

Evolução clínica de crianças e adolescentes com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) mediante tratamento farmacológico no SUS: perspectiva de pais ou responsáveis

Clinical evolution of children and adolescents with oppositional defiant disorder (ODD) undergoing pharmacological treatment in the brazilian unified health system (SUS): perspectives of parents or caregivers

Rafaela Mendonça da Silveira¹
Isabella Nicole Souza Mendes²
Joyce Mendes-Gomes³

RESUMO

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) é classificado entre os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, caracterizando-se por um padrão persistente de humor irritável, comportamentopositor/desafiador e comportamento vingativo, especialmente em relação a figuras de autoridade. Embora possa ocorrer de forma isolada, apresenta associação frequente com comorbidades psiquiátricas e do neurodesenvolvimento, incluindo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção de pais ou responsáveis sobre a evolução clínica de crianças e adolescentes menores de 18 anos, diagnosticados com TOD e em tratamento farmacológico, com vínculo assistencial total ou parcial com o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo transversal, de

¹ Graduanda em Medicina - Instituição: Faculdades de Dracena-UNIFADRA-FUNDEC E-mail: rafaela.silveira@unifadra.fundec.edu.br

² Graduanda em Medicina - Instituição: Faculdades de Dracena UNIFADRA-FUNDEC E-mail: rafaela.silveira@unifadra.fundec.edu.br

³ Docente do Curso de Medicina da UNIFADRA-FUNDEC - Instituição: Faculdades de Dracena - E-mail: joyce.gomes@docente.fundec.edu.br

abordagem predominantemente quantitativa, exploratória e descritiva. A coleta de dados ocorreu presencialmente, por meio de questionário impresso contendo questões relacionadas a aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, aplicado a 20 responsáveis por pacientes com TOD. Os resultados indicaram predominância de pacientes do sexo masculino (75%), com maior frequência na faixa etária de 11 a 15 anos (45%). Após a primeira busca por atendimento, 30% dos responsáveis relataram intervalo de 1 a 6 meses até a obtenção do diagnóstico, sendo que 35% dos pacientes receberam o diagnóstico entre 9 e 10 anos de idade. As principais comorbidades relatadas foram TDAH (85%) e TEA (20%). No TOD, a terapêutica medicamentosa é utilizada principalmente para o manejo de sintomas-alvo e comorbidades associadas, especialmente quando há impacto significativo no comportamento e na funcionalidade do paciente. Os fármacos mais utilizados foram risperidona (70%), aripiprazol (25%) e metilfenidato (25%), seguidos por melatonina (15%) e, com 10% cada, canabidiol, atomoxetina, fluoxetina, haloperidol, lisdexanfetamina, quetiapina, ácido divalproico e clomipramina. Segundo os responsáveis, 75% dos pacientes utilizavam medicamentos há mais de dois anos. Foram relatadas melhora ou cessação de discussões frequentes com figuras de autoridade (45%), agressão física (40%), comportamento desafiador (30%) e distúrbios do sono (30%), além de mudanças positivas na interação social (45%). Ademais, 75% dos pacientes recebiam atendimento médico por meio do SUS; entretanto, 60% dos responsáveis relataram aquisição dos medicamentos com recursos próprios. Conclui-se que a farmacoterapia pode contribuir para o manejo de sintomas-alvo e comorbidades associadas ao TOD, porém deve estar integrada a intervenções psicossociais, acompanhamento multiprofissional e apoio familiar.

Palavras-chave: Transtorno Opositor Desafiador; Psicofarmacologia; Tratamento Farmacológico; Percepção dos Responsáveis; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Oppositional Defiant Disorder (ODD) is classified among disruptive, impulse-control and conduct disorders, and is characterised by a persistent pattern of irritable mood, oppositional/defiant behaviour and vindictiveness, especially towards authority figures. Although it may occur in isolation, it is frequently associated with psychiatric

and neurodevelopmental comorbidities, including Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD). This study aimed to evaluate the perception of parents or caregivers regarding the clinical evolution of children and adolescents under 18 years of age diagnosed with ODD and undergoing pharmacological treatment, with full or partial healthcare linkage to the Brazilian Unified Health System (SUS). This was a cross-sectional study with a predominantly quantitative, exploratory and descriptive approach. Data collection was carried out in person, using a printed questionnaire containing questions related to epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects, administered to 20 parents or caregivers of patients with ODD. The results indicated a predominance of male patients (75%), with a higher frequency in the 11 to 15-year age group (45%). After initially seeking care, 30% of the caregivers reported an interval of 1 to 6 months until diagnosis was obtained, while 35% of the patients received the diagnosis between 9 and 10 years of age. The main comorbidities reported were ADHD (85%) and ASD (20%). In ODD, medication therapy is mainly used for the management of target symptoms and associated comorbidities, especially when these have a significant impact on the patient's behaviour and functionality. The most frequently used medications were risperidone (70%), aripiprazole (25%) and methylphenidate (25%), followed by melatonin (15%) and, with 10% each, cannabidiol, atomoxetine, fluoxetine, haloperidol, lisdexamfetamine, quetiapine, divalproex sodium and clomipramine. According to the caregivers, 75% of the patients had been using medication for more than two years. Improvement or cessation was reported in frequent arguments with authority figures (45%), physical aggression (40%), defiant behaviour (30%) and sleep disturbances (30%), in addition to positive changes in social interaction (45%). Furthermore, 75% of the patients received medical care through SUS; however, 60% of the caregivers reported purchasing medications with their own financial resources. It is concluded that pharmacotherapy may contribute to the management of target symptoms and comorbidities associated with ODD, but it should be integrated with psychosocial interventions, multidisciplinary follow-up and family support.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder; Psychopharmacology; Pharmacological Treatment; Guardians' Perception; Brazilian Unified Health System.

1. Introdução

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), conforme a tradução oficial do DSM-5, é um diagnóstico frequente na prática clínica infantojuvenil. De acordo com o DSM-5-TR, sua prevalência média é estimada em aproximadamente 3,3%, embora os índices possam variar conforme a população estudada, os critérios diagnósticos utilizados e o contexto sociocultural (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). Em revisão sistemática e metanálise sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes europeus de 5 a 18 anos, a prevalência agrupada de TOD foi estimada em 1,9%, com intervalo de confiança de 95% entre 1,0% e 3,7%, reforçando a variabilidade das estimativas conforme o desenho dos estudos e a população investigada (Sacco *et al.*, 2022). O transtorno tende a ser mais frequentemente identificado em meninos durante a infância, com risco relativo masculino em torno de 1,6, ainda que esta diferença possa variar conforme a idade e o contexto investigado (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025).

Apesar de existirem outras denominações utilizadas na literatura, como Transtorno Opositivo Desafiador, Transtorno Opositor Desafiador, Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) ou Distúrbio Desafiador e de Oposição (CID-10, código F91.3), todas fazem referência ao mesmo quadro clínico. Trata-se de uma condição distinta, que deve ser cuidadosamente diferenciada de outros transtornos frequentemente comórbidos, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno de Conduta (TC) (Corrêa *et al.*, 2023). No entanto, observa-se que, na prática clínica, seu diagnóstico muitas vezes é feito de forma indistinta em relação a esses outros transtornos (Serra-Pinheiro *et al.*, 2004).

O TOD passou a ser reconhecido formalmente como transtorno distinto na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), publicada pela American Psychiatric Association em 1980. Anteriormente, os pacientes com comportamento opositor, vingativo e desafiador eram frequentemente classificados como portadores de Transtorno de Conduta (TC), sem distinção entre quadros de gravidade e manifestações clínicas. Com a evolução das pesquisas, observou-se que muitos indivíduos apresentavam comportamento negativista persistente, sem envolvimento em atos de agressão grave ou violação de direitos, justificando a criação de um diagnóstico específico (Hawes *et al.*, 2023).

Posteriormente, as revisões sucessivas até o DSM-5, publicado em 2013, e sua revisão textual, DSM-5-TR, publicada em 2022, aperfeiçoaram os critérios diagnósticos do TOD, enfatizando a duração mínima dos sintomas, a intensidade dos comportamentos e o impacto funcional. Atualmente, o TOD é reconhecido como uma condição distinta, embora frequentemente associada ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e ao Transtorno de Conduta (TC) (Hawes *et al.*, 2023).

Estudos recentes apontam que múltiplos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do TOD, reforçando seu caráter multifatorial (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). Entre os fatores psicossociais e familiares, destacam-se baixo nível socioeconômico, disfunções familiares, abandono parental, tabagismo durante a gestação e depressão materna perinatal (Lin *et al.*, 2022).

