais desafios, melhorando a comunicação e aumentando a proximidade entre as famílias e a escola, esta comunicação seja mais fácil e a gestão deste processo também.

3.1.6. Comportamento da criança no desfralde

Nesta subcategoria são incluídos os vários comportamentos e reações das crianças ao longo do processo de desfralde. Foram referidos comportamentos e atitudes relacionados com os primeiros contactos das crianças com o pote e com a urina e as fezes: "(...) os meninos pediram aos pais para trazer o pote, porque queriam também sentar-se no pote, como os outros coleguinhas." ED1; "Quando, muitas vezes acham aquilo estranho, não é? E sabem que aquilo é sujo, não é? Sabem que o cocó, a fralda está suja. Há crianças que têm essa tendência de mexer." ED6; "A curiosidade inata faz parte disso. Aliás, eles espreitam para os potes uns dos outros, porque eles querem ver o que é, querem ver o que é que está ali (...)" ED5. As crianças demonstram curiosidade pela urina e pelas fezes e também vontade de imitar os comportamentos dos pares e utilizar o pote. A relação da criança com a urina e, principalmente com as fezes, pode variar. Existe, em alguns casos, esta vontade de mexer e de explorar e, em outros casos, um sentimento de perda e de tristeza por se "perder" uma parte do seu corpo (American Academy of Pediatrics, 1998). Esta relação da criança com o corpo e, especificamente, com a urina e as fezes é também parte da sua aprendizagem e da exploração. Assim, pode ser importante explicar à criança o que são a urina e as fezes, e de onde vêm, para que ela se sinta mais segura (American Academy of Pediatrics, 1998). Por outro lado, parece importante perceber que as crianças podem ter diferentes reações a estas primeiras exposições e saber como responder em cada contexto.

De forma geral, as crianças mostram gostar e reagir positivamente aos métodos propostos pelos(as) educadores(as): "Eles até gostam do momento, estão a brincar, estão a conversar uns com os outros lá na casa de banho." ED1; "Eles próprios pegavam nos potes." ED4; "Mas em relação à casa de banho (...) eles são autónomos em querer ir, ou à sanita ou ao potinho, por isso não há nenhuma reticência em relação a usar um ou outro." ED3. Não houve referência aos acidentes, o que faz parecer que, na perspectiva dos(as) educadores(as), eles são esperados e naturais nesta fase de aprendizagem. Apesar de haverem referências a algumas dificuldades e comportamentos preocupantes, no geral os(as) educadores(as) não demonstram grande preocupação em relação aos comportamentos das crianças durante o processo. Segundo os(as) entrevistados(as), algumas crianças mostram receios e medos em relação ao processo do



desfralde: "(...) houve uma menina que não queria subir à sanita sozinha" ED1; "Principalmente rapazes, que a pilinha sobe e o xixi todo cá para fora. Assustaram-se e nunca mais quiseram ir para o pote (...)" ED6; "Os menores às vezes têm medo de ir para a sanita" ED9. Segundo a literatura, o processo de desfralde pode fazer surgir alguns receios, pelo que é importante haver uma explicação de como surge a urina e as fezes e de como é que devem reagir à urgência urinária e defecatória numa fase em que passam a estar sem fralda (American Academy of Pediatrics, 1998), realçando assim, que este processo não depende apenas da maturação fisiológica, mas também do desenvolvimento social, cognitivo e psicológico/emocional da criança (Brazelton, 1962; Clifford & Gorodzinsky, 2000; Stadtler et al., 1999). Alguns comportamentos relacionados com o esvaziamento da bexiga e do intestino também foram surgindo ao longo das entrevistas: "E chegou a haver momentos em que eu dava com ela assim, de pé a brincar com a perna cruzada." ED5; "(...) que eu já sei que está a fazer cocó porque ela encosta-se e põe-se mesmo de cócaras para fazer o cocó." ED10. Estes comportamentos, que podem ou não ser voluntários, estão, muitas vezes, relacionados com hábitos de retenção (*withholding manouvers*), resistência ao uso da casa de banho e esconder-se para defecar, todas complicações frequentes no processo de desfralde (Austin et al., 2016; Choby & George, 2008). Uma vez que estes comportamentos trazem consequências na saúde da criança, nomeadamente obstipação, incontinência fecal/urinária, conclusão do desfralde tardia e sentimento de vergonha (Choby & George, 2008; Sampaio et al., 2016, 2016; Taubman et al., 2004b), é importante que os(as) educadores(as) os saibam sinalizar e procurem estratégias, juntamente com as famílias, para ajudar as crianças.

3.2. Muda de fralda

Nesta categoria, foram abordados vários temas relacionados com a muda da fralda. A muda da fralda foi referida em 100% das entrevistas. Foram salientados temas como o vínculo entre educador(a) e criança; as práticas individuais de cada educador(a) durante o momento da muda de fralda; a muda de fralda como sendo um espaço/momento de segurança e bem-estar; a comunicação sobre o corpo, sobre a urina e sobre as fezes durante a muda de fralda; o comportamento da criança durante a muda de fralda e a muda de fralda como sendo um ponto de partida para o desfralde.

Assim, o momento da muda de fralda é encarado por todos(as) os(as) educadores(as) como uma oportunidade de vinculação com a criança: "Depois pego nele, eu faço-lhe cócegas, ponho em cima do balcão. Pronto, são essas brincadeiras de cócegas, de beijinhos, mimiinhos, essas coisas."



ED3; “Eu acho que é um momento crucial, porque (...) era um momento de um para um, é quando nós estabelecemos (...) uma maior ligação, em que estamos a conversar um com o outro, a brincar um com o outro (...).” ED1.

Não existem estudos que se foquem na muda de fralda, no entanto, no manual de Orientações Pedagógicas para Creche, os momentos de higiene são salientados como fundamentais para o bem-estar da criança, sendo que nesses momentos deve haver uma atenção individualizada para a criança, uma interação sensível, calorosa e responsiva (Marques et al., 2024). Neste sentido, também os(as) educadores(as) referem que a muda de fralda deve ser um momento promotor de segurança e bem-estar para as crianças, sendo esta questão referida em 37,5% das entrevistas: “Acho que nós, os adultos que estão na sala, temos de dar segurança. E essa maneira de nós pegarmos no bebé e mudarmos o bebé, para os sentir mais seguros e limpos (...)” ED6; “Sim, acho que sim, acho que é um momento muito importante, mesmo em termos de afeto, a gente está-lhes a transmitir laços e a segurança, ao transmitir-lhes também segurança, a forma como fala, a sensibilidade.” ED4; “(...) mas ser de forma mais respeitosa possível esse momento com eles. (...) manipulando a parte do corpo do outro que é muito sensível.” ED7.

