

Fatores de exposição do Transtorno Opositor Desafiador: uma revisão de escopo

Oppositional Defiant Disorder exposure factors: a scoping review

Factores de exposición al trastorno de oposición desafiante: una revisión del alcance

Fernando Arruda de Castro Montenegro¹, Gabriel Fernandes de Carvalho², Gabriele Ralha Pinheiro³, Heloise de Oliveira Tavares⁴, João Lucas de Souza Silva⁵, Laila Resende Ribeiro⁶, Maria Eduarda Tavares Veras⁷, Mylena Etelvina de Macedo Alves⁸, Hugo Rafael de Souza e Silva⁹

1. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-7793-6620>
2. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-2356-5965>
3. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-3015-3732>
4. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-3386-6355>
5. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3762-0710>
6. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-7638-6971>
7. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0364-9473>
8. Medicina, Estudante de Medicina, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2738-1515>
9. Enfermeiro, graduado pela (FENSG/UPE), Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica pela (EPM/UNIFESP), Professor Universitário da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7958-2474>

Resumo

Objetivo. Realizar uma revisão de escopo acerca dos fatores de exposição do Transtorno Opositor Desafiador, investigando os fatores de risco e os fatores de proteção, no contexto mundial. **Método.** Utilizou-se a metodologia População, Contexto, Conceito (PCC) para nortear a elaboração da pergunta-problema, embasando a busca por artigos nas bases de dados PubMed, Embase, PsycNet e Scopus. Os artigos foram selecionados a partir dos operadores booleanos somados aos critérios de exclusão e inclusão, sendo, posteriormente, encaminhados para o processo de extração. **Resultados.** Após realizar o processo de seleção, 13 artigos foram selecionados seguindo os critérios de inclusão que foram apresentados na metodologia. Os artigos abordam sobre características que têm impactos favoráveis ao desenvolvimento do Transtorno Opositor Desafiador, como os fatores familiares, sociais e individuais. **Conclusão.** Diversos fatores, como familiares, sociais e situacionais, apresentaram impactos no desenvolvimento e manutenção do Transtorno Opositor Desafiador, necessitando de uma análise conjunta e dinâmica para compreender e acompanhar os indivíduos com a doença. Mais estudos são necessários para explorar outras influências e aumentar a base de conhecimentos sobre o tema.

Unitermos. Transtorno Opositor Desafiador; TOD; Fatores de exposição; Fator de risco; Fator de proteção

Abstract

Objective. To conduct a scoping review of the exposure factors of Oppositional Defiant Disorder, investigating risk factors and protective factors in a global context. **Method.** The Population, Context, Concept (PCC) methodology was used to guide the formulation of the research question, underpinning the search for articles in the PubMed, Embase, PsycNet, and Scopus databases. Articles were selected using Boolean operators combined with exclusion and inclusion criteria and were subsequently forwarded for the extraction process. **Results.** After the selection process, 13 articles were selected according to the inclusion criteria presented in the methodology. The articles address characteristics that have favorable impacts on the development of Oppositional Defiant Disorder, such as familial, social, and individual factors. **Conclusion.** Several factors, such as familial, social, and situational, have reported impacts on the development and maintenance of Oppositional Defiant Disorder, requiring joint and dynamic analysis to understand and monitor individuals with the disorder. Further studies are necessary to explore other influences and increase the knowledge base on the subject. **Keywords.** Oppositional Defiant Disorder; ODD; Exposure factors; Risk factor; Protection factor

Resumen

Objetivo. Realizar una revisión de alcance sobre los factores de exposición del Trastorno de Oposición Desafiante, investigando los factores de riesgo y los factores de protección en el contexto mundial. **Método.** Se utilizó la metodología Población, Contexto, Concepto (PCC) para guiar la elaboración de la pregunta de investigación, fundamentando la búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, Embase, PsycNet y Scopus. Los artículos fueron seleccionados a partir de operadores booleanos sumados a los criterios de exclusión e inclusión, siendo posteriormente enviados al proceso de extracción. **Resultados.** Tras realizar el proceso de selección, 13 artículos fueron seleccionados siguiendo los criterios de inclusión presentados en la metodología. Los artículos abordan características que tienen impactos favorables en el desarrollo del Trastorno de Oposición Desafiante, como los factores familiares, sociales e individuales. **Conclusión.** Diversos factores, como familiares, sociales y situacionales, presentaron impactos en el desarrollo y mantenimiento del Trastorno de Oposición Desafiante, requiriendo un análisis conjunto y dinámico para comprender y acompañar a los individuos con la enfermedad. Se necesitan más estudios para explorar otras influencias y aumentar la base de conocimientos sobre el tema. **Palabras clave.** Trastorno de oposición desafiante; TOD; Factores de exposición; Factor de riesgo; Factor de protección

Trabalho realizado na Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 31/07/2024

Aceito em: 03/04/2025

Endereço de correspondência: Fernando AC Montenegro. Rua Dom Vital 78, Apto 201. CEP 54420-190. Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. Email: fernando.acmontenegro@upe.br

INTRODUÇÃO

O Transtorno Opositor Desafiador (TOD) é um transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta caracterizado pela presença de um padrão de humor raivoso ou irritável, de comportamento questionador, desafiante ou índole vingativa, causando sofrimento para o indivíduo ou para os outros, que aparece, geralmente, no período pré-escolar, mas pode também se apresentar em outros estágios

do desenvolvimento, como na adolescência^{1,2}. Devido às características de falta de regulação, tanto emocional como comportamental, presente no transtorno, o indivíduo pode ter seu funcionamento social prejudicado, visto que suas relações sociais são, normalmente, marcadas por atitudes conflituosas com seus pares ou figuras de autoridade³.

A prevalência do Transtorno Opositor Desafiante varia de 1% a 11%, com média de 3,3%, e pode variar de acordo com o sexo e a idade³.

Os fatores de risco para o TOD são: fator temperamental, no qual o indivíduo não consegue controlar suas emoções, fatores ambientais e fatores genéticos ou fisiológicos, os quais ainda não foram completamente esclarecidos³. No que tange aos fatores ambientais, relações familiares conflituosas são importantes no desenvolvimento da criança e podem contribuir para o desenvolvimento do TOD¹, além dos fatores ambientais terem elevada influência na expressão dos fatores biológicos^{4,5}. Já em relação aos fatores genéticos e fisiológicos, as alterações nos níveis de hormônios andrógenos adrenais, cortisol e baixa frequência cardíaca poderiam estar associados com uma hipoativação do sistema nervoso autônomo, além de apresentarem hiperestimulação dos receptores serotoninérgicos⁴. Ademais, alterações do córtex pré-frontal e amígdala, da transmissão nervosa e hormonal e do desenvolvimento do sistema empático colaboram para a ocorrência do TOD¹.

Diante do exposto, percebe-se que o TOD é responsável por diminuir a qualidade de vida dos indivíduos acometidos

e das pessoas próximas a eles, mas ainda não tem sua etiologia totalmente esclarecida, o que permite apenas que sejam tratados seus sintomas e não suas causas. Por isso, o presente estudo objetiva compreender os fatores de exposição do TOD, investigando os fatores de risco e os fatores de proteção da doença, no contexto mundial.

Dessa forma, a revisão de escopo aspira sintetizar os diferentes dados, encontrando os pontos em comum e as singularidades de cada estudo em relação a esses fatores, preenchendo as lacunas da literatura e fazendo implicações para a prática médica.

MÉTODO

Este estudo se trata de uma revisão de escopo, visando sintetizar evidências e avaliar o escopo da literatura sobre os fatores de exposição do TOD. Essa revisão seguiu as diretrizes propostas pelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Review*), o qual consiste em um documento com 20 itens essenciais de relatório a serem incluídos ao concluir uma revisão de escopo⁶.

