

754

Efeitos do Manejo Comportamental de Incontinência Fecal em Adolescente

Manejo Comportamental de
Incontinência Fecal

Effects of Behavior Management of Fecal
Incontinence in an Adolescent

Anderson Jonas
das Neves &
Sandra Leal Calais

Universidade Estadual
Paulista

Experiência



Resumo: A incontinência fecal, também conhecida como encoprese, é um transtorno de evacuação que acarreta prejuízos ao desenvolvimento psicossocial e orgânico da criança e do adolescente, e que demanda atenção e cuidado de pais e profissionais de saúde. No amplo contexto de tratamento da encoprese, a psicoterapia constitui importante recurso, sendo a terapia comportamental apontada como uma das modalidades mais promissoras e eficazes para o tratamento dessa dificuldade de eliminação. Este artigo apresenta o estudo dos efeitos do manejo comportamental de quadro de incontinência fecal em um adolescente de 14 anos, atendido em clínica-escola de Psicologia do interior do Estado de São Paulo durante 14 meses. A partir do referencial teórico da análise do comportamento, foi desenvolvido, em contexto psicoterápico, um conjunto de estratégias comportamentais com o cliente, bem como orientações aos pais, visando à gradativa extinção encoprética. No decorrer desse processo, o cliente apresentou significativas aquisições comportamentais de uso regular do banheiro e adequado controle esfinteriano, monitoradas semanalmente, que possibilitaram a plena extinção das ocorrências de sujidade, sendo avaliado o efeito em *follow-up* realizado três meses após o encerramento dessa intervenção.

Palavras-chave: Incontinência fecal. Adolescentes. Psicologia clínica. Terapia comportamental.

Abstract: Fecal incontinence, also known as encopresis, is an evacuation disorder that causes losses in the organic and psychosocial development of children and adolescents, which requires attention and care from parents and health professionals. In the broad context of treatment of encopresis, psychotherapy is an important resource, and behavior therapy identified as one of the most promising and effective modalities for the treatment of difficult elimination. This article presents a study about the effects of behavioral management of fecal incontinence in an adolescent attended in school-clinical psychology in the state of São Paulo for 14 months. From the theoretical and technical tools of behavior analysis, behavioral strategies were developed in the context of psychotherapy with the client as well as guidance for the parents, seeking gradual extinction of encopresis. During this process, the client had significant behavioral acquisitions of regular use of the bathroom and proper toilet training, monitored weekly, which enabled the full dissolution of soiling, and the effect was evaluated in *follow-up* conducted three months after the end of this intervention.

Keywords: Fecal incontinence. Adolescents. Clinical psychology. Behavior therapy.

Resumen: La incontinencia fecal, también conocida como encopresis, es un trastorno de evacuación que acarrea perjuicios en el desarrollo psicossocial y orgánico de niños adolescentes, lo que demanda atención y cuidado de padres y profesionales de salud. En el amplio contexto de tratamiento de la encopresis, la psicoterapia se constituye como recurso importante, siendo la Terapia Conductual apuntada como una de las modalidades más promisoras y eficaces para tratamiento de esta dificultad de eliminación. Este artículo presenta el estudio de los efectos del manejo del comportamiento de cuadro de incontinencia fecal en un adolescente de 14 años, atendido en clínica escuela de Psicología del interior del estado de São Paulo durante 14 meses. A partir del referencial teórico del Análisis del Comportamiento, fue desarrollado en contexto psicoterápico un conjunto de estrategias de comportamiento con el cliente, así como orientaciones a los padres, visando a la gradual extinción encoprética. En el transcurso de este proceso, el cliente presentó significativas adquisiciones de comportamiento de uso regular del baño y adecuado control de esfínter, monitoreados semanalmente, que posibilitaron la plena extinción de las ocurrencias de suciedad, siendo evaluado el efecto en *follow-up* realizado tres meses después del cierre de esta intervención.

Palabras clave: Incontinencia Fecal, Adolescentes, Psicología Clínica, Terapia Conductual.

O adequado controle esfinteriano é uma das maiores competências adquiridas na primeira infância (prevista até três anos), possibilitando ao indivíduo maior autonomia, convívio social, autoestima e discriminação interoceptiva (Papalia & Olds, 2000), sendo tais comportamentos derivados de aprendizagens operantes principalmente no contexto cultural e familiar, não se restringindo, portanto, a

respostas orgânicas inatas (Ayllon, Simon, & Wildman, 1975; Mota, Barros, Matijasevich, & Santos, 2010). Entretanto, diversas variáveis ambientais e fisiológicas podem interferir na aquisição dessa habilidade, o que acarreta prejuízos no desenvolvimento, desde déficits comportamentais até doenças relacionadas à excreção e à defecação (Coelho, 2008; Miranda & Machado, 2011). Nesse processo,

quando não é identificada pela análise médica qualquer doença associada ou causa orgânica que determine a dificuldade de eliminação, diagnostica-se tal quadro como transtorno de excreção (American Psychiatric Association, 1994), com destaque para a incontinência fecal, também denominada encoprese – termos admitidos como equivalentes por Ingberman (2000) devido à inexistência de concordância conceitual entre os estudiosos da área – que se expressa predominantemente na infância, embora possa atingir etapas posteriores, como a adolescência (Joinson, Heron, Butler, & von Gontard, 2006; Pinheiro & Moreno, 1983).

Do ponto de vista médico, define-se a encoprese como um transtorno de evacuação caracterizado pela eliminação repetida e involuntária das fezes, de forma descontrolada, que acontece em horas e lugares impróprios, com frequência mínima de uma ocorrência por semana durante três meses, tendo o sujeito idade superior a quatro anos (Costa, Inneco, Barakat, & Veloso, 2005). Ela é classificada como primária ou secundária, de acordo com a ausência ou a presença de aprendizagem prévia do controle esfinteriano, e com ou sem obstipação com incontinência de hiperfluxo (Cunningham & Banez, 2006; Pinheiro & Moreno, 1983).

