

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE IPATINGA

Alan Motta da Rocha

Danielle Kelle Ferreira de Carvalho

Diogo Correa Campos

Maria Luiza Ferreira de Carvalho

**TRANSTORNO DO DESAFIADOR OPOSITOR:
revisão de literatura**

IPATINGA - MG

2024

Alan Motta da Rocha
Danielle Kelle Ferreira de Carvalho
Diogo Correa Campos
Maria Luiza Ferreira de Carvalho

TRANSTORNO DO DESAFIADOR Opositor:
revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.^a orientadora: Lara Saad Valadares Santos

IPATINGA - MG

2024

TRANSTORNO DO DESAFIADOR OPOSITOR: revisão de literatura

Alan Motta da Rocha¹, Danielle Kelle Ferreira de Carvalho¹, Diogo Correa Campos¹,
Maria Luiza Ferreira de Carvalho¹, Lara Saad Valadares Santos²

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

Resumo

Introdução: o Transtorno Desafiador Opositivo (TOD) caracteriza-se por comportamentos relutantes contra figuras de autoridade. Se destacam como fatores de risco, os socioeconômicos, genéticos e ambientais, bem como a depressão materna. O TOD é mais comum na idade pré-escolar podendo evoluir para o Transtorno de Conduta (TC). Há sobreposição de características entre o TOD, Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA), como comportamentos disruptivos. Este estudo revisa a literatura sobre o TOD, seus atributos, epidemiologia e fatores predisponentes. **Objetivo:** realizar uma revisão da literatura sobre as evidências presentes na plataforma de dados PubMed acerca do TOD a fim de constar se este transtorno é real. **Método:** trata-se de uma revisão de literatura descritiva sobre "O transtorno do opositor desafiador é um transtorno real?". Foram selecionados artigos publicados entre 2019 e 2024 em português, inglês e espanhol, utilizando descritores como "Oppositional defiant disorder" e "Symptoms", combinados com operadores booleanos. Foram incluídos artigos que seguissem o eixo temático e excluídos aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão. A seleção foi feita de forma cega por quatro pesquisadores, com consenso final após revisão. **Desenvolvimento:** o TOD se caracteriza por comportamentos desafiadores e hostis em relação à figuras de autoridade, sem agressividade destrutiva. Sua prevalência varia de 0,2% a 11%, sendo mais comum em meninos e na infância. Fatores parentais e temperamento difícil aumentam o risco de TOD, com alterações neurológicas estruturais, no córtex pré-frontal associadas à condição. O TOD tem alta prevalência em crianças com deficiência intelectual (11,1%) e compartilha características com o TC, TDAH e TEA. O tratamento envolve terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções familiares voltadas para o autocontrole assim como habilidades sociais. **Conclusão:** este estudo destaca a importância de entender o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) como uma patologia multidimensional que envolve aspectos neurológicos e psicossociais. O seu desenvolvimento depende de fatores como rigidez parental, psicopatologias nos pais e temperamento difícil das crianças. O tratamento se torna mais efetivo quando integrado ao contexto familiar, com intervenções acolhedoras e estratégias de controle comportamental. A conscientização sobre o TOD auxilia na diminuição do estigma e na adequação de políticas públicas mais eficazes sobre o tema.

Palavras-chave: Transtorno do Opositor Desafiador. Psicopatologia. Crianças. Sintomas.

Introdução

O Transtorno Desafiador Opositivo (TOD) é um distúrbio psiquiátrico infantil que se manifesta por meio de um padrão persistente de comportamento raivoso, irritável, desafiador e de oposição a figuras de autoridade, como pais, professores e outros familiares. Este transtorno caracteriza-se por uma atitude de desobediência, negativismo e oposição deliberada, frequentemente resultando em conflitos interpessoais. O entendimento dos fatores de risco associados ao TOD é crucial para

o desenvolvimento de estratégias preventivas e interventivas eficazes (Christensen *et al.*, 2021).

Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do TOD, os quais podem ser classificados em genéticos, socioeconômicos e ambientais. Entre os fatores ambientais, destacam-se a depressão materna, práticas parentais agressivas, e o uso de violência física e verbal como formas de punição. Estudos indicam que tais condições podem contribuir significativamente para o desenvolvimento do TOD, exacerbando comportamentos disruptivos na criança (Mckinney *et al.*, 2020).

Em termos epidemiológicos, o TOD apresenta uma maior prevalência na idade pré-escolar, com um segundo pico de incidência observado no início da puberdade, particularmente entre os 8 e 9 anos de idade indicando que a manifestação precoce do TOD está associada a um prognóstico mais desfavorável na ausência de intervenção terapêutica adequada (Ezpeleta *et al.*, 2019a). Além disso, há evidências de uma maior prevalência do TOD entre meninos em comparação com meninas, sugerindo um componente relacionado ao sexo no desenvolvimento do transtorno (Racz *et al.*, 2023).

