

TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR NAS ESCOLAS: TRANSTORNO MENTAL OU COMPORTAMENTO REATIVO NORMAL?

Alberto Shodi Yamashiro

Psiquiatra pela Universidade Federal de São Paulo e doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos – *campus* Sorocaba.

<http://lattes.cnpq.br/3544399205752297>

<https://orcid.org/0009-0004-1743-630X>

E-mail: alberto190@gmail.com

ÁREA TEMÁTICA: Ciências Humanas e Ciências da Saúde.

RESUMO: É observado que o transtorno opositor desafiador (TOD) sempre foi alvo de questionamentos sobre sua validação diagnóstica e está cada vez mais presente na rotina das escolas. A partir de achados de literatura científica recentes, discorre-se neste artigo sobre a validade deste diagnóstico e sua utilidade especialmente nos seus graus mais leves. É importante compreender os diversos fatores e interesses relacionados a este diagnóstico para se propor soluções apropriadas e definitivas.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes sociais. Transtorno opositor desafiador. Biopsicossocial.

THE INTERDEPENDENCE BETWEEN BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE DETERMINATION OF MENTAL DISORDERS IN YOUNG PEOPLE OF SCHOOL AGE

ABSTRACT: It is observed that oppositional defiant disorder (ODD) has always been the target of questions about its diagnostic validation and is increasingly present in the routine of schools. Based on recent scientific literature findings, this article discusses the validity of this diagnosis and its usefulness, especially in its milder degrees. It is important to understand the different factors and interests related to this diagnosis in order to propose appropriate and definitive solutions.

KEYWORDS: Social Determinants. Oppositional defiant disorder. Biopsychosocial.

INTRODUÇÃO

De acordo com Widiger *et al.*, 2005, manuais diagnósticos em saúde mental estão em constante reavaliação, atualização e alterações com acréscimo e eliminação de diagnósticos. Isso se deve ao fato de ainda carecerem de pesquisas de validação diagnóstica que incluem utilidade clínica, cobertura adequada, consistência com modelos de desenvolvimento e etiológicos, precisão do usuário, confiabilidade entre avaliadores e tomada de decisão clínica. Muitas vezes essas alterações são acompanhadas de inúmeras queixas de especialistas clínicos e estudiosos do assunto.

Atualmente, Hawes *et al.*, 2023, afirmam que o transtorno opositor desafiador (TOD) é um transtorno de comportamento disruptivo que envolve padrões contínuos que

podem incluir humor raivoso/irritável, comportamento questionador/desafiador e índole vingativa e poderá haver diferentes evoluções clínicas para os portadores desse transtorno mental de acordo com sua apresentação predominante.

A literatura científica indica que as discussões sobre a validade do diagnóstico de TOD, especialmente para crianças muito jovens e em casos mais leves, ainda são motivos de necessidade de mais pesquisas no tema devido à ausência de uma conclusão definitiva (Keenan et al., 2011).

OBJETIVOS

Almeja-se destacar as dificuldades na validação do diagnóstico de TOD leve, suas contradições e utilidade diagnóstica, os riscos à medicalização e à normatização de comportamentos.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, pretende-se realizar uma análise sobre a fragilidade do diagnóstico de TOD leve, as mudanças de seus critérios diagnósticos nos últimos manuais diagnósticos e a influência de fatores sociais na sua definição. A discussão se apoiará em pesquisas recentes da literatura científica sobre o tema na determinação do TOD.

DESENVOLVIMENTO

Na primeira conferência organizada pela Associação Americana de Psiquiatria em 2005 para discussões de propostas para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta edição (DSM-5), foram descritas sugestões de alterações para diversos diagnósticos mentais por diversos motivos identificados como falta de coerência biológica e de estudos suficientes de embasamento, recebimento de críticas ao modelo vigente multiaxial de diagnósticos, o reconhecimento de que o manual não fornece cobertura adequada para identificar um funcionamento desadaptativo, ocorrência excessiva de múltiplos diagnósticos observados na prática clínica, o fracasso do conjunto existente de dez diagnósticos de personalidade com pouca ou nenhuma investigação

empírica direta sobre confiabilidade, validade ou utilidade clínica, a falta de consenso sobre avaliação do que seria um comprometimento clinicamente significativo, a necessidade de se estabelecer maior clareza para atender cobertura de tratamento dos seguros e farmacêuticas e mas que ao final não foram acatadas na versão final do manual diagnóstico (Widiger *et al.*, 2005).

