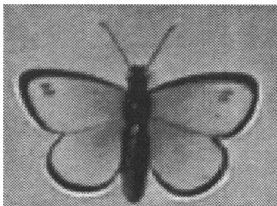


Um Estudo de Caso de Encoprese em Ludoterapia Comportamental

É apresentado um estudo de caso onde ludoterapia foi utilizada no diagnóstico e na intervenção terapêutica de uma criança encoprética secundária retentiva. Temperamento, concebido como padrão de sensibilização / habituação, é sugerido como um fator relevante na explicação da encoprese.



Laura dos Santos Gomes

*Psicóloga Clínica Infantil;
especialista em psicometria.*

A encoprese se refere à incontinência fecal na aprendizagem de controle esfinteriano. Condições orgânicas resultando em incontinência fecal devem ser excluídas antes da encoprese ser diagnosticada e caracterizada dicotômica em 1) diurna ou noturna; 2) primária (incontinência fecal persistente) ou secundária (incontinência ocorre após um período de continência fecal), e 3) retentiva (ocorrência de constipação, falta de eliminação e impação fecal) ou não retentiva (fezes não são retidas no intestino e ocorre diarreia). A literatura na área apresenta poucos estudos epidemiológicos sobre encoprese: estima-se que a incidência é de 1,5 a 7,5% das crianças, e tal incidência é inferior a 3% quando se trata de crianças com idade superior a quatro anos; encoprese secundária representa,

aproximadamente, 50% dos casos (Knell, 1993; APA, 1994; Doleys, 1978).

Tanto a abordagem psicodinâmica quanto comportamental apontam aspectos individuais, familiares ou treino ao toalete inadequado como os principais fatores para a ocorrência da encoprese. Segundo Knell (1993, pag.130), a intervenção comportamental, comparativamente a intervenções psicodinâmicas, é avaliada como mais eficaz no tratamento da encoprese e tem fornecido o arcabouço teórico para as discussões encontradas na literatura (por exemplo, se a encoprese é operante ou respondente). Na hipótese comportamental, respostas encobertas (pensamentos e emoções),

e emoções), fatores situacionais (conflitos familiares) ou treino ao toalete inadequado e/ou aversivo (cair no vaso sanitário, por exemplo) gerariam um padrão de aversão (aversão ou medo de ser sugado pelo vaso quando é dada a descarga, por exemplo) (Knell, 1993; Neri, 1987; Doleys, 1978).

O tratamento da encoprese envolve procedimentos médicos (laxantes, enemas, lavagens etc), psicoterapia, hipnose, e programas comportamentais (reforço positivo, punição, extinção, biofeedback, contrato de contingência), assim como a combinação de várias destas intervenções. Em alguns casos, as intervenções são implementadas pelos pais com o mínimo de contato entre terapeuta e criança (Azrin e Foxx, 1974; Knell, 1993). Segundo Knell (1993), intervenções nas quais há pouco contato entre terapeuta e criança negligenciam a participação ativa da criança no atendimento e são pouco eficazes nos casos onde há conflitos entre a criança e os responsáveis pelas implementações de intervenções (em geral, os pais).

Os poucos estudos de caso sobre encoprese em português tratam de encoprese secundária e não retentiva (evacuações na roupa) (Conte, 1987). O presente estudo de caso se refere ao atendimento de uma criança com quadro de encoprese secundária retentiva e visa contribuir para a discussão da encoprese em termos da explicação do fenômeno e da implementação de um programa de intervenção (ludoterapia comportamental); tal programa foi elaborado a partir da especificação de alguns fatores que podem afetar a relação terapeuta-cliente (Mettel, 1986).

A Criança

Vinícius, à época do atendimento, tinha 3 anos e seis meses, morava com a mãe na casa dos avós maternos (após a separação dos pais) e apresentava uma rotina estabelecida de alimentação, sono e brincadeira: acordava cedo, tomava café da manhã, brincava no parque ou no jardim, tomava banho, lanchava e dormia; após acordar, Vinícius almoçava, brincava e ia para a escola. Retornando da escola tomava banho, jantava e dormia, aproximadamente às 20:30 horas. O

