

ENCOPRESE: O ENFOQUE DA MEDICINA PEDIÁTRICA *VERSUS* A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Tânia C. P. Sousa¹

Gina N. Bueno²

RESUMO

O presente trabalho objetivou uma compreensão melhor e mais ampla em relação à problemática da encoprese nos enfoques da medicina e psicologia comportamental. Neste sentido, abordou o desenvolvimento infantil, em função da importância do conhecimento das fases do desenvolvimento humano dentro do atendimento infantil. Assim, como a Encoprese e suas implicações orgânicas e psicológicas, bem como a forma de tratamento e abordagem da medicina e os procedimentos dentro da psicologia comportamental. Assim, percebeu a importância da equipe multiprofissional trabalhando juntas no atendimento infantil à encoprese, para um resultado mais rápido e eficaz. Destacou a importância de manter os pais informados sobre os processos do desenvolvimento saudável da criança, sendo essa uma alternativa preventiva para futuras dificuldades como a “encoprese”.

Palavras-chave: Encoprese; Medicina; Psicologia Comportamental; Equipe Multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

Encoprese: o enfoque da medicina pediátrica *versus* a análise do comportamento

Buscando a sua sobrevivência, o ser humano ao interagir com o meio ambiente adquire aprendizagens que desenvolverão seu repertório básico de comportamento (RBC) necessário à sua sobrevivência. Assim, ao longo de sua vida adquire cada vez mais experiências, que o transformam em um ser assertivo (se estas experiências ocorreram através de contingências assertivas) ou não-assertivo (se tais experiências

¹ Psicóloga. Especialista em Psicopatologia, docente da FacUNICAMPS. E-mail: taniacpaula@hotmail.com

² Mestre, professora orientadora.

foram conseqüenciadas por contingências inadvertidas, gerando comportamentos inadvertidos, como a encoprese), de acordo com os estudos de Staats (1996) e Staats e Staats (1966/1973).

Assim, conhecer, para melhor intervir em qualquer que seja a didática de comportamento-problema do ser humano, como a encoprese, requerido é o conhecimento do ciclo de desenvolvimento deste ser: bio-psico-social-cultural e espiritual.

2 OBJETIVO

Compreensão a relação à problemática da encoprese nos enfoques da medicina e psicologia comportamental.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ciclos do Desenvolvimento da Criança

Segundo Gesell (1974/2001), embora as crianças nasçam com potencialidades peculiares a cada uma delas, cada criança tem um esquema de desenvolvimento único, determinado por essas potencialidades e pelo seu meio ambiente. Entretanto, o autor ressalta certas características básicas e certas seqüências de crescimento que são típicas nos seres humanos em uma cultura moderna, tendo em vista a educação, hábitos e costumes dessa era. A era do avanço das tecnologias, dos *vídeos-game*, *internet*, etc., por exemplo, com as quais a criança recebe uma carga de informações muito maior do que em outros tempos, produzem um diferencial em seu desenvolvimento biopsicossocial.

Dentre as teorias que explicam o desenvolvimento humano pode-se destacar a de Jean Piaget. Segundo sua teoria, o desenvolvimento mental infantil progride através de estágios definidos e embora esses estágios ocorram numa ordem fixa, cada criança tem seu processo particular de se desenvolver (Charles, 1974/1989).

E de acordo com os pressupostos de Piaget, o primeiro estágio corresponde ao sensório-motor, que ocorre de 0 – 2 anos. Nele a criança estabelece as relações entre as ações e modificações que as mesmas provocam no ambiente físico. Já o segundo estágio é chamado pelo autor de pré-operatório; e ocorre dos 0 – 6 anos, fase em que a criança desenvolve a capacidade simbólica entre imagens e palavras. Porém, é no terceiro estágio, dos 7 – 12 anos, que a criança desenvolve a capacidade de ação interna, (quantidade, constância, peso e volume). A fase posterior, quarto estágio, é denominada de Operacional-formal, quando são desenvolvidos as operações abstratas e o raciocínio hipotético dedutivo (Charles, 1974/1989).