O TOD é frequentemente síncrono com outros transtornos psiquiátricos, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Conduta (TC), Transtorno do Espectro Autista (TEA), depressão e ansiedade. Estudos demonstram que crianças diagnosticadas com TEA ou TDAH frequentemente possuem co-diagnósticos de transtornos disruptivos, como TOD e TC, devido à sobreposição de características clínicas entre esses transtornos (Herpers *et al.*, 2019).

O Transtorno de Conduta é caracterizado por um padrão comportamental mais agressivo, incluindo atos de violência contra pessoas e animais, delinquência juvenil e infrações legais. Crianças com TC podem apresentar traços de insensibilidade, falta de afeto e ausência de sentimentos de culpa ou empatia, bem como aquelas que apresentam o diagnóstico do TOD (Paulus *et al.*, 2021). Importante ressaltar que o TOD pode funcionar como um precursor para o TC, com evidências sugerindo que indivíduos com diagnóstico de TOD possuem um risco aumentado de evoluir para TC. Contudo, é importante destacar que nem todos os casos de TC são precedidos por um diagnóstico de TOD (Souroulla *et al.*, 2019).

O Transtorno Desafiador Opositivo representa um desafio significativo no campo da saúde mental infantil devido à sua complexa etiologia e suas frequentes comorbidades. A identificação precoce dos fatores de risco e a implementação de

intervenções adequadas são essenciais para melhorar o prognóstico e mitigar os impactos negativos desse transtorno ao longo do desenvolvimento infantil.

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre o Transtorno do Desafiador Opositor, com ênfase em suas características, epidemiologia e transtornos associados. Além disso, este trabalho busca investigar os fatores predisponentes ao desenvolvimento do TOD na infância.

Método

Este estudo se baseia em uma revisão de literatura de tipo descritiva, baseado no seguinte questionamento: “O transtorno do opositor desafiador é um transtorno real?”. Foram realizadas buscas na base de dados PubMed, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2019-2024. A pesquisa inicial revelou alguns artigos com objetivos correlatos ao tema, orientando a elaboração da estratégia de busca. Foi feita uma testagem inicial de descritores para análise de eficácia da estratégia. Os principais descritores foram: “*Oppositional defiant disorder*”, “*Symptoms*”, “*Psychopathology*”, “*Children*”. Esses descritores foram combinados com operadores booleanos “AND” e “OR”.

Foram incluídos artigos que estavam de acordo com o eixo temático baseado nas palavras chaves previamente estabelecidas. Ademais, foram excluídos artigos anteriores ao ano de 2019, trabalhos que não apresentavam nenhuma relação com o tema, artigos duplicados e trabalhos que não estavam disponíveis na íntegra.

Para a seleção dos artigos, foi utilizado o modo cego, que consiste na análise dos artigos selecionados por todos os 4 pesquisadores sem compartilhamento da seleção individual com os demais. Ao fim deste primeiro momento, os pesquisadores discutiram suas escolhas e retiraram aqueles que não tinham consenso, obtendo um resultado de 14 artigos selecionados e 1 livro (DSM-V). Na análise de elegibilidade, cada artigo foi revisado na íntegra.

Para a extração e síntese dos dados, foi utilizado o aplicativo Excel, no qual utilizou-se uma planilha que tinha com o objetivo comparar os artigos selecionados, bem como compilar todas as informações. Os dados extraídos para formular a planilha foram: título do artigo, autores do estudo, nome do periódico, ano de publicação, objetivo, população, desenho do estudo, resultados e conclusão. Os dados foram extraídos por um pesquisador e revistos pelos demais.

Desenvolvimento

DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

DEFINIÇÃO

O Transtorno Opositor Desafiador (TOD) é caracterizado por um padrão persistente de comportamentos desafiadores, desobedientes e hostis em relação à figura de autoridade. Os indivíduos com TOD frequentemente apresentam irritabilidade, discussões frequentes com adultos, recusa em obedecer às regras e atitudes provocativas. É importante notar que esses comportamentos não incluem a agressividade destrutiva e a violação de direitos humanos que são típicas do Transtorno de Conduta (TC) (Christensen *et al.*, 2021).