Foi utilizada a estratégia PCC (População, Contexto e Conceito) para a elaboração da questão norteadora, a qual resultou no seguinte questionamento: "Quais os fatores de exposição para o diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador (TOD) em crianças e adolescentes?".

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2013 e 2024, artigos que citam fatores de exposição de TOD, artigos escritos em inglês ou português, artigos que relacionam o TOD a crianças e adolescentes.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão previamente definidos foram: artigos que, apesar de apresentarem, em sua estrutura, alguns dos descritores, não correspondiam ao objetivo desta revisão e artigos em que não há acesso aberto.

Estratégia de Busca

Para a estratégia de busca, procedeu-se à verificação dos termos de busca nos *MESH terms*, em seguida foram selecionados os seguintes *Mesh Terms*: diagnosis, prevalence, risk factors, epidemiology, socioeconomic factors, family, school, environment, genetic, psychological, social. Portanto a estratégia final foi: "(\"Oppositional Defiant Disorder\" OR \"ODD\") AND (\"children\" OR \"adolescents\") AND (\"diagnosis\" OR \"prevalence\" OR \"risk factors\" OR \"epidemiology\" OR \"socioeconomic factors\" OR \"family\" OR \"school\" OR \"environment\" OR \"genetic\" OR \"psychological\" OR \"social\")", restringindo Título e Resumo (Title/abstract).

As informações para esta revisão foram adquiridas por meio da pesquisa de artigos publicados nas bases PubMed, Embase, PsycNet e Scopus, visto que são bases de dados de referência para realização de pesquisa na saúde e possuem

vasta literatura sobre os temas relacionados a essa área do conhecimento. Foram incluídos 289 artigos na pré-seleção, 32 do PubMed, 153 da Embase, 41 da PsycNet, 63 do Scopus, dos quais 78 foram excluídos por serem duplicatas usando o programa Zotero, restando 245 artigos para a análise dos revisores.

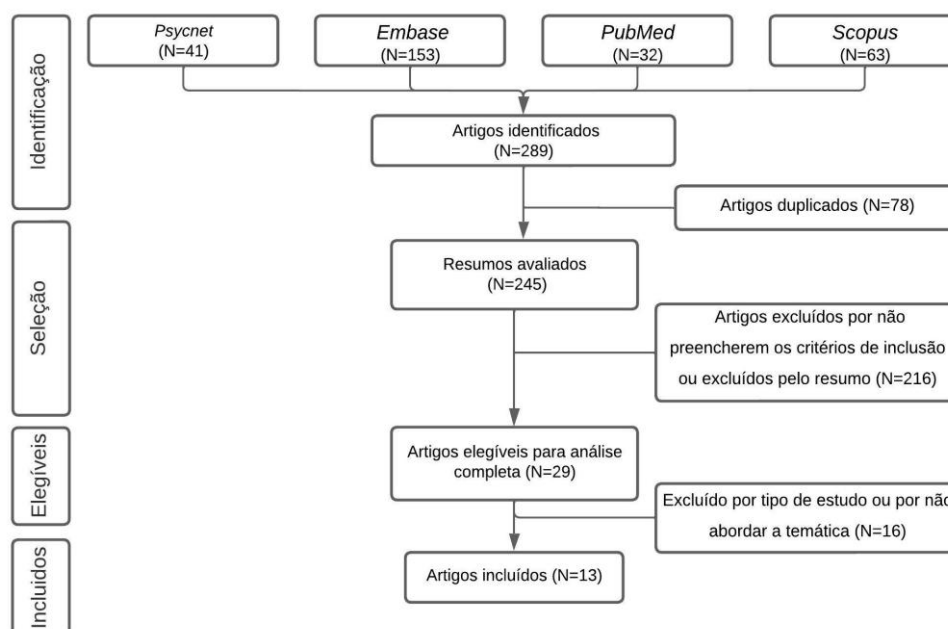
Seleção dos artigos

Para a seleção dos artigos foi utilizado o Rayyan como ferramenta para seleção duplo cega, na qual dois revisores fizeram a leitura do título e do resumo de cada artigo, visando identificar aqueles que divergiam completamente dos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Dos 245 artigos analisados, foram excluídos 216 e incluídos 11 pelos dois revisores, a escolha dos outros dois artigos apresentou divergência entre os dois revisores. Um terceiro revisor, fez a leitura completa dos artigos divergentes para eliminar as inconsistências existentes, somando-se mais dois artigos aos incluídos, após a leitura integral. Assim, após a seleção completa dos artigos, foram incluídos 13 nesse estudo (Figura 1).

Por fim, foi realizada a fase de extração de dados. Nessa fase, os revisores utilizaram um arquivo no formato de tabela, criado no software gratuito “Planilhas Google” no site <https://docs.google.com/spreadsheets/>, para a extração. Nessa tabela, apresentada na seção de resultados, constam os seguintes dados dos artigos selecionados: nome dos

autores e ano de publicação, objetivo, método, resultados e conclusões.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na pesquisa.



RESULTADOS

Após realizar o processo de seleção, 13 artigos⁷⁻¹⁹ (Tabela 1) foram selecionados seguindo os critérios de inclusão que foram apresentados na metodologia. Os artigos abordam sobre características que têm impactos favoráveis ao desenvolvimento do TOD, como os fatores familiares, sociais e individuais.

De início, em um estudo realizado, observou-se que a abordagem a partir de um contexto familiar é mais eficaz do que tratar a criança isoladamente, de modo que os fatores socioeconômicos e familiares foram considerados como

fatores de risco para o desenvolvimento do TOD em crianças, que são afetados por interações negativas ou inconsistentes entre pais e filhos, que contribuem para um aumento de sintomas do TOD⁷.

Tabela 1. Artigos selecionados do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Autores e ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Krieger <i>et al.</i> 2013 ⁹	Comparar o ajuste de diferentes modelos para dimensões de sintomas de oposição; examinar a associação de diagnósticos e sintomas psiquiátricos com dimensões de opositividade; e examinar as associações entre dimensões de oposição e história parental de transtornos mentais.	Uma amostra comunitária brasileira de 2.512 crianças de 6 a 12 anos de idade foi investigada. Análises fatoriais confirmatórias foram realizadas para comparar o ajuste de modelos alternativos, seguidas de análises de regressão linear e logística de associações com diagnóstico psiquiátrico e história parental de psicopatologia.	Um modelo de três fatores com dimensões irritável, teimoso e prejudicial se ajusta melhor. A dimensão irritável apresentou forte associação com distúrbios emocionais na criança ($p<0,001$) e histórico de depressão ($p<0,01$) e suicídio ($p<0,05$) na mãe. A dimensão obstinada foi associada exclusivamente ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) na criança ($p<0,001$) e à história materna de sintomas de TDAH ($p<0,05$). A dimensão prejudicial foi especificamente associada ao transtorno de conduta ($p<0,05$).	As descobertas apoiam uma distinção entre dimensões de oposicionalidade consistente com as recomendações atuais do DSM-5 e fornecem evidências adicionais para distinções etiológicas entre essas dimensões.
Li <i>et al.</i> 2017 ¹⁰	Investigar o envolvimento dos pais como moderador etiológico do TOD durante a segunda infância.	Condução de uma série de análises de interação "G latente por E medido", nas quais o envolvimento parental medido permitiu moderar influências ambientais genéticas, compartilhadas e não compartilhadas no TOD infantil. Os participantes incluem 1.027 pares de gêmeos (idade variando de 6 a 11 anos) do Registro de Gêmeos da Universidade Estadual de Michigan (MSUTR)	Os resultados sugeriram de fato que a etiologia do TOD varia com o envolvimento materno, de modo que a influência genética no TOD se tornou mais proeminente à medida que o envolvimento materno diminuiu. No entanto, estes resultados foram específicos das percepções das crianças sobre o envolvimento materno e não se estenderam às percepções maternas do seu envolvimento. Não houve evidência de que o envolvimento paterno moderou a etiologia do TOD, independentemente do informante.	Primeiro, as percepções das crianças sobre o envolvimento materno moderaram a etiologia do TOD, mas os relatos dos pais sobre o envolvimento não. Em segundo lugar, a natureza da moderação observada apoiou um modelo de diátese-estresse de interação gene-ambiente. Os resultados apoiam a noção de que o ambiente familiar inicial é importante para a compreensão do desenvolvimento do TOD; além disso, pode ser que as impressões idiossincráticas das crianças sobre esse ambiente sejam especialmente importantes.
Lin <i>et al.</i> 2019 ⁸	Investigar a associação entre a desregulação emocional dos pais, práticas parentais severas e regulação emocional infantil e os sintomas de TOD infantil e os sintomas depressivos concomitantes e os comportamentos agressivos.	A pesquisa foi realizada com crianças de escolas primárias da China continental. Primeiro, um termo de consentimento foi assinado pelos pais. Em seguida, foi enviado um questionário aos pais ou aos responsáveis das crianças participantes da pesquisa. As crianças responderam outro questionário na escola. Os professores responderam um questionário sobre atributos psicológicos ou desempenho das crianças. Em seguida, os dados foram analisados para entender a associação entre os fatores de risco familiares e os sintomas de TOD.	a desregulação emocional dos pais estava relacionada aos sintomas de TOD da criança em casa e aos sintomas depressivos indiretamente por meio de práticas parentais severas e da regulação emocional da criança. Práticas parentais severas foram relacionadas aos sintomas de TOD infantil em casa, direta e indiretamente, por meio da regulação emocional.	A desregulação emocional dos pais, o abuso emocional, o castigo corporal, a regulação emocional da criança, os sintomas depressivos da criança e os sintomas de TOD avaliados pelos pais foram significativamente intercorrelacionados. Os fatores citados foram considerados fatores de risco para desenvolvimento de TOD. A regulação emocional das crianças está ligada à regulação emocional dos pais. Destaca-se o papel protetor da regulação emocional infantil no aparecimento de sintomas depressivos em crianças com TOD que sofrem punição corporal. As intervenções para sintomas psicopatológicos infantis, como sintomas de TOD e sintomas depressivos, devem ter como alvo tanto os fatores de risco familiares quanto a regulação emocional.