levantamento das atividades de vida diária mostrou que Vinícius realizava sozinho determinadas atividades (escovar dentes; controle da micção durante o dia; escolher roupa e vestir-se sozinho) e apresentava dificuldades na realização de outras (pentear o cabelo sozinho; colocar o sapato e vestir algumas peças de roupa tais como meia, blusa e camisa). Vinícius acordava sozinho e, geralmente, com bom humor; só acordava irritado quando tinha pesadelo (caracterizado por movimentos na cama e verbalizações de eventos que aconteceram durante o dia). Em relação ao seguimento de regras, atendia às ordens dos pais, avós maternos, e da professora; quando uma ordem não o agradava, Vinícius se comportava assertivamente questionando tal ordem. No contexto de interação lúdica, o relacionamento com outras crianças seguia um padrão de aproximações sucessivas. As atividades lúdicas preferidas eram caminhões, calhambeque, carrinhos, casa, fazenda com muitos animais e assistir fita de filmes infantis antes do almoço.

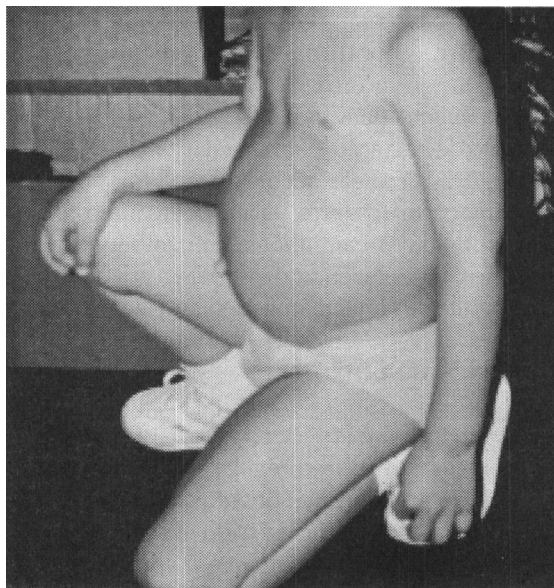
Histórico da Encoprese

Antes do quadro de encoprese, Vinícius apresentava um padrão regular de 24 horas entre as defecações. Sob orientação médica, os derivados do leite haviam sido retirados da alimentação de Vinícius visto que propiciavam a constipação.

Após a separação dos pais, em abril de 1995, Vinícius e a mãe foram morar com os avós maternos; no mesmo período, ocorreu um acidente com o avô de Vinícius. Vinícius começou a apresentar alteração no padrão de defecação em maio de 1995. Sob orientação médica (pediatra), iniciou-se, em junho de 1995, o uso da medicação tamarine (1 colher de chá a cada dois dias e depois 1 colher de chá todos os dias) cuja dosagem diminuía ou aumentava de acordo com a defecação. Em fevereiro de 1996, dado que padrão de defecação permanecia inalterado (prisão de ventre e dores de barriga) houve mudança de orientação médica.

Sob nova orientação médica (gastroenterologista), a medicação tamarine foi suspensa e, a partir de março de 1996, Vinícius iniciou o uso das seguintes medicações: 1)

óleo mineral (uma colher de sopa três vezes ao dia, meia hora antes das refeições), 2) leite de magnésia (uma colher de sopa três vezes ao dia meia hora depois das refeições), 3) prepulsid (três vezes ao dia e depois passou a ser tomado duas vezes ao dia, pela manhã e à noite) e 4) Fleet (medicação para as lavagens intestinais utilizada três vezes no mês de abril). Com o uso de tais medicações, o padrão de defecação acontecia à noite, durante o sono. Vinícius relatava fortes cólicas, vomitava após ingerir a medicação e, durante o vômito, defecava na roupa.



Dilatação do abdômen de Vinícius no início do atendimento (03/04/96).

Em março de 1996, a gastroenterologista avaliou que o abdômen "inchado" seria consequência da dilatação da alça intestinal; foi realizado o exame clíster opaco (exame consiste na introdução de contraste via retal), três radiografias e um raio x simples do abdômen. Foi diagnosticado dilatação do reto e sigmóide, embora não fossem detectadas lesões vegetantes. Foram realizadas três lavagens em abril de 1996: na situação de lavagem, Vinícius defecava, aproximadamente, cinco minutos com padrão diarréico. Visto que após estas intervenções o padrão de encoprese de Vinícius permaneceu inalterado, a gastroenterologista solicitou avaliação psicológica de Vinícius.

