



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**LARISSA DE SOUZA FARIA**

**TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO:**  
**COMO O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO**  
**DESAFIANTE AFETA O AMBIENTE FAMILIAR DA CRIANÇA**

**Rio de Janeiro**  
**2025**

**LARISSA DE SOUZA FARIA**

**TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO:  
COMO O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO  
DESAFIANTE AFETA O AMBIENTE FAMILIAR DA CRIANÇA**

Monografia apresentada ao Departamento de  
Psicologia do Centro de Teologia e Ciências  
Humanas da Pontifícia Universidade Católica  
do Rio de Janeiro como requisito parcial para  
a obtenção do título de bacharel em psicologia

Gisele Aleluia

Rio de Janeiro  
2025

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, Anderson de Oliveira Faria e Karine Dias de Souza Faria, por todo o apoio na decisão da minha formação em psicologia, e por todo carinho, amor, cuidado e dedicação deles ao longo da minha vida.

Ao meu irmão, Pedro Henrique de Souza Faria, por sempre estar ao meu lado, sendo meu parceiro em momentos bons e ruins, sempre me tirando uma risada e demonstrando seu carinho, do jeito dele.

Também gostaria de agradecer aos meus demais familiares, minhas avós Candida e Izaura, por todo carinho nessa caminhada, meus avôs, Luiz Pedro e Dorival, que não estão mais aqui, mas sinto o amor deles comigo, minha bisavó Maria, que também não está mais aqui, mas foi uma pessoa fundamental na minha criação, minhas tias, Caroline, Melissa e Michele que sempre me amaram incondicionalmente e participaram ativamente de todas as fases da minha vida, e por fim, meus primos Clara, Julia, Matheo, Rafaela, Pietra e Letícia, por sempre me trazerem muita alegria, apesar da distância.

Ao meu namorado, Philippe Simões Rodrigues, por sempre me apoiar, torcer por mim e comemorar cada conquista, não poderia escolher alguém melhor para ser meu parceiro de vida.

Aos meus amigos, por caminharem comigo por tantos anos e serem sempre uma fonte de felicidade, obrigada por sempre estarem aqui.

À minha psicóloga Mariana Craveiro, por me acompanhar desde o início da graduação e ter colaborado para minha evolução pessoal, e para meu encontro com a TCC, abordagem que eu escolhi seguir.

Por fim, gostaria de agradecer à minha orientadora Gisele Aleluia e minha supervisora do Serviço de Psicologia Aplicada da PUC-Rio Renata Vianna, por todo conhecimento passado nas salas de aula, nas reuniões e nas supervisões, levarei comigo para sempre todos os aprendizados obtidos com as duas.

## RESUMO

O presente estudo buscou compreender, de maneira ampla e sensível, como o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) pode gerar impactos negativos na vida da criança e no ambiente ao seu redor, principalmente no contexto familiar. Também foram analisadas as possíveis causas associadas ao transtorno e as principais intervenções utilizadas na sua abordagem terapêutica. A partir de uma revisão bibliográfica, foi possível constatar que o envolvimento da família é um elemento fundamental para o sucesso do tratamento. Esse engajamento pode ocorrer por meio da terapia familiar, fundamentada na abordagem sistêmica, que considera a criança inserida em uma rede de relações, ou pelo treinamento parental baseado nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que orienta os responsáveis a adotar práticas educativas mais funcionais e coerentes.

O estudo também destacou a importância da participação da escola no processo de intervenção, especialmente através da atuação conjunta entre coordenação, professores e equipe técnica, ampliando a rede de suporte da criança. Foi observado que a TCC se apresenta como uma abordagem altamente eficaz no tratamento do TOD, oferecendo estratégias específicas adaptadas ao público infantojuvenil. Essas intervenções incluem o desenvolvimento de habilidades psicossociais, o aprimoramento da regulação emocional e o fortalecimento do controle de impulsos, que são aspectos frequentemente prejudicados no transtorno e responsáveis por muitos dos comportamentos desafiadores.

Outro ponto enfatizado é a relevância do diagnóstico e da intervenção precoce. Quanto mais cedo a criança recebe acompanhamento adequado, menores tendem a ser os impactos negativos sobre seu comportamento, seu desenvolvimento emocional e suas relações sociais. Nesse sentido, o estudo reforça a necessidade de uma visão integrada, que considere não apenas a criança em si, mas todo o contexto familiar, escolar e social em que está inserida.

Assim, este trabalho oferece uma compreensão abrangente do TOD, evidenciando seus efeitos, desafios e possibilidades de intervenção. Ao integrar diferentes perspectivas, demonstra que o tratamento envolve tanto a promoção de mudanças significativas no ambiente da criança quanto o fortalecimento de suas próprias habilidades, possibilitando uma trajetória de desenvolvimento mais saudável e equilibrada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança; Terapia Cognitivo Comportamental; Transtorno de Oposição Desafiante; Família, Sistêmica.

## **SUMÁRIO**

<b>Introdução.....</b>	<b>06</b>
 <b>CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
1.1 - O que são Transtornos Disruptivos de Controle e Conduta.....	08
1.2 - Transtorno de Oposição Desafiante.....	09
1.3 - Aspectos Escolares.....	11
1.4 - Comorbidades.....	12
 <b>CAPÍTULO 2 - IMPACTOS DO TOD NO AMBIENTE FAMILIAR</b>	
2.1 - Aspectos Familiares.....	14
2.2 - Reações dos Familiares ao Diagnóstico.....	15
2.3 - Alterações na Dinâmica Familiar.....	16
 <b>CAPÍTULO 3 - TRATAMENTO</b>	
3.1 - Diagnóstico Precoce e Intervenção.....	17
3.2 - Tratamentos e Intervenções Psicoterapêuticas no TOD.....	18
3.2.1 - Terapia Cognitivo Comportamental.....	18
3.2.2 - Abordagem Sistêmica.....	20
3.3 - Treinamento Parental.....	21
3.4 - Farmacoterapia.....	23
3.5 - Prognóstico.....	24
 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>28</b>

## INTRODUÇÃO

Os Transtornos de Comportamento na infância afetam a maneira como a criança se comporta e como ela se relaciona com o ambiente e com as pessoas de seu convívio. Esses transtornos podem impactar significativamente a vida da criança e de suas famílias. Existem diversos fatores causadores desses transtornos, como o ambiente familiar, que pode ter estilos parentais negligentes, permissivos ou autoritários, ou maus tratos, abusos físicos, verbais e/ou sexuais.

Dessa forma, possíveis fatores etiológicos para esses transtornos podem vir da própria criança, sendo questões temperamentais, como impulsividade e baixa tolerância à frustração, intensidade emocional e falha no sistema empático. O ambiente social da criança também pode ser um fator causador do desenvolvimento de um Transtorno de Comportamento, assim, dificuldades de aprendizagem, bullying, estímulos escassos e até mesmo uso de substâncias podem ser causadores. Por fim, o ambiente familiar também pode impactar significativamente no desenvolvimento desses transtornos: pais negligentes, permissivos ou autoritários, maus tratos e abuso físico, verbal e sexual podem ser fatores causadores de Transtornos de Comportamento na infância.