Há diversas discussões e discrepâncias na Psicologia, na Medicina e na Psiquiatria acerca da origem da encoprese, que resultaram em diferentes pesquisas sobre o assunto. Estudos nas mais diversas concepções da Psicologia apontam possíveis explicações, tais como: relações parentais instáveis, sendo a figura paterna ausente e a mãe, na maioria das vezes, dominante, emotiva e depressiva (Bemporad, Kresch, Asnes, & Wilson, 1978; Sourander, 2011), reação a mudanças bruscas no ambiente, como separação dos pais ou nascimento do irmão, que provocam ansiedade e medo de ir ao banheiro (subprodutos desse contexto), ignorando

as sinalizações fisiológicas e retendo fezes (Coelho, 2001; Gomes, 1998; Sourander, 2011), comportamento aprendido com função de demandar atenção de cuidadores e pessoas significativas (Taubman, 1997; Wielewicki, Gallo, & Grossi, 2011), treinos ao toalete no período de desfralde tipicamente punitivos, permissivos e inconsistentes (Bragado, 1998; Cox, Sutphen, Borowitz, Kovatchev, & Ling, 1998; Joinson, Heron, von Gontard, Butler, Golding, & Emond, 2008), uso de métodos invasivos para tratamento (supositórios e lavagens) que estabelecem contextos aversivos para o infante, contingenciados com operantes de fuga e esquiva (Bragado, 1998; Wielewicki et al., 2011), dietas pouco balanceadas, com pobreza de fibras e nutrientes que facilitam a defecação (Bragado, 1998; Coehlo, 2011), medo da castração (Ferreira, 2004; Taubman, 1997), e interrupção em alguma etapa na aprendizagem encadeada do comportamento complexo de defecar (Bragado, 1998; Mota & Barros, 2008).

A partir da avaliação médica e da confirmação do diagnóstico de encoprese, define-se o plano de tratamento, que abrange um amplo rol de possibilidades de intervenções, desde a psicoterapia até a associação de múltiplas terapêuticas (como a medicamentosa e a psicológica) (Neale, 1963; Tabbers, Boluyt, Berger, & Benninga, 2011). Acerca do tratamento, Cunningham e Banez (2006) sugerem que tal doença seja tratada por médicos, com a utilização de procedimentos de esvaziamento intestinal, uso diário de laxantes e dieta rica em fibras, sendo a psicoterapia um elemento auxiliar. Todavia, Ingberman (2000) enfatiza a intervenção psicoterápica como meio eficiente e alternativo de tratamento da encoprese, sendo necessárias intervenções médicas apenas em casos crônicos. Para Campbell, Cox e Borowitz (2009), Magee, Ritterband, Thorndike, Cox e Borowitz (2009) e Mellon e Houts (1995), a encoprese é um distúrbio

A análise comportamental da encoprese pressupõe uma criteriosa investigação de como tal comportamento foi instalado na ontogênese do indivíduo, quais contingências o mantém, quais operações estabelecedoras e variáveis operam nesse processo, qual é o atual repertório comportamental e qual a sua função no atual contexto (Coelho, 2008; Silvaes & Souza, 2001).

biocomportamental, e deve ser tratado multiprofissionalmente por nutricionistas, médicos e psicólogos.

Embora haja diferentes pontos de vista, há consenso entre os especialistas da área: a psicoterapia configura-se como uma ferramenta potencial para a intervenção na encoprese. Considerando os efeitos deletérios da encoprese sob as dimensões corporais (dilatação retal, fissuras e disfunções no aparelho excretor) e psicológicas (prejuízos na socialização e na autoestima) (Joinson, Heron, Butler, & von Gontard, 2006; Mota & Barros, 2008; Silvaes & Souza, 2001), torna-se relevante o estudo e a intervenção nesse quadro, a fim de favorecer a aquisição de novos repertórios de controle esfinteriano e de extinção encoprética (Cox, Sutphen, Borowitz, Kovatchev, Ling, 1998).

No amplo contexto das psicoterapias, diversos estudos sobre a terapêutica da encoprese apresentam resultados promissores quanto à sua eliminação por meio da intervenção comportamental (Ashkenazi, 1975; Neale, 1963), e sugerem que é uma das mais eficazes (Brooks, Copen, Cox, Morris, Borowitz, & Sutphen, 2000; Cox et al., 1998). Ressalta-se, entretanto, que, em casos crônicos, terapias medicamentosas são associadas ao processo terapêutico (Knell, 1995), visando a associar reações fisiológicas de evacuação e outros estímulos antecedentes, que possibilitam maior efetividade no treino ao toalete e na discriminação interoceptiva.

A análise comportamental da encoprese pressupõe uma criteriosa investigação de como tal comportamento foi instalado na ontogênese do indivíduo, quais contingências o mantém, quais operações estabelecedoras e variáveis operam nesse processo, qual é o atual repertório comportamental e qual a sua função no atual contexto (Coelho, 2008; Silvaes & Souza, 2001). O levantamento de informações constitui etapa inicial do processo terapêutico, na qual o psicoterapeuta buscará

dados em sessões com os pais, no diálogo com médicos e outros profissionais, no ambiente escolar e no relato verbal do próprio cliente sobre as possíveis variáveis que interferem na encoprese (Silvaes & Souza, 2001). Simultaneamente, caberá ao terapeuta comportamental estabelecer vínculo terapêutico, favorecendo um contexto não coercitivo (Skinner, 1953/1970), permeado pela empatia, pelo acolhimento e pela confiança, para que o cliente descreva e relate com clareza sobre a encoprese, sem esquivar-se por culpa, vergonha e ansiedade, que, de acordo com Conger (1970), são sentimentos típicos dos sujeitos encopréticos, considerando-se as demandas familiares e sociais.