Avaliação

A avaliação seguiu a seguinte ordem: entrevistas com a mãe; visita à escola e à casa

dos avós maternos de Vinícius, sessões lúdicas com Vinícius e entrevista com o pai. A mãe foi solicitada a registrar 1) o comportamento do filho durante a defecação, 2) a quantidade de fezes e 3) verbalizações de Vinícius relacionadas ao medo de defecar; 4) observar o volume do abdômen distendido; 5) completar calendário semanal das atividades de vida diária, seguimento de regra, alimentação, atividades lúdicas e relacionamento social de Vinícius (Windholz, 1988) e 6) um questionário específico sobre encoprese.

Entrevista com a Mãe

A mãe julgava que a encoprese do filho era tão somente uma questão orgânica. Relatou que, embora se considerasse calma, ficava apreensiva e tensa com o padrão de defecação do filho (Vinícius ficara nove dias seguidos sem defecar, apesar de usar a medicação), as queixas de dores decorrentes da retenção, a distensão do abdômen e a provável alteração na forma das alças intestinais. A mãe considerava o filho carente e dependente na realização de atividades de vida diária (Vinícius se alimentava somente com auxílio da mãe). Os momentos de interação mãe-filho eram pela manhã e à noite quando a mãe chegava do trabalho; relatou que gostava de fazer todas as atividades junto com o filho, principalmente brincar e prepará-lo para dormir. No momento das refeições, Vinícius levantava-se para pegar brinquedos estendendo excessivamente o horário da alimentação. Neste contexto, a mãe ficava nervosa e incomodada com o comportamento do filho. Foram dadas as seguintes orientações à mãe:

- 1) estabelecer horário fixo para a defecação (pela manhã e no final da tarde) e não insistir com o filho para que defecasse;
- 2) eliminar proferimentos sobre a defecação com o filho;
- 3) tornar o momento do banho, após a defecação na roupa, em uma situação lúdica. Três dias após estas instruções, Vinícius, pela primeira vez desde o início da encoprese, defecou no vaso e sem auxílio de supositório. Registro escrito da mãe mostrou seguimento das orientações.

Visita à Escola de Vinícius

Foi realizada uma visita à escola com o objetivo de observar e registrar a interação de Vinícius com os colegas assim como contactar os técnicos da escola. Vinícius realizou as atividades solicitadas pela professora, brincou com os colegas, apresentou autonomia nas atividades escolares e de vida diária exigidas pela escola (guardar os brinquedos com os quais brincara, por exemplo). Segundo os técnicos da escola, algumas vezes Vinícius defecou na roupa e, no banho, verbalizou: “a barriga tá doendo”. Provavelmente, a dor resultante do quadro de encoprese não se restringia somente à situação de defecar, mas a uma dor generalizada na região do abdômen.

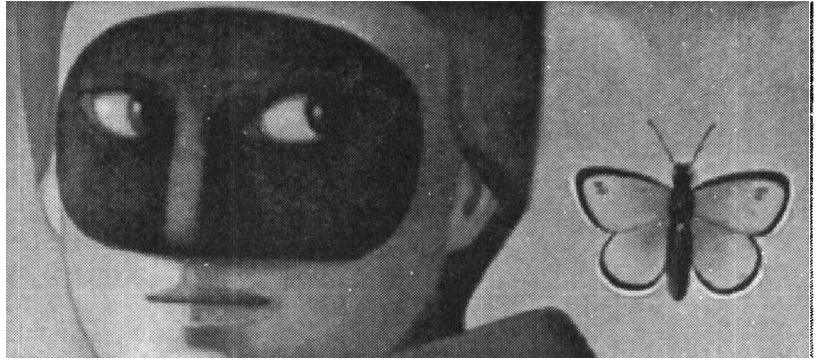
Visita à Casa dos Avós de Vinícius

Foi realizada uma visita à casa dos avós maternos com o objetivo de observar se o ambiente físico possibilitava a realização das atividades lúdicas; a relação entre as regras da casa e o comportamento de Vinícius e realização das atividades de vida diárias. A visita à casa dos avós possibilitou observar que 1) Vinícius não explorou adequadamente os brinquedos nos espaços disponíveis para brincar; e 2) a sequência de eventos que caracterizavam a defecação apresentava inadequações: a insistência da mãe com o filho para defecar, dicas fisionômicas maternas de tensão e o comportamento de Vinícius consequente às dicas fisionômicas da mãe. Foi realizada intervenção em relação às dicas fisionômicas maternas e à insistência da mãe para que Vinícius defecasse. Vinícius defecou, tomou banho e foi elogiado pela psicóloga e pela mãe.