Os Transtornos de Comportamento são mais comuns no sexo masculino, especialmente entre a infância e a adolescência. Os quadros que mais aparecem na infância são o Transtorno Explosivo Intermitente (TEI), cuja prevalência varia entre 3,9% e 4,1% na faixa dos 13 aos 21 anos, caracterizando-se por episódios recorrentes de explosões de raiva e perda de controle. Também é frequente o Transtorno de Conduta (TC), com prevalência aproximada de 2,2%, marcado por comportamentos persistentes de violação de normas sociais e direitos alheios.

Dentre os Transtornos de Comportamento, existe o Transtorno de Oposição Desafiante, que está presente em 3,2% da população infanto-juvenil. As crianças que apresentam esse transtorno são caracterizadas por terem atitudes de contrariedade, desobedecerem e desafiar o tempo todo aos pais, professores e pares, têm dificuldades nas interações sociais, baixa tolerância à frustração, impulsividade e inabilidade de manejo de emoções, principalmente da raiva.

Na minha experiência pessoal com um familiar diagnosticado com TOD, pude perceber o grande impacto negativo existente em sua família. A partir da observação, foi

notável que os estilos parentais opostos com permissividade e autoritarismo ao mesmo tempo, foram fatores de extrema importância no desenvolvimento do transtorno na criança. Outrossim, pude observar também que o temperamento difícil e a desregulação emocional sempre estiveram presentes nas características pessoais dela. Sendo assim, é possível perceber que, da mesma forma que o núcleo familiar pode afetar a criança, a criança também pode afetar o núcleo familiar.

Assim, esse trabalho busca investigar a forma que o diagnóstico de Transtorno de Oposição Desafiante afeta a dinâmica familiar da criança diagnosticada. Outrossim, também tem como objetivo conceituar o TOD e suas manifestações, analisar os impactos emocionais e comportamentais na família e, por fim, compreender o papel do suporte psicológico e educacional no manejo do transtorno.

Dessa maneira, será possível verificar se a presença de uma criança diagnosticada com TOD pode gerar um possível estresse significativo no ambiente familiar e alterar as relações parentais. Também poderá ser investigado se a terapia, o treinamento de pais e a terapia familiar realmente ajuda no tratamento de crianças com TOD.

A pesquisa é uma revisão bibliográfica, na qual o tema será abordado de forma qualitativa e descritiva. Para a realização da pesquisa, serão utilizadas bases de dados confiáveis, assim como livros e revistas científicas. Os artigos, teses, dissertações, anais, documentos, relatórios, revistas serão selecionados de acordo com o tema, publicados em português. As palavras-chave utilizadas para filtrar a seleção de referenciais serão: crianças, psicologia sistêmica, terapia cognitivo-comportamental, transtorno de comportamento, transtorno de oposição desafiante, impacto, família, tratamento e consequências. Esta pesquisa será fundamentada a partir da leitura, registro e análise dos referenciais coletados.

## **CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1 O que são Transtornos Disruptivos de Controle e Conduta**

Segundo o DSM-V, os Transtornos Disruptivos de Controle e Conduta envolvem um conjunto de condições que afetam as emoções, comportamento e autocontrole. O que diferencia esses transtornos de outros que têm as mesmas condições, é que neles, essas questões aparecem em comportamentos que violam os direitos de outras pessoas, podendo ter agressões físicas ou verbais, e destruição de propriedade, além de poder colocar o indivíduo em conflitos sérios com normas sociais e/ou figuras de autoridade.

Na infância, ainda de acordo com o DSM-V, os transtornos de comportamento são agrupados principalmente em transtornos disruptivos, do controle do impulso e do comportamento, além de outros transtornos do neurodesenvolvimento que podem apresentar sintomas comportamentais.

Os principais transtornos incluídos são: o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos de Ansiedade na Infância, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Conduta e, por fim, o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)

Entretanto, quando se é falado de TOD, é preciso compreender que existe diferença entre comportamento desafiador e o Transtorno de Oposição Desafiante. A principal diferença se encontra na frequência, intensidade, persistência e impacto funcional do comportamento da criança. Sendo assim, o comportamento desafiador é uma conduta pontual ou temporária em que a criança desafia regras, limites ou figuras de autoridade, que pode ser considerada uma parte normal do desenvolvimento. Pode estar relacionada por um contexto específico, como mudança de escola, ciúmes ou frustração momentânea, e é caracterizada por ocorrer de forma esporádica, podendo ser manejada por meio de imposição de limites claros, reforço positivo e uma rotina bem estruturada, não causando nenhum prejuízo na vida social e/ou acadêmica de forma contínua.

Já o Transtorno de Oposição Desafiante, é caracterizado por um padrão persistente, intenso e generalizado de comportamentos de irritabilidade, oposição e desafio que ultrapassam o esperado para a fase do desenvolvimento. Esses comportamentos não apenas se repetem ao longo do tempo, como também causam prejuízos significativos na vida social, acadêmica e familiar da criança. Diferentemente do comportamento desafiador normativo, o TOD exige avaliação especializada e intervenção profissional, a fim de compreender as causas envolvidas e promover estratégias de tratamento adequadas.



## **1.2 Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)**

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) é definido como “um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, como evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão” (APA, 2014, p. 462).

Seus critérios diagnósticos variam entre questões de humor e comportamento, sendo eles o humor irritável e/ou raivoso, perdendo a calma, sendo sensível ou facilmente incomodado e sendo raivoso e ressentido, todos acontecendo com frequência. O comportamento é apresentado de forma questionadora e desafiante, questionando figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos, desafiando frequentemente e deliberadamente e/ou se recusando a obedecer regras ou pedidos de figuras de autoridade, incomodando intencionalmente outras pessoas e culpando outros por seus erros e/ou mau comportamento. Além disso, a índole vingativa também deve estar presente para fechar o diagnóstico, sendo que o indivíduo deve ter sido malvado e/ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses antes de seu diagnóstico (APA, 2014, p. 462).

Entretanto, é preciso ser observado que, comportamentos opositores são comuns na faixa etária pré-escolar, sendo uma característica de transição do desenvolvimento da criança (APA, 2002). Assim, para que esses comportamentos sejam considerados sintomas, eles devem acontecer em uma frequência que ultrapasse os limites da normalidade do nível de desenvolvimento. Com menos de 5 anos de idade, a criança deve possuir esses comportamentos na maior parte dos dias, durante um período de seis meses. Após os 5 anos, a frequência desses comportamentos deverá ser de pelo menos uma vez na semana, também durante um período de seis meses. Entretanto, outros fatores também devem ser levados em consideração, como o gênero e a cultura do indivíduo (APA, 2014, p. 462).

