

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO DE ENCOPRESE SECUNDÁRIA

MARÍLIA GURGEL DE CASTRO¹
 MAYARA SOARES BRITO TELES²
 ATÂMILLA MARIA ALBUQUERQUE MACHADO³
 RAVENNA MARIA LIMA LOIOLA⁴

Resumo: Este artigo trata de um estudo de caso de encoprese secundária, desenvolvido por uma criança do sexo masculino de 9 anos de idade, que iniciou-se a partir de um padrão de sensibilização ocasionado por bruscas variações no ambiente da mesma. A elucidação e compreensão deste estudo de caso visa contribuir para a mobilização do tratamento subjetivo, tendo como enfoque o sujeito e sua singularidade. Esperamos que esta pesquisa preste uma demonstração de como práticas e estratégias adequadas de tratamento podem possibilitar a mudança interna do sujeito, ajudando-o a desenvolver e potencializar respostas e atitudes sadias.

Palavras-chave: *Encoprese secundária. Controle esfinteriano. Habituação comportamental.*

INTRODUÇÃO

Através deste trabalho apresentaremos uma pesquisa realizada acerca do controle esfinteriano, mais especificamente, um estudo de caso de encoprese secundária. A encoprese designa a eliminação fecal completa na sua sequência fisiológica, sendo um distúrbio no hábito evacuatório normal da criança, desde que não seja devido a algum tipo de problema orgânico ou medicamentoso. Como sua causa pode ser de ordem fisiológica ou emocional, é importante a avaliação médica e psicológica (PITREZ & PITREZ, 1999).

Frequentemente está relacionada à constipação (intestino preso), impactação e retenção de fezes ou, ainda, à evacuação intestinal, parcial ou total. A encoprese com retenção de fezes é a mais comum, “atingindo entre 80 e 95% dos que sofrem do transtorno” (DUMAS, 2011, p.499). Nela, a criança evita defecar, o que leva a um acúmulo de fezes no cólon, o que pode ocasionar fissuras ou irritações anais ao tentar excretá-las, já que ficam ressecadas. A encoprese sem retenção está associada à diarreia

¹ Especialista. Curso de Psicologia (graduação) *Faculdade Luciano Feijão* (FLF). E-mail: gurgel.marilia@gmail.com

² Aluna do Curso de Psicologia da *Faculdade Luciano Feijão* (FLF). E-mail: soaresmtn@gmail.com

³ Aluna do Curso de Psicologia da *Faculdade Luciano Feijão* (FLF). E-mail: atamilla_sobral@hotmail.com

⁴ Aluna do Curso de Psicologia da *Faculdade Luciano Feijão* (FLF). E-mail: ravenna.mlima@yahoo.com.br

crônica de origem fisiológica, assim como dificuldade na aprendizagem do asseio e a acontecimentos estressantes.

É importante distinguir entre encoprese e soling, onde este é chamado de “escape fecal e está associado à constipação intestinal” (COSTA et al, 2005, p.3). Já a encoprese não decorre de constipação intestinal, mas de um distúrbio de origem psicogênica.

A encoprese caracteriza-se por uma defecação descontrolada, que acontece em horas e lugares impróprios, ocorrendo pelo menos uma vez por semana durante 12 semanas ou mais, depois da idade normal de controle esfinteriano, ou seja, a idade da criança deve ser acima de 4 anos. (COSTA et al, 2005). De acordo com Dumas (2011), a encoprese pode ser classificada como primária, quando se instala numa criança que ainda não adquiriu o treino de evacuar ou, como secundária, ocorrendo em crianças que já tenham adquirido, previamente, o controle esfinteriano para a evacuação.

Crianças com encoprese frequentemente sentem vergonha e podem vir a evitar situações em que acreditem que causarão embaraços, ou seja, que podem não conseguir controlar sua incontinência. Este transtorno causa enormes prejuízos à criança, como baixa autoestima, ostracismo social por seus amigos, e sentimentos como raiva, punição e rejeição dos seus familiares. Também podem manifestar reações ansiosas ou agressivas, de modo imaturo e com autocontrole excessivo (COSTA et al, 2005).