Além disso, experiências adversas na infância, como violência doméstica, abuso sexual, negligência, práticas parentais coercitivas ou inconsistentes e vivência em regiões com altos índices de criminalidade, também parecem contribuir para o surgimento e a manutenção dos sintomas do TOD (Corrêa *et al.*, 2023; Hawes *et al.*, 2023).

Além dos fatores psicossociais, pesquisas indicam a existência de componentes genéticos relevantes, com estimativas de herdabilidade próximas a 50% (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). Alterações neurobiológicas também têm sido descritas, incluindo alterações neuroendócrinas, como redução dos níveis de cortisol e menor resposta ao estresse (Serra-Pinheiro *et al.*, 2004), além de possíveis alterações na neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025), reforçando o caráter multifatorial da etiologia do TOD.

Embora o processo fisiopatológico do TOD ainda não esteja completamente elucidado, evidências indicam que, do ponto de vista neurobiológico, crianças com TOD apresentam alterações em circuitos encefálicos responsáveis pelo controle emocional, processamento de recompensas, tomada de decisões e inibição de respostas. Além disso, alterações neuroendócrinas também parecem contribuir na fisiopatologia do transtorno. Nesse contexto, muitos indivíduos com TOD apresentam níveis reduzidos de cortisol basal e resposta diminuída ao estresse, sugerindo um estado de hipoativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Esse padrão pode contribuir para menor percepção das consequências negativas dos

comportamentos inadequados e maior dificuldade em controlar impulsos e reações emocionais (Hawes *et al.*, 2023).

Estudos de neuroimagem têm identificado alterações estruturais e funcionais em regiões como a amígdala, a ínsula, o córtex cingulado anterior, o córtex orbitofrontal e o córtex pré-frontal ventromedial. Essas alterações estão relacionadas à maior sensibilidade às recompensas, menor sensibilidade às punições, dificuldades na regulação das emoções, prejuízo no reconhecimento de expressões faciais e déficit de autocontrole (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025).

Clinicamente, o TOD se manifesta por um padrão persistente de comportamentos negativistas, desafiadores, hostis e desobedientes, especialmente nas interações sociais com adultos e figuras de autoridade, podendo igualmente afetar o convívio escolar (Corrêa *et al.*, 2023). Os indivíduos acometidos frequentemente apresentam humor irritadiço ou raivoso, acompanhado de uma postura provocativa e desafiadora, caracterizada por teimosia, recusa em seguir regras e episódios de agressividade verbal (Gomez *et al.*, 2022; Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). É importante destacar que tais comportamentos, quando restritos apenas ao relacionamento entre irmãos, não são suficientes para estabelecer o diagnóstico.

O diagnóstico do TOD é fundamentado nos critérios estabelecidos pelo DSM-5, que o classifica entre os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta. Os sintomas devem persistir por um período mínimo de seis meses, com frequência de pelo menos uma vez por semana em crianças acima de cinco anos, e na maioria dos dias da semana em menores dessa faixa etária (American Psychiatric Association, 2013). Além disso, o transtorno é categorizado segundo três dimensões sintomáticas: humor raivoso/irritável, comportamento argumentativo/desafiador e comportamento vingativo (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016). A gravidade é classificada como leve, moderada ou grave, conforme o número de contextos em que os sintomas se manifestam: leve, quando restritos a apenas um contexto; moderada, quando presentes em pelo menos dois contextos; e grave, quando presentes em três ou mais contextos, como ambiente familiar, escolar, social ou com pares (American Psychiatric Association, 2013).

Devido à sua complexidade clínica, o TOD é frequentemente diagnosticado em associação a outros transtornos psiquiátricos, como Transtornos Relacionados

ao Uso de Substâncias Psicoativas, Transtornos Depressivos, Transtorno Bipolar, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno de Conduta (TC). No entanto, é importante destacar que o TOD é um transtorno distinto, com critérios diagnósticos bem definidos, podendo ocorrer de forma isolada, sem comorbidades (Corrêa *et al.*, 2023). Por essa razão, o diagnóstico diferencial é fundamental (American Psychiatric Association, 2013). No caso do TDAH, por exemplo, é essencial diferenciar os sintomas de irritabilidade e raiva típicos do TOD daqueles que podem surgir secundariamente à hiperatividade e ao déficit de atenção. Quanto ao Transtorno de Conduta, a principal distinção é que, no TOD, os sintomas são geralmente mais brandos e não envolvem a violação de normas sociais ou legais, como ocorre nos quadros de TC (Serra-Pinheiro *et al.*, 2004).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, o reconhecimento precoce do TOD é fundamental para possibilitar intervenções oportunas, reduzir prejuízos acadêmicos, sociais e familiares e favorecer o encaminhamento adequado para avaliação especializada. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde torna-se essencial para o rastreamento, o acompanhamento e o direcionamento terapêutico desses pacientes (Lin *et al.*, 2022). Ressalta-se que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem contribuir para melhor manejo clínico, especialmente diante da frequente associação do TOD com TDAH, quadros de humor e ansiedade, TC e condições relacionadas ao uso de substâncias (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025).

Os pais e responsáveis desempenham papel central tanto na identificação dos primeiros sinais do transtorno quanto na adesão às intervenções terapêuticas. A percepção desses cuidadores acerca da evolução clínica da criança constitui importante indicador da efetividade do tratamento, uma vez que convivem diariamente com os comportamentos-alvo e podem identificar mudanças que nem sempre são observadas durante as consultas (Kaur; Floyd; Balta, 2022).

Diante da complexidade etiológica e das frequentes comorbidades, o tratamento do TOD exige abordagem ampla e multimodal, envolvendo estratégias psicossociais, familiares e comportamentais (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). Entre as intervenções mais estudadas, destacam-se o Treinamento de Manejo Parental, intervenções baseadas na interação pais-filhos e abordagens cognitivo-comportamentais, voltadas à modificação de padrões comportamentais, ao desenvolvimento de habilidades sociais e ao manejo da raiva.

Além da intervenção psicossocial, a farmacoterapia também tem sido utilizada como recurso complementar no manejo do TOD. Embora ainda não exista um tratamento farmacológico específico para o transtorno, o uso de medicamentos pode contribuir para a redução da intensidade de sintomas-alvo e para o manejo de comorbidades associadas, especialmente em quadros com TDAH, agressividade persistente, irritabilidade intensa ou comportamento disruptivo grave. Entre as classes utilizadas, destacam-se os psicoestimulantes quando há TDAH associado, devido à sua eficácia no controle dos sintomas nucleares do TDAH e possível redução indireta de comportamentos opostos (Wolraich *et al.*, 2019). Já os antipsicóticos atípicos, especialmente a risperidona, podem ser considerados em casos de agressividade persistente, irritabilidade intensa ou comportamento disruptivo grave, particularmente quando há maior prejuízo funcional ou comorbidades associadas (Pringsheim *et al.*, 2015).

Quando o TOD está associado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o tratamento desta comorbidade é prioritário. Os psicoestimulantes, como o metilfenidato e a lisdexanfetamina, apresentam evidências consistentes de redução da impulsividade, da desatenção e dos comportamentos opostos. A atomoxetina também representa uma alternativa eficaz, especialmente nos casos em que os estimulantes são contraindicados ou não são bem tolerados (Wolraich *et al.*, 2019).

Nos casos em que há agressividade persistente, comportamento disruptivo grave ou risco de danos a terceiros, os antipsicóticos atípicos podem ser utilizados como terapia adjuvante. Entre eles, a risperidona é o medicamento com maior número de estudos demonstrando eficácia na redução da agressividade e da irritabilidade em crianças e adolescentes com transtornos disruptivos. O aripiprazol também pode ser considerado em situações específicas, embora existam menos evidências para o TOD quando comparado à risperidona (Pringsheim *et al.*, 2015).

Na presença de transtornos de ansiedade ou depressão associados ao TOD, podem ser indicados inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, fluoxetina e escitalopram. O objetivo do tratamento farmacológico, nesses casos, é controlar a comorbidade psiquiátrica, contribuindo indiretamente para a redução dos comportamentos opostos e para a melhora do funcionamento global do paciente (American Psychiatric Association, 2022).