Tabela 1(cont.). Artigos selecionados do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Autores e ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Murray <i>et al.</i> 2013 ¹¹	Analisar as evidências disponíveis sobre a prevalência e os fatores de risco para problemas de conduta no Brasil	Pesquisa de estudos que relatassem a prevalência ou fatores de risco para problemas de conduta, transtorno de conduta ou transtorno desafiador de oposição no Brasil até 05/2012. Os critérios de inclusão: estudo com, no mínimo, 100 crianças com até 18 anos de idade; estudos com crianças nas escolas, família, maternidades ou programas de saúde pública. As taxas de prevalência e as diferenças entre os sexos foram meta-analisadas. Os estudos dos fatores de risco foram revisados um por um.	Observou-se variação sistemática de acordo com as características metodológicas da pesquisa. Quando comparado com outros países, o Brasil apresentou taxas mais altas ou mais baixas de acordo com o método utilizado. Os principais fatores de risco associados a problemas de conduta não variaram entre o Brasil e outros países, sendo eles: comorbidade mental, problemas de saúde, fracasso escolar, baixa religiosidade, castigos e abusos físicos severos, problemas de saúde mental dos pais, famílias monoparentais e baixo nível socioeconômico, tabagismo materno durante a gravidez. Nem sempre os fatores de risco impactam mais meninos do que meninas.	Os fatores de risco associados a problemas de conduta foram semelhantes no Brasil e outros países., são eles: problemas de saúde mental infantil comórbidos, fracasso educacional (repetição de ano letivo), baixa religiosidade, castigo físico severo e abuso, problemas de saúde mental dos pais, família monoparental, e baixo status socioeconômico familiar. Em contextos de extrema pobreza e violência como o Brasil, as influências ambientais anulam os efeitos de outros fatores individuais/biológicos que causam diferenças de sexo em outros contextos, isso explicaria a falta de diferença entre as taxas de meninos e meninas no Brasil. A desnutrição aos 3 anos de idade foi preditiva de problemas de conduta aos 11 e 18 anos, independentemente da adversidade psicossocial em um estudo de Coorte feito nas Maurícias, mas precisa de mais estudos sobre isso, principalmente no Brasil.
Lavigne <i>et al.</i> 2019 ¹²	Nossa habilidade de prever quais crianças exibirão TOD no momento da entrada na escola primária aos 6 anos fica aquém de nossa compreensão dos fatores de risco para o TOD. Este estudo examinou o quão bem um conjunto de fatores de risco multi-domínio para o TOD, avaliado em crianças de 4 anos, previu o status diagnóstico de TOD aos 6 anos de idade.	Crianças e seus pais foram acompanhados dos 4 aos 6 anos de idade. Para este relatório, as medidas preditoras foram realizadas quando a criança tinha 4 anos, e o diagnóstico de TOD foi baseado na avaliação aos 6 anos, quando a maioria das crianças estava na primeira série. Crianças (N=796) e seus pais foram recrutados de 13 programas pré-escolares das Escolas Públicas de Chicago e 23 clínicas pediátricas de atenção primária no Condado de Cook, Illinois. Todas as crianças incluídas no estudo eram: (a) tinham 4 anos na inscrição; (b) falavam inglês ou espanhol; (c) moravam com os pais há 6 meses ou mais; (d) obtiveram uma pontuação padrão no Teste de Vocabulário por Imagens Peabody ≥ 70 ; e (e) não atendiam aos critérios para Transtorno do Espectro Autista.	A Força do Efeito para Sensibilidade (ESS), uma medida de precisão de classificação, indicou que um modelo multi-domínio que inclui uma medida geral de sintomas de TOD aos 4 anos produziu um efeito grande (56,29%), um aumento de 13,7% em relação ao ESS do modelo parcimonioso (ESS=42,9%). O ESS (51,23%) para um modelo que inclui duas dimensões de TOD (comportamento e afeto negativo) foi menor do que o do modelo que inclui uma medida geral de sintomas de TOD.	A abordagem Análise de Árvore de Classificação (CTA - <i>Classification Tree Analysis</i>) mostrou uma pequena, mas distinta vantagem que seria útil na triagem para identificar quais crianças provavelmente preencheriam os critérios para o TOD aos 6 anos de idade.