O TOD pode ser caracterizado e classificado em três dimensões, sendo: irritável (perde facilmente a paciência), teimoso (desafiador/argumentativo) e doloroso (rancoroso/vingança). Entender essas classificações iniciais do transtorno auxiliam em um diagnóstico precoce e principalmente em atividades preventivas para que o indivíduo não desenvolva o transtorno completo (Ezpeleta *et al.*, 2019a).

Crianças diagnosticadas com TOD tendem a ter uma dificuldade em regular as suas emoções, ou seja, sentem raiva, medo, desespero e frustração de uma forma mais agudizada, externalizando esses sentimentos de forma agressiva e desafiante, não conseguindo pensar adequadamente antes de executar as suas ações, isto é, agindo de forma mais reativa, podendo até mesmo apresentarem um comportamento autolesivo (Paulus *et al.*, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

No campo da epidemiologia, o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é mais prevalente no sexo masculino do que entre o feminino. Sua ocorrência na população geral varia significativamente, com estimativas entre 0,2% e 11%, sendo especialmente comum na primeira infância (Fucà *et al.*, 2023).

Em relação a incidência, Ezpeleta *et al.* (2019a) relataram que existem poucas pesquisas que buscam descobrir o número de novos casos do transtorno em um período definido entre crianças e adolescentes. Devido a isso, esses pesquisadores realizaram o primeiro estudo de incidência em escolares e pré-escolares,

demonstrando que as idades que apresentam maior probabilidade de demonstrarem o transtorno é entre 3-5 anos e no início da puberdade. Além disso, esse mesmo estudo demonstra que o início precoce do TOD está relacionado a um quadro mais agressivo e que não responde adequadamente ao tratamento.

Outrossim, quando o TOD perpetua na vida adulta, observa-se que homens são mais predispostos a apresentarem os sintomas do que as mulheres, por mais que as manifestações clínicas possam regredir com o tempo. Outro fato importante é que, enquanto o sexo feminino tende a apresentar uma clínica mais relacionada a irritabilidade, o sexo masculino apresenta o transtorno com foco no desprezo (Burke *et al.*, 2021).

Em relação a raça, um estudo realizado por Racz *et al.* (2023) detectou uma maior prevalência do TOD entre brancos e negros quando comparados a outras raças (por exemplo, asiáticos). Nesse estudo, foi realizada uma pesquisa entre pais e alunos do ensino médio e foi observado que, quando levado o autorrelato dos alunos em consideração, os estudantes negros são mais propensos ao TOD, todavia, quando é citado o relato dos pais, observou-se que estes acreditam que os brancos apresentam maior clínica desafiadora opositora, tornando os dados inconclusivos.

FATORES DE RISCO

A respeito dos fatores influenciadores, existe uma relação entre fatores psicopatológicos parenterais e o desenvolvimento do TOD em crianças, isto é, pais com algum distúrbio associado à saúde mental como a depressão e a ansiedade tendem a ter uma abordagem mais autoritária, rígida e agressiva nas práticas educacionais com seus filhos, e isso se relaciona a uma maior probabilidade de desenvolvimento do Transtorno Opositor Desafiador e outras morbidades, que podem perpetuar até a fase adulta. Além disso, observa-se também que sintomas depressivos maternos antes mesmo da criança nascer, isto é, durante o pré-natal, podem resultar em alterações afetivas e comportamentais no futuro do infante (McKinney *et al.*, 2020).

Outro ponto importante associado a pais e filhos que é considerado um fator de risco para o desenvolvimento do TOD é a moldagem, ou seja, as crianças tendem a copiar as formas de agir de seus cuidadores e esse tipo de comportamento pode influenciar a psicopatologia dos pacientes até a idade adulta. Isto é, pais depressivos ou ansiosos criam maiores ocasiões para que seus filhos imitem seus

comportamentos negativos (McKinney *et al.*, 2020).

Ademais, estudos indicam que ambientes familiares marcados por práticas parentais inconsistentes, como punições excessivas ou falta de afeto, podem agravar o comportamento opositor em crianças predispostas (Ezpeleta *et al.*, 2019b). Esses pesquisadores investigaram como a irritabilidade e as práticas parentais mediam o relacionamento entre o temperamento da criança e os problemas comportamentais associados ao TOD. Eles descobriram que práticas parentais rígidas ou inconsistentes podem exacerbar os sintomas opostos e de irritabilidade, sugerindo que o ambiente familiar desempenha um papel central na manifestação do transtorno.

As diferenças culturais também são um fator importante na definição do que é considerado comportamento opositor. Em algumas culturas, a desobediência e o questionamento da autoridade podem ser vistos como normais, enquanto em outras, esses comportamentos são severamente reprimidos e considerados patológicos, levando a uma maior tendência ao diagnóstico de TOD e a busca por seu tratamento (Racz *et al.*, 2023).