Ao identificar as pregressas e atuais contingências relacionadas ao quadro encoprético, o analista do comportamento terá por objetivo tanto a extinção da encoprese quanto a instalação de novos repertórios socialmente adequados (uso regular do toalete e melhorias dos relacionamentos) e saudáveis (alimentação balanceada) e percepção interoceptiva, pelo manejo das contingências (Brooks et al., 2000). Para que tal intervenção seja efetiva, o psicoterapeuta demandará do cliente (ou de seus pais, quando preciso) a realização de registros comportamentais (Ayllon, Simon, & Wilman, 1975; Edelman, 1971; Legg, 2011; Moura & Venturelli, 2004), visando a avaliar como se configura tal operante em suas dimensões específicas (duração e frequência) e a monitorar a evolução da extinção encoprética e a instalação de novas habilidades.

Quanto às estratégias e procedimentos psicoterápicos no manejo comportamental da encoprese, a literatura expressa diversas possibilidades, destacando-se: modelagem de hábitos defecatórios em ambiente domiciliar (Coelho, 2011; Magee, Ritterband, Thorndike, Cox, & Borowitz, 2009; Simon, 2005), reforçamento diferencial para ocorrências de não sujidade e extinção de repertório

encoprético (Conger, 1970; Edelman, 1971), estabelecimento de contingências de reforçamento para operantes de uso regular do toalete e discriminação interoceptiva (movimentos peristálticos e sensibilidade retal) (Azrin & Foxx, 1974; Cox et al., 1998; Legg, 2011), orientações parentais para manejo comportamental da encoprese (Balson, 1973; Joinson et al., 2008), valendo-se inclusive de plataformas virtuais (Magee et al., 2009), desenvolvimento de habilidades de enfrentamento de situações estressantes e aversivas relativas à encoprese (Ingberman, 2000), modelagem por meio de recursos multimídia e ludoterapia comportamental (Coelho, 2008), punição negativa e práticas de limpeza e lavagem (Neale, 1963), e ensino de discriminação interoceptiva, auxiliada pela organização da rotina e pelo uso de medicamentos (Campbell et al., 2009; Cunningham & Banez, 2006; Mota & Barros, 2008).

A partir dessa explanação sobre o fenômeno comportamental da encoprese e as possibilidades de intervenções pautadas na análise do comportamento, infere-se que tal modalidade psicoterápica constitui intervenção eficiente e promissora para a terapêutica dessa dificuldade. Ainda assim, pesquisas e relatos de casos de tratamento atuais são escassos na literatura (principalmente no Brasil), indicando a necessidade de ampliação de publicações sobre essa temática em uma visão contemporânea. O presente estudo visa a corroborar os estudos da área em Psicologia clínica, retratando os efeitos do manejo comportamental para um quadro de encoprese em adolescente.

Método

Participante

O cliente (V) é um adolescente de 14 anos, cursa o 8º ano do ensino fundamental na rede

pública, e reside na periferia da cidade. Filho da primeira união de seus pais (atualmente divorciados), sendo o caçula dos três irmãos, V mora com a mãe (B, 36 anos, operadora de caixa) e com o irmão (A, 15 anos, aprendiz) e recebe esporadicamente visitas do pai (P, 43 anos, funcionário público) aos finais de semana. V foi encaminhado pelos pais para o processo psicoterápico em clínica-escola de uma universidade pública do interior paulista, após três anos do diagnóstico médico inicial, visando ao tratamento da encoprese primária com obstipação e incontinência de hiperfluxo, ou seja, o cliente não apresentava controle esfinteriano anal prévio, sendo que a massa fecal tinha pouca consistência, o que permitia o vazamento contínuo desse excremento.

Em diagnóstico clínico do repertório comportamental, V apresentou como reservas o interesse por conteúdos de História antiga, mitologia grega e artes, habilidade com jogos eletrônicos, habilidade em jogos coletivos (como o futebol), resiliência, resistência à frustração, proatividade para mudanças, expressão de sentimentos positivos, sensibilidade às sugestões do psicoterapeuta, responsabilidade, colaboração e adequado nível de discriminação nas sessões. Como excessos, exibia respostas de encoprese – que, para efeito de operacionalização neste estudo, é definida como a evacuação involuntária em horários e lugares impróprios, adotando assim conceituação semelhante à de Coelho (2008) –, elevada frequência de jogar no computador (*games on-line*) e comportamentos infantilizados (assistir a desenhos animados infantis e colecionar figurinhas, segundo os pais). Também demonstrava baixa frequência de respostas sociais de manutenção de diálogo, baixa assertividade, pouca expressão de sentimentos negativos, dificuldade em relatar problemas e intimidade, timidez (mesmo com conhecidos), dependência da mãe para atividades escolares e afazeres domésticos, ausência de rotinas, restrito diálogo com o pai, falta de autonomia e limitada rede social.

Análise comportamental da encoprese

A análise comportamental desse repertório encopretico será subdividida didaticamente em quatro momentos: período de desfralde (2-3 anos), reorganização familiar (4-8 anos), intervenções médicas (8-10 anos) e início do processo psicoterápico (13 anos). Os períodos descritos a seguir constituem contextos importantes para uma adequada compreensão e análise funcional no processo de constituição ontogenética da encoprese de V.