Tabela 1(cont.). Artigos selecionados do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Autores e ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Azeredo et al. 2018 ¹³	Esta revisão tem como objetivo analisar as relações entre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), TOD e Transtorno de Conduta (TC), especialmente no que diz respeito à importância relativa de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento desses transtornos.	Os estudos foram identificados por meio de uma busca em múltiplas bases de dados no <i>EBSCOhost</i>, incluindo <i>Education Source</i>, MEDLINE with Full Text, <i>PsycInfo</i>, <i>Academic Search Complete</i> e <i>PsycArticles</i>. Para evitar viés de relato, essas buscas foram complementadas por uma busca manual. As palavras-chave para a busca foram: TI (ADHD OU Hyperactiv* OU hyperkinetic OU "attention-deficit") E AB (Antiso* OU "Oppositional Defiant" OU "Conduct Disorder*") E AB (gene* E environ*). A busca não foi restrita por fatores geográficos, temporais ou linguísticos. Como sugerido pela iniciativa Cochrane Collaboration, a seleção dos estudos para elegibilidade e extração de dados foi conduzida por dois revisores independentes, a fim de reduzir a probabilidade de perder qualquer estudo e minimizar erros de classificação. O índice de concordância no processo de seleção dos estudos foi avaliado pelo Kappa de Cohen e revelou uma concordância quase perfeita, K=0,936, p<0,001. Desacordos entre os revisores foram discutidos e resolvidos por consenso. Apenas estudos empíricos que relacionavam pelo menos dois dos três transtornos (TDAH, TC, TOD) foram incluídos, e todos os estudos que (a) abordavam apenas um transtorno ou (b) relacionavam os transtornos com condições diferentes de um desses três foram excluídos. Revisões, ensaios teóricos e estudos de caso também foram excluídos. Um total de 279 estudos, publicados entre 1985 e 2017, foram identificados a partir de todas as bases de dados e métodos de busca. Cento e setenta e dois duplicados foram excluídos. Os resumos dos 107 estudos restantes foram avaliados e, desses, nove foram incluídos: dois do MEDLINE with Full Text, três do <i>Academic Search Complete</i>, dois do <i>Education Source</i>, um do <i>PsycInfo</i> e um do <i>PsycArticles</i>. Além disso, oito estudos da busca manual foram incluídos. A metodologia de gêmeos foi adotada na maioria dos estudos que foram retidos para revisão (70,5%).	TD e TOD estão relacionados em suas manifestações comportamentais. Crianças com diagnóstico de TD frequentemente exibem alguns comportamentos de TOD, sugerindo assim que podem compartilhar uma relação desenvolvimental. A correlação genética entre os transtornos é de 0,52 (IC 95% 0,18–1,00), o que significa que as influências genéticas em TC representam 27% da variação genética em TOD. As correlações ambientais compartilhadas obtiveram um resultado de 0,28, e as correlações ambientais não compartilhadas obtiveram um resultado de 0,03. Nesta análise da associação entre sintomas de TD e TOD, concluíram que todas as influências genéticas podem ser compartilhadas, enquanto os efeitos ambientais parecem ser específicos para cada transtorno. A covariação entre TDAH, TOD e TC é atribuída principalmente a influências genéticas e, em menor grau (19%), aos efeitos do ambiente não compartilhado, sem dados significativos sobre os efeitos do ambiente compartilhado.	Em relação à comorbidade entre TC, TOD e TDAH, a literatura existente parece ser suficientemente consistente para concluir que pode ser atribuída principalmente à influência genética e aos efeitos do ambiente único. Também parece haver literatura suficiente para afirmar que crianças com TDAH têm uma predisposição a manifestar comportamentos comuns ao TOD e TC, incluindo o comportamento antissocial que essas crianças frequentemente exibem. No TDAH, em geral, há uma prevalência de meninos em comparação com meninas. Curiosamente, a herdabilidade do comportamento de TOD e TDAH é menor entre gêmeos que não compartilham a mesma sala de aula, o que sugere que algumas das diferenças comportamentais são atribuíveis às diferenças nos ambientes das salas de aula. O fato de as crianças serem ensinadas por diferentes professores, com diferentes regras e métodos, e terem diferentes colegas, contribui para as diferenças observadas. Fatores ambientais que influenciam TC e TOD são problemas de álcool e drogas dos pais, histórico anterior de crimes dos pais, depressão materna e desordens familiares. Portanto, esses transtornos parecem ser influenciados em nível genético, aumentando a tendência para a externalização em ambos os transtornos, bem como em nível ambiental, à medida que a manifestação dos sintomas dos transtornos varia de acordo com o contexto em que as crianças estão inseridas e a forma como são educadas. A literatura revisada também relata achados interessantes para explicar a comorbidade entre os transtornos aqui analisados. Por exemplo, os sintomas de TDAH podem afetar o ambiente familiar no sentido de que, por sua vez, predis põem ao desenvolvimento de manifestações comportamentais de TOD.

Tabela 1(cont.). Artigos selecionados do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Autores e ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Lin <i>et al.</i> 2022 ⁷	Descrever os mecanismos subjacentes ao caminho dos fatores familiares nos sintomas psicopatológicos do TOD. Entender o desenvolvimento do TOD e ajudar no desenvolvimento de estratégias educacionais eficazes baseadas na família para esse transtorno.	Foram feitos estudos longitudinais. Para isso, foi realizada uma pesquisa sistemática nos bancos de dados com maior relevância, com busca na literatura no <i>ProQuest</i> , <i>Google Scholar</i> e <i>Web of Science</i> , com os termos “ODD / oppositional defiant disorder / oppositional defiant disorder symptoms” para todos os artigos publicados entre os anos 2000 e 2020. Também foram analisadas as citações relacionadas ao conteúdo dos artigos, obtendo 4246 artigos no total. Destes, 1302 possuíam associações de interesse. Uma dupla independente selecionou os artigos utilizando sete critérios de inclusão, encontrando 62 artigos elegíveis para o estudo.	Foi observado que abordagem em um contexto familiar é mais eficaz do que tratar a criança isoladamente, de modo que os fatores foram divididos em níveis que tem ampla relação entre si. Nível sistêmico - baixo status socioeconômico e alta disfunção familiar foram identificados como fatores de risco significativos para o desenvolvimento de TOD em crianças; Nível diádico - altos níveis de conflito conjugal e interações negativas ou inconsistentes entre pais e filhos foram associados a um aumento nos sintomas de TOD; Nível individual - psicopatologia parental, práticas parentais negativas e as características temperamentais ou emocionais da criança contribuem para o desenvolvimento do TOD.	A revisão se concentrou nos papéis dos fatores de risco familiares na etiologia, manutenção e desenvolvimento dos sintomas de TOD em crianças. Esses fatores incluem baixo status socioeconômico, disfunção familiar, conflito conjugal, relações problemáticas entre pais e filhos, psicopatologia e estilo de atribuição negativa dos pais, além de temperamento difícil e desregulação emocional das crianças. A interação entre esses fatores foi destacada como crucial para o desenvolvimento dos sintomas de TOD. A revisão sugere que intervenções e orientações educacionais devem considerar os efeitos dinâmicos e interativos desses fatores, bem como os preditores iniciais e mediadores dos sintomas, em vez de focar apenas nos fatores individuais da criança.
Zhang <i>et al.</i> 2023 ¹⁴	Explorar como os fatores familiares em vários níveis influenciam os sintomas do TOD e, crianças migrantes chinesas. Visa entender a interconexão entre diferentes fatores familiares e os sintomas de TOD para oferecer uma visão mais holística e detalhada do impacto familiar no desenvolvimento e manutenção desses sintomas.	O estudo coletou dados por meio de questionários padronizados e avaliações psicológicas de crianças e seus pais. Os dados foram analisados usando técnicas de análise de rede para identificar como diferentes fatores familiares se interconectam e contribuem para a presença e severidade dos sintomas de TOD. Foram recrutados pais e crianças migrantes entre 2013 e 2014. As crianças foram recrutadas de 10 escolas primárias em Pequim, sendo 7 públicas e 3 privadas. Também foram convidados um professor de psicologia escolar, um pesquisador clínico de psicologia e o professor da turma, que avaliaram ainda mais os sintomas de TOD da criança de acordo com DSM-IV. Para conduzir o estudo, o Conselho de Revisão Institucional da Universidade Normal de Pequim, na China, aprovou a pesquisa Protocolo, incluindo o procedimento de consentimento. O estudo foi aprovado pelos conselhos escolares e os formulários de consentimento foram obtidos de pais e filhos antes do início formal do estudo. Os participantes incluíram 718 crianças migrantes chinesas - 440 meninos e 278 meninas -, com idades entre 7 e 14 anos, e seus pais. Destas, 243 crianças nasceram em Pequim, enquanto 468 não, e 7 não foram informados.	O estudo apontou importantes relações entre os sintomas do TOD e os fatores familiares, em diferentes níveis, em crianças migrantes chinesas, destacando conflitos entre os pais, alto estresse familiar e práticas parentais negativas. A pesquisa demonstra a necessidade de que as intervenções considerem os múltiplos níveis de influência familiar para reduzir os sintomas de TOD em crianças migrantes.	O estudo visualiza e quantifica a complexa rede de relações entre os fatores familiares e fornece uma visão abrangente das múltiplas influências familiares no TOD, concluindo que os sintomas do TOD em crianças migrantes chinesas estão fortemente relacionados a uma rede complexa de fatores, em vez de agentes isolados. Os fatores incluem aspectos individuais, diádicos e sistêmicos da dinâmica familiar. O artigo ressalta a importância de considerar os diversos fatores e suas interações dinâmicas no desenvolvimento de intervenções para tratar os sintomas de TOD. Também enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada e holística para entender e abordar o problema.