O TOD possui 3 níveis de gravidade que devem ser especificados no momento do diagnóstico, sendo eles leve, moderado e grave. No nível leve, os sintomas estão restritos a apenas um contexto, geralmente o ambiente familiar. A criança pode apresentar comportamentos opositores e irritabilidade, mas esses episódios ainda não se disseminam para outros espaços, como escola ou interações sociais externas. Mesmo assim, quando os critérios diagnósticos são preenchidos, esses comportamentos já geram prejuízos relevantes

no funcionamento social e emocional. No nível moderado, os comportamentos desafiadores passam a ocorrer em pelo menos dois ambientes, por exemplo, em casa e na escola, ou em casa e com familiares mais próximos. Isso demonstra um padrão mais persistente e generalizado de oposição, trazendo impactos maiores para as relações sociais, acadêmicas e familiares da criança. Já no nível grave, os sintomas se manifestam em três ou mais ambientes, revelando um padrão amplo e significativo de desregulação comportamental e emocional. Nesses casos, a criança tende a apresentar comportamentos mais intensos e frequentes, com maior prejuízo nas interações sociais, no desempenho escolar e nas relações familiares. Os sintomas do transtorno, independente do nível de gravidade, podem se limitar a apenas um ambiente, sendo esse mais frequentemente a casa do paciente. O paciente que fechar os critérios diagnósticos, mesmo que aconteça somente dentro de casa, vai ter prejuízos importantes no seu funcionamento social. Porém, em casos mais graves, os sintomas podem se estender para outros ambientes, portanto, deve-se avaliar os comportamentos do paciente em vários ambientes e relacionamentos (APA, 2014, p. 463).

Existem diversos fatores que podem ser considerados causadores do TOD, dentre eles, está a mudança recorrente de cuidadores da criança e/ou do adolescente, ou um hábito de comportamentos agressivos, negligentes e inconsistentes por parte dos cuidadores para com a criança. Além disso, deve-se acrescentar que existe o fator do temperamento, que está relacionado a uma dificuldade extrema de regulação emocional, fazendo com que a criança apresente níveis elevados de reatividade emocional e baixa tolerância a frustração, que sustentam os comportamentos agressivos e vingativos, e as crises de raiva (APA, 2014, p. 464).

Segundo Patterson, DeBaryshe e Ramsey, existe um comportamento antissocial que está associado ao TOD, que se inicia na infância durante as interações com os familiares e colegas da criança. Tal comportamento ocorre a partir das características nas interações da família da criança, uma vez que, os comportamentos de uma criança são baseados no que ela observa de sua família.

Por fim, pode-se levar em consideração os fatores genéticos e fisiológicos, uma vez que, alguns marcadores neurobiológicos foram ligados ao diagnóstico de crianças e adolescentes com TOD, como a menor reatividade da frequência cardíaca, a reatividade do cortisol basal reduzida e presença de anormalidades no córtex pré-frontal e na amígdala (APA, 2014, p. 464).

A prevalência do TOD pode variar entre 2 a 6% em crianças e adolescentes. O diagnóstico de TOD é encontrado em 3.2% de crianças em idade escolar, sendo essas crianças em sua maioria do sexo masculino, porém, essa diferenciação entre gêneros diminui na adolescência, onde a prevalência do transtorno é parecida. Aproximadamente 90% dos pacientes diagnosticados com TOD apresentam outros diagnósticos ao longo da vida (KRIEGER, 2015).

Adicionalmente, o TOD é mais prevalente em famílias onde o pai e/ou a mãe possui histórico de transtorno de humor, TOD, transtorno de conduta (TC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade antissocial e/ou transtorno relacionado ao uso de substâncias (APA, 2002).

### **1.3 - Aspectos Escolares**

Muitas vezes, o paciente com TOD não se percebe como uma pessoa que tem problemas no controle da raiva, ou que têm comportamentos opositores e desafiadores, justificando seus comportamentos como uma resposta às circunstâncias da vida (APA, 2014, p. 463). Sendo assim, essa dificuldade do indivíduo de se perceber com um problema, muitas vezes é apoiada pela sua família, fazendo com que a aceitação do diagnóstico não aconteça (CÁCERES; SANTOS, 2018).

Além disso, é importante ressaltar que a família é o principal ambiente de convivência da criança e pode ter uma influência significativa no desenvolvimento do TOD. Quando os pais são agressivos, permissivos demais, exigentes de maneira exagerada, ou não chegam em um acordo sobre a forma de educar, isso pode favorecer o surgimento de comportamentos agressivos. Outrossim, famílias superprotetoras, que têm receio de impor limites e corrigir atitudes disfuncionais, também podem contribuir para esses comportamentos (RELVAS, 2010).

Quando refere-se ao ambiente escolar, é importante lembrar que conhecer e entender o Transtorno de Oposição Desafiante pode ajudar, não só os professores em sala de aula, mas também a equipe docente, uma vez que geralmente o TOD está associado a outros transtornos, podendo contribuir para o baixo rendimento escolar, desinteresse, desatenção, desmotivação, rebeldia, agressividade, entre outros fatores (CÁCERES; SANTOS, 2018).

Consequentemente, professores despreparados para lidar com tais sintomas, juntamente com o fato de estarem sobrecarregados com as suas diversas funções, acabam deixando esses alunos de lado, os mandando para coordenação, tirando-os de sala e mais pequenos “castigos” como esses (CÁCERES; SANTOS, 2018). Dessa forma, os sintomas do TOD acabam sendo persistentes, causando conflitos nas relações com pais, professores, supervisores, pares e parceiros românticos. Tais conflitos causam prejuízos no ajustamento emocional, social, acadêmico e profissional do indivíduo (APA, 2014, p. 465).

Segundo Cáceres e Santos (2018), "O desconhecimento sobre o TOD por parte das famílias e dos profissionais da educação pode fazer com que o indivíduo seja visto como não tendo limites, como uma pessoa hiperativa, desobediente, irritante, etc. Contudo, ao se conhecer e adequadamente se tratar, o TOD poderá ter seus efeitos reduzidos e fazer com que o indivíduo – criança ou adolescente - leve uma vida mais controlada, com melhor qualidade, mais feliz e sentindo-se em igualdade com demais colegas de turma” (CÁCERES; SANTOS, 2018).

#### **1.4 - Comorbidades**

Apesar do Transtorno de Oposição Desafiante ser um diagnóstico independente, muitas vezes ele vem acompanhado do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Essa comorbidade acontece em 50% dos casos de pacientes com TOD. Quando se compara crianças com TOD com e sem TDAH, percebe-se que os pacientes comórbidos apresentam sintomas mais graves de TDAH, ressaltando a impulsividade e a hiperatividade. Além disso, também deve-se ressaltar que o TDAH pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento do TOD (Serra-Pinheiro et al. 2004).

O quadro do paciente com TDAH é descrito como um padrão consistente de desatenção e de comportamentos hiperativos e/ou impulsivos, que podem causar prejuízos para a pessoa em pelo menos duas áreas diferentes da sua vida. Ele é um transtorno do neurodesenvolvimento que se apresenta com mais frequência na infância (APA, 2002).