Foram exploradas outras práticas dos(as) educadores(as) durante a mudança de fralda, onde foram detalhadas as rotinas e também algumas práticas pessoais: “(...) com o frio, nós tentámos aquecer as mãos e essas coisas para eles não sentirem a diferença de temperatura, mas brincámos um bocadinho, mas tem que se mudar a fralda” ED6; “Então nós checamos tudo de manhã. Depois, antes do almoço, vemos então as fraldas todas (...) após o almoço. antes de irem dormir, quando acordam e depois à tarde depois lanche. Estes são os grandes momentos (...)” ED5. Também foi possível perceber que nem sempre são os(as) educadores(as) a fazer a muda de fralda: “Aqui a gente divide. Por exemplo, eu troco na parte da manhã e a auxiliar troca na parte da tarde. Então a gente divide as trocas de fraldas.” ED9; “Normalmente é a auxiliar. Se ela se ausentar da sala, eu também, mas por norma é a auxiliar.” ED4. Assim, os(as) auxiliares de educação podem também ter um papel importante nas rotinas de higiene das crianças e, posteriormente, no processo de desfralde, podendo ser importante que, também eles, tenham formação na área. Isto porque, todos(as) os(as) educadores(as) referem que a muda de fralda é um momento que pode ser orientado pelos(as) auxiliares ou pelos(as) educadores(as). Um estudo realizado no Brasil, demonstra que a muda de fralda é feita, na maior parte dos casos, por auxiliares de educação, sem que haja educação ou comunicação sobre o corpo e sobre o que está



a ser feito naquele momento. Isto pode indicar que a mudança de fralda acaba por não ser vista como pedagógica (Azevedo, 2023).

A muda de fralda parece ser considerada pelos(as) educadores(as) como uma parte da rotina, que requer uma atenção especial, no entanto, no que diz respeito à comunicação com a criança, sobre o corpo e sobre a urina e as fezes, nenhum(a) dos(as) educadores(as) refere explicar questões sobre o corpo durante a muda da fralda, na maior parte dos casos porque consideram que as crianças ainda são pequenas para essa comunicação: “Na sala de 1 ano não, normalmente na sala de 1 ano não se faz isso.” ED3; “A gente começou a explicar agora quando começou a desfraldar mesmo. Eles, os maiores de 3 anos, começou a explicar o xixi, o cocô, mas os menores, a gente não costumava explicar.” ED9. Ainda dentro da comunicação, dois educadores referem que a forma como se comunica durante a muda de fralda é importante: “Em termos de afeto, verbalizar sim mais com carinho, “fizeste cocó, xixi?” (...) nesse ponto estamos-lhes a transmitir também a segurança ou a insegurança, no caso de verbalizarmos de uma forma mais rude, “fizeste cocó, está sujo”. ED4; “(...) é um momento que a gente tem para dialogar com eles (...) está com cocô e a gente tem que passar a toalhita, a gente tem que passar a creme (...) Conversar sobre isso com eles, nesse momento, é muito importante.” ED7.

Segundo a AAP, conversar com a criança desde cedo sobre o corpo, usando os nomes reais da zona genital, e explicar questões relacionadas com a função da bexiga e do intestino é recomendado. Também é referido que usar termos depreciativos sobre a urina e as fezes pode ser prejudicial para a criança, criando vergonha (American Academy of Pediatrics, 1998; Stadtler et al., 1999). Outros estudos referem que a conotação negativa, principalmente das fezes, pode levar a sentimentos negativos na criança (Taubman et al., 2004b). Por outro lado, uma relação positiva da criança com as fezes também parece favorecer o desenvolvimento saudável da sexualidade infantil (Rocha, 2024).

No entanto, apesar da recomendação da não utilização de comunicação pejorativa sobre a urina e, principalmente, sobre as fezes, 37,5% dos(as) educadores(as) refere utilizar este tipo de comunicação: “Os que são mais pequeninos a gente está ali “ai, fez xixi na fralda, não sei o que”. Ai, fez cocó nossa, que cocó fedido, não sei o que, meu Deus.” ED7; “tens cocó, depois ficas com o dói-dói” (...) “Tens cocó? Temos que mudar, está sujo, cheira mal”. Brincamos com o cheiro. “Ai que cheiro!” Fazemos aquelas caretas.” ED6.

Por fim, para 25% dos(as) educadores(as), a muda de fralda pode ter impacto posteriormente no desfralde: “Tem cocó, temos de mudar o cocó, temos de tirar a fralda. E eles depois vão



aprendendo essa situação e depois chegamos mais tarde ao pote.” ED6; “Isso é um processo que acho que futuramente dará frutos. A forma como a gente no início abordou essa situação. (...) o que se calhar verbalizamos quando estavam com a fralda (...) no processo de desfralde, acho que isso vai-se refletir.” ED4.

Nos estudos sobre desfralde, a muda de fralda não é abordada como tendo influência no processo, no entanto, se pensarmos na forma como a comunicação com a criança pode ter influência neste processo, pode levantar-se a hipótese de que, experiências mais positivas no primeiro contacto da criança com a higiene, a urina e as fezes, possam ter algum impacto na forma como o processo de desfralde é experienciado.

As crianças vão demonstrando alguns comportamentos típicos durante a muda da fralda, que são também referidos em 50% das entrevistas. Na maioria dos casos os comportamentos estão relacionados com a forma como a criança colabora durante a muda de fralda ou na sua perceção de ter de mudar a fralda: “Para já estou na sala de 1 ano e alguns têm muito medo de cair ao subir para o mudador de fraldas. (...) Principalmente eles não querem ir mudar, eles estão numa fase em que não querem mudar a fralda.” ED6; “eu sentia que ele tinha uma certa vergonha (...) e quando eu ia passar creme ou passar toalhita, não sei o que, ele ficava meio que travado porque ele tinha vergonha.” ED7; “(...) Alguns dizem que tem cocó e não tem. Outros dizem que sim e tem. Pronto, ainda estão naquela fase que alguns ainda não têm a noção ainda muito grande do xixi e do cocó.” ED10. São evidenciados, por um lado, comportamentos em que a criança mostra começar a ter consciência da urina e das fezes e, por outro lado, comportamentos que denunciam medo, receio e um certo evitamento da muda de fralda.

Esta interação entre cuidador e criança, num momento íntimo e de exposição para a criança como a muda de fralda, parece ser importante para o bem-estar infantil. Num estudo onde foram observadas as interações entre cuidador e criança na muda de fralda, percebeu-se que, quando os cuidadores são mais responsivos as crianças tendem a estar mais calmas e mais envolvidas durante a muda de fralda. O mesmo estudo sugere que os cuidadores possam precisar de mais conhecimento para encorajar e envolver a criança na muda de fralda (Laurin et al., 2021). Um melhor envolvimento da criança no momento da muda da fralda pode, por sua vez, evitar a resistência mencionada pelos(as) educadores(as).



3.3. Dificuldades e facilitadores do desfralde

Esta categoria aborda vários temas relacionados com dificuldades ou facilitadores no processo de desfralde, segundo a perspectiva dos(as) educadores(as). Estas dificuldades e facilitadores surgem em 100% das entrevistas.

No que toca às dificuldades, 87,5% dos(as) educadores(as) referiram que uma das mais sentidas é a resistência e falta de colaboração dos pais no processo de desfralde. Essa resistência manifesta-se de diversas formas como, por exemplo, não levarem para a escola o pote e roupas/calçado pedido pelos(as) educadores(as). Tendo em conta que um dos sinais de prontidão referidos na literatura está relacionado com a capacidade da criança despir/vestir a roupa para usar o pote ou a sanita (Kaerts et al., 2012a; Wyndaele et al., 2020), pode fazer sentido que, numa fase de aprendizagem, seja importante que a criança utilize roupas que lhe permitam fazer este processo de forma mais fácil e que isto seja um ponto importante para os(as) educadores(as): “Se não trouxerem pote eu não vou arranjar pote, não sou que vou comprar o pote. Os pais até entram nesse limite, então não querem dar o pote, nem pote mandam.” ED6; “(...) este ano (...) está a ser uma batalha um bocado difícil com os pais, o largar o body, por exemplo. Querem que eles façam o desfralde, mas depois não ajudam na questão do body, nas roupas (...)” ED10.