Outra teoria a respeito do desenvolvimento infantil é a de Henri Wallon, como descreve Galvão (1995). Segundo esta teoria, o desenvolvimento infantil ocorre em cinco estágios: o primeiro é o impulsivo emocional, estabelecido no primeiro ano de vida, no qual a predominância da afetividade orienta as primeiras reações do bebê. Em seguida vem o sensório-motor e projetivo que vai até os três anos. Nessa fase a criança está adquirindo autonomia na manipulação de objetos e na exploração de espaços, assim como a função simbólica da linguagem. O terceiro estágio refere-se ao personalismo que ocorre dos três aos seis anos, quando a criança desenvolve a construção de si mediante as interações sociais. Já o subsequente estágio é chamado de categorial, no qual os progressos intelectuais dirigem o interesse da criança para o mundo exterior. E, finalmente, no quinto estágio, da predominância funcional, ocorre uma nova definição da personalidade devido às modificações corporais resultantes da ação hormonal.

Papalia e Olds (1998/2000), também são estudiosos do desenvolvimento humano. Os mesmos revelam que o desenvolvimento físico do corpo de uma criança tem crescimento mais dramático durante o primeiro ano de vida. Entretanto, o crescimento continua num ritmo rápido, porém decrescente, durante os três primeiros anos de vida da criança.

Ressaltam, ainda, que os fatores ambientais e também os padrões culturais, podem acelerar ou diminuir o ritmo do desenvolvimento da criança.

Conforme os estudos de Papalia e Olds (1998/2000), o crescimento físico aumenta dos três aos seis anos, porém mais lentamente do que durante a primeira infância. É nesse período que os sistemas muscular, nervoso, respiratório, circulatório e imunológico estão amadurecendo.

O desenvolvimento físico não é tão rápido na terceira infância (dos 7 aos 12 anos) quanto nos períodos anteriores. Salientam Papalia e Olds (1998/2000), neste período o desenvolvimento motor permite que as crianças em idade escolar participem de uma gama mais ampla de atividades motoras do que os pré – escolares. Dos 7 aos 12 anos, as brincadeiras mais impetuosas diminuem à medida que as crianças envolvem-se com jogos e regras.

E quando a temática é atendimento infantil torna-se essencial o conhecimento das fases do desenvolvimento infantil, uma vez que cada idade possui um processo diferenciado. Portanto, conhecer a respeito do desenvolvimento infantil em todos os aspectos, torna-se fundamental para o encaminhamento das crianças, tanto no que diz respeito ao médico pediatra, quanto ao psicólogo, para que se consiga intervenções mais eficazes e eficientes tanto na situação problema quanto no nível de prevenção. E, um desses problemas, inclusive, ocorrência relevante na população infantil é a encoprese.

A Encoprese

Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID – 10 (OMS 1992/1993), a Encoprese consiste na evacuação repetida, involuntária ou voluntária de fezes, em geral de consistência normal ou quase normal, em locais não apropriados para esse propósito no contexto sociocultural do indivíduo.

Critérios Diagnósticos para Encoprese, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) consistem da evacuação repetida de fezes em locais inadequados, podendo ser involuntária ou intencional, sendo que um desses eventos ocorra uma vez por mês, por no mínimo 3 meses, dentro da idade cronológica de pelo menos 4 anos. Porém, o comportamento não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, laxantes) ou a uma condição médica geral, exceto através de um mecanismo envolvendo constipação.

De acordo com Simón (2005), Encoprese vem do grego *em-kópros-osis*, significando processo não inflamatório que afeta a defecação. Segundo o autor, este termo é utilizado dentro da literatura especializada como a dificuldade que algumas crianças têm para controlar a evacuação intestinal de forma adequada.

As pesquisas na área têm gerado importantes contribuições, tanto no campo da compreensão da gênese, como no diagnóstico e tratamento eficaz da encoprese.