A criança pode sujar-se de forma acidental ou deliberadamente, onde o primeiro caso ocorre quando tenta esconder ou se limpar das fezes evacuadas involuntariamente; e no segundo caso, quando é comprovado que é de forma deliberada, podendo ser proveniente de outros transtornos de comportamento, como o Transtorno Desafiador Opositivo ou Transtorno da Conduta (DSM IV, 1994). Por essas razões é importante que haja uma investigação completa do histórico da criança, documentando detalhes como a frequência, natureza e circunstância das evacuações, devendo ser obtida através dos pais e da própria criança, como também da avaliação psicológica, no sentido de fornecer um quadro completo do distúrbio (COSTA et al, 2005).

A urina e as matérias fecais veiculam uma enorme carga afetiva para a criança e, à vista disso, desequilíbrios nesse âmbito podem denunciar aspectos negativos de nível relacional, além de revelar a qualidade da psicodinâmica familiar (COSTA et al, 2005). Vaz Serra (1999) realça a importância da expressão das emoções no desenvolvimento de personalidades saudáveis, na competência social e no eventual aparecimento de

psicopatologia. Assim, a importância do estudo e compreensão do transtorno encopretico dá-se na medida em que este pode se constituir como forma de expressão de algum sofrimento emocional.

Costa et al (2005) salientam a necessidade de tratamento com o complexo criança-família com a desmistificação da problemática, explicação detalhada dos mecanismos da encoprese e a apresentação dos objetivos terapêuticos, que incluem a diminuição das tensões psicológicas, a regularização do hábito e o aumento dos cuidados que visam a atingir as metas já descritas. De acordo com os autores, é imprescindível uma real aceitação do plano terapêutico pelo complexo criança-família para sua efetiva participação nele.

Quando a encoprese é secundária, ou seja, quando ocorre após já ter se estabelecido um controle esfinteriano, pode tratar-se de um estado regressivo do desenvolvimento, motivado por fatores ambientais e emocionais, ou seja, o valor sintomático da encoprese consiste em comunicar o conflito intrapsíquico (COSTA, et al 2005). A encoprese quase sempre está relacionada a estresses psicossociais novos ou recorrentes, podendo conter questões psicológicas subjacentes complexas, que justificam maior investigação. Dessa forma, somente ao conceber tal problemática, pode-se dar início ao tratamento.

As consequências dos sintomas da encoprese costumam aparecer mais rotineiramente na escola e nas relações sociais. Verifica-se que a maioria apresenta alterações de comportamento que se manifestam no aproveitamento escolar e no relacionamento social (COSTA et al, 2005).

A elucidação desse estudo de caso objetiva mostrar que a criança não pode ser punida ou castigada porque isso irá aumentar a sua ansiedade e instabilidade emocional, reativando medos e problemas de sociabilização. Pelo contrário, a criança precisa de apoio e incentivo para aprender a controlar-se e crescer em harmonia. Ela necessita sentir que os pais a apoiam, ajudam a superar o seu problema, compreendem e continuam a dar todo o afeto que necessita. A ação terapêutica mostra-se benéfica quando os pais tornam-se capazes de relacionar o sintoma com o funcionamento da família, em vez de associá-los exclusivamente à criança.

Nossa proposta objetiva, ainda, contribuir para a mobilização do tratamento subjetivo, visto que “a psicoterapia é de fundamental importância no tratamento da encoprese”, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura

e sua vida cotidiana (COSTA et al, 2005, p.36). Esperamos que este trabalho preste uma demonstração de como o tratamento, aliado à práticas e estratégias adequadas, possibilitam a mudança interna do sujeito, ajudando-o a desenvolver respostas e atitudes saudáveis.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi realizado em Sobral/CE, através de uma pesquisa produzida para a disciplina Psicopatologia Infantil, ministrada pela professora Marília Gurgel, do Curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão – FLF. Trata-se de um estudo de caso, elaborado a partir da interlocução com o psicólogo que tratou o sujeito em questão.