O TOD foi introduzido no DSM-III como transtorno de oposição proveniente de um agrupamento de transtornos de comportamentos disruptivos provenientes do DSM-II. Nesta época já existiam críticas em relação à medicalização do comportamento normal infantil e à falta de suporte empírico para sustentar sua classificação. Em sua atualização, no DSM-III-R, em aparente reação à essas críticas, para que o comportamento normativo fosse diferenciado, ficou definida que a frequência da ocorrência do comportamento deveria ser desproporcional à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança.

Além disso, baseado em somente um estudo, houve determinação de que o TOD e o Transtorno de Conduta (TC) não deveriam coexistir, com a justificativa de que o portador de TC já teria todos os critérios de TOD no seu diagnóstico, o que não se confirmou em pesquisas posteriores e esta impossibilidade foi posteriormente suspensa no DSM-5. Já no DSM-IV incluíram-se crianças de ampla faixa etária e eliminou-se uma das características diagnósticas (xingar ou fazer uso de linguagem obscena) devido sua utilidade clínica limitada. No DSM-5 foi introduzido um novo diagnóstico de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) que permaneceu na versão posterior do manual mesmo com as críticas a respeito de sua validade e uma possível sobreposição com TOD do tipo irritável/raivoso. Não existe descrição do TDDH tanto na Classificação Internacional de Doenças na sua décima edição (CID-10) quanto na décima primeira (CID-11).

Além disso, permanece-se até o presente momento, mesmo no recente DSM-5-TR, a falta de pontos de corte ou limiar mais objetivo para melhor identificação e menor possibilidade de diagnóstico em pessoas sem nenhum transtorno mental (Ghosh *et al.*, 2017). O DSM5-TR reforça a importância de se diferenciar de um comportamento normal apesar de não nos oferecer critérios totalmente objetivos para isso. A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático. Embora

tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo.

Cohen *et al.*, 1993 observou que quanto maior a gravidade do TOD, mais estável se torna o diagnóstico com o TOD grave permanecendo em 8,28 vezes mais do que na ausência de diagnóstico ao passo que para TOD moderado esse valor é de 5,97 e para o TOD leve esse valor é de apenas 3,23. Portanto, a validade deste diagnóstico é maior, quanto maior a gravidade do quadro, reduzindo-se significativamente nos casos mais leves.

Fatores de temperamento como irritabilidade, impulsividade, pouca frustração, pouca tolerância e altos níveis de reatividade emocional são comumente associados ao Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). Além disso, sabe-se que a rejeição dos pares, grupos de pares desviantes, pobreza, violência na vizinhança e outros fatores sociais ou econômicos prejudicados exercem efeitos negativos significativos no comportamento das crianças e podem contribuir para o desenvolvimento de TOD (Aggarwal *et al.*, 2023).

Em estudo publicado no importante periódico *The Journal of the American Medical Association* (JAMA), Costello *et al.*, 2003, observaram associação entre status socioeconômico e sintomas de TOD e TC. Em avaliação de famílias em acompanhamento por 4 anos, verificou-se que ao melhorar a economia local e, conseqüentemente, os índices de pobreza de uma comunidade, os sintomas de TOD e TC de crianças que saíram da pobreza reduziram ao mesmo nível de crianças que nunca foram pobres em relação a famílias que se mantiveram na pobreza. O nível de supervisão parental também melhorou nessas famílias beneficiadas. Essa melhora não foi encontrada para outros transtornos como depressão e ansiedade. Além disso, observou-se que o aumento da renda de famílias que nunca foram pobres, não reduziu a frequência dos transtornos mentais.