Pinheiro e Moreno (1983) descrevem dois tipos de encoprese, sendo elas: a (a) encoprese primária que consiste na ausência do controle, onde esse controle nunca foi adquirido; e a (b) encoprese secundária, definida pela perda do controle, ou seja, a criança já havia atingindo a continência anorretal, tendo sido exercida por pelo menos doze meses, perdendo-a, posteriormente. Tais classificações foram ratificadas nos estudos de Simón (2005), evidenciando concordância nos estudos de Pinheiro e Moreno (1983) e Simón (2005).

A encoprese não é uma consequência causada por fator único, ou até mesmo por fatores que estejam bem definidos. Ao contrário, adverte Machado (1980): a encoprese possui respostas que parecem envolver uma gama de fatores complexos, sendo que o principal deles é o treinamento do controle esfinteriano, isto é, (a) quando este é feito, (b)

como é feito e (c) qual o clima afetivo com que é feito. Além da (d) retenção de fezes devido a problemas orgânicos ou psicológicos da criança, a obstipação³ crônica e intensa, iniciada por problemas orgânicos ou psicológicos nela. Há, também, a (e) dinâmica familiar emocional da criança. Porém, não se pode esquecer a importância do (f) fator cultural, que também poderá estar relacionado.

Neste sentido, Simón (2005) descreve algumas possíveis causas que poderiam explicar o desenvolvimento da encoprese, sendo elas: (1) tentativas de aprendizagem antecipada do controle da evacuação; (2) treinamento muito exigente com o uso de coerções, inclusive com uso de punição; (3) medo da defecação devido a insucessos em tentativas antecedentes de controle; (4) excesso de uso de laxantes; e (5) acontecimentos constitucionais estressantes no dia-a-dia da vida da criança.

Sendo assim, é possível perceber tanto dentro das perspectivas de Simón (2005), como de Machado (1980) que a encoprese é um problema de etiologia multifatorial, no qual há uma gama de questões envolvidas no desenvolvimento e ocorrência da encoprese.

A Medicina Pediátrica e a Encoprese: diagnóstico e intervenção

Inaba (2003) coloca que a constipação intestinal é um tipo de sintoma muito freqüente na pediatria, e freqüentemente de baixa morbidade, a princípio. A autora ainda adverte que muitos casos passam despercebidos pelos pais, favorecendo um diagnóstico tardio, atrasando o início do tratamento e, subseqüentemente, o agravamento do quadro clínico, levando ao desenvolvimento da encoprese.

³ O termo obstipação refere-se à condição irregular do ritmo intestinal, assim como a consistência das fezes, que é geralmente endurecida e ressecada. Resulta da absorção excessiva de água das fezes, devido à passagem lenta das fezes pelo intestino grosso. Através de um pequeno questionamento pessoal, há como saber se pessoa está ou não com o quadro de obstipação.

Pinheiro e Moreno (1983) colocam que em relação ao tratamento as crianças com encoprese podem ser tratadas por médicos não especialistas, com 90% de chances de serem bem sucedidos. Entretanto, advertem que esses profissionais devem ter conhecimento e interesse pelo assunto. Os autores ainda colocam a necessidade do acompanhamento psicológico aliado aos procedimentos médicos, pois assim as respostas próprias da encoprese desaparecem mais rápido, além de serem evitadas possíveis recaídas, ou reincidências aos quadros sintomatológicos da encoprese.