No primeiro contexto – período de desfralde e início de treino ao toalete – o ambiente familiar passava por mudanças bruscas (permeadas pelo divórcio e por desavenças familiares, desprovido de um ambiente organizado, amistoso e planejado), que estabeleceram uma condição aversiva para todos os membros familiares, especialmente para a mãe de V, que desenvolveu depressão. Esse quadro depressivo estabeleceu-se como uma variável moduladora (motivacional) para as contingências de cuidado e vínculo com o cliente, associado à condição aversiva pré-existente antes do nascimento de V (gravidez indesejada de V em vista das crises conjugal e financeira), promovendo também um contexto de predileção dos demais filhos em detrimento de V. Nessa relação mãe-filho pouco provida de contingências de reforçamento, V comportava-se visando a garantir o pouco reforçamento disponível nessa relação (que tinha como consequência a inconsistência): sempre obedecia aos imperativos maternos, brincava e explorava pouco o ambiente (mesmo com brinquedos) para não incomodar a mãe, não expressava sentimentos e desacordos; paralelamente, com o pai, V exibia o mesmo repertório visando a obter atenção e afeto, dispensados sem consistência. Essas relações produziram a aprendizagem de um

repertório de dependência excessiva dos pais, de autoexigência e de poucas habilidades sociais.

O treino de uso ao toalete para o controle esfinteriano estabeleceu-se em condições de negligência (uso permanente de fralda), inconsistência e desorganização do ensino pela mãe, além da ausência de estímulos discriminativos (rotinas, ensino de sinais fisiológicos pré-correntes de evacuação para V) que sinalizassem o reforçamento de tal comportamento. Esse ambiente não garantiu a aprendizagem do repertório defecatório, uma vez que as contingências de reforçamento estavam inconsistentes e independentes dessa resposta; ainda, a evacuação inconsistente de V tinha como consequência a atenção da mãe, adicionada a uma operação estabelecida (reposição da fralda) que modulava a importância e a falta de exigência do ambiente para que aprendesse o controle esfinteriano.

Mesmo após a reorganização das dinâmicas familiares (segundo momento) – distribuição dos bens após o divórcio, guarda dos filhos e melhora do quadro depressivo materno – a mãe não estabeleceu adequadas contingências para ensino do controle esfinteriano e uso regular do banheiro, fornecendo reforços (atenção, afeto e recompensas) alternados, inconsistentes e independentes do comportamento-alvo (controle e uso do banheiro), muitas vezes reforçando inclusive o próprio comportamento-queixa (atenção e recompensas quando V defecava em lugares impróprios).

A manutenção da fralda também é uma variável contextual importante, pois tem efeito minimizador da importância que V atribuía ao aprendizado desse repertório de controle. Em síntese, V estava aprendendo regras de que “só poderia ganhar atenção da mãe quando defecasse involuntariamente” (portanto, poderia reter e/ou expelir as fezes para

conseguir atenção) e “independentemente de como se comportasse, não tinha controle sob as consequências de seus atos” (pois não havia consistência entre a emissão e os efeitos de seus comportamentos), regras essas que consolidaram o repertório de encoprese do cliente. Cabe destacar que a modelagem desse repertório foi negligenciada pelos pais, demandando que V aprendesse sozinho o uso correto do banheiro e o controle esfinteriano.

No decorrer do tempo, as recorrências das respostas de encoprese intensificaram as exigências por desempenhos de controle esfinteriano, associando-se às regras rígidas de limpeza da mãe (regras essas que começaram a governar o comportamento de V), produzindo um ambiente extremamente coercitivo para ele, que, mesmo tentando manter certo controle, não o conseguia plenamente. O cliente exibia, então, comportamentos de retenção com consequências reforçadoras intermitentes de curto prazo (às vezes recebia elogios da mãe por não se sujar no dia) e aversivos de médio prazo (apresentação de punições pela mãe no escape involuntário das fezes). Infere-se, nesse instante, que duas contingências controlavam seu repertório: quando havia exigência dos pais para controle, o comportamento de retenção produzia reforço positivo inconsistente (elogios intermitentes) e procrastinava a punição, estabelecendo-se uma relação custo-benefício; simultaneamente, fortalecia-se a contingência anterior de que o escape fecal promoveria contextos de atenção dos pais, mesmo que ocorresse em circunstâncias aversivas. Um último elemento é que as regras de limpeza da mãe começaram a consolidar o comportamento de retenção, sendo a defecação (contato com as fezes) uma condição aversiva por significar “algo nojento, sujo e desprezível” (sic), e que, portanto, deveria ser evitada ao máximo,

já que produzia sensações de asco, nojo e culpa.

O terceiro momento se dá quando o comportamento encoprético de V é alvo da intervenção médica. Os métodos invasivos e dolorosos submetidos constituem, nesse contexto, um ambiente de extrema punição para o cliente, fortalecendo seu comportamento retentivo na tentativa de livrar-se do uso de laxantes, dietas de fibras e exames retoscópicos. Associado a esse processo, as aparentes melhoras (não sujidade por dias) eram reforçadas pela mãe por meio da suspensão das lavagens e dos supositórios diários, além de esporádicas recompensas e atenção. Entretanto, a nova ocorrência da encoprese era condição suficiente para a desaprovação parental e o reinício das práticas médicas invasivas. Tais relações comportamentais fortaleceram em V um repertório de esquiva da defecação, considerando a intensa punição (dores e represálias) dela decorrente, além de confirmar regras como “o contato com as fezes é algo ruim e deve ser evitado a todo custo”. Nesse momento, o comportamento retentivo assume outra função na ontogênese do cliente: a retenção fecal mantém relação predominantemente funcional de fuga imediata das condições aversivas, embora não obtenha pleno êxito, pois, com a eminência da evacuação involuntária, reinstalam-se novamente as mesmas contingências punitivas. Ao mesmo tempo, as exigências familiares para que V desenvolvesse o controle e o uso regular do banheiro ampliavam o caráter aversivo do meio, atenuado imediatamente por seu operante de retenção; todavia, era punido em longo prazo (quando evacuava em locais e horários impróprios), e desenvolvia também um novo operante de esconder as vestimentas sujas durante semanas. Após um considerável período de exposição a ações médicas sem eficácia, V é encaminhado para tratamento psicoterápico.