De acordo com Patterson, DeGarmo e Knutson (2000), as dificuldades em manter a atenção, a falta de organização e persistência nas atividades e a agressividade e desobediência que estão presentes no comportamento opositor, podem ser manifestados em um único processo.

Dessa forma, a presença simultânea dos dois transtornos intensifica os prejuízos funcionais, resultando em maior comprometimento acadêmico, dificuldades de socialização,

conflitos familiares e risco aumentado para evolução de quadros mais graves, como o Transtorno de Conduta (KRIEGER, 2015). Essa associação também pode impactar o prognóstico, uma vez que sintomas mais persistentes e severos demandam intervenções mais complexas (CÁCERES; SANTOS, 2018).

Além disso, também é válido ressaltar que, os sintomas do TOD podem ser como uma “porta de abertura” para o desenvolvimento do Transtorno de Conduta, já que, segundo Moffit, que foi citado em Silva (2011): “A maioria das crianças com transtorno de conduta teve sintomas que as diagnosticariam com Transtorno de Oposição Desafiante, e grande parte, ainda que não a totalidade, dos adultos com transtorno da personalidade antissocial passou pelo transtorno da conduta durante a infância... A maioria das crianças com Transtorno de Oposição Desafiante não evolui para o transtorno da conduta, e a maioria das crianças com transtorno da conduta não desenvolve o transtorno da personalidade antissocial” (pp.171).

## **CAPÍTULO 2 - IMPACTOS DO TOD NO AMBIENTE FAMILIAR**

### **2.1 - Aspectos familiares**

A família é o ambiente no qual a criança vive, sendo o espaço principal no desenvolvimento emocional e psicossocial dela. A família é apresentada como um sistema dinâmico e interdependente, no qual cada membro influencia e é influenciado pelos demais (SILVA et al., 2008). Ou seja, cada família funciona de uma forma dentro do seu sistema, nas relações entre os seus membros, na forma que o afeto é demonstrado, na comunicação e na forma de lidar com os desafios. Ela pode ser vista como mais flexível, ou autoritária, e tais características podem ser fundamentais para o desenvolvimento saudável ou não da criança (Nunes, 2007, p. 16).

Ao discutir o papel da família no desenvolvimento psicológico, percebe-se que as relações de afeto e comunicação dentro do lar são determinantes para o equilíbrio emocional da criança. De acordo com Silva et al. (2008), quando há coerência entre as práticas educativas e o discurso parental, há maior probabilidade de a criança desenvolver comportamentos adaptativos e seguros. Ainda segundo Silva et al. (2008), existem diversos fatores familiares que colaboram no desenvolvimento da criança, como a estrutura familiar, que pode mudar, havendo separações, recasamentos ou ausência de um dos pais, podendo gerar instabilidade emocional na criança. Outro fator a ser observado na dinâmica familiar é a forma que os pais educam os filhos, uma vez que, práticas coercitivas ou inconsistentes tendem a estar associadas a comportamentos agressivos ou desadaptativos, enquanto práticas democráticas e afetivas promovem empatia e responsabilidade. Por fim, ambientes familiares marcados por afeto, diálogo e reconhecimento favorecem o desenvolvimento da autoestima e da competência social, enquanto, altos níveis de conflito entre os pais estão ligados a dificuldades comportamentais e emocionais nas crianças (SILVA et al., 2008).

Dessa forma, a regulação emocional infantil é profundamente moldada pela forma como os pais lidam com as próprias emoções e pela maneira como reagem às emoções dos filhos. Crianças que crescem em ambientes acolhedores e previsíveis tendem a desenvolver maior estabilidade emocional, empatia e habilidades de enfrentamento diante de frustrações (SILVA et al., 2008).

Assim, o ambiente familiar tem papel central na modulação e/ou manutenção dos sintomas do TOD, destacando-se padrões de comunicação conflituosos, com alta frequência

de críticas, punições e falta de escuta, práticas parentais inconsistentes, com os cuidadores alternando entre permissividade e rigidez, baixo suporte emocional, com pouca expressão de afeto positivo, histórico de conflito conjugal ou ausência parental, como contextos familiares que tendem a reforçar o comportamento desafiador, uma vez que a criança utiliza a oposição como forma de obter atenção ou exercer controle diante de relações percebidas como instáveis ou punitivas (Nunes, 2007).

A partir de um estudo conduzido por Nunes (2007), utilizando o Instrumento de Apercepção Familiar (IAF), composto por pranchas que retratam situações cotidianas familiares, pedindo que a criança conte histórias sobre as figuras representadas, foi observado que crianças com TC e TOD tendiam a atribuir papéis negativos aos personagens parentais, descrevendo figuras de autoridade como agressivas, injustas ou distantes emocionalmente. Outrossim, suas histórias continham maior presença de conflito, punição e rejeição, refletindo a percepção de um ambiente familiar ameaçador ou instável. Em contraste, crianças sem diagnóstico apresentaram narrativas com maior presença de afeto, resolução de problemas e cooperação familiar.

Dessa maneira, é possível observar que a família pode ser responsável para o desenvolvimento do TOD, uma vez que, pais agressivos, excessivamente tolerantes, que exigem demais da criança ou que estão em constante desacordo na maneira de educar, e ainda os superprotetores que tem receio em corrigir os comportamentos disfuncionais do filho, podem colaborar para o surgimento de comportamentos agressivos (RELVAS, 2010, p. 97). Assim, a compreensão dessas percepções é fundamental para planejar intervenções psicoterápicas e psicoeducativas mais eficazes, voltadas não só à criança, mas também à família como um todo.

## **2.2 - Reações familiares ao diagnóstico**

Em um primeiro momento, após o diagnóstico do Transtorno de Oposição Desafiante, muitas famílias enfrentam reações de negação, culpa, frustração e sobrecarga emocional. Tais reações ocorrem a partir da dificuldade em compreender o transtorno e diferenciá-lo de comportamentos “malcriados” ou “intencionais”, do estigma social que recai sobre crianças com transtornos comportamentais e do sentimento de impotência dos cuidadores diante das dificuldades cotidianas de manejo. Deve-se enfatizar ainda que a forma como a família lida com o diagnóstico influencia diretamente a evolução clínica da criança. Famílias que buscam compreender o transtorno e adotar novas estratégias de convivência tendem a observar maior

melhora comportamental e emocional no longo prazo (BAIÃO; HERÊNIO; CARVALHO, 2022).

É importante ressaltar que existe um impacto emocional extremamente significativo para os pais da criança diagnosticada com TOD. Muitos relatam exaustão, desesperança e sobrecarga, o que pode gerar conflitos conjugais e afastamento emocional.

Por isso, além do treinamento parental, o acompanhamento psicológico da família é recomendado, de modo a trabalhar sentimentos de culpa, frustração e impotência, e promover uma compreensão empática do filho. A partir desse suporte, os pais passam a desenvolver uma postura mais acolhedora e funcional, substituindo reações impulsivas por respostas conscientes e afetivas (BAIÃO; HERÊNIO; CARVALHO, 2022).