Tratando a Encoprese – Em princípio é realizado (a) exame clínico rigoroso e, se necessário, é (b) solicitado exames complementares com o objetivo de afastar possíveis etiologias orgânicas (Pinheiro & Moreno, 1983). Após a conclusão dos procedimentos investigativos institui-se (c) o plano de tratamento. Outra intervenção importante é (d) o repasse de informações aos pais, visando tranquilizá-los, fornecendo-lhes o conhecimento sobre a fisiopatologia da encoprese bem como as intervenções possíveis a cada diagnóstico. O próximo passo (e) constitui-se no esvaziamento retal, que deve ocorrer diariamente; intervenção esta que deve ter duração de aproximadamente quinze dias. O passo seguinte constitui-se em (f) instituir o uso de uma dieta rica em fibras e líquidos com o objetivo de tornar a evacuação mais suave, a fim de que seja o menos traumático possível, seguido, posteriormente pelo (g) treinamento “espontâneo” da evacuação.

De acordo com Machado (1980), o papel do pediatra num quadro de encoprese conglomerara desde a questão de descartar os problemas orgânicos até o aconselhamento da família, bem como, a introdução de medidas dietéticas, medicamentosas e o eventual encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra infantil. Ainda segundo a autora, o pediatra pode também trabalhar na questão preventiva do transtorno, com o objetivo de perceber precocemente problemas emocionais na família e

na criança. Ainda o reconhecimento da retenção voluntária de fezes pela criança deve estar envolvido também na questão preventiva, visando afastar a obstipação crônica.

Neste sentido, Feferbaum (1996) ressalta que é possível que o pediatra trabalhe vislumbrando a promoção da saúde física e emocional. E este, ao suspeitar de problemas emocionais, deve abrir espaço para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo importantíssimo o conhecimento deste profissional de questões que permeiam a relação entre pais e filhos. Mas quando o fator emocional é intensamente importante, necessário se faz a inclusão do psicólogo ao tratamento multiprofissional para o controle da encoprese. Nesse sentido, uma das terapêuticas psicológicas que tem apresentado eficientes resultados é a desenvolvida pela abordagem comportamental.

O Processo Terapêutico Comportamental com Crianças

De acordo com Moura e Venturelli (2004), quando o cliente é uma criança, é preciso ponderar, pois a conduta clínica a ser adotada exige habilidades específicas, quanto à compreensão das dificuldades e do ambiente. Tendo em vista que eventos podem surgir e transformar-se em variáveis intercorrentes diversas, devido à idade e as características de seu desenvolvimento, levando em consideração também o ambiente em que a criança vive e suas particularidades, responsáveis por essas alterações.

Considerando tais variáveis, as autoras colocam que logo na primeira sessão é preciso que o terapeuta apresente-se à criança e explique sobre sua profissão, buscando entender a compreensão da criança em relação ao processo terapêutico. Também é de fundamental importância deixar claro à criança quem o contratou e qual a queixa apresentada pelos pais (Moura & Venturelli, 2004).

Outro fator relevante refere-se ao sigilo profissional: são colocados à criança seus direitos em relação às informações ocorridas durante as sessões com os pais, as quais serão encaminhadas pelo terapeuta, logo após os encontros com a criança (Moura & Venturelli, 2004).

Desta forma, iniciada a terapia, o terapeuta terá como trabalho colocar à criança sua dificuldade, promovendo uma análise conjunta das variáveis que a mantém. Em seguida, realizará juntamente com a criança um levantamento de alternativas comportamentais para, posteriormente, treiná-la quanto aos novos repertórios a serem adquiridos (Moura & Venturelli, 2004).

É necessário que o terapeuta pesquise o nível de conhecimento cognitivo da criança, a fim de que sejam estabelecidas estratégias compatíveis ao problema. Dentre elas: o treino de solução de problemas e a modelagem podem ser inseridos isoladamente ou em conjunto, de acordo com a adequação para chegar-se ao objetivo proposto (Moura & Venturelli, 2004).

Quando o assunto é encoprese, a análise comportamental considera a necessidade da obtenção de registros comportamentais, com o intuito de obter informações úteis sobre a criança (Simón, 2005). Esses registros, segundo o autor, permitem ao terapeuta observar a evolução do problema desde o processo avaliativo inicial até a finalização do tratamento. Sendo assim, será possível avaliar se a intervenção terapêutica aplicada obteve resultados efetivos.

