

Transtorno Desafiador de Oposição: uma revisão com enfoque na odontologia pediátrica.

Domenique Pereira Soares,¹ Letícia Diniz Santos Vieira,² Renan Bezerra Ferreira.³

Resumo

O presente trabalho é uma revisão bibliográfica que objetivou a análise das relações entre o Transtorno Desafiador de Oposição-TDO e a odontologia pediátrica. A busca de artigos ocorreu através de pesquisa das palavras-chaves e seus correspondentes na língua inglesa, nas bases de dados *PUBMED*, *LILACS*, *MEDLINE* e *SCIELO*. Foram selecionados os estudos publicados nos últimos oito anos, além de outras obras relacionadas ao tema. O TDO é caracterizado por comportamento provocador, desobediente ou perturbador em crianças jovens, mas não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves. O diagnóstico é concluído quando a frequência do comportamento provocador se manifesta por pelo menos duas vezes nos últimos meses. Apesar do envolvimento de múltiplos fatores socioambientais, as crianças e adolescentes com TDO possuem maior risco de um pior status de saúde oral devido à dificuldade destes pacientes em manter a atenção e o foco em atividades de higiene oral, assim como a uma interação paifilho conflituosa e a efeitos adversos de medicações crônicas. O tratamento do TDO baseia-se primariamente em intervenções cognitivo-comportamentais como a técnica do *escape não-contingencial* e a *técnica do falar-mostrar-fazer*. O insucesso das intervenções psicossociais demanda a associação de terapia farmacológica.

Palavras-chaves: Transtorno Desafiador de Oposição; Distúrbios comportamentais e odontologia; Odontologia pediátrica. comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves. As evidências

científicas descrevem o TDO como um comportamento raivoso, vingativo, manifestado, sobretudo, contra as pessoas que representam papéis de autoridade sobre o indivíduo.¹

O TDO tem relação com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), uma vez que as crianças com TDAH têm uma predisposição a manifestar comportamentos comuns ao TDO, como por exemplo, as atitudes antissociais. Estes transtornos são denominados em conjunto por Transtornos de Comportamento Disruptivo.² Os fatores de risco associados ao TDO estão relacionados com as características da criança/adolescente, como idade e gênero, dos pais, como grau de instrução, idade e saúde mental da mãe, com características do núcleo familiar, como por exemplo, composição dos membros não tradicional, tamanho da família e com características socioeconômicas, tais como localidades em situação de vulnerabilidades, renda e classe social.^{3,4} Entretanto, a relação pai-filho e a regulação da emoção da criança parecem ser os fatores mais fortemente ligados aos sintomas comportamentais no Transtorno Desafiador de Oposição.⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC

Submetido: - **Aceito:**

Como citar este artigo:

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Domenique Pereira Soares
Endereço: CSE 03 Lote14 apto 201 – Taguatinga, DF.

Telefone: 61 – 99573-1934
E-mail: domeniquesoares@gmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: **Odontopediatria**

INTRODUÇÃO

O Código Internacional de Doenças – CID10 define o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) como uma desordem de conduta de crianças jovens, caracterizado por comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de

As intervenções psicossociais constituem a primeira linha de tratamento para crianças e adolescentes com TDO severo, pois possuem substancial evidência além de baixos riscos. No entanto, quando as intervenções psicossociais são ineficazes ou inacessíveis deve-se garantir a farmacoterapia.⁶ Revisão sistemática analisou a efetividade de programas de intervenção sobre comportamentos agressivos infantis e os resultados mostraram que, apesar de várias técnicas estudadas, nenhuma demonstra efetividade na sustentação da mudança comportamental. Tais técnicas, em sua maioria, utilizam-se do *roleplaying*, de jogos, do reforço social, do relaxamento e contação de histórias ou dramatização.

As limitações de efetividade em todas as técnicas residem no tempo de duração dos programas, no envolvimento dos genitores, no tamanho das amostras, nos ambientes de intervenção, na heterogeneidade de gravidade dos transtornos numa mesma amostra e na validação dos instrumentos utilizados.⁷ Já uma meta-análise mais recente concluiu que estas intervenções psicossociais, mesmo desenvolvidas em países de baixa e média renda, demonstram efetividade em todas as faixas etárias para a redução de comportamentos disruptivos.⁸

Os objetivos desta revisão foram: pesquisar na literatura científica as evidências existentes entre o TDO e a odontologia pediátrica, bem como apresentar e discutir as recomendações e experiências disponíveis sobre o manejo deste distúrbio na clínica odontológica.