### **2.3 - Alterações na dinâmica familiar**

A dinâmica familiar, assim como seu ambiente, deve ser reorganizada para favorecer estabilidade e previsibilidade. Dessa maneira, existem recomendações a serem seguidas, como manter uma rotina clara e estruturada, a fim de que a criança saiba o que esperar, a criação de uma divisão equilibrada das tarefas parentais, para que nenhum fique sobrecarregado, um apoio emocional mútuo entre os membros da família, reduzindo o nível de estresse doméstico e, por fim, a participação de todos no processo terapêutico, especialmente irmãos e outros cuidadores próximos, quando possível. Assim, essa reorganização visa criar um ambiente de segurança e consistência, que favorece a regulação emocional e reduz comportamentos de desafio e oposição (BAIÃO; HERÊNIO; CARVALHO, 2022).



## **CAPÍTULO 3: TRATAMENTO**

### **3.1- Diagnóstico precoce e intervenção**

Não é incomum crianças e adolescentes expressarem seus sentimentos de raiva e irritabilidade para com pessoas de seu convívio, entretanto, os comportamentos agressivos em crianças e adolescentes costumam ser preocupantes para pais, cuidadores e professores quando estes se tornam constantes e passam a gerar prejuízos para todos, servindo de alerta para possíveis transtornos psíquicos. (Rampinelli; Cassol; Baumgarten, 2020)

Os transtornos psiquiátricos podem ser entendidos como um conjunto de comportamentos que são considerados “anormais” para determinado contexto social. Tais comportamentos podem afetar negativamente a vida social, pessoal, educacional e emocional de uma pessoa.

Alguns estudos apontam que o temperamento é uma base psicobiológica, que enfatiza dimensões como afetividade negativa, regulação, atenção, etc. Segundo Rothbart (1981), o temperamento é entendido como diferenças individuais com base constitucional na reatividade e autorregulação, influenciadas ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e experiência. Assim, Rothbart entende que a individualidade de cada pessoa existe para além dos fatores comportamentais, incluindo o funcionamento psicofisiológico e uma visão do desenvolvimento do indivíduo, observando as diferenças no temperamento em cada fase da vida.

O temperamento aparece na infância desde os primeiros meses de vida, influenciando a forma como a criança reage a estímulos internos e externos, podendo sofrer influências do desenvolvimento neurológico, da maturação biológica e das interações sociais, especialmente com a família (Klein; Linhares, 2010).

A afetividade negativa (temperamento negativo) diz respeito a crianças que apresentam padrões de altos níveis de raiva, irritabilidade, frustração, medo, timidez e retraimento. Tais padrões fazem com que elas apresentem um risco maior de problemas de ajustamento social, emocional e comportamental. Além disso, crianças com temperamento negativo podem apresentar dificuldades na autorregulação, ou seja, na capacidade de inibir respostas impulsivas, redirecionar atenção e regular comportamento diante de demandas. Crianças com problemas de autorregulação têm mais probabilidade de desenvolver problemas internalizantes e externalizantes. Assim, quando esses fatores se juntam com as de sociabilidade, pode aumentar risco para comportamentos externalizantes, como

agressividade. Ou seja, temperamentos difíceis, caracterizados por alta reatividade e baixa capacidade de regulação, tornam a criança mais vulnerável a desenvolver ansiedade, depressão e transtornos de comportamento (Klein; Linhares, 2010).

Dessa forma, o diagnóstico precoce do Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é fundamental para minimizar os impactos negativos associados à sua evolução, uma vez que, quanto mais cedo o tratamento for iniciado, mais provável será a chance do paciente desenvolver outros transtornos psiquiátricos ao longo da sua vida, como depressão, transtorno de personalidade antissocial e ansiedade (Santana, 2018).

A identificação dos sintomas ainda na infância permite que intervenções específicas sejam aplicadas em tempo oportuno, reduzindo o risco de progressão para quadros mais graves (SERRA-PINHEIRO et al., 2004). A avaliação clínica deve considerar o histórico familiar, escolar e social da criança ou adolescente, de modo a diferenciar comportamentos transitórios do desenvolvimento típico de padrões persistentes de oposição e desafio.

Assim, a primeira investigação clínica a ser observada para um diagnóstico correto do TOD é uma cuidadosa entrevista com os pais ou responsáveis da criança, na qual serão questionados os sintomas, características e prejuízos que levaram à busca por ajuda médica. Essa avaliação familiar é de extrema importância para que sejam compreendidos os padrões de comportamento da família, o estilo e a criação que a criança é orientada a seguir, se fazem parte da População Economicamente Ativa, a qualidade da comunicação dentro de casa, além da história familiar acerca de transtornos comportamentais, alcoolismo, drogas, agressividade e violência (TEIXEIRA, 2014). Outra avaliação bastante relevante para o diagnóstico é a escolar, pois, apesar de os sintomas aparecerem em diversos ambientes, geralmente é dentro da sala de aula onde eles são mais bem observados. Nesse cenário, será investigado o desempenho acadêmico, o padrão de comportamento nas aulas e nos intervalos, e a interação social com os colegas de sala, professores e funcionários do centro de ensino (TEIXEIRA, 2014).

### **3.2- Tratamentos e intervenções psicoterapêuticas no TOD**

#### **3.2.1- Terapia Cognitivo Comportamental**

Segundo Beck (2013), a TCC é uma abordagem da psicologia que visa como objetivo compreender e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais, com foco especial na resolução de problemas que afetam o indivíduo no momento presente. Sendo assim, essa abordagem vem se mostrando efetiva especialmente no tratamento de crianças

com sintomas disruptivos, oferecendo ferramentas práticas para identificar dificuldades, reorganizar pensamentos distorcidos e promover comportamentos mais adaptativos.

Essa abordagem reforça diversos programas de intervenção com o objetivo de reduzir comportamentos inadequados e ampliar o desenvolvimento de habilidades nas crianças, assim como promover a competência social, a regulação emocional e a resolução de problemas. Chalfon (2019) destaca que, ao remodelar o ambiente e as condições que influenciam o comportamento, a TCC contribui para que as crianças aprendam a responder de maneira mais equilibrada às situações adversas do cotidiano.

Nessa perspectiva, Teixeira (2014) ressalta que a TCC desempenha papel fundamental no aprimoramento da comunicação, no controle da raiva, do impulso e da agressividade, além de favorecer maior tolerância à frustração, aspecto frequentemente afetado em crianças com transtornos disruptivos. Vale destacar que o tratamento costuma se estender por vários meses e exige comprometimento ativo dos pais ou cuidadores, que desempenham papel essencial na consolidação das mudanças comportamentais (Fossum, 2009).