Além dos fatores parentais, o temperamento da criança surge como um fator biológico relevante e que este pode ser dividido em surgência, afeto negativo e controle esforçado. Estudos observaram que o temperamento de pré-escolares pode servir como um indicativo precoce de sintomas de TOD que podem se manifestar na adolescência e perpetuar até a vida adulta. Crianças com temperamentos difíceis, caracterizados por maior reatividade emocional, baixa capacidade de adaptação, impulsividade e aumento do afeto negativo parecem estar em maior risco de desenvolver sintomas de TOD (McKinney *et al.*, 2020).

Paulus *et al.* (2021) relatou que a desregulação emocional (DE) possui alta influência em transtornos disruptivos (TOD/TC), principalmente em pré-escolares e no sexo masculino. Entretanto, esse mesmo estudo também descreveu que, por mais que o efeito da DE seja maior em meninos, ela também pode anteceder o diagnóstico de TOD em meninas.

Outrossim, em um estudo que comparava estudantes e infratores juvenis da mesma idade demonstrou que os delinquentes apresentavam maior dificuldade de regular emoções, trazendo em nível superior emoções como raiva e medo. Além disso, nesse mesmo estudo observou-se que essas experiências estavam ligadas a traumas na infância (Paulus *et al.*, 2021).

ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E METABÓLICAS

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

A neurociência tem identificado diferenças em estruturas cerebrais e em processos neuroquímicos que podem influenciar a manifestação do TOD. Investigações apontam que disfunções em áreas do cérebro associadas ao controle emocional e à regulação do comportamento, como o córtex pré-frontal, estão frequentemente presentes em crianças com TOD e TC (Herpers *et al.*, 2019). Ademais, um dos métodos utilizados para a avaliação de transtorno de conduta e transtorno desafiador opositor é o Stroop, que é uma técnica utilizada para avaliar a atenção seletiva e o controle inibitório, ambos componentes das funções executivas, consistindo em apresentar palavras de cores escritas em cores diferentes e solicitar ao participante para nomear a cor da tinta, ignorando o significado da palavra. O efeito Stroop ocorre quando o tempo de resposta é maior ou há mais erros devido ao conflito entre a leitura automática da palavra e a tarefa de nomear a cor. O estudo demonstra que em crianças diagnosticadas com TC observa-se um aumento da atividade insular durante a avaliação (Paulus *et al.*, 2021).

ALTERAÇÕES HORMONAIS

Um estudo realizado por Bakker-Huvenaarsa *et al.* (2020), tinha como objetivo avaliar os níveis de ocitocina, cortisol e testosterona em pacientes com TOD/TC, TDAH e adolescentes com desenvolvimento típico (TDI) através da saliva. Nesse sentido, observou-se um nível reduzido de ocitocina em pacientes com transtorno desafiador opositor/transtorno de conduta, bem como em pacientes que se enquadram no espectro autista quando comparados a crianças com TDI. Além disso, observou-se também um maior nível principalmente de testosterona, mas também de cortisol em pacientes opositores.

TOD X DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Estudos relatam que crianças que apresentam algum grau de Deficiência Intelectual (DI) possuem maior predisposição ao transtorno desafiador opositor do que pessoas com o desenvolvimento típico. Ademais, existem dados epidemiológicos que

demonstram que a prevalência do TOD em indivíduos com DI é de 11,1%, enquanto crianças com o desenvolvimento típico apresentam uma prevalência de 2,3% (Fucà *et al.*, 2023).

A Síndrome de Down é a causa genética mais frequente de deficiência intelectual. A relação entre a SD e o transtorno desafiador opositor pode ser avaliada por algumas escalas como: Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças e a Escala de Avaliação de Transtorno Disruptivo. Em um estudo, observou-se que 17% dos pacientes com SD apresentaram critérios diagnósticos para o TOD, enquanto 24% apresentavam um quadro subclínico (Fucà *et al.*, 2023).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Os diagnósticos diferenciais (DD) são fundamentais para a avaliação clínica e o tratamento. Em relação ao TOD pode-se citar o Transtorno de Conduta (TC), O Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA), além de ansiedade e depressão. Cabe ressaltar que essas morbidades além de DD podem também coexistir com o TOD (Herpers *et al.*, 2019).

TOD X TRANSTORNO DE CONDUTA

O TC é caracterizado por uma série de comportamentos que incluem agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade e sérios desrespeitos às normas sociais. Outro fato relacionado ao TC é que as crianças diagnosticadas com essa patologia normalmente apresentam sinais de apatia e ausência de culpa pelos atos de delinquência juvenil. Um ponto interessante a ser relatado é que existem algumas alterações neurofuncionais acerca do TOD que dificultam o processamento adequado de informações emocionais (Paulus *et al.*, 2021). Ademais, vale ressaltar que os pacientes com TOD podem evoluir para TC, porém também são patologias independentes (Burke *et al.*, 2021).