REVISÃO DE LITERATURA

PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS DE SAÚDE BUCAL E TDO

Estudo conduzido com escolares entre 6-9 anos de idade comprovou que aquelas crianças com TDO, apresentam, com frequência, outras comorbidades associadas, como por exemplo a Ansiedade Odontológica, o que torna dificultado o manejo comportamental durante intervenções rotineiras na clínica odontológica.⁹

Outra investigação com mais de 500 crianças brasileiras também demonstrou relação significativa entre transtornos disruptivos e cárie, independentemente da renda familiar.¹⁰

Entretanto, pesquisa com 239 pares de gêmeos não encontrou associação entre transtornos disruptivos (desatenção, hiperatividade, impulsividade e desafiante) e cárie, comparada a variações genética e ambiental.¹¹

Crianças com diagnóstico associado de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e TDO têm risco substancialmente maior de sofrer abuso físico dos pais¹² e traumas dentais¹³ e isso impõe aos odontopediatras o desafio de reconhecer sinais e sintomas relacionados com violência contra a criança.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS RECOMENDADOS PARA O TDO

Os critérios diagnósticos do TDO estão resumidos no fluxograma abaixo e são caracterizados pelo CID-10 como: (a) comportamento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador e subversivo, claramente fora dos limites normais de comportamento das crianças de mesma idade e contexto sociocultural; (b) tendem frequentemente a se oporem a pedidos ou regras dos adultos e a ofenderem deliberadamente a outras pessoas; (c) sentem-se facilmente irritados com aquelas pessoas que apontam seus erros ou dificuldades; (d) geralmente têm baixa tolerância à frustração e perdem o controle facilmente; e (e) têm atitudes desafiantes em forma de provocações e enfrentamentos.¹⁴

A Associação Americana de Psiquiatria recomenda desde 2013 que para o diagnóstico de TDO a duração desse comportamento deve ser avaliada, a qual deve ter se manifestado por pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.¹⁴

FLUXOGRAMA DE COMPORTAMENTOS QUE



CARACTERIZAM O TDO.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E TDO

Meta análise recente avaliou a eficácia de intervenções psicossociais para a prevenção e/ou

controle de transtornos comportamentais em mais de 4000 crianças, residentes em países de baixa e média renda, dentre estes o Brasil. Observou-se que em 96% das vezes os tratamentos foram desenvolvidos com grupos de pacientes/cuidadores ao invés de individualmente, e em 50% dos estudos essas intervenções foram aplicadas por profissionais não especialistas. Intervenções focadas na criança e/ou no comportamento dos pais apresentaram uma maior efetividade em todas as faixas etárias e a magnitude dos resultados foi similar para um tempo de duração das terapias de 6 meses.⁸

Um manual brasileiro sobre a psicologia comportamental do TDO foi publicado em 2014 e direcionado aos pais, professores e profissionais que lidam com as crianças que possuem este diagnóstico. Algumas das técnicas interventivas descritas constituem: a psicoterapia cognitivocomportamental, que objetiva reduzir o negativismo e desenvolver habilidades de comunicação e de controle de impulso, raiva e agressividade; a terapia familiar, que objetiva identificar e tratar problemas de interação entre os membros da família e harmonizar o seu funcionamento social; a psicoeducação familiar e o treinamento de pais, que consistem em informar e promover o conhecimento aprofundado, além de treinamento de técnicas, sobre o transtorno, desde seu diagnóstico a estratégias domésticas de tratamento; a psicoeducação escolar, que integram informação a toda comunidade escolar dentro de programas pedagógicos com o intuito de orientar o manejo dos sintomas no ambiente escolar; as intervenções escolares, que se baseiam em técnicas comportamentais aprendidas por professores e funcionários para a reintegração da criança com TDO em sala de aula e no recreio.¹⁵