Considerando a complexidade do diagnóstico e manejo do TOD, bem como a escassez de estudos que avaliem a evolução clínica sob a ótica dos pais ou responsáveis que convivem diretamente com a criança ou adolescente, destaca-se a importância de desenvolver pesquisas que ampliem o entendimento sobre a efetividade das estratégias terapêuticas, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem predominantemente quantitativa, exploratória e descritiva. A pesquisa foi realizada presencialmente, por meio de questionário impresso, elaborado em linguagem simples e acessível. O instrumento abordou aspectos relacionados às características epidemiológicas e clínicas, bem como ao diagnóstico e ao tratamento de pacientes com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), sendo constituído por 30 questões fechadas e abertas.

Participaram da pesquisa pais ou responsáveis por crianças ou adolescentes menores de 18 anos. O preenchimento do questionário foi realizado manualmente pelos pais ou responsáveis. Para a inclusão no estudo, era necessário que a criança ou adolescente sob sua responsabilidade apresentasse diagnóstico de TOD e estivesse em tratamento farmacológico para o transtorno no período de realização da pesquisa. Além disso, era necessário que o paciente tivesse vínculo assistencial com o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de acompanhamento médico ou psicológico e/ou recebimento de medicamentos, incluindo aqueles obtidos por determinação judicial.

A participação foi definida por meio de amostragem não probabilística por conveniência. As autoras realizaram o convite aos participantes em dois locais: durante o período de espera para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e durante a retirada de medicamentos na Farmácia Municipal, situada no Centro de Saúde I Dr. Takashi Enokibara, em Dracena, São Paulo. Ao todo, participaram 20 pais ou responsáveis, todos maiores de 18 anos. A pesquisa não estabeleceu critérios de restrição relacionados ao sexo, à identidade de gênero, à orientação sexual, à raça/cor, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), à classe social ou ao nível de escolaridade.

O instrumento utilizado na pesquisa continha 30 questões fechadas e abertas, algumas delas com espaço destinado ao acréscimo de informações consideradas pertinentes pelos participantes. Para facilitar a compreensão e o preenchimento, o questionário foi elaborado com linguagem acessível e contou com o acompanhamento das autoras durante sua aplicação. O tempo necessário para respondê-lo foi estimado em aproximadamente 20 minutos.

A participação na pesquisa foi iniciada somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, todos adultos e aptos a fornecer o consentimento formal. Por meio desse procedimento, buscou-se assegurar que os participantes compreendessem as informações referentes ao estudo, além de garantir seus direitos e preservar sua autonomia. Foram informados, ainda, sobre o anonimato da pesquisa e sobre a liberdade de interromper sua participação a qualquer momento, sem que isso lhes causasse qualquer prejuízo ou interferisse em seu atendimento em saúde.

O projeto foi submetido à apreciação ética e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP FACERES, situado em São José do Rio Preto, São Paulo, conforme Parecer Consubstanciado nº 8.546.745.

Após a coleta, os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados de forma descritiva, por meio da distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas, sendo posteriormente apresentados em gráficos e tabelas. Para preservar a identidade dos participantes, as informações foram analisadas de forma agrupada, sem identificação individual, mantendo-se o sigilo e a privacidade dos dados. Os questionários preenchidos foram digitalizados, e os dados armazenados em arquivos eletrônicos do Microsoft Excel. Esse material permanecerá sob responsabilidade da pesquisadora responsável pelo estudo pelo período de cinco anos, após o qual será descartado de forma adequada, conforme as normas éticas vigentes.

3. Resultados e Discussão

A Tabela 1 demonstra que, dentre os 20 formulários analisados, 75% referiam-se a pacientes do sexo masculino, em comparação a 25% do sexo

feminino. Essa proporção observada na amostra é compatível com a literatura, que descreve maior frequência de Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) em meninos durante a infância. Em meta-análise realizada por Demmer *et al.* (2017), envolvendo 19 estudos e amostra agregada de 44.107 crianças, a razão masculino:feminino para TOD na infância média foi de 1,59:1, sendo mais expressiva em culturas ocidentais, com razão de 1,80:1. De forma semelhante, Mars, Aggarwal e Marwaha (2025) descrevem risco relativo masculino em torno de 1,6 para o desenvolvimento de TOD. Dessa forma, embora a presente amostra apresente proporção masculina superior à descrita em estudos de maior porte, o predomínio de meninos é coerente com a tendência relatada na literatura. Ressalta-se, contudo, que, em razão do tamanho reduzido da amostra e da amostragem por conveniência, esses dados devem ser interpretados como perfil da amostra investigada, e não como estimativa de prevalência populacional.

Em relação à faixa etária atual dos pacientes, houve maior concentração entre 6 e 15 anos, com menor frequência nas faixas etárias mais altas. Esse padrão é compatível com a descrição clínica de que os sintomas do TOD são frequentemente identificados na infância e em idade escolar, período em que comportamentos opostos, irritabilidade e dificuldades de regulação emocional tendem a se tornar mais evidentes nos contextos familiar, escolar e social (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). Além disso, conforme apresentado na Tabela 3, a maioria dos diagnósticos relatados ocorreu entre 5 e 10 anos de idade, correspondendo a 70% da amostra, enquanto 25% receberam o diagnóstico entre 3 e 4 anos. Esse achado é compatível com a literatura, que descreve início típico dos sintomas na infância, embora o momento do diagnóstico possa variar conforme o acesso aos serviços, a percepção familiar, o contexto escolar e a disponibilidade de avaliação especializada.

Quanto ao critério de raça/cor, os resultados obtidos indicaram predominância de pacientes classificados pelos responsáveis como brancos, correspondendo a 80% da amostra (Tabela 1). Esse padrão difere do observado em estudos epidemiológicos de maior escala, os quais apontam que crianças pertencentes a minorias étnico-raciais, especialmente negras e pardas, podem apresentar maior probabilidade de receber diagnóstico de TOD ou de outros transtornos disruptivos, como o Transtorno de Conduta (Fadus *et al.*, 2020). Entretanto, tais evidências devem ser interpretadas à luz de desigualdades

estruturais em saúde, uma vez que as diferenças observadas entre grupos raciais podem refletir não apenas aspectos clínicos, mas também determinantes sociais, acesso aos serviços e possíveis vieses diagnósticos. Além disso, a literatura aponta que comportamentos externalizantes podem ser interpretados de maneira distinta conforme o contexto racial (Njardvik *et al.*, 2025). Dessa forma, a maior proporção de pacientes brancos no presente estudo pode estar relacionada a características específicas da amostra ou dos serviços investigados, não sendo necessariamente representativa da distribuição populacional descrita em estudos mais amplos.

No que tange à condição socioeconômica, observou-se que 70% das famílias participantes apresentavam renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, além de 55% não possuírem moradia própria (Tabela 1), indicando um contexto de vulnerabilidade social. Esses achados estão em consonância com a literatura, que associa menor nível socioeconômico, menor escolaridade parental e condições ambientais adversas a maior frequência e gravidade de sintomas comportamentais e transtornos disruptivos, incluindo o TOD. Tais associações podem estar relacionadas à influência de fatores como estresse familiar, práticas parentais inconsistentes, menor acesso a recursos terapêuticos e exposição a contextos de maior vulnerabilidade. Ademais, estudos apontam a existência de um gradiente socioeconômico, no qual a frequência de sintomas opostos tende a diminuir conforme aumenta a renda familiar, reforçando a relevância das condições socioeconômicas como fator associado ao desenvolvimento e à manutenção do transtorno (Ezpeleta *et al.*, 2019; Granero; Louwaars; Ezpeleta, 2015; Wang *et al.*, 2026).

Entre os pacientes avaliados, 45% residiam exclusivamente com a mãe, 35% com ambos os pais, 10% somente com o pai e 10% com avós ou outros familiares. Em relação à composição fraterna, observou-se que a maioria possui um ou dois irmãos, correspondendo a 25% e 30% da amostra, respectivamente. Esses achados são relevantes, uma vez que a literatura evidencia que fatores familiares exercem influência significativa no desenvolvimento, manutenção e manejo clínico do TOD. Nesse contexto, a presença de uma rede familiar de apoio pode favorecer a supervisão, a estabilidade da rotina, o suporte emocional e a adesão ao tratamento. Por outro lado, famílias com menor disponibilidade de suporte, especialmente em contexto de vulnerabilidade social, podem enfrentar maior sobrecarga emocional, econômica e de cuidado, o que pode interferir no acompanhamento terapêutico e no

manejo dos comportamentos opostos da criança ou do adolescente. Ademais, a presença de irmãos pode desempenhar papel ambivalente, atuando tanto como fonte de apoio social e desenvolvimento de habilidades interpessoais, quanto como potencial fator de conflito em contextos familiares com maior nível de estresse (Lin *et al.*, 2022; Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025; Serra-Pinheiro *et al.*, 2004).