Num estudo realizado em creches da Bélgica, os(as) educadores(as) também referem pedir às famílias roupas que facilitem o processo de desfralde, ou seja, mais práticas e fáceis para as crianças se vestirem e despirem sozinhas e que permitam a utilização do pote/sanita com mais facilidade (Kaerts et al., 2012b). No entanto, neste estudo, as instituições tinham potes disponíveis para todas as crianças, não tendo de ser os pais a trazer o pote para a escola, diminuindo, desta forma, uma fonte de conflito.

Os(as) educadores(as) também consideram que a resistência dos pais surge por receio que os filhos possam estar a fazer o processo de forma precoce, sem estarem preparados, e que isso tenha consequências também nas tarefas em casa e no dia-a-dia da família: “Ah, eu queria que quando eles fossem embora, colocassem a fralda, porque tenho medo que ele faça no carro.” ED9; “(...) há famílias que os pais têm alguns receios, deixar de ser o bebê e já tornar-se grande, ou não querem fazer o trato com aquela roupa que muitas vezes vai ficar suja.” ED7; “Hoje em dia os pais acham que “Ah, deve ser muita confusão, tem muita gente, se calhar é melhor fazer em casa. Ele tem o tempo dele, não se preocupe.”” ED3.

Apesar de não serem encontradas na literatura referências ao receio de um desfralde precoce, um estudo refere que o processo de decisão de quando iniciar o desfralde causa stress, dúvidas e



frustração em cerca de 70% das famílias (Kaerts et al., 2014). No estudo de Van Aggelpoel et al. (2018) é possível perceber que o que leva as famílias a iniciar o desfralde é, em quase 50% dos casos, a entrada próxima no pré-escolar, em 40% dos casos é a idade da criança e em 16,9% por pedido da creche. (Van Aggelpoel et al., 2018).

Outra das dificuldades relatada em relação à família é o facto de os pais não aceitarem que o desfralde seja feito na escola, pondo em causa a forma como os(as) educadores(as) orientam esse processo. Esta atitude dos pais vai, igualmente, dificultar a continuação, em casa, do processo iniciado na escola: “Porque quando a gente relatou na reunião que achava que eles estavam prontos, eles [os pais] não queriam, falavam que eles eram muito novos e que queria que partissem deles.” ED9; “Eles às vezes acham que é tudo muito forçado e que os filhos vão ser traumatizados.” ED4; “(...) também é algo que não adianta nós, enquanto escola, fazermos o desfralde aqui e em casa os pais não continuarem. (...) Acho que é o grande desafio.” ED7; “(...) E muitas vezes a gente pede a colaboração dos pais e os pais não tiveram tempo. (...) andamos muito mais tempo com este desfralde (...) É um bocado complicado.” ED3.

Esta resistência dos pais em aceitarem que o desfralde seja iniciado na escola é reconhecida em outros estudos (Kaerts et al., 2012b; Shoshani & Schreuer, 2019), uma vez que 26,2% dos pais não colabora por falta de comprometimento e 45,8% por falta de tempo (Kaerts et al., 2012b). No entanto, alguns estudos referem que os pais consideram as orientações sobre o desfralde e a ajuda da escola neste processo como importantes e facilitadoras (Van Aggelpoel et al., 2018, 2019), trazendo uma sensação de segurança para a maioria dos pais (Kaerts et al., 2014).

As orientações da AAP e do método orientado pela criança reforçam a importância de haver uma consistência na abordagem do desfralde pelos diferentes cuidadores (Brazelton et al., 1999; Clifford & Gorodzinsky, 2000; Stadtler et al., 1999), sendo que a sua falta pode estar relacionada com um aumento do stress na criança (Brazelton et al., 1999; Stadtler et al., 1999). A importância da consistência e a da colaboração entre família e escola no processo do desfralde é realçado também pelos educadores (Kaerts et al., 2012b) embora 39% dos pais não saibam se o que fazem durante o desfralde é o mesmo que é feito na creche (Kaerts et al., 2014). Isto pode indicar que a comunicação entre a escola e a família não é vista da mesma forma pelos(as) educadores(as) e pela família (Ritblatt et al., 2003).

Para além das dificuldades sentidas com a família, 25% dos(as) educadores(as) referem que as características do ambiente físico e da organização da instituição podem, igualmente, funcionar como barreira no processo de desfralde: “Depois, era a questão das casas de banho, que para mim



deviam estar dentro da sala. (...) Se a casa de banho não é dentro da sala, eu tenho que sair da sala para irmos às casas de banho. Eu sozinha não consigo fazer isso porque eu não estou em dois lados ao mesmo tempo. Ou levo todos comigo (...) ou então alguém tem que estar comigo.” ED5; “E tenho dois meninos (...) Fizeram agora 2 anos. O restante grupo fez agora 1. Ou seja, estão todos na sala de 1 ano, mas quando fizermos o desfralde vai ser completamente controverso e separar ali dois grandes grupos.” ED4.

As barreiras relacionadas com a instituição, quer pelo número de crianças e pela forma como estão organizadas quer pelo próprio espaço e as suas características, parecem ter algum peso no processo de desfralde. No entanto, na literatura, apenas um estudo refere que 9,6% dos(as) educadores(as) acreditam ser necessários mais profissionais para colaborarem neste processo (Kaerts et al., 2012b).

Apesar das dificuldades relatadas, também foram salientados facilitadores ao processo de desfralde, como por exemplo, a colaboração entre pais e escola: “Conversar sempre com os pais para tentar perceber em que fase é que vão. (...) as crianças começaram a ir à sanita para poderem também em casa ter esse mesmo elemento de referência (...) É uma das coisas que ajuda bastante.” ED1; “O bom é que nós temos encontrado, assim, em grande maioria, famílias conscientes e que têm nos ajudado bastante.” ED7.

As características da instituição também podem ser um facilitador no processo do desfralde: “(...) A casa de banho ter acesso à sala e não a sala ser pote. Haver um sítio só para isso. (...) Isso, a nível das instalações e equipamentos, eu acho que facilita muito mais (...)” ED6; “(...) está ali a casa de banho e eles têm a facilidade, se quiserem ir, e de usarem. (...) ter quase uma casa de banho privada é muito mais fácil.” ED10. Ter potes na escola, suficientes para todas as crianças, e instalações próprias, também são importante para outros(as) educadores(as), assim como a higiene e limpeza dos potes e casa de banho, sendo que 90% dos educadores se sente satisfeito com as instalações e 91,6% com os procedimentos de higiene realizados (Kaerts et al., 2012b).