De acordo com Dretzke et al. (2005), as práticas psicossociais mais eficazes no contexto do tratamento do TOC envolvem o treinamento de pais, uma vez que essa intervenção permite que adultos responsáveis aprendam estratégias para lidar melhor com comportamentos desafiadores, fortalecendo o ambiente familiar como espaço de apoio e desenvolvimento.

Segundo Barletta (2011), com base nas contribuições de Friedberg e McClure (2001), o tratamento mais indicado para transtornos disruptivos na infância é o multimodal. Esse modelo abrange diferentes etapas: inicialmente, a psicoeducação, que esclarece à família e à criança o funcionamento do transtorno e os princípios do tratamento; em seguida, o ensino de habilidades comportamentais básicas e sociais, com técnicas de autoinstrução e empatia; e, por fim, intervenções cognitivas mais complexas, como reatribuição de significados, exploração de alternativas e a redução de interpretações hostis que a criança possa fazer das situações.

Dessa forma, conclui-se que a TCC é uma das abordagens mais reconhecidas e recomendadas no tratamento do TOD. Seu foco na reestruturação de padrões de pensamento, no manejo das emoções e na modificação de comportamentos desafiadores oferece resultados significativos, especialmente quando combinada com estratégias como treinamento de habilidades sociais, resolução de problemas e fortalecimento da regulação emocional. Assim, essas intervenções contribuem para a diminuição dos comportamentos opostos e para

melhorias importantes nas interações sociais, familiares e acadêmicas da criança (KRIEGER, 2015).

### **3.2.2- Abordagem Sistêmica**

Entretanto, pensando que para a melhora da criança ser possível, a família deve ser incluída no plano de tratamento, a TCC não é a única abordagem que faz sentido. Assim, pode ser levada em consideração a abordagem sistêmica, que parte do princípio de que o comportamento de um indivíduo não pode ser compreendido de forma isolada, mas sim dentro do contexto das relações das quais ele faz parte, especialmente a família. Nessa perspectiva, a família é vista como um sistema composto por subsistemas interdependentes, onde mudanças em um membro afetam todo o conjunto.

O foco terapêutico desloca-se do indivíduo para os padrões de interação e processos comunicacionais que mantêm o sintoma. Assim, o objetivo da terapia é restabelecer o equilíbrio e a funcionalidade do sistema familiar, favorecendo a comunicação clara, fronteiras adequadas e vínculos afetivos saudáveis.

De acordo com Nichols e Schwartz (2022), o terapeuta sistêmico busca compreender como os comportamentos se organizam dentro do sistema familiar e como o sintoma de um membro pode servir para manter a homeostase (isto é, o equilíbrio do grupo). Já Minuchin (1990) destaca que o trabalho clínico deve promover reestruturações nas fronteiras e papéis familiares, estimulando uma organização mais saudável das relações.

A abordagem sistêmica entende o comportamento da criança como reflexo das interações familiares e sociais. Nesse sentido, o tratamento deve incluir intervenções direcionadas não apenas ao indivíduo, mas também ao contexto no qual ele está inserido. A terapia de família e o treino de pais são recursos valiosos, pois favorecem a construção de estratégias educativas consistentes, reduzem os conflitos no ambiente doméstico e fortalecem os vínculos familiares. Essa perspectiva amplia o alcance da intervenção e contribui para maior adesão ao tratamento (CÁCERES; SANTOS, 2018).

O objetivo do tratamento na terapia sistêmica é transformar o sintoma em uma oportunidade de mudança e crescimento familiar, substituindo padrões disfuncionais por interações mais equilibradas e cooperativas. Para que esse objetivo se cumpra, existem diversas estratégias terapêuticas a serem seguidas

Segundo Nichols e Schwartz (2022), primeiramente, o terapeuta deve deslocar o foco do sintoma para o sistema, ou seja, ajudar a família a entender que o problema não está “na criança”, mas nas interações entre os membros, a fim de reduzir a culpabilização e abrir espaço para uma mudança coletiva. Em um segundo momento, Nichols e Schwartz, influenciados por Salvador Minuchin (terapia estrutural), destacam a importância de fronteiras claras entre subsistemas presentes no ambiente familiar, o casal, os pais e os filhos, uma vez que, Crianças com comportamentos desafiadores muitas vezes vêm de famílias com limites difusos ou invertidos, onde os papéis parentais não estão bem definidos. A partir desse momento, o terapeuta pode trabalhar separadamente com o casal parental, ajudando-os a se fortalecer como unidade, o que reduz a necessidade de sintomas na criança, além disso, pode atuar com pais e filhos juntos, para construir padrões de autoridade coerentes e afetuosos. Ademais, inspirando-se na Escola de Palo Alto (Bateson e Watzlawick), os autores mostram como mensagens contraditórias e duplo vínculo alimentam a confusão e o sintoma, portanto, a intervenção busca tornar a comunicação mais direta, empática e funcional. Por fim, ainda segundo Nichols e Schwartz (2022), o terapeuta mantém uma postura neutra, porém empática, validando as experiências de cada membro e favorecendo o diálogo emocional, com o objetivo de restaurar a conexão emocional, não apenas resolver o “problema de comportamento”.

Dessa forma, é possível concluir que o transtorno de comportamento infantil é um sintoma relacional, não apenas individual, assim, a família deve ser o foco do tratamento, pois a mudança nas relações transforma o comportamento da criança, uma vez que, o ambiente familiar saudável é o melhor “tratamento preventivo”: quando há apoio, comunicação e limites adequados, a criança tende a se ajustar emocional e socialmente. Em síntese, a terapia familiar não cura a criança, mas cura o sistema que produz o sintoma.

### **3.3 - Treinamento parental**

O treinamento parental pode ser definido como um conjunto de sessões estruturadas com psicoeducação e práticas voltadas para pais ou cuidadores, com o objetivo de capacitá-los a manejar adequadamente o comportamento da criança. Na TCC, ele é baseado na teoria da aprendizagem social e nos princípios do condicionamento operante, enfatizando que os comportamentos infantis são modelados e mantidos pelas consequências e interações familiares. Dessa forma, o treinamento parental busca modificar crenças disfuncionais dos pais sobre o comportamento da criança, substituir práticas coercitivas, como gritos, punições

físicas e ameaças, por estratégias positivas, promover a comunicação eficaz e o vínculo afetivo entre pais e filhos e, por fim, aumentar o senso de competência parental, reduzindo o estresse e o sentimento de impotência (Moura; Medina 2022).

Assim, no tratamento do TOD, é extremamente necessária a inclusão do treinamento parental, uma vez que, a orientação dos pais assume que as habilidades que são necessárias para a educação e o cuidado dos filhos são aprendidas. Assim, hoje em dia, as intervenções em problemas comportamentais na infância são, normalmente, feitas em conjunto, incluindo a criança e os pais, pois eles são as melhores pessoas para apontar e mudar os fatores ambientais que podem ser os causadores dos problemas de comportamento da criança (Pacheco; Reppold, 2011).

