

Relato de um caso de Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção e Perturbação Desafiante de Oposição

A case report of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder

Fernanda Lopes Guedes

Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

Cláudia Mendes Silva

Departamento de Psicologia, Educação, Universidade da Beira Interior

CIDESD - Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade da Beira Interior

CIEP - Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) tem como principal comorbidade a Perturbação Desafiante de Oposição (PDO). Os casos clínicos de comorbidade tendem a apresentar piores prognósticos. O presente trabalho tem como objetivo descrever o caso clínico de um menino de 6 anos, encaminhado para o serviço de Psicologia por comportamentos disruptivos na escola.

O processo de avaliação psicológica foi realizado através de entrevistas aos pais e à criança, questionários de autorresposta preenchidos pelos pais e pela professora e provas de avaliação cognitiva. Após a formulação diagnóstica de PHDA, os pais rejeitaram a terapia farmacológica. Desenvolveu-se um plano de intervenção individual para promoção da melhoria da regulação emocional e dos níveis atencionais da criança. Ao todo foram realizadas 15 sessões com a criança e os pais, pelo que se apresentam os resultados obtidos na intervenção psicológica. Atendendo ao carácter crónico das problemáticas, o processo terapêutico terá seguimento.

PALAVRAS CHAVE

Caso clínico; comorbidade; PHDA; PDO; intervenção psicológica.

ABSTRACT

Hyperactivity Disorder/Attention Deficit Disorder (ADHD) has as its main comorbidity Oppositional Defiant Disorder (ODD). Clinical cases of comorbidity tend to have worse prognoses. The present article aims to describe a clinical case of a 6-year-old boy referred to the Psychology service for disruptive behavior at school.

The psychological assessment process was carried out through interviews with the child and their parents, self-report questionnaires completed by the parents and the teacher and cognitive assessment tests. After the diagnosis of ADHD, the parents rejected the pharmacotherapy. An individual intervention plan was developed to promote the improvement of the child's emotional regulation and attentional levels. Altogether, 15 sessions were held with the child and their parents. During the first sessions the child's behavior was challenging and sometimes aggressive, although with the development of the therapeutic alliance M. became more collaborative and acquired emotion regulation skills, problem-solving skills, and better attention maintenance. Given the chronic nature of the problems, the therapeutic process will continue.

KEYWORDS

Clinical case; comorbidity; ADHD; ODD; psychological intervention.

Recibido: 20/04/2024; aceptado: 01/09/2024

Correspondencia: Fernanda Lopes Guedes. E-mail: fer.guedes@ubi.pt

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais estudadas e frequentes em idade escolar (Freitas & Pereira, 2020). Esta perturbação caracteriza-se por um padrão persistente de desatenção (e.g., cometer erros nas tarefas escolares/diárias por descuido, dificuldade em manter o foco durante as aulas) e/ou hiperatividade-impulsividade (e.g., dificuldade em esperar pela sua vez, dificuldade em permanecer sentado), que tem um impacto negativo no funcionamento da criança, adolescente ou adulto (APA, 2023). Para que o diagnóstico de PHDA seja efetuado deve-se ter em consideração (1) a presença de sintomas em pelo menos dois contextos diferentes (e.g., casa e escola) e (2) os especificadores de gravidade e subtipo (e.g., apresentação combinada, apresentação predominantemente de desatenção ou apresentação predominantemente de hiperatividade/impulsividade). Segundo a 5ª edição revista do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TR; APA, 2023), a PHDA está associada à irritabilidade, labilidade do humor, baixa tolerância à frustração, baixo desempenho académico e atrasos leves no desempenho linguístico. Essa perturbação é duas vezes mais frequente no sexo masculino (APA, 2023), possivelmente porque os comportamentos hiperativos, que são facilmente observáveis e potencialmente perturbadores, são vistos com mais frequência em rapazes (Wolraich et al., 2019).

A principal comorbilidade da PHDA é a Perturbação Desafiante de Oposição (PDO; Boavida et al., 2020), que na infância também é mais prevalente no sexo masculino (APA, 2023). As

crianças que apresentam PDO têm maior risco de se magoarem despropositadamente e de sofrerem acidentes (Agnafors et al., 2020), sendo esse risco mais elevado quando há comorbilidade com a PHDA (Keyes et al., 2014). A literatura indica, ainda, que a comorbilidade entre PHDA e PDO está associada a um maior comprometimento social e desregulação emocional (Kim et al., 2023), um pior prognóstico e mais dificuldades ao longo da intervenção (Carr, 2016).