TOD X TDAH

O TDAH é frequentemente confundido com o TOD devido à impulsividade e à dificuldade em seguir regras, mas o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade é predominantemente uma patologia neurobiológica que envolve também sintomas de agitação e dificuldade de concentração (Burke *et al.*, 2021). Para

triagem do TDAH existe uma ferramenta chamada de Swanson, Nolan e Pelham – IV (SNAP – IV) composta por 26 itens, sendo: itens 1 ao 9 relacionado a falta de atenção, itens 10 ao 18 relacionados a hiperatividade e itens 19 ao 26 sobre sintomas desafiadores. O examinador fará as perguntas pertinentes e o paciente responderá de acordo com o seu sintoma, sendo que sua resposta pode variar entre “nem um pouco” e “demais” (Fucà *et al.*, 2023).

Essas comorbidades possuem muitas semelhanças entre si como, por exemplo, o comportamento impulsivo, dificuldade em seguir regras e desinibição comportamental. Outrossim, cabe dizer que no DSM-IV estes três transtornos eram agrupados na mesma taxonomia, porém, no DSM-V foram separados, sendo que o TOD e o TC foram listados como transtornos disruptivos, de controle de impulsos e conduta, enquanto o TDAH foi classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento. Outro ponto é que esses diagnósticos psiquiátricos coexistem entre si: em 39,9% dos casos o diagnóstico do TDAH está associado ao TOD, enquanto em 14,3% o TDAH coexiste com TC (Souroulla *et al.*, 2019).

Em relação a clínica dos pacientes que apresentam comorbidamente o TDAH e o TOD, observa-se uma maior instabilidade emocional do que crianças que apresentam apenas o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, sugerindo que o TOD traz uma maior dificuldade de regulação emocional (Paulus *et al.*, 2021).

TOD X TEA

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição atípica do neurodesenvolvimento que pode estar relacionado a dificuldade de comunicação, afetando os relacionamentos interpessoais do indivíduo. Pode-se manifestar de forma variada, por isso é caracterizado como um espectro, não respeitando um padrão único de manifestações clínicas. Sua sintomatologia pode envolver: dificuldades na compreensão de emoções, padrões repetitivos de comportamento e, em alguns casos, hipersensibilidade a estímulos sensoriais (Paulus *et al.*, 2021).

Segundo Herpers *et al.* (2018), tanto os transtornos disruptivos (TOD/TC) quanto o Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam dificuldades relacionadas ao comportamento. Enquanto pacientes com TOD tendem a interagir com pessoas ou enfrentar situações com uma valência negativa, indivíduos com TEA geralmente evitam a socialização. Esse mesmo estudo demonstra que por mais que as manifestações clínicas desses transtornos possam apresentar certa diferenciação, o

diagnóstico pode ser desafiador, uma vez que há casos em que o TOD coexiste com o TEA em um mesmo indivíduo, tornando o quadro clínico mais complexo e a avaliação diagnóstica mais difícil. Em relação a números, esses pesquisadores perceberam que cerca de um quarto de crianças autistas apresentam comorbidamente o diagnóstico de algum dos transtornos disruptivos.

TOD X TRANSTORNO DISRUPTIVO DA DESREGULAÇÃO DO HUMOR

O transtorno de Desregulação de Humor Disruptivo (DMDD) é caracterizado por um quadro mais grave e explosivo de irritabilidade e é definido como uma psicopatologia crônica, não episódica e que apresenta grande dificuldade de regulação emocional, apresentando reações mais exacerbadas do que as esperadas diante dos gatilhos (Paulus *et al.*, 2021).

Esses transtornos são diferenciados entre si pela gravidade e frequência de sua sintomatologia, sendo que as explosões acontecem de forma mais grave no DMDD quando comparadas ao TOD. Além disso, é importante ressaltar que uma criança diagnosticada com TOD pode ser co-diagnosticada, na minoria dos casos, com DMDD, entretanto, crianças com quadro clínico significativamente mais grave que faça o diagnóstico de DMDD, não devem ser co-diagnosticadas com TOD (APA, 2013).