Tabela 1(cont.). Artigos selecionados do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Autores e ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Lavigne et al. 2014 ¹⁵	Observar como múltiplos fatores - o contexto, os pais, a paternidade/maternidade e os fatores da criança - enfrentados pelas crianças com 4 e 5 anos de idade podem influenciar nos sintomas de TOD aos 6 anos.	Foi realizado um estudo longitudinal com crianças de 4 a 6 anos. Ao todo, 796 crianças foram recrutadas de 23 clínicas pediátricas de primeiro cuidado e de 13 programas de pré-escola de escolas públicas de Chicago em uma tentativa de alcançar a mesma distribuição étnica e racial presente no condado de Cook em Illinois. Como pré-requisitos, as crianças precisam viver com os pais há no mínimo 6 meses e ter obtido pontuação acima de 70 no teste de vocabulário por imagens da <i>Peabody</i> . Ao final da seleção, 626 crianças e famílias participaram do programa e da coleta de dados que aconteceram em 3 momentos. Os dados foram coletados através de estudos anteriores e de entrevistas e relatórios preenchidos pelos pais das crianças presentes no estudo conduzido. Depois, marcaram-se visitas domiciliares com as famílias, essas que foram repetidas em intervalos de 1 e 2 anos.	Os dados obtidos por esse estudo demonstraram que múltiplos fatores influenciam no desenvolvimento de TOD em crianças entre 5 e 6 anos de idade. Apesar disso, notou-se que a influência de um determinado fator é diminuída caso esse seja analisado individualmente, de modo que uma análise multifatorial foi mais significativa e mais precisa. Outros aspectos que foram importantes para o progresso de TOD foram a idade, a qual as crianças foram expostas aos fatores, e a estabilidade dos sintomas ao longo do tempo. Dessa forma, crianças menores foram mais afetadas pelos fatores e desenvolveram mais sintomas de TOD quando comparadas às crianças de 5 anos expostas às mesmas condições. Além disso, crianças com maior estabilidade dos sintomas ao longo do tempo foram menos influenciadas por esses aspectos que crianças com histórico mais instável.	Esse artigo buscou realizar um estudo longitudinal com múltiplos domínios e níveis para analisar a influência de múltiplos fatores no desenvolvimento de TOD em crianças com 6 anos de idade. Foi possível observar que os efeitos de um único fator de risco analisado de maneira separada e individualizada não são muito relevantes. Por isso, conclui-se que medidas de prevenção e tratamento para esse transtorno não devem ser restritas a apenas um fator de risco, necessitando de um olhar e de uma intervenção mais abrangente para alcançar resultados efetivos.
Lin et al. 2015 ¹⁶	Explicar os diferentes papéis dos aspectos familiares para o aparecimento de sintomas de TOD nas crianças chinesas, analisando o contexto familiar como um todo, a interação entre os pais e a criança e, ainda, os aspectos individuais da criança como a regulação emocional.	Os dados foram coletados a partir de um amplo projeto de pesquisa realizado com crianças e famílias identificadas com TOD recrutadas entre os anos 2013 e 2014 em 14 escolas primárias de Beijing, da província de Shandong e da província de Yunnan. 360 crianças com sintomas de TOD foram nomeadas pelos professores de turmas de primeira a sexta série dessas escolas com base no Manual Estatístico e Diagnóstico de Distúrbios Mentais (DSM-IVR; APA, 2000). Após, essas crianças foram submetidas a entrevistas com 2 psicólogos clínicos para confirmação do diagnóstico seguindo uma lista de requisitos como a exibição de 4 ou mais sintomas de TOD de forma frequente, a persistência desses sintomas por 6 meses ou mais e a existência de prejuízos em domínios psicossociais. Apenas crianças selecionadas concomitantemente pelos 2 psicólogos foram escolhidas, de maneira que, ao final, 305 crianças foram consideradas aptas para o estudo. Posteriormente, foram enviados termos de consentimento às famílias e relatórios de coleta de dados, chegando a um total de 259 crianças e famílias que completaram essas medidas.	Com esse estudo foi possível perceber uma relação direta entre a capacidade infantil de regulação emocional e o desenvolvimento de sintomas de TOD na primeira infância, de modo que aqueles fatores que afetaram direta ou indiretamente este também influenciou no aparecimento dos sintomas. Assim, fatores como a coesão e adaptabilidade familiar e a relação familiar entre pais e filhos influenciaram indiretamente ao afetar a capacidade da criança em controlar as emoções. Apesar disso, não foi possível detectar relações entre as características do relacionamento conjugal e a capacidade de regulação emocional materna/paterna no desenvolvimento de TOD.	O estudo analisou como diferentes fatores influenciam no desenvolvimento e manutenção de sintomas de TOD em crianças chinesas. Para isso, observou-se a importância de analisar e entender os problemas emocionais e de comportamento delas a partir de uma investigação multifatorial das relações familiares que essas estão inseridas. Dessa forma, os dados coletados demonstraram que para elaborar intervenções para essas crianças com TOD é necessário considerar o ambiente familiar, as características dos pais e da criança, de coesão e adaptabilidade familiar e a capacidade de regulação emocional dos pais e da criança, de modo que essas estratégias devem refletir tanto os preditores iniciais dos sintomas de TOD quanto os mediadores e os resultados relacionados.