A PDO, por sua vez, enquadra-se nas perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e dos comportamentos, caracterizando-se por um padrão de humor zangado e/ou irritável, de comportamento conflituoso/desafiante com duração de pelo menos seis meses (APA, 2023). Para além disso, os comportamentos em causa colocam o indivíduo em conflito com adultos e figuras de autoridade (e.g., professores), evidenciando a dificuldade dessas crianças em respeitar limites (Barkley & Benton, 2013; Webster-Stratton, 2018). Segundo a literatura, a PDO infantil é um dos precursores mais comuns de outros problemas de saúde mental que podem surgir ao longo da vida (Hawes et al., 2023), sendo as intervenções comportamentais e os treinos parentais as linhas de tratamento que apresentam mais evidências científicas de eficácia no tratamento da PHDA em comorbilidade com PDO (Barbarisi et al., 2020).

Apresentação do Caso

No âmbito do Serviço Nacional de Saúde de Portugal, o M. foi encaminhado para a Consulta de Psicologia do Desenvolvimento

através do Serviço de Pediatria. O motivo do encaminhamento foi o registo de comportamentos disruptivos quando contrariado, principalmente em contexto escolar. Na altura da primeira consulta o M. estava a frequentar o 1º ano do 1º ciclo de Portugal e os seus pais estavam desempregados.

M. é um menino de seis anos de idade que vive com a mãe, o pai e o irmão mais velho. A gravidez do M. foi desejada e acompanhada e o parto foi a termo, sem complicações. O M. começou a falar e a andar mais tarde do que o esperado e demorou para obter o controlo dos esfíncteres. Relacionado com este último facto, ressalta-se que irmão mais velho do M. teve uma Perturbação de Eliminação (Enurese Noturna) e por isso dormia de fralda. O cliente, que sempre dividiu o quarto com o irmão, também queria usar fralda durante a noite. Os pais permitiram que tal ocorresse e o M. deixou de usar fralda para dormir apenas no início dos seis anos de idade. Sempre se alimentou e dormiu bem, e sempre dormiu sozinho na sua cama. Apesar disso, os pais do M. promoveram pouco a sua autonomia, uma vez que ainda não toma banho sozinho, não se veste sozinho, tem o apoio constante dos pais nos trabalhos de casa e não tem nenhuma responsabilidade em casa (e.g., não faz a sua cama e não ajuda a pôr a mesa). Para além disso, o estilo parental, embora pareça ser assertivo na maioria das vezes ao comunicarem com o filho em contexto de consulta, também é permissivo em algumas circunstâncias (e.g., o facto de ter usado fraldas até aos 6 anos porque queria fazer o mesmo que o irmão). Ressalta-se, ainda, que os pais sempre deixaram que o M. ganhasse

nos jogos/brincadeiras, facto que o habituou a não ser confrontado com o fracasso/insucesso.

Início e Desenvolvimento das Dificuldades Atuais

Aos 4 anos de idade, o M. foi sinalizado pela sua educadora do jardim de infância ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), por dificuldades de regulação comportamental e emocional. A sua família recebeu uma intervenção estruturada e os pais adquiriram estratégias comportamentais para lidarem com os comportamentos desafiantes do M., tendo desenvolvido um estilo parental mais assertivo e menos permissivo.

Ao entrar no 1º ciclo, a psicóloga do SNIPI fez um relatório de avaliação psicológica que sinalizava a importância de o M. ter apoio da Educação Especial quando ingressasse na escola. Os pais referem que o filho nunca teve o devido apoio na escola e que, quando começou a ser confrontado com algumas dificuldades de aprendizagem, retrocedeu nas aquisições advindas da intervenção precoce. Referem, ainda, que a professora titular retirava o M. da sala de aula sempre que este fazia birras, o que acabou por reforçar os seus comportamentos desadaptativos – sempre que não queria fazer uma tarefa, fazia birra para sair da aula.

Principais Dificuldades Atuais

O M. veio à primeira consulta acompanhado pela mãe, que expressou preocupação em relação à adaptação do filho à escola nova e ao 1º ano de escolaridade, referindo que, na escola, o M. “é conflituoso, perturba os colegas, grita na sala, deita o material ao chão, não res-

peita as regras e não faz os trabalhos". No pré-escolar já havia queixas da educadora, mas os comportamentos do filho pioraram este ano. Em casa o M. oferece alguma resistência para fazer os trabalhos da escola, mas realiza-os com o apoio dos pais.

No que se refere às competências de interação social do M., destacam-se o discurso desorganizado, a dificuldade em manter contacto visual e a dificuldade em conversar sobre um assunto proposto pelo adulto. O M. é uma criança extrovertida que parece alegre na maioria das vezes, embora se mostre irritado quando contrariado. As dificuldades de autocontrolo (e.g., sai a correr da sala de aula quando contrariado, estraga o material escolar tanto em casa como na escola, tem um comportamento irrequieto) ocorrem em todos os contextos da vida da criança, apesar de serem mais frequentes na escola, principalmente durante as atividades em sala de aula. Gosta de ter sucesso e funciona com base no reforço (e.g., elogios), pelo que quando é confrontado com o insucesso ou alguma dificuldade frustra-se facilmente.