Tabela 1 – Caracterização da amostra em estudo.

Sexo do(a) paciente com TOD	N	%
Feminino	5	25
Masculino	15	75
Faixa etária do(a) paciente	N	%
1-5 anos	3	15
6-10 anos	5	25
11-15 anos	9	45
16 - 18 anos incompletos	3	15
Cor/raça do(a) paciente	N	%
Branca	16	80
Preta	0	0
Parda	4	20
Amarela	0	0
Indígena	0	0
Preferiram não responder	0	0

Renda mensal da família	N	%
1 salário mínimo	6	30
2 salários mínimos	8	40
3 salários mínimos	0	0
4 ou mais salários mínimos	4	20
Preferiram não responder	2	10
A família possui casa própria	N	%
Sim	8	40
Não	11	55
Preferiram não responder	1	5

O(A) paciente reside atualmente	N	%
Com pai e a mãe	7	35
Somente com a mãe	9	45
Somente com o pai	2	10
Com avós ou outros familiares	2	10
Outros	0	0
O(A) paciente possui irmãos	N	%
1	5	25
2	6	30
3	4	20
4 ou mais	1	5
Não possui	4	20

Fonte: Dados da pesquisa. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

Com base nos estudos já realizados, sabe-se que pacientes com TOD podem apresentar múltiplos fatores de risco, entre os quais se destaca a contribuição familiar e hereditária (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). A tabela 2 demonstra que 45% dos participantes relataram histórico familiar de TOD, com maior frequência entre familiares de primeiro grau, como mãe 20%, irmãos 15% e pai 5%.

Por outro lado, 45% dos participantes não relataram outros casos de TOD na família, o que não exclui a possível influência de fatores familiares e genéticos, mas reforça a compreensão multifatorial do transtorno. Assim, além da hereditariedade, fatores ambientais e sociais, como baixo nível socioeconômico, violência doméstica, abuso sexual e outros estressores psicossociais, também podem contribuir para a manifestação e manutenção dos sintomas (Corrêa *et al.*, 2023).

Portanto, o TOD apresenta etiologia complexa, resultante da interação entre fatores genéticos, individuais, familiares e ambientais. Revisões recentes demonstram que fatores isolados não são suficientes para justificar a apresentação clínica do transtorno, sendo fundamental considerar a interação entre características individuais e componentes do meio em que o indivíduo está inserido (Hawes *et al.*, 2023). Uma revisão sistemática que avaliou 62 estudos identificou associação entre sintomas de TOD e diferentes fatores familiares, incluindo disfunção familiar, condições socioeconômicas desfavoráveis, conflitos conjugais, relações parentais inadequadas, psicopatologia parental, temperamento infantil e dificuldades de regulação emocional (Lin *et al.*, 2022). Esses achados dialogam com os resultados do presente estudo, no qual houve distribuição equilibrada entre participantes que relataram histórico familiar de TOD e aqueles que não relataram essa ocorrência.

Tabela 2 – Histórico familiar referido de TOD entre os participantes da pesquisa.

Há outros casos de TOD na família	N	%
Sim	9	45
Não	9	45
Não souberam responder	2	10
Relação de parentesco com o(a) paciente	N	%
Pai	1	5
Mãe	4	20
Irmão ou irmã	3	15
Avô ou avó	1	5
Tio ou tia	1	5
Primo ou prima	1	5
Outros:	0	0

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção quanto a relação de parentesco com o paciente. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

A análise dos dados apresentados na Tabela 3 evidencia padrão comportamental amplamente compatível com as manifestações descritas na literatura científica para o TOD. Entre os comportamentos mais frequentes que motivaram a busca por atendimento, destacaram-se ansiedade (80%), comportamentos desafiadores (75%), recusa em obedecer regras (75%), humor irritável/raivoso (60%) e discussão frequente com figuras de autoridade (55%). Os achados relacionados à recusa em obedecer regras, ao comportamento desafiador, à irritabilidade e à discussão com figuras de autoridade estão em consonância com os critérios diagnósticos descritos pelo DSM-5, que caracterizam o TOD por um padrão persistente de humor irritável/raivoso, comportamento opositor/desafiador e comportamento vingativo (American Psychiatric Association, 2013, 2022). A ansiedade, embora não constitua critério nuclear do TOD, destaca-se como achado clínico relevante, podendo sugerir sintomas internalizantes ou comorbidades associadas. Além disso, autores como Sadock, Sadock e Ruiz (2017) reforçam que a desobediência, a hostilidade e a dificuldade em lidar com figuras de autoridade são

manifestações centrais do transtorno, o que dialoga com os achados do presente estudo.

A elevada frequência de ansiedade (80%) reforça a necessidade de avaliação diagnóstica abrangente, uma vez que o TOD pode ocorrer associado a transtornos internalizantes, como ansiedade e depressão, além de outras comorbidades psiquiátricas, incluindo TDAH e transtornos do neurodesenvolvimento (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025; Mayes; Pardej; Waschbusch, 2025; Njardvik *et al.*, 2025; Serra-Pinheiro *et al.*, 2004).

Em relação aos comportamentos externalizantes, observou-se que 45% dos participantes apresentaram agressão física contra colegas ou adultos e 45% relataram autoagressão física (Tabela 3). Tais achados indicam maior complexidade clínica em parte da amostra, especialmente considerando que comportamentos agressivos e autolesivos podem ampliar o prejuízo funcional e demandar acompanhamento multiprofissional. Além disso, em alguns casos, o TOD pode coexistir com quadros de maior gravidade ou preceder outros transtornos disruptivos, como o Transtorno de Conduta, quando não há identificação precoce e intervenção adequada (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025). Esses dados reforçam a necessidade de avaliação diagnóstica abrangente e manejo clínico adequado.

Outros comportamentos relevantes apresentados na Tabela 3 incluem culpar os outros por seus erros (45%), gritos (40%) e provocar intencionalmente outras pessoas (25%), os quais refletem dificuldades relacionadas à regulação emocional, ao controle comportamental e às interações sociais. Segundo Gomez *et al.* (2022), análises em rede dos sintomas de TOD demonstram que comportamentos como provocação e culpabilização estão fortemente interligados, funcionando como núcleos centrais na manutenção do transtorno.

No que se refere ao desenvolvimento e início do transtorno, a maioria dos diagnósticos ocorreu entre 5 e 10 anos de idade (70%), conforme evidenciado na Tabela 3, com menor frequência em idades mais precoces ou mais tardias. Esse padrão está de acordo com estudos longitudinais que indicam início típico na infância, geralmente antes dos 9 anos, conforme descrito por Ezpeleta *et al.* (2019) e corroborado por Lin *et al.* (2022), que também ressaltam a influência de fatores

familiares no surgimento e manutenção dos sintomas. A presença de 25% dos diagnósticos já entre 3 e 4 anos, também apresentada na Tabela 3, sugere identificação precoce em parte da amostra, o que é considerado positivo do ponto de vista prognóstico.

Entretanto, apesar da identificação relativamente precoce em alguns casos, observou-se que 45% dos participantes levaram um ano ou mais para receber o diagnóstico após o primeiro atendimento, incluindo 25% que demoraram quatro anos ou mais, conforme dados da Tabela 3. Esse atraso diagnóstico pode estar relacionado à dificuldade de diferenciação entre comportamentos considerados “normativos” do desenvolvimento e sinais clínicos do transtorno, conforme discutido pela American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Além disso, fatores contextuais, como aspectos socioeconômicos, raciais e práticas parentais, podem influenciar tanto o reconhecimento quanto o encaminhamento para avaliação especializada (Granero; Louwaars; Ezpeleta, 2015; Wang *et al.*, 2026).

Tabela 3 – Caracterização inicial do transtorno.