No registro comportamental típico utilizado na encoprese deverão estar incluídos: (a) a frequência dos episódios de perda de controle, (b) consistência, (c) tamanho e (d) quantidade de fezes, (e) contexto social e ambiental do episódio de incontinência, (f) comportamento da criança durante e depois do episódio encoprético, (g) a reação do

ambiente diante da perda de controle da criança, (h) seqüência de comportamentos apropriados ou impróprios realizados pela criança no asseio, (h) freqüência de defecações voluntárias, (i) grau de dificuldade experimentada para defecar, (j) grau de mal-estar ou dor durante a defecação e por último a (k) consistência, tamanho e quantidade das fezes expelidas nas defecações apropriadas (Simón, 2005).

Ainda em relação à intervenção terapêutica comportamental, Simón (2005) coloca que não há uma única solução que possa ser adequada, ou seja, o tratamento deve ser individualizado levando em consideração o processo de avaliação. Dentro das intervenções há o que o autor denomina de tratamento dietético: constitui-se em uma das primeiras alternativas no tratamento da encoprese. O programa educacional dietético refere-se à questão de mudança dos hábitos alimentares da criança: consumo de alimentos ricos em fibras, assim como o aumento da ingestão de água. É proposto, em seguida, o treinamento dos hábitos defecatórios. O treinamento constitui-se no cumprimento de etapas fundamentais para que se obtenha êxito na intervenção terapêutica. A primeira etapa está relacionada à desimpactação inicial, a fim de eliminar o acúmulo de fezes; o estabelecimento de um momento determinado do dia para realizar a defecação; regime de evacuação assistida; recomendações dietéticas e uso de agentes suavizantes que venham favorecer o trânsito intestinal; e por fim a utilização de procedimentos operantes para estabelecer e fortalecer os comportamentos de início voluntário e consecução da defecação, que inclui tanto o fato da criança defecar voluntariamente quanto a manutenção das roupas limpas ao final do dia. Outra questão fundamental dentro das intervenções de tratamento da encoprese, ressaltam Pinheiro e Moreno (1983), é a importância de o terapeuta alertar aos pais a freqüência da encoprese. Caso ocorra, os pais devem entrar em contato com o terapeuta o quanto antes, pois quanto mais precocemente se identifica a causa de uma recidiva, e mais rapidamente é reinstalado o treinamento, tais procedimentos possibilitarão o

desaparecimento das respostas próprias da encoprese com mais agilidade. Por isto, é necessário que o terapeuta esteja motivando-os, usando todas as ferramentas necessárias para tal, como por exemplo: contatos pessoais freqüentes, contatos telefônicos. Ou seja, cabe ao terapeuta conseguir a maior adesão e cooperação dos pais e das crianças na correta execução do plano de tratamento. Salientam, também, que ao longo do tratamento podem ocorrer algumas alterações nas diretrizes básicas, visando atenderem à demanda atual de caso a caso.

É possível analisar que são vários os fatores envolvidos na encoprese, por isso a necessidade de se trabalhar em uma ação multidisciplinar, fato esse abordado no tópico subsequente, onde serão discutidas as ações médica e comportamental diante da encoprese.

A Ação Médica e a Ação da Psicologia Comportamental na Encoprese

Intervenção Médica - Diante de todos os aspectos abordados até o momento, por este estudo, é possível perceber a grande importância da intervenção médica em relação à encoprese. É através dela que as hipóteses orgânicas e fisiológicas podem ser descartadas, com a realização de exames e procedimentos cabíveis. Em princípio, a medicina realiza o exame clínico e procedimentos proctológicos e outros que se fizerem necessário à ampla pesquisa das hipóteses orgânicas. No exame proctológico é necessária inclusive a aplicação de anestesia, para evitar um possível trauma à criança (Pinheiro & Moreno, 1983).