Segundo Pacheco e Reppold (2011), antes da intervenção ser iniciada, os pais e a criança devem passar por uma avaliação seguindo as normas da TCC, onde será verificada a gravidade do transtorno, as características do comportamento, os prejuízos já existentes, a dinâmica familiar e a presença de algum histórico de transtorno nos pais.

Muitas vezes, pais de crianças com TOD têm dificuldade em perceber os comportamentos adequados dos filhos, e acabam não reforçando esses. Entretanto, são muito afetados pelos comportamentos inadequados e geralmente dão consequências aversivas que acabam sendo ineficazes (Pacheco; Reppold, 2011). Assim, durante o treinamento, é destacada a escuta ativa, o reforço positivo e a atenção diferencial, ou seja, os pais são orientados a reforçar comportamentos adequados por meio de elogios e recompensas simbólicas, evitar dar atenção excessiva a comportamentos inadequados e a praticar interações de qualidade, fortalecendo o vínculo afetivo (Moura; Medina, 2022).

Dessa maneira, o treinamento parental deve ser iniciado pela psicoeducação, na qual será explicado para os pais ou cuidadores o que é o TOD e como ele se manifesta nos comportamentos da criança, a influência dos estilos parentais e das contingências de reforço e a importância da consistência nas regras e no manejo dos limites, para que os pais possam compreender a situação não como “falta de caráter” da criança, mas sim como um padrão de comportamentos que são passíveis de intervenção (Moura; Medina, 2022).

Outro fator importante presente no treinamento parental é o estabelecimento de limites e regras, onde o psicólogo irá ensinar os pais a aplicar limites consistentes, com consequências lógicas e previsíveis, uma vez que, a coerência e a previsibilidade são mais eficazes do que punições severas ou inconsistentes. Assim, as técnicas trabalhadas nessa etapa podem ser o contrato comportamental, que consiste em acordos sobre responsabilidades

e recompensas, o sistema de economia de fichas, que consiste em um sistema de reforçamento positivo, no qual serão utilizadas fichas, pontos ou símbolos como recompensas imediatas que a criança ganha ao apresentar comportamentos desejados, e também, o “time-out” (tempo fora), que consiste em uma pausa breve na atividade que a criança está realizando no momento, não punitiva. Além disso, deve ser trabalhada a capacidade de resolução de problemas, para que os pais possam aprender a descrever o comportamento-alvo, identificar o que precede e o que o mantém, escolher estratégias adequadas e aplicar e revisar os resultados. Essa etapa tem como finalidade favorecer a autonomia e o controle dos pais sobre as situações desafiadoras. Também é mencionado por Moura e Medina (2022) os ensaios comportamentais (role-play), nos quais os pais praticam as novas técnicas em contextos supervisionados, permitindo que experimentem e consolidem as habilidades aprendidas antes de aplicá-las em casa.

Por fim, deve-se ressaltar a importância da reestruturação cognitiva dos pais, uma vez que, muitas vezes eles iniciam o tratamento com crenças negativas automáticas, como “meu filho é impossível, nada funciona!” ou “sou um péssimo pai/mãe!”. Essas crenças, se não forem adequadamente trabalhadas, acabam mantendo reações emocionais desadaptativas (culpa, raiva, desistência). Assim, quando são reestruturadas, os pais passam a agir de forma mais racional e equilibrada, promovendo respostas educativas mais eficazes (Moura; Medina, 2022).

### **3.4 - Farmacoterapia**

Embora não exista um medicamento específico para o tratamento do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), a farmacoterapia pode ser indicada em situações nas quais o transtorno aparece associado a outras condições, especialmente o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Nessas circunstâncias, o uso de psicoestimulantes — amplamente prescritos para o TDAH — pode contribuir para a redução de sintomas como impulsividade, agitação e desatenção. Ao controlar esses aspectos, observa-se, de forma indireta, uma melhora nos comportamentos desafiadores que caracterizam o TOD, tornando o cotidiano da criança e de sua família mais equilibrado (SERRA-PINHEIRO et al., 2004).

Em casos mais severos, nos quais há presença de agressividade intensa, humor irritável persistente ou falha significativa nas intervenções psicossociais, podem ser considerados estabilizadores de humor ou antipsicóticos atípicos. No entanto, essas

medicações exigem extremo cuidado, pois demandam monitoramento contínuo dos efeitos adversos, ajustes de dose e acompanhamento próximo por profissionais especializados.

É fundamental reforçar que a farmacoterapia não substitui o tratamento psicossocial ou comportamental, considerado a base da intervenção no TOD. O uso de medicamentos representa um recurso complementar, especialmente indicado quando há risco para a criança, dificuldades marcantes no autocontrole ou quando outras abordagens isoladas não produzem os efeitos esperados. Para que essa linha de cuidado seja adotada com segurança, é necessária uma avaliação criteriosa, levando em conta a idade da criança, a presença de comorbidades, o perfil dos sintomas, os possíveis efeitos colaterais e a necessidade de acompanhamento constante ao longo do tratamento (Arantes; Mosqueta; Prearo; Lauriano; Sabbadini, 2024).

### **3.5 - Prognóstico**

O Transtorno de Oposição Desafiante surge como uma categoria independente, entretanto, muitas vezes ele possui comorbidades, como o TDAH e transtornos internalizantes, como depressão e ansiedade, além de se apresentar como fator de risco para o desenvolvimento do Transtorno de Conduta (TC), principalmente em meninos. Sendo assim, por conta da probabilidade de uma possível evolução para outros transtornos, o diagnóstico e a intervenção precoces são extremamente importantes, uma vez que, a presença de uma comorbidade pode agravar o prognóstico, tanto em sua persistência, quanto em sua gravidade (SERRA-PINHEIRO et al., 2004).

Dessa forma, o prognóstico do TOD depende de fatores como gravidade dos sintomas, presença de comorbidades, apoio familiar e adesão ao tratamento. Intervenções precoces e integradas tendem a melhorar significativamente os desfechos clínicos e psicossociais. Sem acompanhamento adequado, há maior probabilidade de evolução para o Transtorno de Conduta e, em alguns casos, para transtornos de personalidade na vida adulta (SERRA-PINHEIRO et al., 2004). A presença de uma rede de apoio consistente, aliada a estratégias terapêuticas personalizadas, é determinante para o alcance de resultados positivos em longo prazo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos estudos apresentados, pode-se observar que o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial, no qual sua origem engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, a presença de estilos parentais inadequados, o temperamento difícil da criança em conjunto com a falta de suporte emocional e educacional, se tornam uma série de fatores que favorecem o surgimento e a manutenção dos comportamentos desafiadores. Nesse sentido, a literatura mostra que o contexto familiar pode exercer um papel decisivo na expressão dos sintomas, influenciando tanto a piora quanto a melhora do quadro clínico da criança (RELVAS, 2011; NUNES, 2007).