Comportamentos do(a) paciente que despertaram o desejo da família de procurar um profissional da saúde	N	%
Agressão a animais	1	5
Agressão física contra colegas e adultos (p. ex. morder ou chutar)	9	45
Ansiedade	16	80
Autoagressão física	9	45
Comportamentos desafiador	15	75
Comportamento vingativo	3	15

Culpar os outros por seus erros	9	45
Discussão frequente com figuras de autoridade	11	55
Distúrbios do sono	7	35
Gritos	8	40
Humor irritável / raivoso	12	60
Provoca outras pessoas intencionalmente	5	25
Recusa obedecer regras	15	75
Outros:		
- Tiques Motores	1	5
Tempo decorrido para o diagnóstico após buscar o 1º atendimento	N	%
1 mês - 6 meses	6	30
6 - 12 meses	3	15
1 ano - 2 anos	4	20
2 anos - 3 anos	2	10
4 anos ou mais	5	25

Idade em que recebeu o diagnóstico	N	%
3 ano - 4 anos	5	25
5 anos - 6 anos	6	30
7 anos - 8 anos	1	5
9 anos - 10 anos	7	35
11 anos - 12 anos	1	5
13 anos - 14 anos	0	0
15 anos - 16 anos	0	0
17 anos ou mais	0	0

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação aos comportamentos do(a) paciente que despertaram o desejo da família de procurar um profissional da saúde. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

No que se refere à caracterização clínica atual do TOD, a literatura distingue três grandes dimensões sintomatológicas: humor irritável/raivoso, comportamentopositor/desafiador e comportamento vingativo (American Psychiatric Association, 2013, 2022). Ao analisar a Tabela 4, observa-se que a dimensão mais predominante é a de comportamentopositor/desafiador, evidenciada pelas altas taxas de recusa em obedecer regras (85%), comportamento desafiador (60%) e discussão frequente com figuras de autoridade (55%). A dimensão de humor irritável/raivoso também

esteve presente, sendo relatada em 40% da amostra. A ansiedade, embora frequente (75%), deve ser interpretada como manifestação clínica associada ou possível comorbidade, e não como critério nuclear do TOD. Já o comportamento vingativo apareceu com menor frequência (5%), sugerindo que, na amostra atual, esse aspecto é menos expressivo. Dessa forma, os dados indicam um predomínio de características opositoras e desafiadoras, com presença de sintomas emocionais associados, o que reforça a heterogeneidade do transtorno.

Tabela 4 – Caracterização do transtorno atualmente.

Sinais e sintomas/comportamentos associados ao TOD que o(a) paciente apresenta ultimamente	N	%
Agressão a animais	1	5
Agressão física contra colegas e adultos (p. ex. morder ou chutar)	6	30
Ansiedade	15	75
Autoagressão física	6	30
Comportamento desafiador	12	60
Comportamento vingativo	1	5
Culpar os outros por seus erros	10	50
Discussão frequente com figuras de autoridade	11	55
Distúrbios do sono	6	30
Gritos	6	30
Humor irritável / raivoso	8	40
Provoca outras pessoas intencionalmente	3	15
Recusa obedecer regras	17	85
Outros:	0	0

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação aos sinais e sintomas/comportamentos associados ao TOD que o(a) paciente apresenta ultimamente. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

A Tabela 5 apresenta os dados referentes às comorbidades psiquiátricas, comportamentais e do neurodesenvolvimento relatadas pelos responsáveis dos pacientes com TOD. Observa-se que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi a comorbidade mais frequente, relatada em 17 participantes (85%). Embora pertençam a categorias diagnósticas distintas, sendo o TOD classificado entre os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, e o TDAH entre os transtornos do neurodesenvolvimento, a coexistência

entre ambos é amplamente descrita na literatura (Hawes *et al.*, 2023). Esse achado é compatível com estudos que demonstram elevada ocorrência conjunta entre TDAH e TOD, incluindo investigação realizada com 2.400 crianças, na qual 53% dos participantes com TDAH apresentaram TOD concomitantemente (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2025).

Considerando a frequência de Transtorno do Espectro Autista (TEA) relatada em 4 participantes (20%) da presente amostra, observa-se ocorrência relevante de comorbidade entre transtornos do neurodesenvolvimento. Esse achado é consistente com estudos recentes que apontam associação entre TEA e presença de TOD. Mayes, Pardej e Waschbusch (2025) relataram TOD em 24% dos participantes com TEA, evidenciando a frequência dessa comorbidade nessa população. Essa associação pode estar relacionada à presença de dificuldades de autorregulação emocional, irritabilidade e alterações comportamentais, características que podem contribuir para a manifestação de comportamentos opostos em indivíduos com TEA.

A esquizofrenia também foi relatada em 3 participantes (15%). Embora a associação entre TOD e transtornos psicóticos seja menos investigada do que aquela observada entre TOD, TDAH e transtornos do humor, e tenha maior complexidade para realização de diagnóstico, estudos indicam que crianças e adolescentes com transtornos do espectro da esquizofrenia podem apresentar elevada frequência de transtornos comportamentais e do neurodesenvolvimento. Uma revisão sistemática sobre esquizofrenia de início muito precoce destacou a presença frequente de comorbidades neurodesenvolvimentais e comportamentais nessa população, incluindo TDAH, transtorno de conduta e TOD (Di Luzio *et al.*, 2023).

Outra comorbidade associada que detém significativa relevância é o transtorno afetivo bipolar, relatado em 3 participantes (15%). Em uma revisão sistemática que incluiu 20 estudos, com crianças e adolescentes com transtorno bipolar, demonstrou que 47% dos pacientes apresentaram conjuntamente bipolaridade e TOD (Fahrendorff *et al.*, 2023). Todavia, diante da complexidade clínica de ambos os transtornos, é necessária cautela durante o processo diagnóstico, uma vez que algumas manifestações podem se sobrepor, especialmente a irritabilidade, impulsividade, agressividade e dificuldades de regulação emocional. Dessa forma, a avaliação clínica deve considerar a frequência,

duração, intensidade e contexto desses sintomas, de modo a diferenciar padrões persistentes de comportamento opositor daqueles associados às alterações episódicas do humor características do transtorno bipolar (Fahrendorff *et al.*, 2023).

Em relação aos demais transtornos relatados, o Transtorno Depressivo esteve presente em 2 participantes (10%), enquanto o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) foram relatados em 1 participante cada (5%). Embora apresentem frequências inferiores às observadas para TDAH, TEA, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, esses achados também são relevantes, considerando que a literatura aponta para a presença de comorbidades em indivíduos com TOD. Revisões sobre o tema demonstram que transtornos de ansiedade e depressivos podem ocorrer concomitantemente ao TOD durante a infância e a adolescência, sendo a desregulação emocional um possível elemento comum entre essas condições (Boylan *et al.*, 2007). Além disso, a associação entre ansiedade e TOD tem sido relacionada a dificuldades de regulação emocional, padrões de processamento de informações e fatores relacionados às interações familiares, aspectos que podem contribuir para a manutenção de comportamentos opositores (Fraire; Ollendick, 2013).

Em relação ao Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência Intelectual), relatado em 2 participantes (10%), observa-se que essa condição também apresenta relação importante com transtornos psiquiátricos e comportamentais. Estudos apontam que crianças e adolescentes com deficiência intelectual apresentam maior ocorrência de transtornos psiquiátricos quando comparados à população sem deficiência intelectual, sendo o TOD uma das condições frequentemente relatadas nessa população (Tural Hesapçioğlu *et al.*, 2021).

A presença de compulsão alimentar em 2 participantes (10%) também merece destaque. Embora essa frequência seja relativamente baixa quando comparada ao TDAH, os transtornos alimentares podem apresentar associação com diferentes condições psiquiátricas, especialmente transtornos do humor, ansiedade e transtornos comportamentais (Rojo-Moreno *et al.*, 2015).

De modo geral, os resultados apresentados na Tabela 5 demonstram que o TOD esteve associado a um amplo conjunto de condições psiquiátricas, comportamentais e do neurodesenvolvimento.

Tabela 5 – Associação do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) com outros transtornos psiquiátricos.

Comorbidades associadas	N	%
Epilepsia ou alguma outra doença que desencadeia convulsões	1	5
Esquizofrenia	3	15
Transtorno Afetivo bipolar	3	15
Transtorno de Ansiedade Generalizada	1	5
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	17	85
Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade (TDA)	1	5
Transtorno Depressivo	2	10
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	4	20
Transtorno do Pânico	0	0
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	1	5
Nenhum	0	0
Não souberam responder	0	0
Outros:		
- Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência intelectual)	2	10
- Compulsão Alimentar	2	10

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação às comorbidades associadas ao diagnóstico de TOD. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

A Tabela 6 apresenta os medicamentos utilizados pelos participantes com diagnóstico de TOD e outras comorbidades, bem como o tempo de utilização, a adesão ao tratamento farmacológico e os efeitos colaterais relatados.