Outra intervenção particular da medicina, como salienta Inaba (2003), consiste na eliminação do bolo fecal impactado no reto. Esse procedimento é realizado através de lavagem intestinal com solução glicerizada ou com solução fisiológica. Desta forma, é possível analisar a necessidade da intervenção médica no que se refere à encoprese.

Intervenção Comportamental - Porém, é interessante observar a grande relevância e contribuição da intervenção da psicologia comportamental no tratamento da encoprese. Através dos procedimentos da análise comportamental, que possibilitam identificação das causas emocionais e comportamentais, na relação com a interação ambiental, ela age direto na questão, bem como no treinamento de hábitos defecatórios.

O treinamento de hábitos defecatórios compreende, inclusive, o regime de evacuação assistida por técnicas operantes de reforços para fortalecer os comportamentos adequados em relação à defecação, em relação à permanência de roupas limpas da criança (Simón, 2005).

Dentro destas perspectivas é possível verificar que a encoprese, como descreve Simón (2005), é um transtorno parapsicofisiológico e, sendo assim, tanto é necessária a interferência médica como a psicológica.

É importante ressaltar que a equipe multiprofissional, no que se refere à encoprese, pode trazer resultados rápidos e eficazes. Isto porque a atuação de cada profissional (médico e psicólogo) tem o seu papel com proporções relevantes para a eficácia e rapidez de resultados (Simón, 2005).

Pinheiro e Moreno (2003) reconhecem em seu artigo “Um enfoque clínico, diagnóstico e terapêutico” que a encoprese pode ser tratada por médicos e com o auxílio do psicólogo. Assim, defendem como fundamental a junção do conhecimento médico e psicológico para o tratamento desta enfermidade multicausal. Descrevem um estudo de caso realizado por eles, com a participação do profissional médico e da profissional psicóloga. Relatam, ainda, que uma percentagem muito pequena de crianças com esse diagnóstico necessitará de tratamentos mais sofisticados que exijam internações hospitalares e/ou tratamento psiquiátrico. Pois como bem adverte Machado (1980), a

encoprese não possui um fator único nem tão pouco fatores definidos, mas sim uma complexa gama de fatores. Esta autora entende que o papel do médico pediatra está em descartar os problemas orgânicos, aconselhar a família e introduzir medidas dietéticas e medicamentosas, além de organizar o encaminhamento da criança e seus cuidadores ao profissional da psicologia. O psicólogo, por sua vez, entrará com as medidas cabíveis para a sua área de atuação, como descrevem Moura e Venturelli (2004): (a) levantamento das queixas apresentadas; (b) análise conjunta das variáveis que mantêm os comportamentos; (c) informar a criança sobre todo o processo, com muito zelo e respeito; e, posteriormente, (d) as intervenções: registros comportamentais; aconselhamento em relação à alimentação; treinamento de hábitos defecatórios; técnicas operantes, descritas por Simón (2005). Sendo assim, torna-se imprescindível a equipe multidisciplinar no tratamento da encoprese.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que nasce o ser humano, através de sua interação com o meio ambiente adquire aprendizagens que desenvolverão seu repertório básico de comportamento e, dependendo das contingências enfrentadas pelo mesmo, isso determinará comportamentos assertivos ou comportamentos inadvertidos como o da encoprese, segundo Staats e Staats (1966/1973).

Portanto, quando o problema é apresentado é necessário buscar intervenções que sejam eficientes a fim de evitar maiores transtornos, principalmente porque a encoprese é um transtorno infantil. E, ao entendermos que as bases para um adulto saudável estão relacionadas às suas experiências infantis, necessária se faz maior atenção ainda a esse período tão básico ao ser humano.

Para isso é necessário que o profissional que trabalha e atua com o universo infantil, nesse caso o médico pediatra e o psicólogo, tenha um profundo conhecimento das fases

do desenvolvimento infantil, tanto no nível biológico, fisiológico, cognitivo, quanto no nível psicológico, para que as intervenções sejam eficazes tanto na resolução do transtorno como também na prevenção de possíveis dificuldades posteriores, que podem vir a ser apresentadas.