Para a obtenção dos objetivos apresentados nesta pesquisa, foram utilizadas estratégias metodológicas epistemológicas de âmbito qualitativo que, de acordo com Minayo (1998/2009), permite um entendimento mais amplo e aprofundado do processo pesquisado, uma vez que compreende o conhecimento como fruto de uma elaboração construtivo-interpretativa.

A metodologia qualitativa se expressa como um “esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento [...] que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana” (GONZÁLEZ REY, 2002, p.29).

A coleta de dados deu-se através de entrevista semi estruturada, por meio de questões pré-estabelecidas, a fim de conduzir o colóquio. Além disso, o entrevistado também contou com a oportunidade de discorrer sobre o tema, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, aumentando a familiaridade do mesmo, bem como modificando e clarificando conceitos.

Após uma explicação precisa acerca dos objetivos da pesquisa, realizada pelo entrevistador, foi utilizado o termo de livre consentimento, cuja participação voluntária foi assentida pelo profissional, sendo assegurado o sigilo quanto às informações fornecidas e interpretadas.

Para favorecer a organização dos dados, foi gravado o áudio da entrevista, mediante autorização do profissional, objetivando sua posterior transcrição, possibilitando, assim, uma maior fidedignidade dos dados coletados.

Para a análise dos dados foram seguidas duas etapas, de acordo com a Análise Temática, proposta por Minayo (1998/2009): a primeira etapa

corresponde a uma pré-análise, na qual se faz a sistematização dos dados coletados, através da leitura flutuante e exaustiva das transcrições da entrevista. A segunda etapa diz respeito à exploração do material e organização das informações fornecidas, a partir da identificação de palavras ou expressões relevantes, sendo criadas categorias temáticas (como por exemplo, “procura por atendimento psicológico”, “diagnóstico”, “intervenção”, etc).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo de caso do qual trata esse trabalho é sobre S, um menino que foi adotado aos 2 anos de idade. Os pais já tinham 3 filhas, mas sempre sonharam em ter um filho, por esta razão procuraram a adoção. Entretanto, na família, todos desconfiam de que S é, na verdade, filho legítimo de um relacionamento extraconjugal. A mãe relatou que ninguém da família contou ao menino sobre a adoção, nem ele parece lembrar. S também nunca questionou o motivo de não ter fotos de quando nasceu (como as irmãs têm), nem fotos de sua mãe grávida.

Durante seu crescimento, segundo a mãe, S não apresentou grandes dificuldades em realizar sozinho as atividades relativas ao seu desenvolvimento: como se vestir, tomar banho e, inclusive, o aprendizado do controle de suas necessidades fisiológicas. Tinha uma rotina diária satisfatória (café da manhã, escola, banho, almoço, sesta, brincadeiras, banho, tarefa de casa, jantar e dormir) e não “dava trabalho” mais do que qualquer garoto da sua idade daria.

Pela manhã, precisava ser acordado pela mãe, mas não demonstrava irritação, só acordando mal-humorado quando tinha pesadelos (caracterizado por se mexer muito na cama, além de, geralmente, contar que havia tido pesadelos, mas não era nada que chamasse atenção para um problema). Não se demorava muito para dormir a noite.

Costumava atender às ordens dos familiares e da professora, respeitava os mais velhos e, quando não concordava com alguma situação, se comportava de maneira questionadora (e não desafiadora). O relacionamento com outras crianças também era satisfatório e tinha alguns amiguinhos na escola. Em certas ocasiões (como aniversários, ou para brincar) encontravam-se na casa de alguém, sempre na presença dos pais.

Por volta dos 9 anos começou a mostrar-se mais fechado e introspectivo. Não conversava muito, principalmente na presença de estranhos. Começou a apresentar algumas dificuldades na escola (notas baixas) e não gostava de estudar

nem de fazer suas tarefas de casa, demonstrando falta de concentração e impaciência.