Observa-se inicialmente predominância do uso de antipsicóticos, com destaque para a risperidona, utilizada por 14 participantes (70%), seguida pelo aripiprazol, utilizado por 5 participantes (25%), e pela quetiapina, utilizada por 2 participantes (10%). Também foram relatados uso de haloperidol em 2 participantes (10%) e de olanzapina em 1 participante (5%). A elevada utilização de antipsicóticos pode estar relacionada à presença de sintomas comportamentais mais intensos, como irritabilidade, agressividade e comportamentos disruptivos, especialmente em participantes que apresentam outras condições psiquiátricas associadas.

O fármaco mais utilizado foi a risperidona (70%), seguida por aripiprazol (25%), ambos antipsicóticos atípicos. Esses achados são consistentes com

evidências provenientes de revisão sistemática e metanálise que indicam o uso desses agentes no manejo de comportamentos agressivos e disruptivos em crianças e adolescentes, especialmente em casos com comorbidades ou maior gravidade clínica (Pringsheim *et al.*, 2015).

A risperidona atua principalmente como antagonista dos receptores dopaminérgicos D2 e serotoninérgicos 5-HT2A, promovendo redução da impulsividade, irritabilidade e agressividade (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). O aripiprazol, por sua vez, apresenta ação como agonista parcial dopaminérgico, contribuindo para estabilização da neurotransmissão e melhora do controle comportamental (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A elevada frequência de psicoestimulantes, como metilfenidato (25%) e lisdexanfetamina (10%), bem como do não estimulante atomoxetina (10%), reforça a forte associação entre TOD e TDAH. Diretrizes internacionais recomendam esses fármacos como primeira linha no tratamento do TDAH, com impacto indireto na redução de comportamentos opostos (Wolraich *et al.*, 2019). O metilfenidato atua inibindo a recaptação de dopamina e noradrenalina no córtex pré-frontal, melhorando funções executivas e controle inibitório, enquanto a atomoxetina atua seletivamente sobre a noradrenalina, sendo útil em casos com comorbidades ansiosas (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A presença de estabilizadores de humor e anticonvulsivantes, como valproato e carbamazepina, ainda que menos frequente, pode estar associada ao manejo de irritabilidade, impulsividade e desregulação emocional, especialmente em quadros mais graves ou com comorbidades afetivas (Pringsheim *et al.*, 2015). Esses fármacos atuam na modulação da excitabilidade neuronal e na neurotransmissão GABAérgica, contribuindo para maior estabilidade do humor (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

Observa-se também o uso de antidepressivos, como fluoxetina, sertralina, escitalopram e tricíclicos, possivelmente relacionados ao tratamento de comorbidades como ansiedade e depressão, frequentemente associadas ao TOD (Lin *et al.*, 2022). Os ISRS aumentam a disponibilidade de serotonina na fenda sináptica, promovendo melhora do humor e da regulação emocional, fatores que influenciam diretamente a expressão de comportamentos opostos (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A utilização de melatonina (15%) sugere a presença de distúrbios do sono, frequentemente descritos em transtornos do neurodesenvolvimento e associados ao agravamento de sintomas comportamentais (Mayes; Pardej; Waschbusch, 2025). A regulação do ritmo circadiano pode contribuir para a redução da irritabilidade e melhora do funcionamento global.

De modo geral, os achados corroboram a literatura ao indicar que o tratamento farmacológico no TOD não se direciona ao transtorno em si, mas ao controle de sintomas-alvo e, principalmente, das comorbidades associadas (American Psychiatric Association, 2013; Corrêa *et al.*, 2023).

Em relação ao tempo de uso dos medicamentos, observa-se que 15 participantes (75%) utilizavam a medicação há mais de dois anos, enquanto 3 participantes (15%) faziam uso entre um e dois anos, 1 participante (5%) entre 7 e 12 meses e 1 participante (5%) utilizava o medicamento há menos de um mês.

A predominância de tratamentos com duração superior a dois anos sugere que, para a maioria dos participantes, a farmacoterapia constitui parte de um acompanhamento terapêutico contínuo, e não uma intervenção de caráter pontual. Esse achado torna-se particularmente relevante diante da elevada utilização de antipsicóticos observada na amostra, sobretudo da risperidona, utilizada por 70% dos participantes. Embora a risperidona apresente evidências de eficácia na redução de comportamentos agressivos, disruptivos e problemas de conduta em crianças e adolescentes, seu uso prolongado requer acompanhamento clínico sistemático (Pringsheim *et al.*, 2015).

É válido ressaltar que estudos demonstram que os antipsicóticos de segunda geração podem causar ganho de peso e outras alterações metabólicas. Por isso, o uso prolongado desses medicamentos requer acompanhamento regular do peso e da saúde metabólica dos pacientes (Collares *et al.*, 2025).

No que se refere aos efeitos colaterais relacionados aos medicamentos, destacam-se o aumento do apetite e o ganho de peso, ambos relatados por 10 participantes (50%), constituindo os efeitos mais frequentes na amostra. Esses achados são particularmente relevantes diante da elevada utilização de antipsicóticos de segunda geração, especialmente da risperidona. A literatura demonstra que essa classe de medicamentos pode estar associada a alterações metabólicas e ao aumento do peso corporal em crianças e adolescentes (Collares *et al.*, 2025).

Em relação aos demais efeitos colaterais relatados, a sonolência foi observada em 5 participantes (25%), enquanto a agitação e a diminuição do apetite foram relatadas em 4 participantes (20%) cada. Os tremores foram relatados por 3 participantes (15%), seguidos por apatia, desânimo, letargia e constipação, presentes em 2 participantes (10%) cada. Com menor frequência, foram observados comportamentos estereotipados, movimentos oculares involuntários e perda de peso, relatados em 1 participante (5%) cada. A diversidade de efeitos relatados indica que as reações adversas observadas na amostra envolveram diferentes manifestações, incluindo alterações comportamentais, neurológicas e gastrointestinais. Entre esses achados, a sonolência, os tremores e as alterações relacionadas ao apetite encontram respaldo na literatura como possíveis efeitos associados ao uso de antipsicóticos em crianças e adolescentes (Fraguas *et al.*, 2011).

Tabela 6 - Medicamentos usados por pacientes com diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e outras comorbidades, assim como os principais efeitos colaterais relacionados ao tratamento farmacológico e parâmetros de adesão ao tratamento.

Medicamentos em uso atualmente	Classe farmacológica	N	%
ácido divalproico/ divalproato (Depakote)	anticonvulsivante e estabilizador de humor	2	10
ácido valproico/ valproato	anticonvulsivante tradicional	1	5
alprazolam	ansiolítico benzodiazepínico	1	5
aripiprazol	antipsicótico atípico, agonista parcial dopaminérgico D2	5	25
atomoxetina	inibidor da recaptação de noradrenalina	2	10
buspirona	ansiolítico não benzodiazepínico	0	0
canabidiol	canabinoide	2	10
clonazepam	ansiolítico benzodiazepínico	1	5
clorpromazina	antipsicótico típico	0	0
fluoxetina	antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS)	2	10
haloperidol	antipsicótico de primeira geração	2	10
lamotrigina	anticonvulsivante de segunda geração	0	0
lisdexanfetamina	psicoestimulante e derivado anfetamínico	2	10
lítio	estabilizador do humor	0	0
melatonina	regulador do ciclo circadiano	3	15
metilfenidato	psicoestimulante e derivado não anfetamínico	5	25
olanzapina	antipsicótico atípico	1	5
quetiapina	antipsicótico de segunda geração	2	10
risperidona	antipsicótico de segunda geração	14	70
sertralina	antidepressivo ISRS	1	5
ziprasidona	antipsicótico de segunda geração	0	0
outros			
- amitriptilina	antidepressivo tricíclico	1	5
- carbamazepina	anticonvulsivante	1	5

- clomipramina	antidepressivo tricíclico	2	10
- escitalopram	antidepressivo ISRS	1	5
- imipramina	antidepressivo tricíclico	1	5
Tempo de uso do medicamento		N	%
Menos de 1 mês		1	5
De 2 a 6 meses		0	0
De 7 meses a 12 meses		1	5
1 a 2 anos		3	15
Há mais de 2 anos		15	75
Não souberam responder		0	0
Há adesão correta ao tratamento farmacológico		N	%
Sempre segue corretamente		19	95
Faz uso às vezes		1	5
Raramente faz uso		0	0
Não segue		0	0

Efeitos colaterais relacionados aos medicamentos		N	%
Agitação		4	20
Apatia/Desânimo/Letargia		2	10
Aumento do apetite		10	50
Comportamentos estereotipados		1	5
Constipação intestinal		2	10
Diminuição do apetite		4	20
Dor abdominal		0	0
Ganho de peso		10	50
Movimentos oculares involuntários		1	5
Perda de peso		1	5
Salivação		0	0
Sonolência		5	25

Tremores		3	15
Nenhum		0	0
Não souberam responder		0	0
Outros			
- Ansiedade		1	5
- Diarreia		1	5

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação aos medicamentos em uso atualmente e aos efeitos colaterais relacionados ao uso destes medicamentos. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

Os tratamentos não farmacológicos para o TOD são amplamente reconhecidos na literatura como a primeira linha de intervenção, especialmente na infância. De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2022) e diretrizes clínicas, o manejo do TOD deve priorizar abordagens psicossociais, com destaque para intervenções comportamentais e familiares. Entre as estratégias mais estudadas, sobressaem o treinamento de pais (Parent Management Training), a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções baseadas na interação pais-filhos, que visam modificar padrões disfuncionais de comportamento, melhorar a regulação emocional e fortalecer habilidades sociais (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025).