É possível avaliar que a encoprese ainda não é um transtorno claramente definido (Simón, 2005), englobando várias questões nos níveis biopsicossocial, cultural, dentre outros.

Mediante essas questões, fica evidente a necessidade da equipe multidisciplinar atuando na resolução desse problema através de medidas interventivas cabíveis a cada área específica. Assim como prescinde a manutenção de uma inter-relação e intercomunicação, para que sejam alcançados resultados efetivos e duradouros, a fim, também, de afastar problemas como a constipação intestinal crônica, como descreve Inaba (2003), que por sua vez demandaria uma intervenção muito mais complexa e invasiva.

Conhecendo todos esses aspectos, é possível perceber um plano de tratamento bem feito dentro das diretrizes médica e psicológica comportamental, possibilitando resultados efetivos tanto no que se refere à ausência das respostas-problema como também no nível interventivo. E nesse ponto é necessário que tanto médicos e psicólogos que estejam atuando com crianças estejam atentos para orientar os pais em relação a todos os aspectos importantes no desenvolvimento saudável da criança. Especialmente num caso específico como este (encoprese) é necessário uma explicação prévia de como ocorre o controle dos esfíncteres da criança, os passos e os parâmetros estabelecidos para esse período.

É necessário que os pais estejam conscientes que o controle dos esfíncteres é realizado mediante um treinamento, e como esse treinamento é feito. Importante, também, a compreensão dos pais, com entendimento e muita afetividade nesse treinamento e, se possível, com a orientação de um profissional habilitado na área para que problemas futuros, como da “encoprese”, sejam evitados.

Referências

Associação Americana de Psiquiatria (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM - IV - TR*. Tradução organizada por C. Dornelles. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2000).

Charles, C. M. (1989). *Piaget ao alcance dos professores*. Tradução organizada por I. Strake. Rio de Janeiro: Ao livro técnico S. A.. (Trabalho original publicado em 1974). (Inverti a ordem dentro da referência)

Feferbaum S. W. (1996). O Pediatra como agente na prevenção das dificuldades emocionais no desenvolvimento da criança. *Artigos da equipe multiprofissional da saúde da criança*, 18 (4), 214-225.

Galvão, I. (1995). *Henri Wallon: Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*. Petrópolis: Editora Vozes.

Gesell A. (2001). *A Criança dos 5 aos 10 anos*. Tradução organizada por C. Reis. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1974).

Inaba, K. M (2003). Prevalência e características clínicas das crianças com constipação intestinal crônica atendidas em clínica de gastroenterologia. *Clínica de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital São Camilo, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*, (25), 4, 57-63.

Machado, D. V. M. (1980). Encoprese-Revisão da literatura. *Instituto da Criança do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, (Vol. 02),101-110.

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, pp. 214-225

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID10, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução organizada por D. Caetano. (pp. 279-280). Porto alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicação em 1992).

Papalia D. E. & Olds S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Tradução organizada por D. Bueno. São Paulo. Artemed. (Trabalho original publicado em 1998)

Pinheiro, H. B. & Moreno, M. (1983). Encoprese – Um enfoque clínico, diagnóstico e terapêutico. *Revista Brasileira Coloproctologia*, (3), 1, 19-24.

Simón, M. A. (2005). Características clínicas, avaliação e tratamento da encoprese. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: transtornos específicos*. Tradução organizada por S. M. Dolinsky. (pp.135-155). São Paulo: Livraria Editora Santos. (Trabalho original publicado em 2005).

Staats, A. W. (1996). *Behavior and Personality. Psychological Behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Staats, A. W. & Staats, C. K. (1973). *Comportamento Humano Complexo: uma extensão sistemática dos princípios da aprendizagem*. Tradução organizada por C. M. Bori. São Paulo: EPU e Edusp. (Trabalho original publicado em 1966).