Nesse período S começou a apresentar a retenção das fezes, atingindo até 3 ou 4 dias sem ir ao banheiro. Chegava um ponto em que S não mais conseguia controlar as fezes, perdendo pequenas quantidades de fezes na cueca, várias vezes ao dia. Antes da encoprese, de acordo com a mãe, S apresentava um padrão regular de uma média de 24 horas entre as defecações.

Segundo a mãe, alguns eventos estressores estiveram presentes durante a infância de S, consistindo em presenciar discussões e brigas constantes e agressivas com o marido, devido a relacionamentos extraconjugais que o mesmo mantinha. O casamento chegou ao fim quando S. tinha 10 anos, porém o pai ainda mantém a casa (a mãe não trabalha), costuma falar com o filho pelo telefone e, em alguns finais de semana, o leva para passear. O pai casou-se novamente e tem um filho – segundo o psicólogo, quando questionado sobre como se sente em relação a tal situação, S dizia ser “estranho”, e logo depois dizia que “se sentia normal”.

Quando os episódios de retenção começaram, a alimentação de S era adequada à sua idade e preferências, mas ele comia pouco quando o intestino não funcionava. Os parentes (avós e irmãs) relatavam alterações do comportamento de S quando este estava por volta do segundo dia de retenção. Ele parava de brincar e permanecia deitado, apresentava alterações no sono (movimentos na cama), redução no padrão alimentar e irritabilidade (mau humor). Após a defecação, a mudança de comportamento era imediata, isto é, S sorria e brincava. Ele não gostava de falar sobre a constipação, mas às vezes relatava para a mãe que sentia dor durante a defecação (provavelmente devido ao ressecamento das fezes ocasionado pela constipação).

Sob orientação de um gastroenterologista infantil, foram administrados alguns medicamentos. Porém, segundo a mãe, esta orientação acabou sendo seguida somente quando a retenção estava realmente severa, pois, por muitas vezes, as fezes eram eliminadas em forma de diarreia, sem que S pudesse minimamente controlar, gerando constrangimento e maior tensão.

S passou por vários tipos de atendimentos (médicos - clínico geral e pediatra, gastroenterologista, homeopata, etc), fez exames e os médicos eliminaram a possibilidade de origem orgânica para o padrão de defecação. A mãe diz que foi negligente, no sentido de não ter esgotado as possibilidades de tratamento para o filho, além de ter passado um longo período se utilizando de cuidados paliativos (laxantes

leves), e diz que demorou a procurar tratamento psicológico por ainda acreditar que fosse algum problema orgânico, e que este se resolveria com o tempo. Afirma também que embora se considere uma pessoa calma, ficava muito apreensiva e tensa com o padrão de defecação de S, insistindo muito para que o filho defecasse “normalmente”.

Como foi eliminada a possibilidade de problema orgânico, a mãe de S procurou atendimento psicológico com os seguintes objetivos: 1) atendimento focal em relação à encoprese e apoio psicológico para o filho; 2) diminuição das alterações no comportamento (irritabilidade e redução das brincadeiras) no período de retenção; e 3) obtenção de informações sobre como proceder adequadamente com o filho nas situações as quais se encontram (dificuldades na escola, vivência com a nova família do pai, etc).

A mãe foi orientada a registrar as alterações de comportamento e, em um calendário, a frequência de defecação para que fosse estabelecido um critério (ou linha de base/padrão de defecação) em relação a intervenção mais adequada. E a registrar, também, a alimentação, as atividades lúdicas, as atividades escolares e o relacionamento social de S.

Em conversa com a professora de S, o psicólogo inteirou-se de que quando ele pedia para ir ao banheiro a defecação já havia ocorrido, em pequena quantidade, na cueca – a mãe já havia conversado com a professora sobre essa problemática. Além disso, a professora afirmava ser possível diferenciar a alteração de comportamento quando a retenção já durava alguns dias, pois o menino apresentava agitação e nervosismo, verbalizando, algumas vezes, que sua barriga doía.