A desregulação emocional e comportamental do M. traduz-se em reações agressivas (e.g., rasgar os livros), que o levam a ser retirado da sala de aula para se acalmar. Como consequência, o M. não faz os trabalhos em sala de aula e leva-os todos os dias para fazer em casa. Os pais mencionam que o filho ainda não sabe ler nem escrever e não está a aprender na escola, uma vez que é constantemente retirado da sala de aula. A professora do M. refere que está cansada e que já não sabe o que fazer; diz que o aluno precisava de ser medicado e

que é uma criança que parece não ter regras em casa.

No que diz respeito à interferência nas várias áreas de vida da criança e ao impacto nos outros, ressalta-se o facto de ter amigos na escola, apesar de ter sempre conflitos com um colega e de, segundo a professora, perturbar a aprendizagem dos colegas. As dificuldades de regulação comportamental e emocional do M., combinadas com a desatenção e a dificuldade na língua portuguesa, também interferem no seu sucesso académico.

As dificuldades expostas interferem significativamente na aprendizagem e no sucesso escolar do M., na dinâmica das aulas e no bem-estar do próprio e da sua família. Generalizou o comportamento agressivo para outros contextos, manifestando-o sempre que pretendia evitar uma tarefa ou ficava frustrado (e.g., ao perder num jogo).

Apesar das dificuldades mencionadas, apresenta um funcionamento esperado quando é regulado externamente (e.g., através de estratégias comportamentais aplicadas por adultos) e quando sente que é capaz de fazer as suas tarefas (e.g., tem bom desempenho na Matemática e gosta de falar sobre as coisas novas que aprendeu). Para além disso, demonstra alguma preocupação e empatia quando as pessoas à sua volta estão tristes.

Os pais do M. mostraram-se motivados e disponíveis em relação ao processo terapêutico. No entanto, demonstraram receio face à possibilidade de o filho ser medicado com metilfenidato e recusaram o auxílio da terapia farmacológica, nomeadamente pela preocu-

pação com os efeitos secundários e a crença de dependência da medicação.

Avaliação Psicológica

O processo de avaliação psicológica (Tabela 1) teve início na primeira sessão, através da entrevista clínica semiestruturada. Tendo em conta o caráter das queixas referentes ao contexto escolar, procedemos a uma avaliação cognitiva, com recurso às Matrizes Progressivas Coloridas de *Raven* (CPM-P; Raven et al., 2009) e à Escala de Inteligência de *Wechsler* para Crianças – Terceira Edição (WISC-III; Wechsler, 2003). De forma a complementar a avaliação psicológica, e para analisar de forma mais aprofundada o comportamento da criança, foi pedido aos pais que preenchessem o

Questionário de Comportamento da Criança (CBCL 6–18; Achenbach, 2016). Os indicadores de desatenção e impulsividade obtidos no CBCL levaram à exploração para despiste de PHDA através das Escalas de Conners (Versão Revista, Forma Completa), preenchidas tanto pelos pais como pela professora. O M. foi encaminhado para a consulta de Pediatria do Neurodesenvolvimento para a avaliação e formalização do diagnóstico.

Com a conclusão do processo de avaliação, foi elaborado um relatório de avaliação psicológica, referindo a conclusão diagnóstica de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em comorbilidade com Perturbação Desafiante de Oposição. Além disso, o relatório abrangia recomendações a serem imple-

Tabela 1
Processo de Avaliação Psicológica e Resultados Obtidos

Objetivo	Instrumento	Resultados
Avaliação cognitiva	CPM-P e WISC-III	Na CPM-P, obteve um resultado acima da média, situando-se entre os percentis 75 e 90. Na WISC-III, concluiu-se que o M. tem um nível cognitivo médio para a sua idade, tendo demonstrado um desempenho melhor na área de realização prática do que na área verbal. Os resultados sugerem que o M. tem potencial de aprendizagem, apesar de precisar de apoio para desenvolver o vocabulário e a capacidade de expressão verbal, nomeadamente através da leitura e da escrita.
Complemento à avaliação comportamental	CBCL 6–18	Os resultados indicam que o M. tem dificuldades a nível da atenção, comportamento agressivo, isolamento e problemas sociais. Apresenta comportamentos de internalização (e.g., tendência a não partilhar as coisas) e externalização (e.g., agressividade) que precisam de ser assistidos.
Despiste de PHDA	Escalas de Conners – Versão Revista, Forma Completa (pais e professores)	Os resultados demonstram que o M. tem, em pelo menos dois contextos, comportamentos de hiperatividade e desatenção, consistentes com os critérios de diagnóstico para PHDA de apresentação combinada. No entanto, preenche mais critérios de desatenção do que de hiperatividade e tem os seus sintomas mais evidentes na escola do que em casa. A criança também demonstra mais comportamentos de oposição e desafio na escola do que em casa. Para além disso, tanto nos questionários dos pais como da professora, obtiveram-se resultados que indicam um problema significativo a nível da labilidade emocional, que incluem impulsividade, baixa tolerância à frustração, mudanças de humor rápidas e frequentes, sentir-se facilmente irritado e irritado com as pessoas.