PERCEPÇÃO ACERCA DO TOD

PERCEPÇÃO PARENTAL

Em relação a percepção parental, muito se debate sobre a veracidade do TOD e a reação dos pais ao transtorno, podendo incluir até mesmo práticas de maus-tratos. As crianças que apresentam Transtorno Opositivo Desafiador estão em um risco elevado de sofrerem maus-tratos por parte dos genitores, em grande parte devido ao seu comportamento desafiador e irritante durante as interações familiares. Quando estratégias de disciplina, como limites e punições, falham, os pais de crianças diagnosticadas com TOD frequentemente relatam a adoção de métodos disciplinares mais severos, incluindo o uso de castigos físicos ou mesmo a utilização de objetos como instrumentos de punição. Ademais, a aplicação de castigos corporais tende a exacerbar a raiva e a agressividade nas crianças, resultando em um aumento dos comportamentos oposicionistas (Stearns *et al.*, 2019).

Um aspecto crucial a ser destacado em relação à percepção parental é a visão

de que o diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiador pode, em alguns casos, ser interpretado por alguns pais como uma maneira sofisticada de rotular uma criança ou adolescente como mal-educado. Esses pais sugerem que o diagnóstico do TOD é, na verdade, uma tentativa de estigmatizar como patologia comportamentos desafiadores e agressivos que, em sua visão, estariam mais relacionados à falta de disciplina ou de uma educação adequada (Souroulla *et al.*, 2019).

PERCEPÇÃO POR PARTE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Por muito tempo, as queixas de saúde mental foram invalidadas, o que dificultou a avaliação de inúmeros pacientes. No que diz respeito à percepção dos profissionais de saúde, defende-se que tratar o Transtorno do Desafiador Opositor como um transtorno real facilita o tratamento adequado e melhora o seu prognóstico. Essa defesa é baseada em evidências científicas e de confiabilidade, defendendo que o TOD não é apenas um produto de uma má criação por parte dos pais (Souroulla *et al.*, 2019).

DIAGNÓSTICO E MÉTODOS DE TRIAGEM

DIAGNÓSTICO

O Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais – DSM-V (APA, 2013) estabelece como critérios diagnósticos para o Transtorno Desafiador Opositor a presença de pelo menos quatro de oito sintomas na maioria dos dias por, pelo menos seis meses. Essas manifestações são: perda de paciência fácil e repetidamente; argumentação com os adultos; desafio com os adultos; recusar-se a obedecer às regras; deliberadamente irritar as pessoas; culpar os outros pelos seus próprios erros ou mau comportamento; se irritar e fica aborrecido facilmente; ser rancorosas e vingativas por pelo menos duas vezes nos últimos seis meses (APA, 2013).

Esse transtorno possui uma estratificação em leve (se as manifestações estiverem restritas em apenas um único cenário), moderado (se estiver presente em dois cenários) e grave (presente em três ou mais ambientes) (APA, 2013).

TRIAGEM

A respeito da triagem do transtorno, é possível citar o CBCL (Child Behavior

Checklist), um instrumento de 113 itens que possui como objetivo avaliar problemas comportamentais e emocionais das crianças. Essa ferramenta engloba seis grupos de psicopatologias citadas no DSM-V (problemas de afetividade, de ansiedade, patologias somáticas, TDAH, TOD e transtorno de conduta). Os pais devem responder ao questionário baseados em três tipos de resposta: 0, 1 ou 2, sendo 0 “não verdadeiro”; 1 “às vezes verdadeiro”; 2 “frequentemente verdadeiro” (Fucà *et al.*, 2023).

A Escala de Avaliação de Transtorno de Comportamento Disruptivo é um método de exame composto por 41 itens, sendo: 18 relacionados ao TDAH, 8 itens direcionados ao TOD e 15 tópicos associados ao Transtorno de Conduta. Existe também a Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças que pode ser aplicada por meio de entrevistadores que não possuem especialização. Outrossim, existe o Entrevista de Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar Presentes e ao Longo da Vida (K-SADS), um questionário utilizado para investigar a possibilidade de existência de alguma psicopatologia segundo os critérios do DSM-5. Para responder essa escala, a pessoa pode utilizar uma resposta variante de 1 a 3, sendo 1: sintoma ausente, 2: sintoma presente em nível subclínico e 3: sintoma frequente e grave. Ademais, essa entrevista possui a particularidade de oferecer informações tanto sobre o paciente quanto sobre seus pais. (Fucà *et al.*, 2023).

TRATAMENTO

Em relação ao tratamento, o uso de terapia cognitivo-comportamental com o foco do treinamento de habilidades sociais resultou em reduções significativas em problemas comportamentais. Ademais, uma forma importante de potencializar o tratamento e a associação de intervenções centradas no paciente com intervenções dos pais. O THAV (Terapia de Habilidades para Crianças com Comportamento Violento) é uma abordagem terapêutica voltada para o tratamento de indivíduos que apresentam comportamentos agressivos, muitas vezes associados ao TOD e ao TC. Essa terapia tem como objetivo ajudar a desenvolver habilidades sociais, emocionais e de autocontrole, promovendo estratégias mais eficazes de lidar com a raiva, frustrações e conflitos interpessoais (Goertz-Dorten *et al.*, 2019).