Quando na interação com os colegas, S mostrava-se muito fechado e pouco se relacionava com os demais; realizava as atividades solicitadas em sala, mas costumava trazer as tarefas de casa incompletas ou malfeitas; lanchava pouco no recreio e brincava sempre com as mesmas crianças.

Em sessão familiar, o pai mostrava-se preocupado com a situação de S, porém acreditando ser de causa orgânica, demonstrando, inclusive, descrença no tratamento psicológico. Foi solicitado ao pai que mantivesse encontros mais frequentes com o filho com o objetivo de tornar seu ambiente social o mais próximo do ambiente anterior ao início da encoprese e, desse modo, facilitar o processo.

A partir dos dados fornecidos pela mãe, observações e conversas nas sessões com S e com a professora, chegou-se ao diagnóstico de sensibilização, que segundo

Sato (1995), se refere a processos de incremento de uma determinada resposta ao longo de uma determinada estimulação. É uma das formas mais elementares de aprendizagem, sendo definida como um aumento na força da resposta reflexa, resultante da ocorrência de um estímulo novo e aversivo. A aprendizagem ocorre quando, gradualmente, o organismo se habitua à resposta sensibilizada.

O psicólogo buscou intervir no caso tendo como principal objetivo a habituação comportamental, processo opoente à sensibilização, que visa a diminuição das respostas relacionadas à defecação, tornando o ambiente físico e social de S análogos, funcionalmente, ao período anterior ao surgimento da encoprese.

Segundo Callegaro & Landeira-Fernandez (2007) a habituação é uma reação a um estímulo específico, e, tal como a sensibilização, sua função é auto-reguladora e permite organizar as informações do ambiente. Envolve uma redução gradativa da resposta devido à repetição de um estímulo que não apresenta qualquer função para o indivíduo.

Uma das características da encoprese é a evacuação repetida de fezes em locais inadequados (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997), como acontecia com S na escola, por exemplo. Tanto a CID-10 como o DSM-IV estipulam que a criança deve ter uma idade cronológica e mental mínima de 4 anos, com ocorrência de encoprese uma vez ou mais por mês (DUMAS, 2011). Todavia, para a CID-10, para que se estabeleça o diagnóstico a criança deve apresentar os sintomas por, no mínimo, seis meses. Já para o DSM-IV, três meses já é suficiente para o diagnóstico. Esses dois sistemas de classificação (CID-10 e DSM-IV) consideram que, para que a criança seja diagnosticada como tendo encoprese, a mesma deve apresentar defecação frequente em lugares não apropriados, involuntária ou deliberadamente.

A encoprese apresenta algumas características particulares, como por exemplo, a presença de ansiedade e baixa auto-estima. No caso de S pode-se observar a presença dessas características quando o mesmo manifesta decréscimos no rendimento escolar, com notas baixas e mostrando-se introspectivo tanto no ambiente familiar como na escola. Conforme indicam Costa et al (2005), as crianças com encoprese tendem a manifestar reações ansiosas, falta de autoafirmação e, ainda, demonstram uma fraca tolerância às frustrações. Essa deficiência na autoafirmação se dá por conta das dificuldades que possuem frente às exigências do ambiente e de sua sensibilidade, o que causa um sentimento de fracasso.

Os comportamentos emitidos por S durante os períodos de retenção – irritabilidade, mudança no padrão de humor e lúdico – podem ser concebidos como subprodutos da situação de sensibilização.

O ambiente escolar é, praticamente, todo campo social infantil. Sendo essa esfera, juntamente com a família os responsáveis por promover o suporte vivencial, cultural e emocional das crianças. Um é reflexo do outro, causa e efeito do que neles ocorre (FRAIMAN, 1997). Dessa forma, no caso de S, o impacto de sua configuração atual recaía completamente sobre os alicerces de sua vida, pois eram esses os contextos atingidos.