mentadas pela escola, tais como promover a amizade entre o M. e um aluno com comportamentos adaptativos, para que aprendesse a regular os seus comportamentos por modelagem; utilizar a técnica do sublinhado a cores, para que o M. se concentrasse na informação mais relevante; atribuir-lhe um lugar tranquilo, longe da janela ou da porta e o mais próximo possível da professora – para controlar as distrações; dar-lhe ordens simples, claras e breves; atribuir-lhe uma tarefa, depois de ter cumprido a anterior; acompanhar de perto o trabalho do M.; alternar o trabalho que deve realizar sentado com outras atividades que lhe permitam levantar-se e mover-se um pouco (e.g., recolher o material, distribuir os cadernos, dar avisos fora da sala, etc.); permitir-lhe fazer algumas atividades exemplificativas simples quando estivesse a trabalhar tarefas novas; e ensinar-lhe a manter o material escolar organizado em cima da sua mesa.

Formulação do Caso

O M. apresenta um quadro de Perturbação Desafiante de Oposição em comorbilidade com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Segundo o DSM-5-TR (APA, 2023), a PDO caracteriza-se por um padrão de humor zangado e/ou irritável, de comportamento conflituoso/desafiante com duração de pelo menos 6 meses, sendo que o M. (1) com frequência perde o controlo, (2) com frequência é sensível ou facilmente incomodado pelos outros, (3) sente frequentemente raiva, (4) frequentemente desafia ou recusa obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade e (5) frequentemente aborrece deliberadamente as

outras pessoas. Para além disso, esses comportamentos estão associados ao mal-estar tanto da criança como das pessoas à sua volta.

Identificam-se como fatores predisponentes pessoais da PDO o temperamento difícil do M., as dificuldades de regulação emocional e a comorbilidade com a PHDA. O fator predisponente contextual parece ser a disciplina parental inconsistente, alternado entre um estilo autoritativo e um estilo permissivo. Quanto ao fator precipitante da PDO, destaca-se a mudança de escola, do infantário para o 1º ciclo – apesar de os problemas de comportamento já existirem antes, parecem ter piorado com a mudança de ciclo e a falta de colaboração da escola para dar continuação ao progresso feito no jardim de infância. Como fatores de manutenção contextuais referem-se a falta de coordenação entre a professora, a psicóloga da escola e os pais, o reforço inadvertido de comportamentos problemáticos (na escola e por vezes em casa), o facto de os pais darem apoio constante nos TPC (reforço da dependência em ter a orientação de um adulto; na escola não tem sempre a professora ao seu lado), o facto de os pais apresentarem um estilo atribucional externo (e.g., referiram diversas vezes que o filho não é agressivo, mas sim a escola que nunca aplicou estratégias). Os fatores de manutenção pessoais são as estratégias de *coping* disfuncionais (faz birras para conseguir o que quer; tem um comportamento agressivo quando contrariado), as dificuldades em regular as suas emoções/comportamentos, o estilo atribucional externo e as dificuldades a nível do Português, que levam o M. a evitar tarefas escolares nas quais sente dificuldade e a frus-

trar-se e desregular-se quando confrontado com o insucesso. Por fim, como fator protetor pessoal, ressalta-se a boa saúde física do M., e como fatores protetores contextuais identificam-se o facto de a família aceitar a existência do problema e a formulação do plano de intervenção, para além de estar comprometida na resolução do problema.

A PHDA, por sua vez, é caracterizada no DSM-5-TR (APA, 2023) como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, em que o M. preenche todos os critérios de (1) Desatenção: (a) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido em tarefas, (b) frequentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, (c) frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente, (d) frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, (e) frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades, (f) frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental, (g) frequentemente perde coisas necessárias para tarefas e (h) com frequência é facilmente distraído por estímulos externos; e quatro critérios de (2) Hiperatividade e Impulsividade, sendo eles (a) frequentemente remexe ou se contorce na cadeira, (b) frequentemente levanta-se da cadeira, (c) frequentemente corre em situações em que isso é inapropriado, (d) com frequência “não para”. Apesar de não preencher critérios suficientes de Hiperatividade e Impulsividade, considerámos que o M. apresenta um diagnós-

tico de PHDA de apresentação combinada e de gravidade moderada, sendo que os seus sintomas se manifestam em mais de dois ambientes e interferem com o seu funcionamento social e académico. Com base na observação direta e na interação com a criança, foi possível concluir que os seus comportamentos de hiperatividade e impulsividade têm também uma grande influência nas suas dificuldades atuais.