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Burke *et al.* (2022) defendem que o TOD deve ser reconhecido como um transtorno real, com base em sua consistência sintomática e nos impactos funcionais que gera em diferentes contextos. Eles argumentam que, embora o TOD compartilhe sintomas com o Transtorno de Conduta e que por mais que já tenha sido caracterizado junto com o TDAH no DSM, ele possui características únicas, como a persistência de comportamentos opostos e a presença de irritabilidade crônica, que justificam sua distinção. Ademais, é de respaldo que esse transtorno parece sofrer influências genéticas, ambientais e neurobiológicas e que sua invalidação prejudica o tratamento adequado.

Outrossim, Ezpeleta *et al.* (2019b), ressaltam a importância de conhecer as manifestações clínicas do TOD bem como seus fatores de risco para que estratégias de prevenção e amenização do quadro sejam iniciadas adequadamente. Esses autores também apontam a necessidade de criação de políticas de saúde mental relacionadas ao tema e a carência de investimentos para capacitação de pais e profissionais que lidam com crianças com TOD.

Herpers *et al.* (2019), demonstra a necessidade de reconhecer que transtornos psiquiátricos podem não existir isoladamente, pelo contrário, eles coexistem e um transtorno aumenta a probabilidade de outro diagnóstico comórbido. Esses pesquisadores demonstraram que o TDAH comórbido ao TOD, TC ou ao TEA pode causar um maior comprometimento clínico do paciente e que isso não deve invalidar o diagnóstico de TOD.

Conclusão

Conclui-se que o Transtorno Desafiador Opositivo (TOD) é uma condição complexa e multifacetada, que afeta profundamente a vida de crianças e adolescentes. O reconhecimento da validade do TOD como um transtorno independente continua a ser debatido, especialmente devido à sua sobreposição com outros transtornos psiquiátricos, como o TDAH e o Transtorno de Conduta. Entretanto, as evidências apontam para características distintas que justificam seu reconhecimento clínico, sendo necessária uma maior clareza nos critérios diagnósticos que considerem influências biológicas, psicológicas e ambientais. A compreensão dos fatores de risco e das comorbidades associadas ao TOD, como práticas parentais inadequadas e a presença de transtornos mentais concomitantes, é fundamental para o manejo adequado. Intervenções precoces, centradas no

treinamento parental e no desenvolvimento de habilidades sociais, têm se mostrado eficazes para melhorar o prognóstico e reduzir os impactos do transtorno. Além disso, é crucial continuar as pesquisas em busca de biomarcadores e intervenções personalizadas, integrando abordagens psicossociais e médicas. Ao promover essa integração, espera-se não apenas mitigar os sintomas do TOD, mas também melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas e suas famílias, proporcionando um suporte mais abrangente e humanizado.

OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER: literature review

Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is characterized by resistant behaviors toward authority figures. Socioeconomic, genetic, and environmental factors, as well as maternal depression, stand out as risk factors. ODD is more common in preschool age and may evolve into Conduct Disorder (CD). There is an overlap of characteristics between ODD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), and Autism Spectrum Disorder (ASD), such as disruptive behaviors. This study reviews the literature on ODD, its attributes, epidemiology, and predisposing factors. **Objective:** to conduct a literature review on the systematic evidence present in the PubMed data platform regarding ODD to determine whether this disorder is real. **Method:** this is a descriptive literature review on “Is oppositional defiant disorder a real disorder?” Articles published between 2019 and 2024 in Portuguese, English, and Spanish were selected, using descriptors such as “Oppositional defiant disorder” and “Symptoms,” combined with Boolean operators. Articles that followed the thematic axis were included, and those that did not meet the inclusion criteria were excluded. The selection was made blindly by four researchers, with final consensus after review. **Development:** ODD is characterized by defiant and hostile behaviors toward authority figures without destructive aggression. Its prevalence ranges from 0.2% to 11%, being more common in boys and in childhood. Parental factors and difficult temperament increase the risk of ODD, with structural neurological changes in the prefrontal cortex associated with the condition. ODD has a high prevalence in children with intellectual disabilities (11.1%) and shares characteristics with Conduct Disorder (CD), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), and Autism Spectrum Disorder (ASD). Treatment involves cognitive-behavioral therapy (CBT) and family interventions focused on self control as well as social skills. **Conclusion:** this study highlights the importance of understanding Oppositional Defiant Disorder (ODD) as a multidimensional pathology that involves neurological and psychosocial aspects. Its development depends on factors such as parental rigidity, parental psychopathologies, and difficult child temperament. Treatment becomes more effective when integrated into the family context, with supportive interventions and behavioral control strategies. Awareness of ODD helps reduce stigma and improve the effectiveness of public policies on the subject.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder. Psychopathology. Children. Symptoms.