Sessões Lúdicas de Psicodiagnóstico

Foram realizadas três sessões lúdicas com o objetivo avaliar o comportamento lúdico de Vinícius. Nas sessões lúdicas, realizadas sempre com a presença da mãe ou do pai, foram registrados o tipo de brinquedo, o uso funcional do brinquedo e o tempo de permanência em cada brincadeira (Windholz, 1988). A avaliação das sessões lúdicas realizadas mostrou que:

1) Vinícius reproduziu nas sessões lúdicas acontecimentos do cotidiano (separação dos pais, a rotina diária e o padrão alimentação),



2) apresentou alteração no padrão lúdico (menor tempo de permanência nas atividades lúdicas comparativamente às crianças da mesma faixa etária),

3) comportou-se assertivamente e seguiu as regras estabelecidas na situação lúdica e

4) as informações fornecidas pela mãe sobre autonomia nas atividades de vida diária e relacionamento social foram corroboradas. A terapeuta reforçou as situações de autonomia de Vinícius nas situações de escolha de brinquedos ou de autonomia (realizar uma atividade sem auxílio).

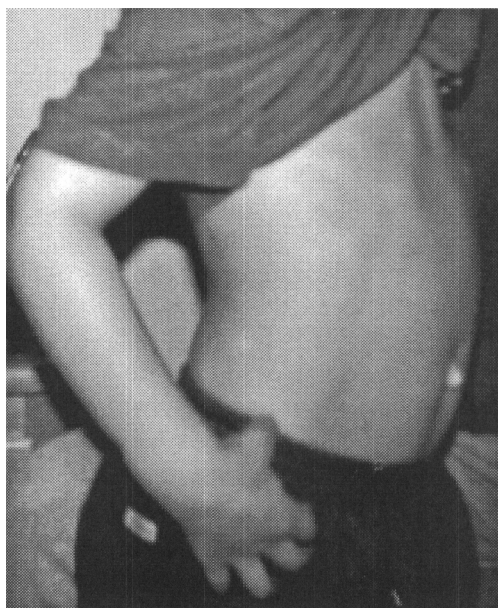
Análise Contingencial

A partir dos dados fornecidos pela mãe, observações nas sessões lúdicas no consultório, na escola e na casa da criança concluiu-se que, a partir da separação dos pais, houve uma mudança brusca no ambiente físico (mudança para a casa dos avós e adaptação a novas regras) e social (encontros diários com o pai se tornaram, abruptamente, semanais; acidente do avô e as mudanças de comportamento e humor dos familiares decorrentes de tal acidente) de Vinícius, gerando um padrão de *sensibilização*. Sensibilização é uma das formas mais elementares de aprendizagem e é definida como um aumento na força da resposta reflexa resultante da ocorrência de um estímulo novo e aversivo. Aprendizagem ocorre quando, gradualmente, o organismo

se *habitu* à resposta sensibilizada, isto é, a resposta sensibilizada diminui após repetições do estímulo (Sato, 1995; Todorov, 1991). Recentemente, a relação entre habituação e temperamento tem sido estabelecida através de estudos longitudinais que mostram que a taxa de habituação de bebês (tempo de observação total, número de tentativas para atingir o critério de habituação e tempo de fixação de estímulos novos) é significativamente associada com cinco das nove dimensões de temperamento (adaptabilidade, nível de atividade, humor, distratibilidade, força da resposta e persistência) (Smith, Dixon, Jankowski, Sanscrainte, Davidson e Loboschewski, 1997). Tais estudos sugerem a possibilidade de definir operacionalmente temperamento a partir de padrões de habituação e sensibilização. O atendimento de Vinícius teve como objetivo principal a habituação comportamental, isto é, a diminuição das respostas reflexas relacionadas à defecação tornando o ambiente físico e social de Vinícius análogos, funcionalmente, ao período anterior ao surgimento da encoprese, período este definido por 1) um ambiente físico característico da família (Vinícius, o pai e a mãe), 2) controle esfíncteriano, 3) sono sem pesadelos e 4) interação diária entre Vinícius e o pai.

Intervenções

Foram realizadas 16 sessões lúdicas com o objetivo de:



1) habituar Vinícius às atividades lúdicas e, através de tais atividades, 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); e

2) reforçar positivamente Vinícius nos contextos de autonomia e assertividade. Por exemplo, a mãe foi orientada a relatar, durante as sessões lúdicas do filho, se este havia defecado, como era a consistência das fezes e o horário da defecação. A terapeuta reforçou sempre o relato da mãe de ocorrência da defecação.