Por fim, o caso de V é alvo de intervenção comportamental, sendo avaliadas as contingências em vigor sobre o comportamento encoprético, que são descritas a seguir: o cliente mantém a retenção que produz encoprese, quando está sob o controle das mesmas contingências do terceiro momento descrito; analisa-se, ainda, que V permanece com as regras de asco ao comportamento evacuatório, sendo que o comportamento retentivo evita o contato imediato com as fezes, além de produzir contexto breve para possível atenção dos familiares (uma vez que tais reforçadores são dispensados indiscriminadamente) e adiamento da punição. Ressalta-se que o repertório encoprético também tinha, recentemente, a função de produzir atenção, tendo em vista o atual relacionamento distanciado e de menos-valia dos pais com relação a V em detrimento da hipervalorização dos demais filhos.

O presente estudo foi desenvolvido na referida clínica-escola de uma universidade pública do interior de São Paulo. Todos os cuidados éticos foram tomados, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis.

Coleta e análise de dados

A coleta de dados realizou-se inicialmente por meio de entrevistas com os pais e com o participante, visando a fornecer elementos para a compreensão e a análise comportamental da encoprese de V. As informações sobre a frequência diária das respostas de encoprese foram registradas pelo cliente e por sua mãe em tarefas impressas (que eram entregues semanalmente), sendo esse recurso metodológico considerado pela literatura da área como eficaz para o monitoramento dos efeitos da intervenção no decorrer do processo. Executou-se, ainda,

follow-up após três meses (55ª e 56ª semana) do encerramento da intervenção.

Considerando-se que este estudo está estruturado sobre sujeito único (Cozby, 2003), realizou-se análise quantitativa da frequência das respostas de encoprese, comparando-as entre si em três circunstâncias diferentes (pré-intervenção, intervenção e *follow-up*), o que possibilita inferir e quantificar os efeitos do manejo comportamental sobre o comportamento-queixa.

Procedimento

Foram realizadas diversas intervenções durante o processo psicoterápico do cliente, que repercutiram em significativos avanços comportamentais, desde a gradual extinção encoprética até a instalação de comportamentos defecatórios adequados e controle esfinteriano. Ressalta-se que inicialmente foram feitas entrevistas com o cliente e com os pais, visando a identificar o histórico da queixa, o repertório do cliente e as possibilidades de intervenção. A seguir, serão brevemente descritas (em ordem cronológica) as estratégias utilizadas para a obtenção desses ganhos:

a) Estabelecimento de aliança terapêutica: garantiu-se, por meio de jogos e diálogos, que o vínculo terapêutico estivesse estabelecido, visando a produzir contexto de audiência não punitiva, empatia e confiança, no qual o cliente pudesse descrever e relatar a queixa. Esse elemento é apontado por Banaco (2011) como condição eficiente e necessária para o processo psicoterápico com adolescentes, considerando-se os ambientes geralmente aversivos e pouco abertos à expressão de seus sentimentos, emoções e ideias. Para que tal elo fosse alcançado, estabeleceu-se *rapport* com diferentes conteúdos de interesse do cliente, aumentando o nível motivacional para adesão ao tratamento, além de, a

princípio, reforçar todo e qualquer relato verbal de V, sem realizar intervenções e/ou apontamentos.

b) Modelagem de relato sobre encoprese: para o cliente, era muito aversivo pensar, relatar e vivenciar a encoprese, que gerava subprodutos de culpa, vergonha e nojo. Gradualmente, foi inserida tal temática na sessão, pedindo que V verbalizasse qualquer aspecto ou ocorrência específica sobre a encoprese, reforçando qualquer relato desse conteúdo. A cada sessão, exigia-se maior duração e frequência de relatos sobre a queixa (pensamentos e sentimentos), nos quais o cliente expressava de forma gradativa um aumento desse relato, sem que fosse solicitado. Esse processo de modelagem, mediado por uma audiência não coercitiva e de confiança, garantiu a condição para que o cliente aprendesse a identificar e a descrever as contingências correlacionadas à queixa.

c) Discriminação de contingências da encoprese: ao perceber a redução das respostas de encoprese, o cliente foi instruído para que observasse seus ambientes e estabelecesse comparações entre eventos anteriores e presentes, possibilitando a este que discriminasse sob quais condições a resposta encoprética ocorria e os eventos consequentes a essa emissão. Com a ajuda inicial, o cliente comparava os eventos passados e atuais relacionados à queixa, e discutia a funcionalidade de seu repertório encoprético. Com o decorrer do processo psicoterápico, V discriminava muitas contingências sem ajuda, descrevendo-as de forma precisa e relatando os sentimentos e as emoções correlatos.

d) Esvanecimento da autorregra sobre limpeza e sujidade: ao identificar a regra estabelecida pelo cliente que “sujar-se é algo ruim e deve ser evitado a todo custo”, foi utilizada argila para expor V ao manuseio desse material que tem aparência correspondente

às fezes. Mesmo com a resistência inicial do cliente, este se envolveu na atividade, sendo constantemente questionado sobre o grau de asco/nojo que sentia ao “mexer na argila que parecia fezes”, rompendo a aprendizagem condicionada entre material fecal e noções de impureza/repúdio. A intenção foi colocar V mais sob o controle das contingências reais e menos de regras pregressas.