Ao comparar essas evidências com os dados da Tabela 4 (caracterização atual) e da Tabela 7 (terapias utilizadas), observa-se compatibilidade entre os dados da amostra e as recomendações científicas. A psicoterapia aparece como a intervenção mais utilizada (55%), o que está diretamente alinhado com a literatura que a coloca como eixo central do tratamento. A presença de terapia ocupacional (30%) e prática de esportes (15%) pode ser compreendida como parte de uma abordagem complementar e multimodal, voltada à melhoria do funcionamento global e das habilidades adaptativas.

Tabela 7 - Terapias não farmacológicas usadas para auxiliar no tratamento do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).

Outros métodos usados que auxiliam no tratamento	N	%
Equoterapia (com cavalos)	0	0
Fisioterapia	0	0
Musicoterapia	0	0
Nutricionista	1	5
Psicoterapia	11	55
Terapia Ocupacional (TO)	6	30
Outros		
- Prática de esportes	3	15

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação aos outros métodos usados que auxiliam no tratamento. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

A análise da Tabela 8 demonstra que a maioria dos responsáveis relatou algum grau de melhora percebida após o início do tratamento farmacológico, sendo que 50% referiram melhora significativa e 45% melhora parcial, enquanto apenas 5% não souberam responder. Nenhum participante relatou piora do quadro clínico. Esse achado sugere que, embora a farmacoterapia não seja considerada tratamento de primeira linha para o TOD, ela pode exercer papel relevante na modulação de sintomas específicos, especialmente em contextos de maior gravidade clínica ou na presença de comorbidades associadas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; American Psychiatric Association, 2013).

A distribuição das notas atribuídas pelos responsáveis reforça essa percepção, com predominância de escores elevados (maiores que 7), indicando melhora clínica percebida. No entanto, a variabilidade das respostas também sugere heterogeneidade na resposta terapêutica, aspecto amplamente descrito na literatura e associado à diversidade de perfis clínicos e comorbidades presentes no TOD (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2025; Njardvik *et al.*, 2025).

No que se refere aos sintomas que apresentaram redução, destacam-se comportamentos externalizantes, como discussões frequentes com figuras de autoridade (45%) e agressividade física (40%), além de sintomas emocionais, como ansiedade (20%) e humor irritável (25%). Esses achados são compatíveis com os efeitos farmacológicos descritos para antipsicóticos atípicos e psicoestimulantes, que atuam na modulação de circuitos dopaminérgicos e serotoninérgicos, promovendo redução da impulsividade, agressividade e desregulação emocional (Pringsheim *et al.*, 2015; Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). A melhora de distúrbios do sono (30%) também pode estar associada ao uso de fármacos com efeito sedativo ou à utilização de melatonina, contribuindo indiretamente para estabilização comportamental.

As mudanças positivas observadas e relatadas pelos responsáveis, como melhora do sono (65%), maior calma (55%) e melhor interação social (45%), indicam impacto funcional relevante do tratamento farmacológico. Esses aspectos são fundamentais, uma vez que o TOD está associado a prejuízos significativos no funcionamento social, familiar e escolar (Ezpeleta *et al.*, 2019; Lin *et al.*, 2022).

Apesar dos benefícios percebidos, é importante destacar que a ausência de relatos de piora pode refletir viés de percepção dos responsáveis ou seleção de

casos em acompanhamento contínuo. Além disso, a literatura enfatiza que a farmacoterapia no TOD deve ser direcionada a sintomas-alvo e comorbidades, não sendo indicada como intervenção isolada (Corrêa *et al.*, 2023; Pringsheim *et al.*, 2015).

Tabela 8 - Percepção dos responsáveis sobre a melhora relacionada ao tratamento farmacológico e áreas de impacto.

Percepção dos responsáveis sobre a melhora do quadro relacionada ao tratamento farmacológico	N	%
Sim, ajudou muito	10	50
Ajudou um pouco	9	45
Ainda não percebi melhora	0	0
Piorou	0	0
Não souberam responder	1	5
Avaliação de melhora dando nota de 0 a 10, sendo 0 = nenhuma melhora e 10 = melhora total	N	%
0	0	0
1	0	0
2	1	5
3	0	0
4	3	15
5	2	10
6	1	5
7	4	20
8	5	25
9	1	5
10	3	15
Comportamentos que diminuíram ou cessaram devido ao tratamento farmacológico	N	%
Agressão a animais	2	10
Agressão física contra colegas e adultos (p. ex. morder ou chutar)	8	40
Ansiedade	4	20
Autoagressão física	4	20
Comportamento desafiador	6	30
Comportamento vingativo	2	10
Culpar os outros por seus erros	2	10
Discussão frequente com figuras de autoridade	9	45

Distúrbios do sono	6	30
Gritos	3	15
Humor irritável / raivoso	5	25
Provoca outras pessoas intencionalmente	0	0
Recusa obedecer regras	4	20
Outros:	0	0
Mudanças positivas que o responsável percebeu no(a) paciente desde que iniciou tratamento	N	%
Interage mais com outras crianças/adolescentes	9	45
Dorme melhor	13	65
Está mais calmo(a)	11	55
Está menos agressivo(a)	9	45
Está se comunicando melhor	9	45
Obedece mais	6	30
Não perceberam mudanças	0	0
Outros	0	0

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação aos comportamentos que diminuiram/ cessaram devido ao tratamento farmacológico e aos comportamentos positivos percebidos pelos responsáveis. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

Tabela 9 - Locais de acesso dos serviços de saúde e obtenção do medicamento .

Paciente recebe atendimento médico no(a)	N	%
SUS	15	75
Rede particular, pois tem plano de saúde	2	10
Rede particular, paga por consultas	4	20
Não souberam responder	0	0
Medicamentos utilizados atualmente para o TOD são obtidos	N	%
Por meio do SUS	7	35
Por meio do SUS, mas por mandado judicial	3	15
Comprado	12	60
Não sei dizer	0	0

Fonte: Dados da pesquisa. Cada participante pôde selecionar mais de uma opção em relação aos locais de atendimento médico e obtenção de tratamento dos pacientes com TOD. Em todos os parâmetros analisados, as porcentagens foram calculadas considerando o número total de participantes (n = 20).

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos locais de atendimento médico e as formas de acesso aos medicamentos utilizados por pacientes com TOD. Os dados

evidenciam a relevância central da rede pública no acompanhamento dessa população: a maioria expressiva (75% da amostra) dos pacientes realiza o acompanhamento médico por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao setor privado, 20% pagam por consultas avulsas e 10% utilizam planos de saúde.

No que tange à aquisição do tratamento farmacológico prescrito para o manejo do TOD, observa-se, na tabela 9, uma dinâmica distinta. A maior parte dos participantes (60%) compra os medicamentos com recursos próprios. O acesso via SUS ocorre diretamente em 35% dos casos, enquanto 15% necessitam de judicialização (mandado judicial) para a obtenção dos fármacos. Vale destacar que as opções não eram mutuamente exclusivas, justificando o somatório percentual superior a 100%.

Esses achados refletem a disparidade entre a assistência médica e a assistência farmacêutica dispensada a indivíduos com transtornos neurodesenvolvimentais e comportamentais. Embora o SUS consiga absorver grande parte da demanda por consultas e acompanhamento clínico, o suprimento direto de psicofármacos ainda apresenta lacunas cobertas predominantemente pelo desembolso direto das famílias ou pela via da judicialização da saúde.