A orientação dada à mãe foi a de que havia ocorrido uma aprendizagem inadequada a reações sobre as quais Vinícius ainda não havia aprendido a controlar conscientemente (sensibilização a reações incondicionadas). Desse modo, o termo “culpa” não se aplicava a reações sobre as quais a criança não havia ainda aprendido a exercer controle. Foi solicitado ao pai que mantivesse encontros mais frequentes com o filho com o objetivo de tornar o ambiente social de Vinícius o mais próximo do ambiente anterior ao início da encoprese e, desse modo, facilitar o processo de habituação. O pai manteve três contatos semanais com o filho durante um mês.

As brincadeiras foram escolhidas e determinadas pela criança, a qual privilegiou carros, super-heróis, mobílias de casa e itens da cadeia de comportamentos relativos às atividades de vida diária tais como uso de utensílios de cozinha para o consumo de alimentos (frutas e verdura) e objetos do banheiro (biombo, bidê, banheira, balança de pesar, pia, box e chuveiro).

Além de estabelecer um padrão de habituação ao comportamento de defecar e à cadeia de comportamentos que antecedem tal comportamento (usar utensílios de cozinhas para preparar alimentos, alimentar-se), foi realizada a simulação da situação de defecar utilizando casa de bonecas (Knell, 1990). Na simulação, a terapeuta contou a estória de um boneco que “solicita” a ajuda de Vinícius para defecar no vaso; a estrutura da estória consistiu na ordem serial dos comportamentos necessários para a defecação

Diminuição do abdomen de Vinícius no início do atendimento (12/08/96).

(visitar um amigo, alimentar-se, sentir vontade de defecar, sentar no vaso, tentar defecar, dar descarga, limpar-se e vestir-se), tal que os bonecos não conseguiram realizar os últimos elos de tal cadeia porque estavam prendendo a barriga e não conseguiram chegar ao banheiro. Vinícius “conversou” com os bonecos, completou os elos da cadeia de resposta corretamente. A terapeuta agradeceu e elogiou as orientações dadas por Vinícius.

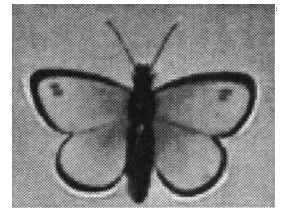
A medicação (prepulsid, óleo mineral e leite de magnésia) foi reduzida, gradualmente, durante o atendimento: três vezes ao dia (abril/maio); duas vezes ao dia (junho); retirada do remédio prepulsid (julho); uma colher de sobremesa uma vez ao dia observando-se alças do abdômen normais (agosto) e, progressivamente, administração da medicação em dias alternados em colher de sobremesa (setembro). A medicação foi administrada em dobro somente em duas ocasiões durante o processo de redução da medicação (no mês de julho, quando o prepulsid foi retirado). O atendimento foi finalizado em setembro de 1996.

Contatos mensais, por telefone, com a mãe foram realizados durante 24 meses após a finalização do atendimento. Neste período, a medicação sofreu redução (uma colher de sobremesa por dia) e somente uma vez foi registrada a ocorrência de retenção (fevereiro de 1997). A partir de março de 1997, o padrão de defecação de Vinícius estabilizou-se em 48 horas, não sendo utilizada nenhuma medicação para favorecer a defecação.

Discussão

Contrariamente à tendência da literatura em terapia comportamental, o presente trabalho sugere que a encoprese pode ser concebida como um padrão de sensibilização durante o curso da aprendizagem das atividades de vida diária de treino ao toailete. Tal concepção implicou em um atendimento no qual objetivou-se, através da ludoterapia, a habituação da resposta sensibilizada ao invés da extinção do treino inadequado (Walten, 1979).

Conceber a encoprese como parte de um processo de habituação e sensibilização possibilitaria auxiliar o encaminhamento de questões teóricas (definir operacionalmente temperamento a partir de determinados padrões de habituação e sensibilização) e práticas (especificar os contextos que mais provavelmente propiciam o surgimento do quadro de encoprese em crianças com determinado padrão de habituação/sensibilização) no atendimento psicológico infantil. A hipótese sugerida, a partir da análise contingencial do contexto familiar-social de Vinícius, é a de que mudanças bruscas no ambiente produziram o quadro de encoprese, o qual seria de longa ou curta duração de



acordo com a idade, sexo, dicas do ambiente físico e social, padrão de habituação e sensibilização (ou “temperamento”) da criança e interação mãe-criança (Bosa e Piccinini, 1994).