Numa recente revisão sistemática, observou dentre os fatores que agravam os sintomas do TOD está o baixo status socioeconômico que, por sua vez, é associado ao nível educacional inadequado, um ambiente familiar caótico e uma parentalidade indiferente e/ou severa. Além disso a pouca conexão emocional entre os membros de mesma família e a adaptabilidade familiar prejudicada (que indicaria a possibilidade de

adaptação a mudança de liderança, papéis e regras de relacionamento e de comunicação em resposta a um fator estressante) podem piorar os sintomas de TOD quanto mais essas características familiares estiverem prejudicadas. Ainda, conflitos conjugais dos pais, práticas parentais mal adaptativas como menor monitoramento dos filhos, envolvimento afetivo pobre entre pais e filhos e dificuldades em discipliná-los também estão associados a piora dos sintomas. Houve também relação com o temperamento infantil com alta busca por novidades, baixa evitação de danos, alta persistência, afeto negativo, baixos níveis de controle do esforço e desinibição do comportamento com surgimento de sintomas de TOD (Lin *et al.*, 2022).

Fatores genéticos e epigenéticos sugerem que as subdimensões do TOD dos tipos irritáveis e desafiadoras tem origens e evoluções diferentes. Enquanto a dimensão desafiadora compartilha influências genéticas com TC, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e uso de substâncias, o seu subtipo irritável, com depressão e ansiedade e a sua forma vingativa com insensibilidade e falta de empatia (Hawes *et al.*, 2023). Dessa forma, pode ser questionada a validade deste diagnóstico como uma entidade única de diferentes dimensões.

O acesso ao tratamento ainda é uma barreira para 70 a 75% das crianças com comportamentos disruptivos que incluem o TOD (Hawes *et al.*, 2023). Programas de prevenção ao desenvolvimento do TOD incluem os fatores de risco, em especial, a qualidade dos cuidados parentais e atitudes comportamentais de reforço positivo, disciplina e monitoramento com abordagem na primeira infância período em que o comportamento pode ser mais adaptável. Programas estudados sobre prevenção e melhora do comportamento incluem gestão do comportamento em sala de aula, formação de competências sociais e emocionais da criança, além de programas multicomponentes que incluem um conjunto de competências que envolve também a família e colegas para fortalecer os vínculos familiares e comunitários e abordam o apego seguro, auto regulação de emoções, habilidades acadêmicas e profissionalizantes, atividades esportivas e culturais, terapias cognitivo-comportamentais, redução do uso de drogas entre outras abordagens (Hawes *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

As modificações significativas nos critérios diagnósticos de TOD ao longo de diversos manuais diagnósticos, a dificuldade em padronizar o grau de disfuncionalidade dos sintomas, a falta de uma maior estabilidade do diagnóstico ao longo da vida do indivíduo portador e as diferentes evoluções ao longo da vida de acordo sua apresentação clínica predominante torna esse transtorno mental com validação prejudicada especialmente no seu subtipo leve. Isso torna ainda mais importante uma avaliação minuciosa com profissionais capacitados e informados a respeito deste tema.

REFERÊNCIAS

- Aggarwal, A.; Marwaha, R. **Oppositional Defiant Disorder**. [Updated 2022 Sep 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557443/> Acesso em 05 de Novembro de 2024.
- Cohen, P.; Cohen, J.; Brook, J. **An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – II: persistence of disorders**. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(6):869–877.
- Costello, E.J.; Compton, S.N.; Keeler, G.; Angold, A. **Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment**. *JAMA*. 2003 Oct 15;290(15):2023-9.
- Ghosh, A.; Ray, A.; Basu A. **Oppositional defiant disorder: current insight**. *Psychol Res Behav Manag*. 2017 Nov 29;10:353-367.
- Hawes, DJ.; Gardner, F.; Dadds, M.R.; Frick, P.J.; Kimonis, E.R.; Burke, J.D.; Fairchild, G. **Oppositional defiant disorder**. *Nat Rev Dis Primers*. 2023 Jun 22;9(1):31.
- Keenan, K., Boeldt, D., Chen, D., Coyne, C., Donald, R., *et al.* (2011). **Predictive validity of DSM-IV oppositional defiant and conduct disorders in clinically referred preschoolers**. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(1), 47–55.
- Lin, X.; He, T.; Heath, M.; Chi, P.; Hinshaw, S. **A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder**. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 31;19(17):10866.
- Widiger, T.A.; Simonsen, E.; Krueger, R.; Livesley, W.J.; Verheul, R. **Personality disorder research agenda for the DSM-V**. *J Pers Disord*. 2005 Jun;19(3):315-38.