e) Registros comportamentais de encoprese, análise de contingências e monitoramento: tais estratégias também foram aplicadas ao caso de V, que realizou registro diário de frequência das ocorrências, anotando os eventos antecedentes e consequentes à resposta, o que permitiu a análise funcional. Semanalmente, os registros eram avaliados com o cliente, provendo-lhe elementos de observação e de análise, além de sugestões e possibilidades de manejo contingencial. Essa estratégia foi uma das mais eficazes na psicoterapia de V, possibilitando que identificasse dicas do ambiente, reduzisse suas respostas de encoprese e aumentasse comportamentos de uso adequado do toalete.

f) Ênfase no treino ao toalete: visando a destacar a importância e as etapas do treinamento para aquisição de habilidades (especialmente a do controle esfinteriano), foi utilizado o vídeo musical do filme *Hércules*, mitos épicos gregos e jogos, refletindo sobre cada etapa que compõe a instalação e o fortalecimento de novas competências humanas, relacionando-as especialmente ao controle esfinteriano e ao uso do toalete. Ao final dessa sessão, foram estabelecidos com o cliente rotinas e horários para treino do controle defecatório.

g) Estabelecimento de rotinas, horários e tarefas: o cliente identificou que, em determinados horários, locais e contextos havia maior probabilidade de ocorrências encopréticas, sendo estabelecida a emissão prévia de uso do banheiro, visando a

promover o treino e uma regularidade biocomportamental da defecação. Nesse momento, foi ensinado a V a também ficar sob o controle das sinalizações interoceptivas. O posterior estabelecimento da rotina diária facilitou o treino de uso regular do banheiro e o controle esfinteriano, possibilitando que V controlasse as consequências naturais de seu comportamento de controle, minimizando os efeitos de outros agentes (expectativas familiares e psicoterapia, entre outros).

h) Orientação de observação e manejo comportamental para os pais: no decorrer da intervenção, os pais foram chamados para que fossem orientados no manejo comportamental da encoprese de V, observando as contingências em questão e planejando o estabelecimento de acordos e rotinas, pois, embora compreendessem a importância da inserção da rotina e tentassem programá-la, pouco tinham nela de controle e participação. Algumas estratégias foram aplicadas pela mãe (observação das rotinas quanto a tarefas domésticas, práticas escolares e uso do banheiro e reforçamento dos comportamentos de seguimento da rotina e de uso regular do toalete), o que contribuiu para a extinção encoprética e o fortalecimento do uso regular do toalete.

i) Avaliação sistemática de desempenho do cliente: derivado dos registros semanais de ocorrências encopréticas, foi desenvolvido um quadro informatizado, personalizado e dinâmico (com desenhos de interesse de V), apresentando a cada sessão a evolução do repertório do cliente (pelo movimento dos desenhos na tela do computador) quanto à extinção da encoprese, o que teve no processo uma dupla função: de monitorar a extinção, servindo também como reforçador arbitrário condicionado para que o cliente atingisse as metas comportamentais.

Ao mesmo tempo da intervenção na encoprese e da habituação do uso do banheiro, outros

assuntos e temáticas circunstanciais do cliente foram apresentados como demandas psicoterápicas, sendo explorados durante as sessões. Entre os emergentes tópicos, o contexto de aproximação afetiva do cliente com uma colega de classe (típico da adolescência), solicitando que “gostaria de aprender a paquerar, porque estava aprendendo a não se sujar” (sic), sendo a intervenção nesse aspecto pautada em ensaios comportamentais de flerte, vídeos, discriminação de contextos e sinais de interesse e afastamento que pudessem favorecer a sua aproximação gradativa com a colega. Todas as estratégias comportamentais aplicadas no caso contribuíram para resultados promissores no tratamento da encoprese. Articulado à sistemática análise comportamental, o processo psicoterápico de V visou a estabelecer desde a extinção da evacuação involuntária (tida como sintoma) até a consolidação de um novo repertório de uso regular do toalete e controle esfinteriano fecal.

Resultados e discussão

A partir do vínculo terapêutico estabelecido, o cliente iniciou os registros comportamentais, descrevendo a frequência do comportamento-queixa, com média elevada de uma ocorrência/dia na primeira semana de registro. A partir dessa linha de base, intervenções gradativas foram desenvolvidas, primeiramente para que o cliente identificasse as variáveis e contingências do repertório encoprético e, em segundo lugar, atuasse sob os eventos pré-correntes da queixa, manejando os eventos antecedentes e consequentes por meio das estratégias acima descritas. A ausência de ocorrências encopréticas nas semanas 2, 3, 5 e 6 indicam os efeitos iniciais das mudanças comportamentais do cliente (aumento gradual da frequência ao banheiro e emissão de pré-correntes de evacuação adequada) e o início da discriminação acerca das variáveis que controlavam esse operante. O desempenho

nas primeiras sete semanas aponta um típico processo de resistência à extinção, no qual o comportamento operante, que anteriormente fora muito reforçado, diminui de frequência de forma lenta e inconstante, mas ainda se mantém devido ao condicionamento operante que, muitas vezes atua em diferentes esquemas (Catania, 1999).

Com a orientação aos pais, aliada à ênfase terapêutica na instalação de repertórios incompatíveis com a encoprese (treino ao toailete) da 8ª semana à 12ª semana, avalia-se uma estabilidade comportamental (média duas ocorrências/semana), o que mostra o adequado efeito das estratégias até então aplicadas, mas ainda insuficientes para a extinção plena da encoprese, apontando as variáveis que controlavam e reforçavam tal repertório. Um período de recesso dos atendimentos psicoterápicos – compreendido da 13ª semana à 15ª – criou uma condição de possível ausência de monitoramento, associada ao afrouxamento das contingências de treino ao toailete e de conflitos familiares (em que V demandava maior atenção da mãe, valendo-se da encoprese, que novamente adquire caráter funcional), promovendo o aumento da taxa de respostas encopréticas, que foram analisadas e discutidas com o cliente na retomada da psicoterapia.