O fator predisponente pessoal da PHDA foi identificado como o temperamento difícil do M., e não foram identificados fatores precipitantes. Quanto ao fator de manutenção pessoal, refere-se a comorbilidade com atraso desenvolvimental da linguagem e internalização do discurso interno para apoiar o cumprimento de regras pouco desenvolvido, a comorbilidade com a PDO, um sentido de baixa autoeficácia e estratégias de *coping* disfuncionais. Os fatores de manutenção contextuais identificados são o facto de a família ser ambivalente quanto à resolução do problema (por apresentar resistência ao tratamento farmacológico), o facto de nunca ter lidado com problemas similares anteriormente e o locus de controlo parental externo. Quanto aos fatores protetores pessoais ressalta-se a boa saúde física do M., o seu QI médio e a capacidade para fazer amizades. Por fim, os fatores protetores contextuais são a vinculação segura com os pais, uma comunicação familiar clara, o envolvimento parental e uma boa satisfação conjugal.

Intervenção Psicológica e Resultados Preliminares

Os objetivos gerais da intervenção no presente caso incidiram no treino de competên-

cias de autorregulação, treino de competências socioemocionais, treino de atenção, promoção da autoeficácia, treino de competências parentais e mediação entre os pais e a escola (Tabela 2, Anexo). Ao todo foram realizadas 14 sessões com a criança e uma sessão apenas com a mãe, com a finalidade de introduzir o treino de competências parentais. O início do treino coincidiu com a altura em que ambos os pais saíram da situação de desemprego e deixaram de ter disponibilidade para prosseguir com o programa proposto.

Desde o início das sessões priorizaram-se os interesses do M., de forma a incluí-los nas diferentes estratégias usadas para se trabalhar diferentes áreas, e também para promover a aliança terapêutica. Segundo Reeve (2018), os interesses aumentam a atenção, o esforço e a aprendizagem direcionados à atividade. Por outras palavras, o envolvimento da criança, motivado por atividades do seu interesse, pretende uma melhor interiorização dos raciais e estratégias ensinadas. A título de exemplo, refere-se o uso do jogo da memória para se trabalhar a resistência à frustração e a autoeficácia, ou o uso de vídeos como forma de comunicação e psicoeducação, que permitiram alcançar alguns objetivos da intervenção de forma mais eficaz.

O jogo da memória, para além de ser um interesse do M. e de ter sido um método usado para se trabalhar a regulação emocional, também permitiu o treino da sua atenção e memória. A capacidade de atenção do M. também foi promovida através de atividades curtas e ao mesmo tempo com algum grau de exigência,

como os jogos das diferenças com diferentes níveis de complexidade.

O M. é imaturo para a sua idade e a sua capacidade de concentração é pouca, pelo que o uso de estratégias de dramatização foi uma mais-valia para a promoção dos objetivos pretendidos. O M. envolve-se facilmente com as brincadeiras de faz-de-conta e consegue interagir melhor com o adulto nessas situações. A dramatização foi utilizada para a aplicação do treino de resolução de problemas, sendo esta uma área importante que está comprometida em crianças com PHDA (Freitas & Pereira, 2020) e PDO (NICE, 2017).

De acordo com as diretrizes de tratamento, o treino de autoinstruções pretende compensar a falta do discurso interno, consequente da PHDA (Carr, 2016; Rivera-Flores, 2015). Para além disso, o facto de se ter usado sempre ordens claras, simples e breves facilitou a interação com o M. e o seu cumprimento de regras.

As competências socioemocionais foram trabalhadas também com base em atividades propostas no livro "Como promover as competências sociais e emocionais das crianças" de Webster-Stratton (2018). O encorajamento e o reforço positivo, à base do elogio específico, acompanharam todo o processo terapêutico e foram fundamentais para a promoção da aprendizagem e motivação da criança. O M. aderiu bem às atividades propostas quando se sentia capaz e/ou avaliava que teria sucesso no seu desempenho, pelo que os elogios, comentários descritivos e predições positivas são estratégias auxiliaadoras da sua regulação emocional e comportamental. Neste sentido, ainda, as estratégias de regulação emocional

tiveram como principal objetivo trabalhar a resistência à frustração do M., mas também foram importantes para a promoção indireta da regulação comportamental e das suas conquistas acadêmicas (Edossa et al., 2017). As estratégias de controlo da impulsividade (e.g., contagem regressiva combinada com a respiração diafragmática) também acabaram por ser generalizadas e passaram a ser utilizadas pela criança como forma de regulação emocional da raiva e da sua frustração.