A análise contingencial foi importante na organização de informações diversas (o fato de que o quadro de encoprese não se restringia somente à situação de defecar, mas a uma dor generalizada na região do abdômen; as dicas fisionômicas da mãe; a alteração no padrão lúdico e no sono) sobre a rotina da criança, padrão lúdico, visitas à casa e à escola da criança, entrevistas e questionários. A partir da análise contingencial, a hipótese sobre padrão de habituação e sensibilização, os objetivos de atendimento e as intervenções nas sessões lúdicas foram estabelecidas.

A ludoterapia permite a flexibilidade exigida pela análise contingencial no processo de investigação do contexto social da criança: a situação lúdica faz parte do repertório infantil e integra dimensões da interação humana necessárias na análise contingencial, porém, geralmente estudadas isoladamente tais como regras, cadeias comportamentais, simulações ou faz-de-conta, aprendizagem observacional e modelagem; esta possibilidade de uso integrado de diversas técnicas talvez explique a aplicação da ludoterapia a diversas questões relativas ao comportamento de crianças (traumas psíquicos, incestos, abuso sexual, deficientes mentais, crianças adotadas, filhos de dependentes químicos) e de adultos (Schaefer, 1994).

O seguimento de regras por parte da mãe foi fundamental para o atendimento. Os fatores que provavelmente afetaram a adesão ao atendimento foram o nível educacional da mãe (universitário) e o comportamento de empatia da terapeuta face aos sentimentos ou reações emocionais da mãe (a mãe se sentia parcialmente culpada pela encoprese do filho). Apesar dos avanços conceituais da ciência psicológica, parece haver pouca informação técnica sobre a aplicação correta do termo "culpa" na relação comportamento/ambiente. Na ausência de tal informação, os pais têm aplicado o termo "culpa" indiscriminadamente na avaliação das relações com os filhos.

Laura dos Santos Gomes
HCGN 708 - Bloco D - Ap. 208
CEP 70740-764 Brasília - DF
Telefones: (residência) (061) 347-6472
(consultório) 061 315-9399
e-mail: lsgomes@rudah.com.br



Associação de Psiquiatria Americana (1994) *DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes médicas.

Azrin, N.H. e Foxo, R.M. (1974) *Toilet training in less than a day*. New York: Simon and Schuster.

Bosa, C. A. e Piccinini, C.A. (1994) Temperamento infantil e apego mãe-criança: considerações teóricas, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, 193-212.

Conte, F.C.S (1987) Tratamento da Encoprese: Estudos de Caso. Em A.L.Neri (Org.) *Modificação do comportamento infantil*. São Paulo: Papirus.

Doleys, D.N (1978) Assessment and Treatment of Enuresis e Encopresis in Children Em: M. Hersen, R.N. Eisler & P.M. Miller. *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press.

Knell, S.M. (1990) Cognitive-behavioral play therapy in the treatment of encopresis, *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 55-60.

Knell, S.M. (1995) *Cognitive Behavioral Play Therapy*. New Jersey: Aronson.

Neri, A.L. (1987) *Modificação do comportamento infantil*. São Paulo: Papirus.

Mettel, T.R.L. (1986) A relação terapeuta-cliente sob o enfoque comportamental: algumas considerações. Em J.L.O. Bueno (Org.) *O estudo do comportamento: pesquisa e prática no Brasil*. Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Sato, T. (1995) *Habituação e sensibilização comportamental*, *Psicologia USP*, 6, 231-276

Schaefer (1994) Play therapy for psychic trauma in children. Em K.J. O'Connor & C.E. Schaefer *Handbook of Play Therapy. Advances and Innovations*. New York: Wiley.

Smith, P.H; Dixon, W.E.; Jankowski, J.J.; Sanscrainte, M.M; Davidson, B.K.; Loboschewski, T. (1997) *Longitudinal relationships between habituation and temperament in infancy*; *Merrill-Palmer Quarterly*, 43, 2, 291-304.

Todorov, J.C. (1991) Progresso nas bases neurais da aprendizagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7, 3, 303-310.

Walten, F.N. (1979) Habituation model of systematic desensitization, *Psychological Bulletin*, 86, 3, 627-637.

Windholz, M. H. (1988) *Passo a Passo, seu caminho*. São Paulo: Edicon.

Referências bibliográficas