4. Considerações Finais

O presente estudo enfrentou limitações relacionadas ao número de participantes, com a obtenção de 20 formulários válidos, em decorrência do curto período de coleta, da baixa frequência de pacientes elegíveis e da ausência de pacientes nas consultas com neurologista ou psicóloga, bem como na retirada de medicamentos na Farmácia Municipal. Além disso, por se tratar de uma amostra não probabilística, obtida por conveniência, os resultados não podem ser generalizados para toda a população de crianças e adolescentes com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). Ainda assim, os achados permitiram traçar um panorama relevante sobre o perfil clínico, terapêutico e assistencial dos pacientes avaliados, bem como sobre a evolução clínica percebida pelos responsáveis.

Observou-se predomínio de pacientes do sexo masculino, maior concentração na faixa etária escolar e presença expressiva de vulnerabilidade

socioeconômica entre as famílias participantes. Também foram relatados histórico familiar de TOD em parte da amostra, elevada frequência de sintomas opostos e desafiadores, além de manifestações emocionais associadas, como ansiedade e irritabilidade. Esses achados reforçam a compreensão do TOD como transtorno multifatorial, influenciado pela interação entre fatores individuais, familiares, sociais e ambientais.

Em relação às comorbidades, destacou-se a elevada frequência de TDAH, seguida por outros transtornos psiquiátricos e do neurodesenvolvimento relatados pelos responsáveis. Esse resultado reforça a necessidade de avaliação clínica abrangente, uma vez que a presença de comorbidades pode interferir na gravidade dos sintomas, na escolha terapêutica, na adesão ao tratamento e na evolução clínica dos pacientes.

Quanto ao tratamento farmacológico, verificou-se predominância do uso de antipsicóticos, especialmente risperidona, além de psicoestimulantes, antidepressivos, estabilizadores de humor e outros medicamentos voltados ao manejo de sintomas-alvo e comorbidades associadas. A maioria dos responsáveis relatou melhora percebida após o início do tratamento farmacológico, especialmente em aspectos como sono, calma, agressividade, interação social e comunicação. Contudo, também foram relatados efeitos colaterais, com destaque para aumento do apetite e ganho de peso, o que reforça a necessidade de acompanhamento clínico sistemático, sobretudo em pacientes em uso prolongado de antipsicóticos.

Os dados também evidenciaram a relevância do SUS no acompanhamento médico dos pacientes, embora parte expressiva das famílias tenha relatado compra de medicamentos com recursos próprios ou obtenção por via judicial. Esse achado sugere possíveis lacunas no acesso à assistência farmacêutica e destaca a necessidade de fortalecimento de estratégias públicas voltadas ao cuidado integral de crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento e transtornos disruptivos.

Dessa forma, conclui-se que o manejo do TOD deve ser compreendido de maneira multidimensional, envolvendo não apenas o tratamento farmacológico, mas também intervenções psicossociais, acompanhamento multiprofissional, suporte familiar e garantia de acesso aos serviços de saúde. Recomenda-se que estudos futuros sejam realizados com amostras maiores, acompanhamento longitudinal e confirmação clínica dos diagnósticos e comorbidades, a fim de aprofundar a

compreensão sobre a evolução clínica, a resposta terapêutica e as necessidades assistenciais de pacientes com TOD no contexto do SUS.

Declaração de Uso de Inteligência Artificial

Declara-se que, durante a elaboração deste trabalho, foi utilizada a ferramenta ChatGPT, da OpenAI, como apoio à revisão textual, organização de ideias, adequação da linguagem acadêmica, tradução do resumo para o inglês e discussão de aspectos relacionados à clareza e coerência do texto. A ferramenta não foi utilizada para coleta de dados, análise estatística, interpretação autônoma dos resultados ou tomada de decisões metodológicas. Todo o conteúdo gerado ou sugerido foi revisado criticamente pelas autoras, que assumem integral responsabilidade pela versão final do trabalho.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 46, n. 1, p. 126-141, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-5. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

BOYLAN, K.; VAILLANCOURT, T.; BOYLE, M.; SZATMARI, P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 16, n. 8, p. 484-494, 2007. DOI: 10.1007/s00787-007-0624-1.

COLLARES, S. F. *et al.* Systematic review and meta-analysis of weight gain and metabolic changes in children and adolescents using second-generation antipsychotics. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 251, art. 174012, 2025. DOI: 10.1016/j.pbb.2025.174012.

CORRÊA, A. L. G. P. *et al.* Transtorno opositor desafiador: uma revisão de literatura. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 6, p. 1234-1243, 2023.

DEMMER, D. H. *et al.* Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 45, n. 2, p. 313-325, 2017.

DI LUZIO, M. *et al.* Clinical features and comorbidity in very early-onset schizophrenia: a systematic review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, art. 1270799, 2023. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1270799.

EZPELETA, L. *et al.* First incidence, age of onset, outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant disorder: a cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 3, e022493, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022493.

FADUS, M. C. *et al.* Unconscious bias and the diagnosis of disruptive behavior disorders and ADHD in African American and Hispanic youth. **Academic Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 95-102, 2020. DOI: 10.1007/s40596-019-01127-6.

FAHRENDORFF, A. M. *et al.* Psychiatric comorbidity in patients with pediatric bipolar disorder: a systematic review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 148, n. 2, p. 110-132, 2023. DOI: 10.1111/acps.13548.

FRAGUAS, D. *et al.* Efficacy and safety of second-generation antipsychotics in children and adolescents with psychotic and bipolar spectrum disorders: comprehensive review of prospective head-to-head and placebo-controlled comparisons. **European Neuropsychopharmacology**, v. 21, n. 8, p. 621-645, 2011. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2010.07.002.

FRAIRE, M. G.; OLLENDICK, T. H. Anxiety and oppositional defiant disorder: a transdiagnostic conceptualization. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 2, p. 229-240, 2013. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.11.004.

GOMEZ, R. *et al.* Network analyses of oppositional defiant disorder (ODD) symptoms in children. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, art. 263, 2022.

GRANERO, R.; LOUWAARS, L.; EZPELETA, L. Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: parenting practices and executive functioning as mediating variables. **Frontiers in Psychology**, v. 6, art. 1412, 2015. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01412.

HAWES, D. J. *et al.* Oppositional defiant disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 9, n. 1, art. 31, 2023. DOI: 10.1038/s41572-023-00441-6.

KAUR, M.; FLOYD, A.; BALTA, A. M. Oppositional defiant disorder: evidence-based review of behavioral treatment programs. **Annals of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 44-58, 2022. DOI: 10.12788/acp.0056.

LIN, X. *et al.* A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 17, art. 10866, 2022.

MARS, J. A.; AGGARWAL, A.; MARWAHA, R. Oppositional defiant disorder. In: **StatPearls**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557443/>. Acesso em: 5 jan. 2026.

MAYES, S. D.; PARDEJ, S. K.; WASCHBUSCH, D. A. Oppositional defiant disorder in autism and ADHD. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 55, n. 11, p. 4092-4105, 2025. DOI: 10.1007/s10803-024-06437-9.

NJARDVIK, U. *et al.* Prevalence of comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with ADHD: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 118, art. 102571, 2025. DOI: 10.1016/j.cpr.2025.102571.

PRINGSHEIM, T. *et al.* The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 2, p. 52-61, 2015. DOI: 10.1177/070674371506000203.

ROJO-MORENO, L. *et al.* Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. **Psychiatry Research**, v. 227, n. 1, p. 52-57, 2015. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.02.015.

SACCO, R. *et al.* A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 33, n.9, p. 2877-2894, 2024. DOI: 10.1007/s00787-022-02131-2.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SERRA-PINHEIRO, M. A. *et al.* Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 273-276, dez. 2004.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **DSM-5 changes**: implications for child serious emotional disturbance. Rockville: SAMHSA, 2016. Table 18, DSM-IV to DSM-5 oppositional defiant disorder

comparison. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t14/>. Acesso em: 5 jan. 2026.

TURAL HESAPÇIOĞLU, S. *et al.* Psychiatric comorbidities of mild intellectual disability in children and adolescents in a clinical setting. **International Journal of Developmental Disabilities**, v. 67, n. 2, p. 151-157, 2021. DOI: 10.1080/20473869.2019.1634935.

WANG, P. *et al.* Associations between multilevel family factors and school-age children's oppositional defiant disorder symptoms: a developmental cascade model. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 2026. DOI: 10.1007/s00787-026-02975-y.

WOLRAICH, M. L. *et al.* Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, e20192528, 2019. DOI: 10.1542/peds.2019-2528.