A autorregulação, o autocontrolo/impulsividade, a capacidade atencional e as competências socioemocionais também foram trabalhadas através de um jogo educativo de tabuleiro que visava trabalhar e refletir questões comportamentais, nomeadamente através da identificação de comportamentos adequados e inadequados, da identificação de circunstâncias em que esses comportamentos tendem a verificar-se e da aquisição de competências e estratégias para a monitorização dos mesmos comportamentos.

Por fim, o treino de competências parentais foi um aspeto importante do plano de intervenção, tendo a sua eficácia comprovada e sendo essencial num caso de comorbidade entre PHDA e PDO como o do M. (Costa & Simões, 2020). Apesar de só ter sido feita uma sessão de treino parental (baseada no programa Os Anos Incríveis; Webster-Stratton, 2019), a disponibilidade dos pais teria sido fundamental para desenvolverem novas competências e ajustarem as que já têm, para além do potencial em promover uma relação mais saudável entre a família e a escola.

Durante as primeiras sessões o comportamento do M. era mais desafiante e, por vezes, agressivo. Com o desenvolvimento da aliança terapêutica e a partir da persistência na intervenção, passou a ser mais colaborativo, precisando cada vez menos da regulação externa, demonstrando melhorias ao nível da sua regulação emocional e comportamental em gabinete. O M. também adquiriu competências de resolução de problemas e de controlo da impulsividade, que foram generalizadas e passaram a ser utilizadas também como forma de regulação emocional da raiva e da sua frustração. Ao longo das sessões demonstrou maior capacidade de manutenção da atenção e passou a cumprir as regras estabelecidas no início de cada consulta.

Discussão

A PHDA, quando em comorbidade com a PDO, apresenta um conjunto único de desafios que podem afetar profundamente o comportamento e desenvolvimento da criança. A importância do ambiente familiar é particularmente destacada nestes casos. A família constitui-se como o primeiro contexto social de uma criança, tendo por isso uma função essencial no que toca ao desenvolvimento e comportamento das crianças, particularmente em crianças com PHDA e PDO, que necessitam de uma maior estrutura e consistência na educação. O funcionamento familiar, incluindo as interações entre os membros da família e as estruturas familiares (Fiese et al., 2019), bem como os estilos parentais (Cardoso & Veríssimo, 2013) demonstram ter grande impacto no desenvolvimento das crianças, pelo que o

estilo parental não autoritativo – ao contrário do estilo parental autoritativo ou orientador, que é caracterizado por uma postura orientadora e de aceitação, em que os pais demonstram afeto e controlo moderados – está relacionado com mais sintomas de PHDA e maior risco de comorbilidades (Stevens et al., 2019). O locus de controlo externo, por sua vez, também pode estar associado a estilos parentais não autoritativos (Fateme et al., 2011), assim como no caso apresentado, em que os pais têm um estilo atribucional predominantemente externo, nomeadamente ao referirem diversas vezes que a culpa é da escola por não saber lidar com o filho.

Para além do referido, houve dificuldades na aceitação dos pais da terapia farmacológica pelo receio da dependência e dos efeitos secundários do medicamento. Os psicoestimulantes de duração longa, tal como o metilfenidato recomendado ao M., são considerados medicamentos de primeira linha quando há comorbilidade entre a PHDA e a PDO, para além da intervenção individual e familiar (Boavida et al., 2020).

A PHDA está associada a uma baixa tolerância à frustração, irritabilidade, labilidade do humor, baixo desempenho académico e atrasos leves no desempenho linguístico, como se confirma no presente caso clínico, e a principal comorbilidade da PHDA é a PDO. Segundo Carr (2016), as crianças com PHDA não têm falta de conhecimento sobre competências sociais, mas sim falta de consciência da sua incapacidade para utilizá-las. Em concordância com isso, refere-se o facto de o M. ter demonstrado bom conhecimento sobre as regras de rela-

cionamento interpessoal, nomeadamente na WISC-III e nas atividades de dramatização utilizadas para desenvolver competências de resolução de problemas. As dificuldades sociais do M., principalmente na escola, eram caracterizadas por comportamentos agressivos para com os colegas, professores e auxiliares educativos. Em sala de aula, os comportamentos de externalização mais comumente considerados como perturbadores pelos professores portugueses são o desafio, a distração e a impulsividade (Marinho & Lopes, 2010), e requerem uma especial atenção e esforço (Lopes et al., 2004). Nesse sentido, a aplicação de estratégias eficazes em sala de aula está associada a uma atitude mais positiva, por parte dos professores, para com os alunos com PHDA. Apesar disso, as crianças que apresentam maiores dificuldades ao nível de regulação emocional e comportamental têm professores com maiores níveis de stress e que tendem a aplicar estratégias ineficazes em sala de aula (Strelow et al., 2021).