Os estudos realizados por Costa et al (2005), certificam essa composição uma vez que apontam que quanto à personalidade das crianças encoprélicas, verifica-se que a maioria apresenta alterações de comportamento que se manifestam no cenário social – no aproveitamento escolar e no relacionamento familiar.

CONCLUSÃO

Pesquisas apontam que a prevalência da encoprese é de aproximadamente 1% das crianças com 05 anos de idade, sendo mais comum no sexo masculino com escala de 3 meninas para 1 menino (DUMAS, 2011). No estudo de Costa et al (2005) foi encontrada uma prevalência de 91% de crianças do sexo masculino e 9% do feminino.

Tem como fatores predisponentes o treinamento inadequado e inconsistente do controle esfinteriano e o estresse psicossocial, sendo o último proveniente de situações que causem ansiedade na criança, como mudança de cidade, de escola, entre outros. Pode persistir com exacerbações intermitentes por anos, mas raramente se torna crônica. É comum que a criança tenha recaída, e quase sempre está relacionada a estresses psicossociais novos ou recorrentes (COSTA et al, 2005).

Em quase 90% dos casos, os transtornos do controle esfinteriano não têm uma etiologia orgânica conhecida. Contudo, há várias condições médicas acompanhadas de uma falta de controle esfinteriano. Visto que o problema costuma desaparecer quando a causa é tratada, é preciso ter certeza, antes de fazer o diagnóstico de um transtorno psicopatológico, de que as dificuldades da criança não podem ser explicadas por um problema fisiológico. Pesquisadores e clínicos falam em enurese ou de encoprese funcional quando não é possível estabelecer uma origem orgânica. Essa terminologia é clara, mas deve ser usada com cautela. Na verdade, indica que a

sintomatologia não é de origem orgânica detectada, mas não permite afirmar, evidentemente, que uma tal origem não exista.

O diagnóstico de um transtorno do controle esfíncteriano inscreve-se sempre em um contexto desenvolvimental. O patológico distingue-se do normativo não pelo fato de os sintomas serem anormais, mas por persistirem além de certa idade. A distinção entre patológico e normal também depende, do ambiente social e cultural da criança. Na maioria das culturas espera-se que uma criança normal tenha asseio entre 3 e 5 anos. Sob um ponto de vista clínico, isso implica que a encoprese só se torna verdadeiramente um problema quando o meio assim o decide.

Quanto à validade científica da encoprese se questiona não sua existência, mas a melhor maneira de classificá-la. Os dados disponíveis confirmam a importância de distinguir, de um lado, a incontinência (fecal) primária e secundária e, de outro, a encoprese, com e sem, a apresentação de retenção (DUMAS, 2011).

Um dos desafios no estudo da constipação crônica é explicar as diferenças individuais, isto é, por que algumas crianças desenvolvem quadro de encoprese e outras não. As diferenças individuais poderiam estar relacionadas tanto a fatores que afetam o início da encoprese (por exemplo, tipo de treino de toalete, escolhas dietéticas, interação pais-criança, padrão de habituação e sensibilização a mudanças bruscas no ambiente físico e/ou social e condições orgânicas) quanto àqueles que afetam a sua manutenção (por exemplo, reforçamento diferencial da quantidade de fezes ao invés da frequência de defecação, dicas do ambiente físico e social e sensação de dor durante a defecação).

A consistência das fezes na encoprese pode variar, sendo normal ou próxima ao normal, líquida ou muito dura (PITREZ & PITREZ, 1999). Em crianças escolares e pré-escolares a primeira constipação pode se desenvolver por razões psicológicas, apresentando uma ansiedade diante da possibilidade de defecar em local inadequado (escola, ônibus, festa, etc), ou então como um padrão de comportamento de oposição.