Existem outros facilitadores que foram identificados pelos(as) educadores(as), como o facto das crianças terem o interesse em imitar os comportamentos dos pares: “O aprender por imitação (...) Eles como vêem que os amigos já estão a fazer, há outros que também querem fazer, só porque os amigos já fizeram (...)” ED5; “Quando tem um coleguinha que também quer ir, que quer fazer também essa troca, eles se sentem mais motivados a ir e não ficam com medo. (...) Mas esse processo de brincadeira, ele estar junto com o amigo, é facilitador.” ED7. A capacidade de imitar comportamentos é, por si só, um sinal de prontidão para o desfralde (Kaerts et al., 2012a;



Wyndaele et al., 2020), podendo assim ser uma vantagem que haja outras crianças no processo e que quem ainda não iniciou tenha interesse em participar. A imitação começa a ser mais evidente após os 18 meses e parece estar relacionada com a compreensão e reação, por parte da criança, a um feedback externo (Brazelton, 1962; Kaerts et al., 2012a). Num estudo onde foram observadas crianças, em creche, em 3 fases diferentes do desfralde (antes, durante e após completar o desfralde) todas as crianças apresentavam o comportamento de imitação, mesmo aquelas que ainda não tinha iniciado o processo. Por outro lado, cerca de 30% das crianças que ainda não tinha iniciado o treino mostrava compreender o vocabulário relacionado com o desfralde e, em alguns casos, imitar comportamentos de outras crianças que estavam a fazer o treino, como por exemplo baixar e subir as roupas e indicar quando tinham a fralda suja (Wyndaele et al., 2020). Isto pode indicar que o facto de conviverem com os pares que estão a fazer o treino de desfralde pode despertar o interesse para o treino nas crianças que ainda não iniciaram (Wyndaele et al., 2020).

A identificação dos sinais de prontidão, de uma forma geral, foi também entendida como um facilitador do processo de desfralde: “Eu acho que realmente eles estavam preparados (...). Então, acho que isso facilitou muito, a gente identificar quem estava preparado e não forçar uma coisa que não ia dar certo.” ED9.

Por fim, a relação entre educador(a)-criança também é encarada como facilitador do processo de desfralde: “Eu acho que o que facilita é mesmo a interação que existe entre o adulto e a criança. Eu acho que isso é a chave. (...) eles vêm-nos a nós e confiam e sentem um porto seguro.” ED4.

Quando a relação da criança com os adultos cuidadores é problemática, isso pode ter impacto no treino de desfralde e criar uma resistência por parte da criança em colaborar. Apesar de se levantar a hipótese de experiências traumáticas com o uso da casa de banho poderem originar alterações na saúde pélvica da criança, como por exemplo a obstipação e dificuldade em esvaziar o intestino, parece ainda não haver evidência clara neste sentido (Mota & Barros, 2008). Também um ambiente de interação disfuncional na família está normalmente presente em crianças com hábito de atraso do esvaziamento (von Gontard et al., 2017). Seguindo esta linha de pensamento, recomendações para que os cuidadores melhorem a sua comunicação com a criança durante o processo de desfralde, e mesmo ainda na fase do uso da fralda, parecem diminuir a duração de comportamentos como a recusa no uso da casa de banho e, deste modo, acelerar o desfralde (Taubman et al., 2004b).



3.4. Necessidades dos(as) educadores(as) em relação ao desfralde

Nesta subcategoria foram exploradas as necessidades dos(as) educadores(as) relativamente à condução do processo de desfralde. Surgiram temas relacionados com a falta de formação em saúde vesical e intestinal por parte dos(as) educadores(as), em 50% das entrevistas tanto no sentido da necessidade de formação, como no sentido de não saberem se fazem o processo de forma correta: "(...) eu sou educadora desde 2016 e não tive formação absolutamente nenhuma sobre esta parte, nada sobre o desfralde. Nunca nos ensinaram na faculdade, pelo menos a mim, nunca nos ensinaram sobre o desfralde (...)." ED5; "É uma questão de (...) se calhar estou a fazer mal." ED6; "Eu acho... Não sei se tá certo. É o jeito correto." ED9. A falta de conhecimento gera um sentimento de medo e insegurança nos(as) educadores(as) o que, por sua vez, pode também influenciar a forma como as famílias confiam no trabalho dos(as) educadores(as) e colaboram com a escola, sendo esta necessidade de valorização e reconhecimento do conhecimento e trabalho dos(as) educadores(as) partilhada em 37,5% das entrevistas: "Se a educadora diz "ah ainda é cedo", pronto, mais valia é o senhor doutor que diz. (...) O pediatra não quer... o pediatra não quer, pronto, o pediatra é que manda." ED6; "(...) no tempo dos meus pais, o que o professor dizia era lei. (...) Era autoridade. (...) hoje em dia também acho que se está a chegar ao outro extremo em que os pais também acham que quase que não tem nada a aprender connosco (...)." ED4 "(...) mas em educação a gente sente um pouco de dificuldade porque parece que todo mundo pode ser educador (...) a representação da profissão ou o que a gente fala às vezes não é tão credibilizada." ED7.

O sentimento de falta de conhecimento não é consistente na literatura. Por exemplo, na Bélgica, 72,6% dos educadores referem receber informação sobre o desfralde de organizações nacionais regidas pelo Ministérios da Saúde, Bem-estar e Família, e 78,8% refere receber orientações suficientes da instituição onde trabalha (Kaerts et al., 2012b). Num outro estudo, 90% dos educadores refere pedir aconselhamento sobre o desfralde a outros colegas de trabalho e 97% aos pais, ainda que, em contrapartida, apenas 15% dos pais procura informação junto dos educadores (Ritblatt et al., 2003). No entanto, em outros estudos, a colaboração com a creche é vista como uma segurança para os pais na orientação do desfralde, procurando junto dos educadores a informação que necessitam (Kaerts et al., 2014; Van Aggelpoel et al., 2019).

Não foram encontrados estudos onde se explorasse, de forma mais profunda, as perceções dos(as) educadores(as) sobre o desfralde, no entanto, faz sentido que, quanto mais informação os(as) educadores(as) tiverem, mais seguros se sentem e melhor poderão acompanhar as



famílias e comunicar de forma efetiva, podendo de alguma forma sensibilizar as famílias para o desfralde, uma vez que isto também parece ser uma necessidade referida em 62,5% das entrevistas: “Os pais às vezes também não têm essa essa sensibilidade para perceber. (...) acham que é tudo forçado e que eles não gostam de estar (...)” ED4; “(...) porque constranger e fazer essa coisa para a criança de ficar com a roupa suja, com a roupa fedendo mal (...) acho que se a gente pudesse conscientizar e as pessoas pudessem perceber isso, facilitaria imenso o nosso trabalho.” ED7.

Pode-se levantar a hipótese de que o acesso à formação sobre saúde vesical e intestinal e sobre os métodos para o desfralde, sinais de prontidão e como lidar com situações que fogem da normalidade torna os(as) educadores(as) mais capacitados e seguros na relação com as famílias, havendo assim uma colaboração mais sólida entre escola-casa, sendo esta uma necessidade expressa: “Qual é o *timing*, quais são os sinais que nós podemos explorar, qual é a parte fisiológica que nós podemos trabalhar para perceber esta questão. Sim, acho que faz falta (...)” ED5. Havendo maior compreensão das consequências que o processo de desfralde pode ter para a saúde da criança e da sua importância, poderia ser mais fácil informar também os pais sobre atitudes e o modo como orientam o processo, promovendo a colaboração e a concordância entre escola-casa que é importante para o sucesso do desfralde (Brazelton, 1962; Clifford & Gorodzinsky, 2000; Stadler et al., 1999).