Tabela 1(cont.). Artigos selecionados do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Autores e ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Chen <i>et al.</i> 2020 ¹⁷	o presente estudo teve como objetivo explorar como os fatores familiares em três níveis estão ligados aos sintomas de TOD entre as crianças chinesas. sintomas de TOD entre crianças chinesas. Especificamente, incluímos violência familiar como um fator de nível completo no sistema familiar, alienação parental como um fator de nível diádico no sistema familiar e o ER infantil como um fator de nível individual no sistema familiar.	Os participantes do presente estudo foram recrutados em 14 escolas de ensino fundamental escolas primárias da China continental, incluindo Pequim, província de Yunnan e província de Shandong. Os dados foram extraídos de uma pesquisa sobre TOD em crianças, entre 2013 e 2014. Os consentimentos informados foram assinados pelos professores mestres das turmas, pelas crianças participantes e por um dos pais de cada criança participante. Após a assinatura dos consentimentos informados, as escalas que deveriam ser preenchidas pelos pais foram entregues pelas crianças a seu pai/mãe.	Violência familiar, Labilidade/Negatividade, alienação parental e sintomas de TOD foram positivamente correlacionados entre si, porém negativamente correlacionados com a regulação da emoção.	o presente estudo primeiro avançou a literatura ao examinar a violência familiar como um fator de nível alienação parental como um fator de nível diádico e a regulação emocional infantil como um fator de nível individual no modelo teórico da violência familiar, emocional da criança como um fator de nível individual no modelo teórico dos sintomas de TOD. Em segundo lugar, o presente estudo contribuiu para estudos anteriores estudos anteriores ao explorar o papel de uma dimensão específica do relacionamento entre pais e filhos alienação parental, que se mostrou um mediador entre a violência familiar e o TOD.
He <i>et al.</i> 2023 ¹⁸	O presente estudo examina as associações entre fatores familiares de vários níveis (ou seja, coesão/adaptabilidade familiar em nível sistêmico, apego entre mãe e filho e pai-filho em um nível diádico e autoestima da criança em um nível individual) e problemas emocionais e comportamentais entre crianças com TOD na China.	Houve seis etapas principais no processo de recrutamento. Primeiro, obter o consentimento informado das escolas. Segundo, para obter o consentimento informado dos professores mestres de turma. Foi pedido aos psicólogos da escola que enviassem convites para a pesquisa e formulários de consentimento informado aos professores da primeira à quinta série. Terceiro, a indicação. Foi solicitado a esses 187 professores mestres de classe que indicassem as crianças que poderiam ter sintomas de TOD em suas turmas. Quarto, confirmação. Dois psicólogos clínicos da equipe de pesquisa entrevistaram cada professor mestre de classe participante para confirmar a precisão da indicação. Em quinto lugar, para obter o consentimento informado dos pais. Por fim, foi solicitado a essas 282 crianças que encaminhassem um pacote contendo uma pesquisa com os pais para seu cuidador principal.	Coesão familiar/adaptabilidade, apego pai-filho, apego mãe-filho, autoestima da criança foram correlacionadas positivamente entre si e na direção hipotética (ps<0,01). (ps<0,01). Além disso, a coesão/adaptabilidade familiar, o apego pai-filho, pai-filho, apego mãe-filho e autoestima da criança foram negativamente associados à depressão infantil (ps<0,01). Entretanto, somente a autoestima da criança foi significativa e negativamente relacionada ao comportamento agressivo da criança (p<0,01). Além disso, as variáveis demográficas (ou seja, gênero das crianças, idade paterna, escolaridade paterna, idade materna, escolaridade materna e renda mensal familiar) foram relacionadas a várias das variáveis observadas. Assim, essas variáveis demográficas foram examinadas como covariáveis em análises de dados posteriores.	Apesar dessas limitações, o presente estudo fundamentou e enriqueceu o modelo multinível de fatores modelo de fatores familiares multinível ao considerar os vínculos mãe-filho e pai-filho e a autoestima da criança concomitantemente. Os resultados do presente estudo contribuíram para nossa compreensão de como os fatores familiares de vários níveis se relacionam com os problemas emocionais e comportamentais e comportamentais de crianças com TOD.
Mohammadi <i>et al.</i> 2020 ¹⁹	O objetivo deste estudo foi apresentar a epidemiologia nacional dados biológicos que estimam a prevalência ao longo da vida, preditores sociodemográficos e comorbidade de TOD com outras condições entre crianças e adolescentes iranianos. Além disso, os padrões de comorbidade do TOD foram examinados de acordo com a idade e o sexo. Este estudo pode fornecer novas informações sobre TOD para pesquisadores, médicos e formuladores de políticas de saúde.	Os dados foram obtidos a partir da base de dados <i>National Epidemiology</i> das Perturbações Psiquiátricas da Criança e do Adolescente do Irão (IRCAP). Um inquérito domiciliário presencial com 30.532 crianças e adolescentes de língua persa com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos foi realizado em todas as 31 províncias do Irã, utilizando uma amostragem por conglomerados em várias fases. fase de amostragem por conglomerados. Um total de 1 000 crianças e adolescentes foram selecionados aleatoriamente de zonas urbanas e rurais em cada província do Irã, de acordo com os códigos postais. Foi selecionado aleatoriamente um total de 170 blocos. selecionados aleatoriamente. Foram selecionados seis participantes de cada bloco três de cada gênero de diferentes grupos etários (6-9, 10-14 e 15-18 anos).	Participaram neste inquérito 30 532 crianças e adolescentes neste inquérito, e 29 832 indivíduos responderam ao módulo TOD. Não foram observadas diferenças significativas diferenças significativas nos preditores sociodemográficos de TOD entre respondentes e não respondentes. entre respondentes e não respondentes. A prevalência de TOD ao longo da vida foi estimada em 3,9%. TOD foi estimada em 3,9%. De acordo com a análise univariada e multivariada, foram observadas diferenças significativas diferenças significativas nas características sociodemográficas dos TOD, incluindo sexo, idade, tipo de residência, escolaridade da mãe e história materna de TOD. escolaridade da mãe e histórico de internação psiquiátrica da mãe. O TOD foi significativamente menos prevalente entre as meninas do que entre os meninos, mais comum entre os jovens de 15 a 18 anos do que entre os de 6 a 9 anos.	Esse estudo foi representativo em nível nacional, abrangeu uma faixa etária extensa em ambos os gêneros e apresentou resultados sobre comorbidades separadamente para grupos específicos de idade e gênero grupos específicos de crianças e adolescentes. Os resultados confirmaram e ampliaram os relatórios anteriores. Foi observada uma prevalência de TOD prevalência de TOD ao longo da vida de 3,9%, sendo significativamente mais comum em meninos do que em meninas. Entretanto, as diferenças de gênero diferenças de gênero no TOD não são consideradas semelhantes às do de conduta ou TDAH.

A partir de uma outra análise realizada, demonstrou-se que Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e TOD estão relacionados em suas manifestações comportamentais. Crianças com diagnóstico de TDAH frequentemente exibem alguns comportamentos de TOD, sugerindo assim que podem compartilhar uma relação desenvolvimental, todas as influências genéticas podem ser compartilhadas, enquanto os efeitos ambientais parecem ser específicos para cada transtorno¹³. Assim, é possível constatar que os modelos que utilizam medidas mais gerais para a identificação de sinais associados ao TOD tem uma maior capacidade de capturar e integrar informações que são mais amplas sobre os devidos sintomas do transtorno¹².

Desse modo, um estudo chinês apontou importantes relações significativas entre os sintomas do TOD e os fatores familiares, em diferentes níveis, em crianças migrantes chinesas, destacando conflitos entre os pais, alto estresse familiar e práticas parentais negativas. A pesquisa demonstra, portanto, a necessidade de que as intervenções considerem os múltiplos níveis de influência familiar para reduzir os sintomas de TOD em crianças migrantes¹⁴.

Ademais, é inerente observar que os principais fatores de risco associados a problemas de conduta não variaram entre o Brasil e outros países, sendo eles: comorbidade mental, problemas de saúde, fracasso escolar, baixa religiosidade, castigos e abusos físicos severos, problemas de saúde mental dos pais, famílias monoparentais e baixo nível socioeconômico¹¹. Além disso, é importante ressaltar

que nem sempre os fatores de risco impactam mais o sexo masculino do que o feminino, não foram observadas diferenças significativas entre sintomas e influências entre meninos e meninas com TOD²⁰. De outro modo, foi possível concluir que o TOD foi significativamente menos prevalente entre as meninas do que entre os meninos, comum entre os jovens de 15 a 18 anos do que entre as crianças de seis a nove anos¹⁹.

Outrossim, os resultados entre os fatores relacionados ao contexto em que a criança está inserida, aqueles com menores condições socioeconômicas e com aumento de conflitos durante quatro e cinco anos, apresentaram mais sintomas de TOD aos seis anos. Assim, famílias com maiores condições socioeconômicas apresentaram um aumento dessas habilidades durante a primeira infância, de modo que aos seis anos, as crianças apresentaram mais sintomas de TOD. No que tange o estresse parental, aquelas crianças que conviveram com maiores níveis de depressão parental aos quatro anos, tiveram níveis aumentados de afeto negativo aos cinco e mais sintomas de TOD aos seis anos. Ao analisarem o quesito de fatores relacionados à paternidade/maternidade, tanto a hostilidade parental quanto o suporte parental apresentaram efeitos. Além disso, foi analisado que esses mesmos fatores não afetaram de forma tão efetiva o aparecimento de sintomas de TOD aos seis anos de idade¹².

Ao analisar o aspecto de coesão e adaptabilidade da família em um estudo transversal observou que esse está

indiretamente associado com sintomas de TOD por fatores como o relacionamento entre pais e filhos unicamente, ou pela combinação entre o relacionamento de pais e filhos com a regulação emocional infantil. Foi possível analisar que o relacionamento pais-filhos afeta indiretamente a sintomatologia do TOD ao influenciar na regulação emocional infantil. Dessa forma, percebeu-se que, sozinho, esse aspecto não tem muita expressão na influência dos sintomas de TOD nas crianças, mas ele influencia em fatores que estão diretamente relacionados como a regulação emocional infantil, a qualidade da relação conjugal e da relação pais-filhos⁷.