Como já vimos, a encoprese encontra-se dividida em dois subtipos: primária e secundária. A primária se dá com ou sem retenção de fezes, já a encoprese secundária, que é observada no caso de S, geralmente é acompanhada de comportamentos conflituosos. Segundo Dumas (2011), a distinção entre encoprese primária e secundária pode ser difícil de ser determinada clinicamente. No estudo de caso em questão, a criança com encoprese do tipo secundária retentiva, apresenta um contexto que sugere

que o quadro havia se iniciado a partir de um padrão de sensibilização à mudanças bruscas na organização do ambiente familiar da mesma.

Com base nas informações obtidas pelo profissional e a partir da análise contingencial dos contextos da criança, concluiu-se que, o clima de tensão crescente, culminando na separação dos pais, ocasionou uma inesperada mudança na vivência de S: ser o observador de várias discussões, por vezes agressivas (física e verbalmente); adaptação a nova rotina, onde a mãe precisaria dar conta de tudo sozinha; adaptação a novas regras da nova família do pai; e encontros diários com o pai que se tornaram, abruptamente, semanais. Tudo isso gerou um padrão de sensibilização, ou seja, havia ocorrido uma aprendizagem inadequada às reações sobre as quais S ainda não havia aprendido a controlar conscientemente (sensibilização a reações incondicionadas).

O atendimento psicoterápico de S teve como objetivo principal a habituação comportamental (processo oponente à sensibilização), isto é, a diminuição das respostas relacionadas à defecação, possibilitando a redução do intervalo de defecação, tornando o ambiente físico e social de S análogos, funcionalmente, ao período anterior ao surgimento da encoprese. Período este definido por 1) um ambiente físico característico da família (S, o pai e a mãe); 2) controle esfinteriano; 3) defecação sem dor; e 4) interação diária entre S e o pai.

O tratamento também objetivou, através do vínculo psicólogo-criança, no contexto das sessões, apresentar a defecação como um evento natural que faz parte de uma cadeia de atividades de vida diária (alimentar-se com frutas e verduras, defecar, tomar banho, ir à escola e brincar); trabalhar a separação dos pais e a forma como S se sentia diante da nova família do pai (adaptação de novas regras); e reforçá-lo positivamente, nos contextos de autonomia e assertividade.

Em seu tratamento, ainda em andamento à época deste trabalho, S contava com um programa de rotina, manipulação de reforçadores pela mãe, ênfase no fortalecimento de comportamentos evacuatórios adequados e análise dos defeitos advindos das mudanças do comportamento. Acredita-se que isso possibilitará, gradualmente, a redução de taxa de respostas características da encoprese.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.

- CALLEGARO, M. M. & LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Pesquisas em neurociência e suas implicações na prática psicoterápica. In: CORDIOLI, A. V. (Org). **Psicoterapias abordagens atuais**, 3ª edição, 851-872. ArtMed, Porto Alegre, 2007.
- COSTA, C. D. et al. Aspectos Clínicos e Psicológicos da Encoprese. Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (FCMS) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). **Revista Paulista de Pediatria**; 23 (1); 35-40, 2005.
- DUMAS, J. E. **Psicopatologia da Infância e da Adolescência**. 3 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
- FERREIRA, M. P. **Transtornos de excreção: enurese e encoprese**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- FRAIMAN, L. P. E. **A importância da participação dos pais na educação escolar**. São Paulo, 134p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, USP, 1997.
- INGBERMAN, Y. K. A encoprese infantil. In SILVARES, E. F. M. (Org.) **Estudos de caso em psicologia comportamental infantil** (pp. 85-120). Campinas, SP: Papyrus, 2000.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.
- MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- NEVES, A. J. & CALAIS, S. L. Efeitos do manejo comportamental de incontinência fecal em adolescente. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília DF: Conselho Federal de Psicologia, v. 32, n. 3, p. 754-767, 2012.
- PITREZ, J. C. B. & PITREZ, P. M. **Pediatria – Consulta rápida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- REY, G. **Pesquisa qualitativa em psicologia. Caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson, 2002.
- SATO, T. Habituação e sensibilização comportamental. **Psicologia USP**, v.6, n.1, p.231-276, 1995.
- VAZ SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. .LTDA, 1999.