4. Conclusão

Cada vez mais crianças têm acesso à creche em Portugal, o que faz com que processos como o desfralde sejam orientados, maioritariamente, nestas instituições. Segundo as perceções dos(as) educadores(as) entrevistados(as) no âmbito deste estudo o desfralde é um marco no desenvolvimento da criança, sendo iniciado em creche sempre em concordância com a família. Os sinais de prontidão e a idade da criança (após os 2 anos) parecem ser os principais requisitos para o início do processo, sendo a colaboração da família no processo a principal dificuldade dos(as) educadores(as). Questões como a muda de fralda, posição da criança durante o uso da casa de banho/pote, o esforço para esvaziar a bexiga/intestino, os *timings* de esvaziamento e a comunicação sobre o corpo, nomeadamente a explicação sobre a urina e as fezes e a nomeação dos genitais, não parecem ser questões relevantes para o desfralde para os(as) educadores(as). Assim, parece importante ser dada informação sobre estes temas aos(as) educadores(as). Ações de sensibilização/educação a este respeito realizadas por fisioterapeutas em saúde pélvica também podem contribuir para colmatar as lacunas existentes, refletindo-se na melhoria de práticas pedagógicas e na promoção de um desfralde bem orientado em contexto de creche.

Uma das limitações deste estudo é apenas ter sido realizado em duas instituições, pois em educadores(as) com outras experiências pedagógicas poderia ser encontrado conteúdo diferente. Em futuros estudos é também importante investigar esta temática na perspetiva dos(as) auxiliares de educação a fim de perceber qual o papel deles(as) no desfralde e quais as suas perceções deste processo, tendo em conta que se conclui que estes profissionais também participam na muda de fralda e no desfralde.

Considerando a escassez de estudos sobre a forma como o desfralde é orientado em creche e, sabendo da importância deste processo para a aprendizagem da criança e para a sua vida adulta, é importante transmitir a estes profissionais (in)formação baseada em evidência, para que melhorem os seus conhecimentos e práticas e, conseqüentemente, os conhecimentos e práticas das famílias, promovendo assim comportamentos saudáveis em relação à saúde vesical e intestinal das crianças desde a primeira infância.



Referências Bibliográficas

- Aguiar, A., Gregório, I., Brito, A. T., Cadima, J., & Barros, L. (2023). Formação em Educação de Infância em Portugal: Caracterização e Desafios. Em C. Pires, D. Lino, F. Martins, M. Figueiredo, R. Friães, T. Leite, & T. Almeida (Org.), *Educação e Cidades: tempos, espaços, atores e culturas. Atas do XVI Congresso da SPCE*, 329–335. https://eu-central-1.linodeobjects.com/evt4-media/documents/Livro_de_Atas_SPCE_2022.pdf;
- American Academy of Pediatrics. (1998). *Toilet training. Guidelines for parents*. Elk Grove Village: AAP;
- Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., Rittig, S., Walle, J. V., von Gontard, A., Wright, A., Yang, S. S., & Nevéus, T. (2016). 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. *Neurourology and Urodynamics*, 35(4), 471–481. <https://doi.org/10.1002/nau.22751>;
- Axelrod, M., Larsen, R., Jorgensen, K., & Stratman, B. (2020). Psychological differences between toilet trained and non-toilet trained 4-year-old children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 26. <https://doi.org/10.1111/jspn.12319>;
- Azevedo, H. (2023). Quem troca a fralda e quem conta a história? Práticas pedagógicas com crianças de zero a três anos. *Olhar de Professor*, 26, 1–24. <https://doi.org/10.5212/OlharProfr.v.26.22498.072>;
- Bakker, E., van Gool, J. D., Sprundel, M., Auwera, C., & Wyndaele, J.-J. (2002). Results of a questionnaire evaluating the effects of different methods of toilet training on achieving bladder control. *BJU international*, 90, 456–461. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2002.02903>;
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. EDIÇÕES 70;
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>;
- Benninga, M. A., Nurko, S., Faure, C., Hyman, P. E., St. James Roberts, I., & Schechter, N. L. (2016). Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*, 150(6), 1443–1455.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.016>;
- Benninga, M., Voskuijl, W., & Taminiu, J. (2004). Childhood Constipation: Is There New Light in The Tunnel? *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 39, 448–464. <https://doi.org/10.1097/00005176-200411000-00002>;



- Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2004a). During Toilet Training, Constipation Occurs Before Stool Toileting Refusal. *Pediatrics*, *113*, e520–2. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e520>;
- Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2004b). Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. *The Journal of Pediatrics*, *145*(1), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.02.022>;
- Borowitz, S., Cox, D., Tam, A., Ritterband, L., Sutphen, J., & Penberthy, K. (2003). Precipitants of Constipation During Early Childhood. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, *16*, 213–218. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.3.213>;
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research*, *4*, 233339361774228. <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>;
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>;
- Brazelton, T. B. (1962). A child-oriented approach to toilet training. *Pediatrics*, *29*, 121–128.;
- Brazelton, T. B., Christophersen, E. R., Frauman, A. C., Gorski, P. A., Poole, J. M., Stadtler, A. C., & Wright, C. L. (1999). Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics*, *103* 6 Pt 2, 1353–1358.;
- Carvalho, T. A., Vasconcelos, M. M. de A., Guimarães, I. C. de O., Dutra, M. F., Lima, E. M., Bastos Netto, J. M., de Bessa Junior, J., Simões e Silva, A. C., & de Carvalho Mrad, F. C. (2022). Relationship between toilet training process and primary nocturnal enuresis in children and adolescents – A systematic review. *Journal of Pediatric Urology*, *18*(5), 554–562. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2022.07.033>;
- Ceria-Ulep, C. D., Serafica, R. C., & Tse, A. (2011). Filipino Older Adults' Beliefs About Exercise Activity. *Nursing Forum*, *46*(4), 240–250. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00238>;
- Chang, shang-jen, Laecke, E., Bauer, S., Gontard, A., Bagli, D., Bower, W., Renson, C., Kawauchi, A., Shei-Dei, S., & Yang, S. (2015). *Treatment of Daytime Urinary Incontinence: A Standardization Document From the International Children's Continence Society*;
- Choby, B., & George, S. (2008). Toilet Training. *American family physician*, *78*, 1059–1064.;



- Clifford, T., & Gorodzinsky, F. (2000). Toilet learning: Anticipatory guidance with a child-oriented approach. *Paediatrics & Child Health*, 5, 333–335. <https://doi.org/10.1093/pch/5.6.333>;
- de Carvalho Mrad, F. C., da Silva, M. E., Moreira Lima, E., Bessa, A. L., de Bessa Junior, J., Netto, J. M. B., & de Almeida Vasconcelos, M. M. (2021). Toilet training methods in children with normal neuropsychomotor development: A systematic review. *Journal of Pediatric Urology*, 17(5), 635–643. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.05.010>;
- De Souza, F., Costa, A., & Moreira, A. (2011). *Questionamento no processo de análise de dados qualitativos com apoio do software WebQDA*;
- Di Lorenzo, C., Flores, A. F., & Hyman, P. E. (1995). Age-related changes in colon motility. *The Journal of Pediatrics*, 127(4), 593–596. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(95\)70120-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(95)70120-6);
- Figueiredo, H., Sá, C., Sarrico, C., Aguiar, J., Araújo, M., Machado, I., Tavares, O., & Silva, P. L. (2025). *Balanço Anual da Educação 2025* (pp. 32–33). EDULOG–Fundação Belmiro de Azevedo. https://balancoeducacao.edulog.pt/assets/files/BAE_2025.pdf;
- Fowler, C. J., Griffiths, D., & de Groat, W. C. (2008). The neural control of micturition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(6), 453–466. <https://doi.org/10.1038/nrn2401>;
- Francis, J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2009). What is adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & health*, 25, 1229–1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>;
- Fuentes, M., Magalhães, J., & Barroso, U. (2019). Diagnosis and Management of Bladder Dysfunction in Neurologically Normal Children. *Frontiers in Pediatrics*, Volume 7-2019. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00298>;
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British dental journal*, 204, 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>;
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>;



- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, *292*, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>;
- Ho, J., & How, C. (2020). Chronic constipation in infants and children. *Singapore Medical Journal*, *61*, 63–68. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020014>;
- Honig, A. S. (1993). Toilet learning. *Day Care and Early Education*, *21*(1), 6–9. <https://doi.org/10.1007/BF02430441>;
- Kaerts, N., Van Hal, G., Vermandel, A., & Wyndaele, J.-J. (2012a). Readiness signs used to define the proper moment to start toilet training: A review of the literature. *Neurourology and urodynamics*, *31*, 437–440. <https://doi.org/10.1002/nau.21211>;
- Kaerts, N., Van Hal, G., Vermandel, A., & Wyndaele, J.-J. (2012b). Toilet training in daycare centers in Flanders, Belgium. *European Journal of Pediatrics*, *171*(6), 955–961. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1665-5>;
- Kaerts, N., Vermandel, A., Van Hal, G., & Wyndaele, J.-J. (2014). Toilet training in healthy children: Results of a questionnaire study involving parents who make use of day-care at least once a week. *Neurourology and Urodynamics*, *33*(3), 316–323. <https://doi.org/10.1002/nau.22392>;
- Kinservik, M. A., & Friedhoff, M. M. (2000). Control issues in toilet training. *Pediatric nursing*, *26* 3, 267–272;
- Laurin, D. E., Guss, S. S., & Horm, D. (2021). Caregiver–infant and toddler interactions during diapering: Caregiver responsiveness and child well-being and involvement. *Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood*, *42*(4), 546–559. <https://doi.org/10.1002/imhj.21933>;
- Lopes da Silva, I., Marques, L., Mata, L., & Rosa, M. (2016). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar*. Ministério da Educação. Direção/Geral da Educação (DGE);
- Marques, A., Azevedo, A., Marques, L., Folque, M. A., & Araújo, S. B. (2024). *Orientações Pedagógicas para Creche*. Ministério da Educação. Direção/Geral da Educação (DGE);
- Mota, D. M., & Barros, A. J. D. (2008). Toilet training: Methods, parental expectations and associated dysfunctions. *Jornal de pediatria*, *84*, 9–17. <https://doi.org/10.2223/JPED.1752>;



- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S., & Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52>;
- Netto, J. M., Paula, J., Bastos, C., Soares, D., Castro, N., Sousa, K., Carmo, A., Miranda, R., Mrad, F., & De Bessa Junior, J. (2021). Personal and familial factors associated with toilet training. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*, *47*, 169–177. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0129>;
- Nieuwhof-Leppink, A. J., Hussong, J., Chase, J., Larsson, J., Renson, C., Hoebeke, P., Yang, S., & von Gontard, A. (2021). Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents: – A standardization document of the International Children’s Continence Society (ICCS). *Journal of Pediatric Urology*, *17*(2), 172–181. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.006>;
- Palit, S., Lunniss, P., & Scott, M. (2012). The Physiology of Human Defecation. *Digestive diseases and sciences*, *57*, 1445–1464. <https://doi.org/10.1007/s10620-012-2071-1>;
- Palmer, M., Athanasopoulos or Athanassopoulos, A., Lee, K.-S., Takeda, M., & Wyndaele, J.-J. (2012). Sociocultural and environmental influences on bladder health. *International journal of clinical practice*, *66*, 1132–1138. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12029>;
- Peterson, J. (2019). Presenting a Qualitative Study: A Reviewer’s Perspective. *Gifted Child Quarterly*, *63*, 001698621984478. <https://doi.org/10.1177/0016986219844789>;
- Rajindrajith, S., Devanarayana, N., & Benninga, M. (2022). Childhood constipation: Current status, challenges, and future perspectives. *World Journal of Clinical Pediatrics*, *11*, 385–404. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v11.i5.385>;
- Rakowska-Silaska, M., Jobs, K., Paturej, A., & Kalicki, B. (2020). Voiding Disorders in Pediatrician’s Practice. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, *14*, 1179556520975035. <https://doi.org/10.1177/1179556520975035>;
- Ritblatt, S., Obegi, A., Hammons, B., Ganger, T., & Ganger, W. (2003). Parents’ and Child Care Professionals’ Toilet Training Attitudes and Practices: A Comparative Analysis. *Journal of Research in Childhood Education*, *17*, 133–146. <https://doi.org/10.1080/02568540309595005>;
- Rocha, L. (2024). *Como falar sobre sexualidade com as crianças*. (pp. 52). Bauru– SP. Astral Cultural;



- Sampaio, C., Sousa, A., Fraga, L., Veiga, M., Netto, J. M., & Barroso, U. (2016). Constipation and Lower Urinary Tract Dysfunction in Children and Adolescents: A Population-Based Study. *Frontiers in Pediatrics*, *4*. <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00101>;
- Schäfer, S. K., Niemczyk, J., von Gontard, A., Pospeschill, M., Becker, N., & Equit, M. (2018). Standard urotherapy as first-line intervention for daytime incontinence: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(8), 949–964. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1051-6>;
- Scott, S. M., van den Berg, M. M., & Benninga, M. A. (2011). Rectal sensorimotor dysfunction in constipation. *Chronic Constipation*, *25*(1), 103–118. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2011.01.001>;
- Shoshani, S., & Schreuer, N. (2019). Toilet training of preschoolers with disabilities: The perspectives of teacher aides. *Neurourology and Urodynamics*, *38*(6), 1640–1647. <https://doi.org/10.1002/nau.24028>;
- Stadtler, A. C., Gorski, P. A., & Brazelton, T. B. (1999). Toilet Training Methods, Clinical Interventions, and Recommendations. *Pediatrics*, *103*(Supplement_3), 1359–1361. <https://doi.org/10.1542/peds.103.S3.1359>;
- Taubman, B., Blum, N., & Nemeth, N. (2004a). Children Who Hide While Defecating Before They Have Completed Toilet Training. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *157*, 1190–1192. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.12.1190>;
- Taubman, B., Blum, N., & Nemeth, N. (2004b). Stool Toileting Refusal: A Prospective Intervention Targeting Parental Behavior. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *157*, 1193–1196. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.12.1193>;
- Van Aggelpoel, T., De Wachter, S., Neels, H., Van Hal, G., Roelant, E., & Vermandel, A. (2021). Implementing a new method of group toilet training in daycare centres: A cluster randomised controlled trial. *European Journal of Pediatrics*, *180*(5), 1393–1401. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03879-y>;
- Van Aggelpoel, T., De Wachter, S., Neels, H., & Vermandel, A. (2020). Observing postprandial bowel movements in diaper-dependent toddlers. *Journal of Child Health Care*, *24*(4), 629–636. <https://doi.org/10.1177/1367493519882846>;
- Van Aggelpoel, T., Vermandel, A., Fraeyman, J., Massart, M., & Van Hal, G. (2019). Information as a crucial factor for toilet training by parents. *Child: Care, Health and Development*, *45*(3), 457–462. <https://doi.org/10.1111/cch.12653>;