Ademais, uma análise descritiva demonstrou que a desregulação emocional dos pais estava relacionada aos sintomas de TOD da criança em casa e aos sintomas depressivos indiretamente por meio de práticas parentais severas e da regulação emocional da criança²⁰.

Nesse sentido, de acordo com a coesão e adaptabilidade familiar, o apego pai-filho, apego mãe-filho e autoestima da criança foram negativamente associados à depressão infantil. Entretanto, somente a autoestima da criança foi significativa e negativamente relacionada ao comportamento agressivo da criança. Além disso, as variáveis demográficas, ou seja, gênero das crianças, idade paterna, escolaridade paterna, idade materna, escolaridade materna e renda mensal familiar, foram relacionadas a várias das variáveis observadas¹⁸. Do mesmo modo, constata-se que Violência familiar, Labilidade e Negatividade, alienação parental e

sintomas de TOD foram positivamente correlacionados entre si, porém negativamente correlacionados com a regulação da emoção¹⁷.

DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo indicaram que múltiplos fatores, tanto relacionados à estrutura familiar quanto às características individuais, estão associados ao TOD. Observamos que a instabilidade familiar, caracterizada por conflitos frequentes e ausência de uma figura parental consistente, estava fortemente correlacionada com a presença do TOD. Além disso, características individuais da criança, como autoestima, também mostraram uma relação significativa com o desenvolvimento do transtorno. Esses achados respondem diretamente ao objetivo da pesquisa, confirmando a hipótese de que tanto fatores familiares quanto individuais desempenham um papel crucial na etiologia do TOD.

Principais fatores de exposição encontrados

Foram encontrados importantes fatores de exposição, e os principais apontados foram: apego entre a criança e os pais, problemas emocionais dos pais, práticas parentais negativas, baixo status socioeconômico, baixa autoestima e dificuldade de regulação emocional.

O presente estudo observou que o apego seguro com a mãe é crucial para o desenvolvimento psicológico da criança, sendo mais significativo que o apego entre pai e criança¹⁸.

Outro achado consistente relatou que crianças com apego menos seguro aos seus cuidadores aos quatro anos são mais propensas a apresentar sintomas de TOD aos seis anos¹². A semelhança entre esses dois estudos pode ser explicada pela importância do apego seguro em melhorar a capacidade da criança de regular suas emoções. O apego seguro proporciona à criança um ambiente de confiança e suporte emocional essencial para o desenvolvimento de habilidades de autorregulação. Consequentemente, crianças com maior insegurança no apego com os pais tendem a uma pior regulação emocional, o que aumenta os sintomas de TOD²¹.

Em relação aos problemas emocionais dos pais, observou-se também que a desregulação emocional da mãe e do pai está associada direta e indiretamente aos sintomas de TOD em crianças, assim como a comportamentos agressivos e sintomas depressivos⁷. Analogamente, a pesquisa também evidenciou que problemas de saúde mental em um dos pais foram associados a uma maior probabilidade de problemas de conduta na criança, além de pontuar, em um outro artigo, que psicopatologias parentais, como depressão, agressão, ansiedade e dependência de álcool ou drogas, estão intimamente ligadas ao aumento dos sintomas de TOD em crianças^{7,11}. A razão para a similaridade entre esses três artigos se dá pelo fato de que pais com problemas emocionais afetam negativamente o clima emocional da família e, consequentemente, os comportamentos das crianças. Pode-se encontrar evidências na literatura que apoiem esses achados, como ocorreu, por

exemplo, em um artigo analisado que posicionou a ansiedade e a depressão maternas como agravantes do desenvolvimento de transtornos de conduta e TOD nos filhos²².

Adicionalmente, identificou-se que práticas parentais inadequadas, como monitoramento insuficiente, disciplina inconsistente, uso excessivo de punição corporal e falta de reforço positivo, estão ligadas ao aumento dos sintomas de TOD⁷. Semelhantemente, um outro estudo elencou as práticas parentais negativas e o envolvimento inadequado dos pais como fatores de risco significativos⁹. A justificativa para a convergência entre os dois artigos reside no impacto negativo dessas práticas na regulação emocional das crianças. Quando submetidas a um ambiente familiar desestruturado e a práticas parentais severas, as crianças enfrentam dificuldades significativas em desenvolver mecanismos saudáveis de autorregulação emocional. Esse déficit na capacidade de lidar com emoções pode levar a um aumento na probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos e comportamentos agressivos. Tendo em vista isso, outro estudo da literatura reforçou esses dados ao relacionar a exposição a práticas parentais exageradas com o desenvolvimento de mais sintomas de TOD nos três anos seguintes²³.

No tocante ao baixo status socioeconômico, avaliou-se que o baixo nível socioeconômico é um fator de risco significativo para problemas de conduta, com crianças de famílias de baixa renda apresentando maior probabilidade de

desenvolvimento¹¹. Analogamente, destacou-se também em outro estudo que o baixo status socioeconômico está consistentemente associado ao aumento dos sintomas de TOD em crianças⁷. A similaridade entre esses artigos se deve aos desafios enfrentados por famílias em desvantagem socioeconômica, como educação inadequada, ambiente familiar caótico e práticas parentais severas, que contribuem significativamente para problemas comportamentais e emocionais nas crianças. Essas condições adversas criam um contexto em que a insegurança e o estresse são constantes, afetando negativamente o desenvolvimento emocional e social das crianças. Tendo em vista isso, outro artigo da literatura também corroborou com esse achado ao associar baixo status socioeconômico com altas pontuações de TOD em crianças pré-escolares²⁴.

Ademais, observou-se que a autoestima é um fator individual importante que influencia os problemas emocionais e comportamentais das crianças¹⁸. A razão para essa conclusão baseia-se na seguinte lógica: crianças frequentemente expostas a feedback social negativo tendem a desenvolver níveis mais baixos de autoestima. A baixa autoestima está fortemente associada a maiores níveis de depressão e comportamentos agressivos, que, por sua vez, intensificam os sintomas de TOD. Esse ciclo de feedback negativo e suas consequências emocionais criam um ambiente onde as crianças se sentem constantemente desvalorizadas e inseguras, afetando sua percepção de si mesmas e dos outros. A depressão decorrente dessa baixa

autoestima pode manifestar-se em sentimentos de desesperança e falta de motivação, dificultando ainda mais o desenvolvimento de comportamentos positivos e adaptativos. A literatura valida esses achados ao indicar uma relação entre altos níveis de narcisismo e menor autoestima familiar, o que está associado a um aumento de problemas de conduta em crianças, incluindo TOD²⁵.

Portanto, constatou-se que as dificuldades de regulação emocional da criança levam a um temperamento difícil e podem ser caracterizadas como fatores de risco significativos para TOD⁷. Outro achado consistente relatou também que crianças com dificuldades na regulação emocional e altos níveis de afeto negativo - por exemplo, raiva e irritabilidade, estão em maior risco de desenvolver TOD⁹. A explicação para essa semelhança baseia-se no fato de que a dificuldade na regulação das emoções leva a ações descompensadas nas crianças, desencadeando sinais de oposição e atitudes desafiadoras, o que intensifica ainda mais os sintomas do TOD. Crianças que não conseguem gerenciar suas emoções de maneira eficaz são mais propensas a reagir de forma impulsiva e inadequada a situações estressantes ou frustrantes. Essas descobertas são confirmadas pela literatura segundo um outro artigo que observou uma diminuição dos sintomas do TOD quando se analisavam maiores controles das emoções²⁶.