No caso do M. não havia uma interação positiva entre a escola e os pais, facto que dificultou a intervenção. Segundo Webster-Stratton (2019), a colaboração entre pais e professores é um dos aspetos centrais do sucesso escolar das crianças. Os professores, com o seu conhecimento pedagógico das necessidades de aprendizagem e da interação social com o grupo de pares, e os pais, com o conhecimento do temperamento, interesses, necessidades emocionais e estratégias eficazes com a criança, podem criar uma relação de respeito e apoio mútuo. O desentendimento entre os pais e a escola é comum, o que reflete o facto de mui-

tos educadores não incentivarem o envolvimento sistemático das famílias, nem criarem parcerias com os pais. Para além disso, muitas vezes os pais não participam quando são chamados a fazê-lo. Algumas das principais causas dessa falta de colaboração dizem respeito ao stress profissional dos professores, à falta de entendimento entre pais e professores e às mudanças de emprego dos pais. Estas últimas podem reforçar as percepções negativas dos professores, que assim como a professora do M., considerava que os pais não estão interessados em colaborar na intervenção (Edossa et al., 2017).

Apesar das dificuldades no envolvimento dos pais no programa de treino parental e da baixa colaboração do contexto escolar, o presente caso clínico permitiu confirmar que a aliança terapêutica é fundamental para o processo terapêutico, assim como a persistência e a empatia que é requerida aos profissionais de saúde mental. Atendendo ao carácter crónico das problemáticas apresentadas, o processo terapêutico ainda não foi encerrado e a criança continuará a ser seguida nas Consultas de Psicologia.

Referências

- Achenbach, T. (2016). *Sistema de avaliação Empiricamente Validado (ASEBA): Um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores*. Psiquilíbrios Edições.
- Agnafors, S., Torgerson, J., Rusner, M., & Kjellström, A. N. (2020). Injuries in children and adolescents with psychiatric disorders. *BMC Public Health*, 20(1), 1273. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09283-3>
- American Psychiatric Association (2023). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed., Texto Revisto): DSM-5-TR*. Climepsi Editores.
- Barbarelli, W. J., Campbell, L., Diekroger, E. A., Froehlich, T. E., Liu, Y. H., O'Malley, E., Pelham, W. E., Power, T. J., Zinner, S. H., & Chan, E. (2020). Society for Developmental and Behavioral Pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41(2S), S35–S57. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000770>
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2013). *Your defiant child: Eight steps to better behavior* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Boavida, J., Nogueira, S., & Vicente, I. N. (2020). Terapêutica farmacológica na PHDA. In O. Moura, M. Pereira, & M. R. Simões (Eds.), *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção* (pp. 281–311). Pactor.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393–406.
- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (3rd ed.). Routledge.
- Costa, P. J., & Simões, L. (2020). Treino de competências parentais na PHDA. In O. Moura, M. Pereira, & M. R. Simões (Eds.), *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção* (pp. 349–371). Pactor.
- Edossa, A. K., Schroeders, U., Weinert, S., & Artelt, C. (2017). The development of emotional and behavioral self-regulation and their effects on academic achievement in childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 42(2), 192–202. <https://doi.org/10.1177/0165025416687412>
- Fatemeh, F., Mona, C., & Sadaat, L. Z. (2011). Relationship between locus of control and parenting styles in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychology & Health*, 26(sup2). <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.617185>
- Fiese, B. H., Jones, B. L., & Saltzman, J. A. (2019). Systems unify family psychology. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N.

- Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA hand book of contemporary family psychology: Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan* (pp. 3–19). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000099-001>
- Freitas, M. I., & Pereira, M. (2020). PHDA: Do passado ao presente. In O. Moura, M. Pereira, & M. R. Simões (Eds.), *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção* (pp. 1–41). Pactor.
- Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., & Fairchild, G. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(31). <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-6>
- Keyes, K. M., Susser, E., Pilowsky, D. J., Hamilton, A., Bitfoi, A., Goelitz, D., Kuijpers, R. C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Otten, R., & Kovess, V. (2014). The health consequences of child mental health problems and parenting styles: Unintentional injuries among European schoolchildren. *Preventive Medicine*, 67, 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.030>
- Kim, H., Jung, E., Lee, T., Kim, S., & Kim, H. W. (2023). Impact of comorbid Oppositional Defiant Disorder on the clinical and neuropsychological characteristics of Korean children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Investigation*, 20(10), 962–971. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0091>
- Lopes, J. A., Monteiro, I., Sil, V., Rutherford, R. B., & Quinn, M. M. (2004). Teachers' perceptions about teaching problem students in regular classrooms. *Education and Treatment of Children*, 27(4), 394–419.
- Marinho, S., & Lopes, J. A. (2010). Concepções de professores acerca dos comportamentos problemáticos em sala de aula: um estudo no ensino básico. In L. S. Almeida, B. Silva, & S. Caires (Eds.), *Contributos da psicologia em contextos educativos: Actas do I Seminário Internacional* (pp. 974–988). Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017, April 19). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
- Raven, J., Raven, C. J., & Court, J. H. (2009). *CPM-P – Matrizes Progressivas Coloridas (forma paralela)*. Cegoc.
- Reeve, J. (2018). *Understanding motivation and emotion* (7th ed.). Wiley.
- Rivera-Flores, G. W. (2017). Entrenamiento cognitivo autoinstruccional para reducir el estilo cognitivo impulsivo en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 13(35), 27–46. <https://doi.org/10.14204/ejrep.35.13051>
- Stevens, A. E., Canu, W. H., Lefler, E. K., & Hartung, C. M. (2019). Maternal parenting style and internalizing and ADHD symptoms in college students. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 260–272. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1264-4>
- Strelow, A. E., Dort, M., Schwinger, M., & Christiansen, H. (2021). Influences on teachers' intention to apply classroom management strategies for students with ADHD: A model analysis. *Sustainability*, 13(5), 2558. <https://doi.org/10.3390/su13052558>
- Webster-Stratton, C. (2018). *Como promover as competências sociais e emocionais das crianças* (2a ed.). Psiquilíbrios Edições.
- Webster-Stratton, C. (2019). *Os anos incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (4a ed.). Psiquilíbrios Edições.
- Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – III: Manual*. Cegoc.
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr, Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Anexo

Tabela 2

Objetivos de Avaliação e Intervenção por Sessão

Sessão	Objetivos
1 (criança e pais)	- Promover o estabelecimento da Aliança Terapêutica (AT); - Explorar a história de desenvolvimento, dificuldades atuais e o motivo da consulta (Anamnese); - Explorar os critérios da PDO; - Fornecer psicoeducação sobre os comportamentos de oposição e desafio.
2 (criança e pais)	- Avaliar com as CPM-P; - Iniciar a aplicação da WISC-III; - Fornecer psicoeducação sobre os comportamentos de oposição; - Fornecer o CBCL para ser preenchido pelos pais.
3 (criança e pais)	- Terminar a aplicação da WISC-III; - Explorar os estilos parentais e eventuais conflitos familiares; - Fornecer psicoeducação aos pais sobre a promoção da regulação emocional.
4 (criança e pais)	- Promover a regulação emocional: Identificação e diferenciação das emoções primárias; - Treinar a resistência à frustração e promover o sentido de autoeficácia; - Devolver os resultados da WISC-III aos pais; - Devolver os resultados da CBCL aos pais e explorar a indicação de desatenção; - Devolver a formulação da PDO e abordar a psicoeducação sobre os Fatores de Manutenção; - Fornecer estratégias aos pais para controlarem os Fatores de Manutenção.
5 (criança e pais)	- Obter o feedback dos pais em relação ao comportamento do filho e ajustar eventuais dificuldades que estejam a sentir no momento; - Retomar as estratégias aprendidas na última sessão; - Fornecer as Escalas de Conners para pais e professores; - Fornecer psicoeducação sobre a PHDA em comorbilidade com a PDO; - Fornecer psicoeducação sobre a prescrição do metilfenidato.
6 (criança e pais)	- Entregar o relatório de avaliação psicológica aos pais; - Propor e justificar o treino de competências parentais; - Introduzir o treino de autoinstruções junto da criança.
7 (pais)	- Introduzir o treino de competências parentais; - Definir objetivos a serem trabalhados durante a semana.
8 (criança)	- Continuar o treino de autoinstruções; - Promover a capacidade de atenção, o cumprimento de regras e promover o reconhecimento das letras do alfabeto (com recurso a um caderno de atividades a ser fornecido em consulta).
9 (criança)	- Continuar o treino de atenção e internalização de regras através do caderno de atividades fornecido na última sessão; - Fornecer estratégias para lidar com a impulsividade.
10 (criança e pais)	- Continuar a promoção da tolerância à frustração; - Relembrar as estratégias para lidar com a impulsividade; - Abordar novamente a questão da medicação com os pais.
11 (criança e pais)	- Continuar a promoção da resistência à frustração; - Explorar os comportamentos na escola e em casa.
12 (criança)	- Realizar um treino de autoinstruções com as regras de comportamento desejadas; - Estimular o cumprimento de regras através de um jogo de tabuleiro; - Continuar a promoção da resistência à frustração.
13 (criança)	- Promover a competência de resolução de problemas.
14 (criança)	- Retomar a estratégia de resolução de problemas; - Retomar a psicoeducação sobre a resistência à frustração.
15 (criança e pais)	- Fazer um balanço dos ganhos obtidos; - Relembrar todas as estratégias aprendidas.