- Van Aggelpoel, T., Wachter, S., Van Hal, G., Cruyssen, K., Neels, H., & Vermandel, A. (2018). Parents' views on toilet training: A cross-sectional study in Flanders. *Nursing Children and Young People, 30*. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2018.e944>;
- van Nunen, K., Kaerts, N., Wyndaele, J.-J., Vermandel, A., & Hal, G. V. (2015). Parents' views on toilet training (TT): A quantitative study to identify the beliefs and attitudes of parents concerning TT. *Journal of Child Health Care, 19*(2), 265–274. <https://doi.org/10.1177/1367493513508232>;
- Vermandel, A., Van Kampen, M., Wachter, S., Weyler, J., & Wyndaele, J.-J. (2009). The Efficacy of a Wetting Alarm Diaper for Toilet Training of Young Healthy Children in a Day-Care Center: A Randomized Control Trial. *Neurourology and urodynamics, 28*, 305–308. <https://doi.org/10.1002/nau.20658>;
- von Gontard, A., de Jong, T. P. V. M., Badawi, J. K., O'Connell, K. A., Hanna-Mitchell, A. T., Nieuwhof-Leppink, A., & Cardozo, L. (2017). Psychological and Physical Environmental Factors in the Development of Incontinence in Adults and Children: A Comprehensive Review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 44*(2). https://journals.lww.com/jwocnonline/fulltext/2017/03000/psychological_and_physical_environmental_factors.14.aspx;
- Voskuil, W. P., van Ginkel, R., Benninga, M. A., Hart, G. A., Taminiu, J. A. J. M., & Boeckxstaens, G. E. (2006). New Insight into Rectal Function in Pediatric Defecation Disorders: Disturbed Rectal Compliance is an Essential Mechanism in Pediatric Constipation. *The Journal of Pediatrics, 148*(1), 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.08.061>;
- Wu, H.-Y. (2010). Achieving urinary continence in children. *Nature Reviews Urology, 7*(7), 371–377. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2010.78>;
- Wyndaele, J., Kaerts, N., Wyndaele, M., & Vermandel, A. (2020). Development Signs in Healthy Toddlers in Different Stages of Toilet Training: Can They Help Define Readiness and Probability of Success? *Global Pediatric Health, 7*, 2333794X2095108. <https://doi.org/10.1177/2333794X20951086>;
- Yang, S., Chua, M. E., Bauer, S., Wright, A., Brandstrom, P., Hoebeke, P., & Rittig, S. (2018). Diagnosis and management of bladder bowel dysfunction in children with urinary tract infections: A position statement from the International Children's Continence Society. *Pediatric Nephrology, 33*(12), 2207+. Gale OneFile: Health and Medicine.



Anexos

Anexo 1- Sinais de prontidão para o desfralde

Tabela 3- Sinais de prontidão para o desfralde, retirado de Kaerts et al., (2012a)

Sinal 1	Imitação de comportamentos
Sinal 2	Sentar de forma estável sem ajuda
Sinal 3	Caminhar sem ajuda
Sinal 4	Apanha objetos pequenos
Sinal 5	Capacidade de dizer "não" como sinal de independência
Sinal 6	Compreender e responder a questões, explicações e orientações e responder a instruções
Sinal 7	Expressar vontade de evacuar e mostrar percepção de quando precisa de urinar e defecar
Sinal 8	Colocar coisas em recipientes de forma espontânea
Sinal 9	Evacuar no pote após sensação de urgência urinária ou defecatória
Sinal 10	Compreender palavras relacionadas com o pote
Sinal 11	Ter um vocabulário vasto
Sinal 12	Querer participar e cooperar no processo de treino e mostrar interesse no treino do desfralde
Sinal 13	Estar seca durante várias horas e após a sesta do almoço
Sinal 14	Insiste em completar tarefas sozinha e tem orgulho nas novas competências
Sinal 15	Querer estar limpa e fica incomodada com a fralda molhada ou suja. A maior parte das vezes relatar espontaneamente que tem a fralda molhada ou suja
Sinal 16	Colocar a roupa para cima e para baixo em contexto de treino
Sinal 17	Começa a colocar as coisas onde elas pertencem
Sinal 18	Sentar quieta no pote por 5-10 minutos sem ter de ser forçada
Sinal 19	Não fazer cocó na fralda durante a noite
Sinal 20	Ter controlo sobre os reflexos da bexiga e do intestino
Sinal 21	Aumento da capacidade vesical



Anexo 2- Parecer da comissão de ética

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: CE0112E

Data receção do Documento: 08/01/2025

Existência de entradas anteriores: Sim

TÍTULO DO TRABALHO: Perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, no processo de desfralde das crianças.

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Sara Virgínia Lopes Barbosa

DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: Início 20/09/2024 | Fim 28/06/2025

RESUMO DO ESTUDO

OBJETIVOS:

Com esta investigação pretende-se explorar as perceções dos(as) educadores(as) de infância durante o processo de desfralde das crianças que frequentam a creche, entre os 0 e os 3 anos de idade.

AMOSTRA:

Amostra intencional e não probabilística, por meio de contacto via e-mail ou presencial com instituições de ensino com creche e pré-escolar (IPSS e privadas), da zona do grande Porto (neste caso a creche "O Amanhã da Criança" e a creche "NAU"). A amostra alvo são os(as) educadores(as) de infância em funções nestas instituições. Serão incluídos(as) no estudo educadores(as) com pelo menos 20 horas de trabalho semanais na instituição e que tenham atividade em creche nos últimos 3 anos, acompanhando o processo de desfralde das crianças. Estima-se entrevistar 8 educadores(as).

FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER:

O 1º contato será realizado primeiramente através de um questionário de caracterização da amostra, socioprofissional, anónimo, confidencial e codificado. Todos(as) os(as) educadores(as) que cumprirem os critérios de inclusão serão admitidos(as) para a realização de uma entrevista semiestruturada, caso aceitem participar no estudo.

MATERIAL:

Nada a referir.

MÉTODOS:

A entrevista, será gravada através de um aparelho digital com gravador de voz. Os questionários e as entrevistas serão armazenadas no computador da investigadora, protegido por uma palavra-passe à qual apenas a investigadora terá acesso. Os dados serão guardados e eliminados definitivamente, 6 meses após a defesa da tese, por parte da investigadora.

RISCOS:

Inexistentes.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

É apresentado o Termo de Consentimento Informado escrito (MO.317).

AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS:

Apresenta o MO.313 (Pedido de Autorização Institucional) devidamente preenchido e assinado pela investigadora nas duas páginas). Apresenta o MO.314 (Termo de Responsabilidade Orientadores) devidamente assinado. Apresenta o MO.315 (Termos de Autorização Local).

APRECIACÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA:

Foram dadas respostas a todas a todas as questões colocadas no parecer anterior desta Comissão.



SGS_ESS_004_MO318_02



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA:

De acordo com os dados analisados, o parecer é favorável desde que cumpridas todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, recomendando-se que a decisão seja suspensa caso haja algum incumprimento grave.