Referências

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAKKER-HUVENAARS, M. J.; GREVEN, C. U.; HERPERS, P.; WIEGERS, E.; JANSEN, A.; VAN DER STEEN, R.; *et al.* Saliva oxytocin, cortisol, and testosterone levels in adolescent boys with autism spectrum disorder, oppositional defiant disorder/conduct disorder and typically developing individuals. **European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology**, v. 30, p. 87-101, 2020.

BURKE, J. D.; EVANS, S. C.; CARLSON, G. A. Debate: Oppositional defiant disorder is a real disorder. **Child and adolescent mental health**, v. 27, n. 3, p. 297-299, 2022.

BURKE, J. D.; JOHNSTON, O. G.; BUTLER, E. J. The Irritable and Oppositional Dimensions of Oppositional Defiant Disorder: Integral Factors in the Explanation of Affective and Behavioral Psychopathology. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 30, n. 3, p. 637-647, 2021.

CHRISTENSEN, L. L.; BAKER, B. L. The Etiology of Oppositional Defiant Disorder for Children with and without Intellectual Disabilities: A Preliminary Analysis. **Journal of mental health research in intellectual disabilities**, v. 14, n. 1, p. 50-69, 2021.

EZPELETA, L.; NAVARRO, J. B.; OSA, N. I.; PENELO, E.; DOMÈNECH, J. M. First incidence, age of onset outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant disorder: a cohort study of Spanish children from ages 3 to 9. **BMJ Open**, v. 9, n. 3, e022493, 2019a.

EZPELETA, L.; PENELO, E.; OSA, N. I., NAVARRO, J. B. TREPAT, E. Irritability and parenting practices as mediational variables between temperament and affective, anxiety, and oppositional defiant problems. **Agressive behavior**, v. 45, n. 5, p. 550-560, 2019b.

FUCÀ, E.; CIRILLO, F.; CELESTINI, L.; ALFIERI, P.; VALENTINI, D.; COSTANZO, F.; *et al.* Assessment of oppositional defiant disorder and oppositional behavior in children and adolescents with Down syndrome. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, p. 1062201, 2023.

GOERTZ-DORTEN, A.; BENESCH, C.; BERK-PAWLITZEK, E.; FABER, M.; HAUTMANN, C.; HELLMICH, M.; *et al.* Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled trial with an active control group. **European child and adolescent psychiatry**, v. 28, n. 2, p. 165-175, 2019.

HERPERS, P. C. M.; BAKKER-HUVENAARS, M. J.; GREVEN, C. U.; WIEGERS, E. C.; NIJHOF, K. S.; BAANDERS, A. N.; *et al.* Emotional valence detection in adolescents with oppositional defiant disorder/conduct disorder or autism spectrum disorder. **European child and adolescent psychiatry**, v. 28, n. 7, p. 1011-1022,

2019.

MCKINNEY, C.; STEARNS, M. Parental Psychopathology and Oppositional Defiant Problems in Emerging Adults: Moderated Mediation by Temperament and Gender. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 52, n. 3, p. 439-449, 2020.

PAULUS, F. W.; OHMANN, S.; MOHLER, E.; PLENER, P.; POPOW, C. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 628252, 2021.

RACZ, S. J.; MCMAHON, R. J.; GUDMUNDSEN, G.; MCCAULEY, E.; STOEP, A. V. Latent classes of oppositional defiant disorder in adolescence and prediction to later psychopathology. **Development and psychopathology**, v. 35, n. 2, p. 730-748, 2023.

SOUROULLA, A. V.; PANTELI, M.; ROBINSON, J. D.; PANAYIOTOU, G. Valence, arousal or both? Shared emotional deficits associated with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Oppositional/Defiant-Conduct Disorder symptoms in school-aged youth. **Biological Psychology**, v. 140, p. 131-140, 2019.

STEARNS, M.; MCKINNEY, C. Perceived Parental Anxiety and Depressive Problems and Emerging Adult Oppositional Defiant Problems: Moderated Mediation by Psychological and Physical Maltreatment and Gender. **Family process**, v. 59, n. 2, p. 651-665, 2020.