A partir da 15ª semana, novas estratégias foram realizadas (além da manutenção das tarefas anteriores), tais como programa de rotinas, manipulação de reforçadores pela mãe em situações de não sujidade, ênfase no fortalecimento de comportamentos evacuatórios adequados (treino ao toailete), discriminação das contingências de evacuação correta e análise dos efeitos advindos das mudanças do comportamento (no qual o cliente inicialmente era reforçado pelo psicoterapeuta, e, gradualmente, transferiu-se o controle para as contingências e os reforços naturais), o que possibilitou a redução da taxa de resposta de encoprese para o nível anterior (duas ocorrências semanais), que, a partir de então, declinou para taxa nula mantida durante as semanas posteriores, sinalizando a extinção do comportamento. A Figura 1 apresenta a evolução do tratamento com os registros comportamentais semanais da encoprese do cliente durante as 56 semanas, que incluem o período de *follow-up*.

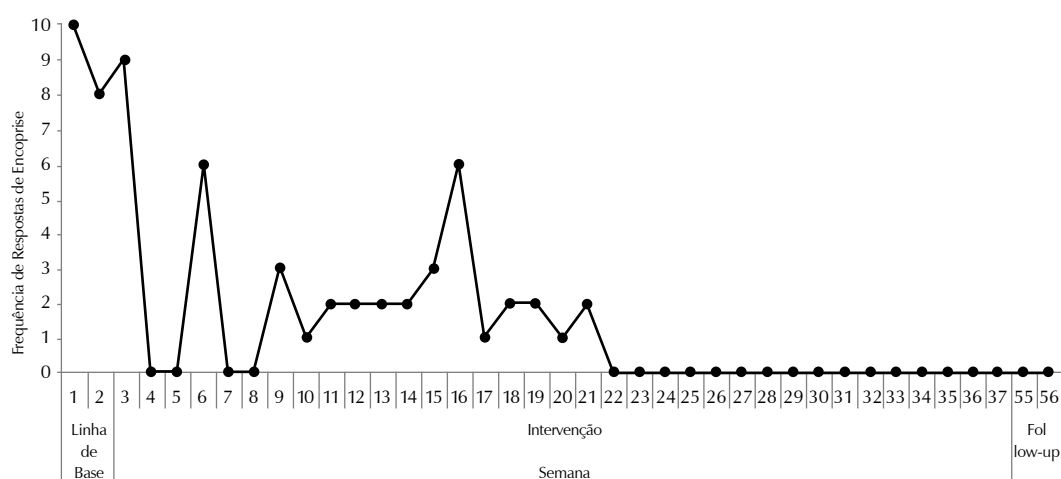


Figura 1. Frequência semanal de respostas de encoprese durante intervenção e em *follow-up*.

Em termos gerais, observa-se que o processo psicoterápico favoreceu a extinção encopretica.

Conforme apresentado pela curva de registros (mesmo com a ocorrência de períodos de resistência à extinção), todos os manejos clínicos associados a tarefas comportamentais e a orientações parentais parecem ter estabelecido novas contingências para o cliente, permitindo a instalação de repertórios incompatíveis com o comportamento encopretico.

Considerações finais

Este estudo possibilitou analisar o alcance e os efeitos do manejo comportamental da encoprese em um adolescente, indicando a efetividade das estratégias comportamentais na terapêutica dos transtornos de eliminação, o que corrobora os dados presentes na literatura. Por meio de tarefas comportamentais, monitoramento por registros de respostas de encoprese, análises funcionais do comportamento-queixa, aliadas ao estabelecimento de vínculo terapêutico com o participante e devida

orientação aos pais, foi configurado um contexto no qual novas contingências foram planejadas, favorecendo o treino ao toalete e a extinção encopretica.

A análise comportamental das contingências permite ao psicólogo identificar as diversas variáveis que interagem e integram a queixa, possibilitando que, em seu exercício profissional, articule esses conhecimentos no desenvolvimento de estratégias efetivas e de manejos potenciais na promoção de saúde e na terapêutica de transtornos biocomportamentais como a encoprese. Pesquisas nacionais e estrangeiras apontam ganhos significativos da aplicação da terapia comportamental em quadros crônicos psiquiátricos de eliminação (enurese e encoprese), sugerindo o efeito duradouro e permanente dessas intervenções, o que também se comprovou no presente estudo. O restrito número de publicações nacionais sobre as intervenções comportamentais em transtornos de evacuação deve motivar o avanço dos estudos na área, no ensejo de produzir conhecimentos teórico-técnicos para a atuação do psicólogo nos diferentes campos de atuação de saúde e psicoterapia.

Anderson Jonas das Neves

Psicólogo pela Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP
E-mail: filosofoajn@gmail.com

Sandra Leal Calais

Professora Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP
E-mail: scalais@fc.unesp.br

Endereço para envio de correspondência:

Avenida Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01, Vargem Limpa - Bauru, São Paulo, SP
CEP: 17033-360 - Caixa-Postal: 473

Recebido 29/3/2012, Aprovado 27/6/2012.