No presente estudo, foi estabelecida uma limitação importante: não foram incluídos artigos de literatura cinzenta, ou seja, publicações não convencionais como

relatórios técnicos, teses e dissertações. Adicionalmente, optou-se por incluir apenas artigos de acesso aberto, garantindo que todas as fontes utilizadas estivessem disponíveis livremente para consulta pública. Essa decisão visa assegurar a transparência e a acessibilidade das informações, permitindo que outros pesquisadores possam verificar e replicar os resultados apresentados.

CONCLUSÃO

Por meio desta revisão de escopo, foi possível observar que diversos contextos, tanto pessoais, quanto familiares e situacionais, possuem grande influência na evolução da doença, proporcionando a piora da qualidade de vida dos indivíduos acometidos, bem como daqueles que convivem com eles.

No decorrer do estudo, percebemos que análises multifatoriais são mais eficazes e precisas na investigação dos fatores que levam ao aparecimento e a manutenção dos sintomas de TOD. Muitos dos trabalhos analisados concordaram sobre a importância da compreensão dos fatores de risco e suas influências dinâmicas em múltiplos níveis para a elaboração de uma conduta mais eficaz para intervenção e tratamento de TOD.

Constatamos, então, que um diagnóstico minucioso e completo é crucial para o bom acompanhamento do indivíduo com TOD a fim de minimizar a magnitude de seus sinais e sintomas, além de promover um aumento no bem-estar deste e daqueles que com ele convivem. Esse olhar mais

minucioso também é imprescindível para a elaboração de estratégias de prevenção, com o intuito de diminuir a influência desses fatores no desenvolvimento do transtorno. Também é crucial haver uma intervenção integrada e mais abrangente para garantir uma maior efetividade na resolução dessa problemática.

Para pesquisas futuras, é essencial ampliar e aprofundar os estudos sobre esse tema, haja vista seus impactos e sua prevalência no cenário mundial atual. Soma-se a isso o fato de que o contexto atual de pesquisas sobre o tema não é o ideal, sendo restrito com poucos artigos abordando uma análise genotípica da doença e poucos o abordando de forma independente, estando, muitas vezes, inter-relacionados a outros transtornos como TDAH e TC. Desta maneira, com o intuito de melhorar o entendimento sobre o TOD e seus impactos em diversas esferas, para ser possível elaborar melhores condutas de tratamento e intervenção, é fundamental haver um fomento à produção de conhecimento científico acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

- 1.Silva TS, Fontoura JS, Araújo V, Carvalho S, Maia GA. TOD: perspectivas comportamentais e sua associação ao TDAH e a TC. *Resid Pediatr* 2022;1-4. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2022.v12n1-433>
- 2.Ghosh A, Ray A, Basu A. Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychol Res Behav Manag* 2017;10:353-67. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S120582>
- 3.American Psychiatric Association (APA). Diagnóstico de Transtornos Mentais - DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2023.e90801>
- 4.Serra-Pinheiro MA, Schmitz M, Mattos P, Souza I. Oppositional defiant disorder: a review of neurobiological and environmental

- correlates, comorbidities, treatment and prognosis. *Braz J Psychiatr* 2004;26:273-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400013>
- 5.Robayo AM, Caro LF, López LC, Hernández VR, Puerto DM. Intervention Strategies Used in the Treatment of Children with Oppositional Defiant Disorder, a Review of Literature. *Rev Cienc Salud* 2017;15:105-27. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384>
- 6.Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169:467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- 7.Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *Inter J Environ Res Public Health* 2022;19:10866. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710866>
- 8.Lin X, Li Y, Xu S, Ding W, Zhou Q, Du H, et al. Family risk factors associated with oppositional defiant disorder symptoms, depressive symptoms, and aggressive behaviors among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Front Psychol* 2019;10:2062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02062>
- 9.Krieger FV, Polanczyk GV, Goodman R, Rohde LA, Graeff-Martins AS, Salum G, et al. Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM-5 proposal and etiological links. *J Am Acad Child Adol Psychiatr* 2013;52:389-400. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.004>
- 10.Li I, Clark DA, Klump KL, Burt SA. Parental involvement as an etiological moderator of middle childhood oppositional defiant disorder. *J Fam Psychol* 2017;31:659-67. <https://doi.org/10.1037/fam0000311>
- 11.Murray J, Anselmi L, Gallo EA, Fleitlich-Bilyk B, Bordin IA. Epidemiology of childhood conduct problems in Brazil: systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1527-38. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0695-x>
- 12.Lavigne JV, Bryant FB, Hopkins J, Gouze KR. Age 4 predictors of Oppositional Defiant Disorder in early grammar school. *J Clin Child Adol Psychol* 2019;48:93-107. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280806>
- 13.Azeredo A, Moreira D, Barbosa F. ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. *Res Develop Disabil* 2018;82:10-9. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.12.010>
- 14.Zhang W, Tang Y, Wu Q, Zhou N, Lin X. Oppositional defiant disorder symptoms and multi-level family factors in Chinese migrant children: A network perspective. *Res Child Adol Psychopathol* 2023;51:1143-61. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01074-9>
- 15.Lavigne JV, Bryant FB, Hopkins J, Gouze KR. Dimensions of Oppositional Defiant Disorder in Young children: model comparisons, gender and longitudinal invariance. *J Abnormal Child Psychol* 2014;43:423-39. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9919-0>
- 16.Lin X, Li L, Chi P, Wang Z, Heath MA, Du H, et al. Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with

- oppositional defiant disorder. *Child Abuse Neglect* 2015;51:192-202. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.013>
- 17.Chen H, Lin X, Heath MA, Ding W. Family violence and oppositional defiant disorder symptoms in Chinese children: The role of parental alienation and child emotion regulation. *Child Fam Soc Work* 2020;25:964-72. <https://doi.org/10.1111/cfs.12782>
- 18.He T, Meza J, Ding W, Hinshaw SP, Zhou Q, Akram U, *et al*. Contributions of Multilevel Family Factors to Emotional and Behavioral Problems among Children with Oppositional Defiant Disorder in China. *Behav Sci* 2023;13:113. <https://doi.org/10.3390/bs13020113>
- 19.Mohammadi MR, Salmanian M, Hooshyari Z, Shakiba A, Alavi SS, Ahmadi A, *et al*. Lifetime prevalence, sociodemographic predictors, and comorbidities of oppositional defiant disorder: the National Epidemiology of Iranian Child and Adolescent Psychiatric disorders (IRCAP). *Braz J Psychiatr* 2019;42:162-7. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0416>
- 20.Lin X, Li L, Heath MA, Chi P, Xu S, Fang X. Multiple levels of family factors and oppositional defiant disorder symptoms among Chinese children. *Fam Process* 2018;57:195-210. <https://doi.org/10.1111/famp.12269>
- 21.Craig SG, Sierra Hernandez C, Moretti MM, Pepler DJ. The mediational effect of affect dysregulation on the association between attachment to parents and oppositional defiant disorder symptoms in adolescents. *Child Psychiatr Hum Develop* 2021;52:818-28. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01059-5>
- 22.Ayano G, Lin A, Betts K, Tait R, Dachew BA, Alati R. Risk of conduct and oppositional defiant disorder symptoms in offspring of parents with mental health problems: Findings from the Raine Study. *J Psychiatr Res* 2021;138:53-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.054>
- 23.Harvey EA, Metcalfe LA, Herbert SD, Fanton JH. The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:784. <https://doi.org/10.1037/a0025672>
- 24.Granero R, Louwaars L, Ezpeleta L. Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: parenting practices and executive functioning as mediating variables. *Front Psychol* 2015;6:1412. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01412>
- 25.Muratori P, Milone A, Brovedani P, Levantini V, Melli G, Pisano S, *et al*. Narcissistic traits and self-esteem in children: Results from a community and a clinical sample of patients with oppositional defiant disorder. *J Affec Dis* 2018;241:275-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.043>
- 26.Nobakht HN, Steinsbekk S, Wichstrøm L. Development of symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to adolescence: the role of bullying victimization and emotion regulation. *J Child Psychol Psychiatr* 2024;65:343-53. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13845>