Assinado por: **PEDRO MANUEL RIBEIRO DA
ROCHA MONTEIRO**
Num. de Identificação: 09132856
Data: 2025.01.24 18:14:15 +0000

22/01/2025



Anexo 3- Pedido de autorização para realização do estudo (Creche IPSS)

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

**PÉDIDO DE AUTORIZAÇÃO
INSTITUCIONAL**

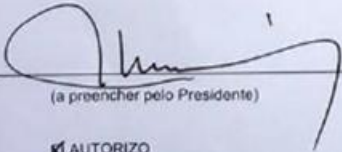
Trabalho de Investigação: Perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, no processo de desfralde das crianças

Exmo. Senhor Presidente José Manuel dos Santos Correia,

Sara Virgínia Lopes Barbosa, na qualidade de investigadora venho por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar nas creches [REDACTED] o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

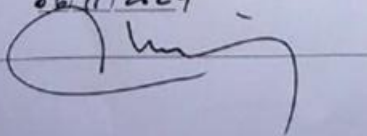
5/11/2024


Sara Lopes Barbosa


(a preencher pelo Presidente)

AUTORIZO
 NÃO AUTORIZO

06/11/2024



 SCS ESS.004 MO.313.02

112



Anexo 4- Pedido de autorização para realização do estudo (Creche privada)

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Trabalho de Investigação: Perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, no processo de desfralde das crianças

Exma. Senhora Presidente Dulce Maria Leal da Silva,

Sara Virginia Lopes Barbosa, na qualidade de investigadora venho por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar na creche [REDACTED] o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

6.11.2024

Sara Lopes Barbosa

(a preencher pelo Presidente)

AUTORIZO
 NÃO AUTORIZO

06.11.2024 Assinatura de Sara Virginia Lopes Barbosa - Investigadora
02.205.75.12

Dulce Maria Leal da Silva

 SGS ESS 004 MO.313.02

112



Anexo 5- Modelo de consentimento informado para os(as) educadores(as)

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, no processo de desfralde das crianças

Declaração de Consentimento Informado

Conforme o RGPD, a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial (Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) - quando se aplicar

Eu, abaixo-assinado (NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender as perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, no processo de desfralde das crianças.

Sei que neste estudo está prevista a autoadministração de um questionário de informação socioprofissional e a realização de uma entrevista semiestruturada, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Sei que o questionário será relevante para recolher informação acerca das minhas características académicas e profissionais, sendo anónimo e confidencial, não recolhendo, portanto, qualquer dado que me faça ser identificado(a) por terceiros.

Também sei que a entrevista será gravada em formato áudio, sendo o seu acesso da exclusividade da equipa de investigação. Após 6 meses da defesa pública da dissertação de mestrado, a gravação e todo o material de investigação será eliminado de forma permanente. Para garantir a eliminação dos dados será feita a limpeza da reciclagem, ou pasta equivalente, do dispositivo onde os dados se encontram armazenados.

Assim, declaro que me foi garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade e de forma voluntária no estudo acima mencionado. Concordo que seja aplicado o questionário e realizada a entrevista.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Investigador e Contacto: Sara Lopes Barbosa- 918557100

_____/_____/_____



SGS ESS.0004.MD.317.02



Anexo 6– Questionário de caracterização da amostra



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE

Questionário

Perceções dos(as) educadores(as) em contexto de creche, no processo de desfralde das crianças

Este questionário é realizado no âmbito do projeto de investigação do 2º ano de Mestrado na Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico, na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto. É pretendido com a sua aplicação recolher informação socioprofissional dos(as) educadores(as), para caracterização da amostra do estudo. Os dados aqui recolhidos serão confidenciais e de acesso apenas à equipa de investigação.

O preenchimento demora, aproximadamente, 3 minutos.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

1. Idade (em anos):
2. Género:
 - Feminino
 - Masculino
 - Não Binário
 - Prefiro não dizer
3. Nacionalidade:
 - Portuguesa
 - Outra
4. Grau de formação académica:
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro
5. Tempo profissional (em anos) como educador(a) de infância em contexto de creche:
6. N.º de horas semanais como educador(a) de infância na creche atual:



7. Nos últimos 3 anos, acompanhou o processo de desfralde das crianças em contexto de creche?
- Sim
 - Não
8. Enquanto estudante de educação de infância obteve algum conhecimento específico sobre desfralde, saúde vesical e/ou saúde intestinal infantil?
- Sim
 - Não
9. Enquanto educador(a) de infância, possui formação específica sobre desfralde, saúde vesical e/ou saúde intestinal infantil?
- Sim
 - Não
- 9.1. Se sim, qual: _____
10. A instituição onde exerce funções como educador(a), possui algum manual/regulamento/procedimento específico para o desfralde?
- Sim
 - Não



Anexo 7- Guião de entrevista

Breve introdução da entrevista com o respetivo objetivo. Apresentar-me. Informar que será feita a gravação em áudio e reforçar o anonimato e a garantia de que a mesma não será partilhada, sendo posteriormente transcrita.

Início

Antes de iniciamos as questões mais específicas sobre o desfralde, gostava de lhe perguntar como é feito, nesta instituição, o acompanhamento das crianças dos 0 aos 3 anos, isto é, o(a) educador(a) acompanha as mesmas crianças desde o berçário até aos 3 anos? No seu caso em particular, como faz este acompanhamento?

SECÇÃO 1: Enquanto educador(a) de infância em contexto de creche, realiza a muda da fralda? Fale-me um pouco sobre esse momento.

- a) Existe comunicação com a criança? Sobre o que conversam nesses momentos, tem relação com o cocó e/ou xixi?
- b) Como valoriza este momento enquanto profissional?

SECÇÃO 2: À luz da sua experiência como educador(a) de infância, como é iniciado e orientado o processo de desfralde? Ou seja, qual é o método que utiliza e como inicia esse processo?

- a) Como orienta a aprendizagem de fazer xixi e cocó até ao uso da sanita/pote, desde a sensação de vontade até à higiene no final?
- b) Que cuidados são tidos na utilização da casa de banho (posição da criança na sanita/pote; higiene e privacidade)? Fazem registos do tipo de cocós ou xixis?
- c) Como faz a gestão dos timings em que a criança “deve” ir à casa de banho?
- d) Se for cronológica (dependente da idade) a decisão é partilhada com a família?
- e) Como são as casas de banho que utilizam?

SECÇÃO 3: Tendo em conta a sua experiência enquanto educador(a) de infância, quais são para si os sinais de preocupação em relação ao xixi ao cocó? Que comportamentos ou situações o(a) preocupam?



- a) A consistência do cocó da criança parece-lhe um indicador relevante?
- b) Existência de dor, dificuldade em permanecer sentado(a), evitamento, chamam a sua atenção enquanto educador(a)? Que estratégias utiliza nestas situações?

SECÇÃO 4– Enquanto educador(a) de infância em contexto de creche, quais são as principais dificuldades que sente na orientação do processo de desfralde das crianças? O que é facilitador? (Se falarem dos pais posso explorar um pouco a opinião. Se conversam sobre estes temas)

SECÇÃO 5: Após esta conversa, tem alguma reflexão ou pensamento que gostasse de partilhar sobre a temática do desfralde?

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE



M **MESTRADO**
FISIOTERAPIA