Referências

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashkenazi, Z. (1975). The treatment of encopresis using a discriminative stimulus and positive reinforcement. *Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 6(2), 155-157.
- Ayllon, T., Simon, S. J., & Wildman, R. W. (1975). Instructions and reinforcement in the elimination of encopresis: A case study. *Journal Behavior Therapy & Experience Psychiatrist*, 6(3), 235-238.
- Azrin, N. H., & Foxx, R. M. (1974). *Toilet training in less than a day*. New York: Simon and Schuster.
- Balson, P. M. (1973). Case study of encopresis: A case with symptom substitution? *Behavior Therapy*, 4(1), 134-136.
- Banaco, R. A. (2011). Adolescentes e terapia comportamental. In B. Rangé (Orgs.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 142-148). Campinas, SP: Livro Pleno.
- Bemporad, J. R., Kresch, R. A., Asnes, R., & Wilson, A. (1978). Chronic neurotic encopresis as a paradigm of a multifactorial psychiatric disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 166(7), 472-479.
- Bragado, C. A. (1998). *Encopresis*. Madrid: Editora Pirâmide.

- Brooks, R. C., Copen, R. M., Cox, D. J., Morris, J., Borowitz, S., & Sutphen, J. (2000). Review of the treatment literature for encopresis, functional constipation, and stool-toileting refusal. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(3), 260-267.
- Campbell, L. K., Cox, D. J., & Borowitz, S. M. (2009). Elimination disorders: Enuresis and encopresis. In M. C. Roberts & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (4th ed., pp. 481-490). New York: Guilford Press.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (4a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coehlo, D. P. (2011). Encopresis: A medical and family approach. *Pediatric Nursing*, 37(3), 107-113.
- Coelho, L. S. G. (2001). Encoprese e constipação em gêmeos: um estudo de caso em ludoterapia comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 1-13.
- Coelho, L. S. G. (2008). Aprendizagem vicária de treino de toalete através de filme de animação: estudo de caso em ludoterapia comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 846-861.
- Conger, J. C. (1970). The treatment of encopresis by the management of social consequences. *Behavior Therapy*, 1(3), 386-390.
- Costa, C. D., Inneco, P. F., Barakat, F., & Veloso, V. N. (2005). Aspectos clínicos e psicológicos da encoprese. *Revista Paulista de Pediatria*, 23(1), 35-40.
- Cox, D. J., Sutphen, J., Borowitz, S., Kovatchev, B., & Ling, W. (1998). Contribution of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2), 70-76.
- Cozby, P. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Cunningham, C. L., & Banez, G. A. (2006). Defecation disorders. In C. L. Cunningham & G. A. Banez (Eds.), *Pediatric gastrointestinal: Disorders biopsychosocial assessment and treatment* (pp. 127-160). New York: Springer.
- Edelman, R. I. (1971). Operant conditioning treatment of encopresis. *Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 2(1), 71-73.
- Ferreira, M. P. (2004). *Transtornos de excreção: enurese e encoprese*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gomes, L. S. (1998). Um estudo de caso de encoprese em ludoterapia comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(3), 54-61.
- Ingberman, Y. K. (2000). A encoprese infantil. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia comportamental infantil* (pp. 85-120). Campinas, SP: Papirus.
- Joinson, C., Heron, J., Butler, U., & von Gontard, A. (2006). Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*, 117(5), 1575-1584.
- Joinson, C., Heron, J., von Gontard, A., Butler, U., Golding, J., & Emond, A. (2008). Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. *Journal Pediatric Psychology*, 33(7), 739-750.
- Knell, S. M. (1995). *Cognitive behavioral play therapy*. New Jersey: Aronson.
- Legg, A. R. (2011). Managing functional constipation in children. *Paediatric Child Health*, 16(10), 661-665.
- Magee, J. C., Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., & Borowitz, S. M. (2009). Exploring the relationship between parental worry about their children's health and usage of an internet intervention for pediatric encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(5), 530-538.
- Mellon, M. W., & Houts, A. C. (1995). Elimination disorders. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child behavior therapy in psychiatric setting* (pp. 341-366) New York: Wiley.
- Miranda, J. E. G. B., & Machado, N. C. (2011). Treinamento esfinteriano anal: estudo transversal em crianças de 3 a 6 anos de idade. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(3), 400-405.
- Mota, D. M., & Barros, A. J. (2008). Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 9-17.
- Mota, D. M., Barros, A. J., Matijasevich, A., & Santos, I. S. (2010). Avaliação longitudinal do controle esfinteriano em uma coorte de crianças brasileiras. *Jornal de Pediatria*, 86(5), 429-434.
- Moura, C. B., & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 6(1), 214-225.
- Neale, D. H. (1963). Behavior therapy an encopresis in children. *Behavior's Research & Therapy*, 1, 139-149.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. São Paulo: Artmed.
- Pinheiro, H. B., & Moreno, M. (1983). Encoprese – um enfoque clínico, diagnóstico e terapêutico. *Revista Brasileira Coloproctologia*, 3(1), 19-24.
- Silveiras, E. F. M., & Souza, C. L. (2001). Prevenção e tratamento comportamental dos problemas de eliminação na infância. *Temas em Psicologia*, 9(2), 99-111.
- Simon, M. A. (2005). Características clínicas, avaliação e tratamento da encoprese. In V. E. Caballo & M. A. Simon (Orgs.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: transtornos específicos* (S. M. Dolinsky, trad.; pp. 135-155). São Paulo: Livraria Editora Santos.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1953).
- Sourander, A. (2011). Time-trend changes and psychological risk factors for soiling: Findings from the Finnish 16-year time-trend study. *Acta Paediatrica*, 100(9), 1276-1280.
- Tabbers, M. M., Boluyt, N., Berger, M. Y., & Benninga, M. A. (2011). Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: Systematic review. *Pediatrics*, 128(4), 753-762.
- Taubman, B. (1997). Toilet training and toileting refusal for stool only: A prospective study. *Pediatrics*, 99(1), 54-58.
- Wielewicki, A., Gallo, A. E., & Grossi, R. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. *Temas em Psicologia*, 19(2), 513-523.