Dessa forma, vale ressaltar ainda que a relação entre a criança e seus cuidadores vai atuar como mediadora de fatores emocionais e o comportamento opositor, uma vez que, ambientes familiares caracterizados por práticas parentais inconsistentes, com pouco ou nenhum diálogo e uma quantidade exagerada de críticas, podem favorecer o aumento de conflitos, o que acaba reforçando o comportamento de oposição. Por outro lado, cuidadores que adotam práticas educativas que são baseadas em limites claros, empatia e afeto, possuem uma tendência maior a obter maior progresso no tratamento, confirmando assim o valor do treinamento parental e das intervenções psicossociais (NUNES, 2007).

Outrossim, é importante colocar em evidência a mudança na dinâmica familiar após o diagnóstico de TOD, uma vez que existe um grande impacto emocional para os pais da criança diagnosticada, podendo existir um sentimento de culpa e impotência perante aos comportamentos desafiadores da criança. Assim, deve haver uma reorganização para que a estabilidade e a previsibilidade sejam favorecidas no ambiente familiar da criança, para que este se torne um lugar de segurança e consistência, reduzindo os comportamentos de desafio e oposição e aumentando a regulação emocional (BAIÃO; HERÊNIO; CARVALHO, 2022).

Além disso, a literatura revisada também mostra que o diagnóstico precoce e a intervenção integrada possuem extrema relevância no tratamento do TOD. A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e o treinamento parental têm sido muito reconhecidos como linhas de tratamento eficazes no manejo do TOD, uma vez que, estes abordam tanto os comportamentos disfuncionais da criança, quanto as crenças e as práticas disfuncionais dos cuidadores, favorecendo a autorregulação emocional e o desenvolvimento de habilidades sociais da criança (MOURA; MEDINA, 2022).

Seguindo a linha da intervenção integrada, a Terapia Sistêmica contribui para uma compreensão ampliada do TOD, ao considerar a família como um sistema em constante interação. Dessa maneira, o comportamento da criança deixa de ser visto como um problema isolado, e passa a ser compreendido como manifestações de desequilíbrios relacionais. Segundo Nichols e Schwartz (2022), a abordagem sistêmica propõe a reorganização das fronteiras familiares, o fortalecimento da comunicação e a redefinição dos papéis parentais, de modo a restaurar o equilíbrio e reduzir a necessidade de comportamentos opositores.

Finalmente, pode-se mencionar que, mesmo que a farmacoterapia possa ser utilizada em casos de comorbidades, como o TDAH, ela deve ser vista como um complemento ao tratamento psicoterapêutico, uma vez que, a dependência exclusiva de medicamentos não promove mudanças sustentáveis no funcionamento emocional e comportamental da criança, sem a intervenção psicossocial adequada (ARANTES et al., 2024).

Portanto, pode-se concluir que a análise teórica confirma que o diagnóstico de TOD gera sim um grande impacto na dinâmica familiar, tornando-se indispensável a integração de diferentes abordagens, além de uma postura empática e colaborativa dos profissionais envolvidos. A família, sendo ela o ambiente no qual a criança vive, deve ser incluída em todas as etapas do processo de intervenção, consolidando o tratamento como um caminho de reconstrução relacional e emocional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARANTES, C.; MOSQUETA, A.; PREARO, C.; LAURIANO, L.; SABBADINI, M. Farmacoterapia em transtornos do comportamento infantil: uma revisão teórica. São Paulo: Editora Manole, 2024.
- BAIÃO, R. F.; HERÊNIO, L. M.; CARVALHO, C. A. Transtorno de oposição desafiante e dinâmica familiar: uma revisão narrativa. *Revista Psicologia em Foco*, v. 14, n. 2, p. 45–62, 2022.
- BARLETTA, J. B. In: FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. Terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BECK, J. S. Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CÁCERES, M. L.; SANTOS, F. R. Transtorno de oposição desafiante: um olhar psicológico sobre o comportamento infantil. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 10, n. 2, p. 89–104, 2018.
- CHALFON, R. Terapia cognitivo-comportamental com crianças: guia para a prática clínica. São Paulo: Sinopsys, 2019.
- DRETZKE, J. et al. The effectiveness of parent training programs for children with conduct problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, v. 9, n. 50, p. 1–233, 2005.
- EISENBERG, N. et al. Effortful control and its relation to externalizing problems. *Child Development*, v. 72, n. 4, p. 1112–1134, 2001.
- EISENBERG, N. et al. Relations among positive parenting, children’s effortful control, and externalizing problems: A three-wave longitudinal study. *Child Development*, v. 76, n. 5, p. 1055–1071, 2005.

- FOSSUM, S. et al. Parent training for young children with ODD and CD: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 50, n. 3, p. 227–234, 2009.
- KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Temperamento e desenvolvimento da autorregulação emocional em crianças. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 4, p. 841–849, 2010.
- KRIEGER, F. V. Transtornos de comportamento disruptivo em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 85–91, 2015.
- MINUCHIN, S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1990.
- MOURA, R. M.; MEDINA, C. R. Treinamento parental na terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática clínica. São Paulo: Sinopsys, 2022.
- NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. Terapia familiar: conceitos e métodos. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- NUNES, A. P. Família e desenvolvimento infantil: vínculos, afetividade e comportamento. São Paulo: Cortez, 2007.
- PACHECO, J.; REPPOLD, C. T. Treinamento de pais e manejo comportamental: contribuições da abordagem cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 7, n. 2, p. 52–60, 2011.
- PATTERSON, G. R.; DeGARMO, D. S.; KNUTSON, N. Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, v. 12, n. 1, p. 91-106, 2000. DOI: 10.1017/S0954579400001061.
- RAMPINELLI, L. M.; CASSOL, M.; BAUMGARTEN, L. Agressividade infantil e transtornos psiquiátricos: revisão teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, Passo Fundo, v. 12, n. 2, p. 64–78, 2020.
- RELVAS, A. P. O ciclo vital da família: perspectiva sistêmica. Porto: Afrontamento, 2010.
- ROTHBART, M. K. Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, v. 52, p. 569–578, 1981.

- ROTHBART, M. K.; BATES, J. E. Temperament. In: DAMON, W.; EISENBERG, N. (org.). *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development*. 6. ed. New York: Wiley, 2006. p. 99–166.
- RUBIN, K. H.; COPLAN, R. J.; BOWKER, J. C. Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, v. 60, p. 141–171, 2009.
- SANTANA, P. M. Diagnóstico precoce de transtornos comportamentais na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria Infantil*, v. 8, n. 1, p. 45–53, 2018.
- SERRA-PINHEIRO, M. A. et al. Transtornos de conduta e de oposição desafiante: aspectos clínicos e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 3, p. 12–17, 2004.
- SILVA, M. R. da; et al. Família, vínculo e desenvolvimento infantil. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 45–60, 2008.
- SILVA, M. T. Comorbidades entre transtornos de conduta e transtornos de oposição desafiante: um estudo longitudinal. *Revista de Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 165–174, 2011.
- TEIXEIRA, C. A. Avaliação e tratamento do Transtorno de Oposição Desafiante: uma revisão teórica. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 13, n. 1, p. 44–59, 2014.