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E TDO

Distúrbios comportamentais disruptivos em associação ao TDAH seguem as recomendações deste para o tratamento farmacológico, isto é, os pacientes devem iniciar com o psicoestimulante metilfenidato e uma anfetamina (por exemplo, atomoxetina e alfa-2 agonistas), e em seguida considerar o uso de um fármaco nãoopsicoestimulante. A recomendação mais consistente para os casos de TDO não associado ao TDAH é para a risperidona. Outra indicação para TDO, derivada de estudos menores, é para o uso de valproato, associado ou não ao TDAH, porém os clínicos e as famílias devem também considerar a alta carga de efeitos colaterais, principalmente as discrasias sanguíneas e o potencial desafio de monitoramento sanguíneo regular.⁶

IMPACTO DAS INTERVENÇÕES EM TDO NA ODONTOLOGIA

Pesquisa recente comparou o status de saúde oral de 72 crianças de 6-12 anos de idade submetidas à terapia farmacológica com ritalina (metilfenidato) ou à terapia comportamental por neurofeedback. Os resultados mostraram diferenças significativas para todos os parâmetros avaliados, isto é, crianças tratadas com ritalina apresentaram baixo fluxo salivar e maiores escores para os índices CPOD e de placa dentária.¹⁶

Ensaio clínico randomizado e controlado, com 151 crianças de 2 a 9 anos, demonstrou que por meio da intervenção denominada *escape não contingente* foi possível a redução significativa de comportamentos disruptivos, tanto vocais quanto físicos, ou seja, a maior parte das crianças do grupo experimental apresentaram comportamento disruptivo ou não colaborativo em menos de 30% dos intervalos de tempo analisados.¹⁷

DISCUSSÃO

O pior status de saúde oral nas crianças com TDO, comparadas às crianças de mesma idade e nível socioeconômico, está relacionado à dificuldade em manter a atenção e o foco em atividades de higiene oral, assim como a uma interação pai-filho conflituosa e a efeitos adversos de medicações crônicas (por exemplo, os estimulantes e os antidepressivos tricíclicos) sobre a salivação, que podem desencadear a xerostomia e por consequência um maior risco de cáries. Quando a associação entre TDO e cárie não é encontrada, mesmo entre gêmeos de mesmo nível sócioeconômico, é possível pensar na relação entre transtornos comportamentais e maiores níveis de imunoglobulina A secretora, que possui ação de aumento da resistência da mucosa a bactérias cariogênicas. Outro argumento seria uma maior restrição de sacarose instituída pelos pais, que acreditam que essa conduta é um tratamento eficaz, tendo em vista uma observação real de maior preferência dos filhos por doces.^{9, 11}

Com relação ao diagnóstico, é importante compreender que os comportamentos característicos do TDO são essencialmente clínicos, e o odontopediatra pode assumir papel importante para o diagnóstico de casos ainda não definidos, a depender da experiência do profissional no cotidiano da comunidade onde trabalha.^{14, 18}

As intervenções comportamentais constituem a primeira linha de cuidados para o controle do TDO, pois os estudos não reportam efeitos adversos, as intervenções psicossociais são

viáveis e efetivas para redução de comportamentos disruptivos em países de baixa e média renda, e todas as técnicas podem ser aprendidas por pais, professores ou profissionais não especialistas. Porém, a terapêutica farmacológica deve ser considerada quando as terapias comportamentais mostrarem-se falhas para o controle do TDO.^{6, 8} As últimas diretrizes internacionais trazem que as evidências ainda são limitadas no que se refere a recomendações de fármacos para tratamento de comportamentos disruptivos na ausência de associação com TDAH, assim como à segurança e benefícios no longo prazo. O fármaco risperidona possui nível de recomendação considerado condicional, pois ao mesmo tempo, em que possui eficácia apenas moderada em crianças com TDO e

Quociente de Inteligência (QI) médio os efeitos adversos são importantes, especialmente sedação, sintomas extrapiramidais e ganho de peso. Toda medicação usada deve ser reavaliada clinicamente de forma contínua a fim de pesar seus benefícios e efeitos adversos, e, pacientes e seus responsáveis, em conjunto, devem decidir sobre sua continuidade.⁶

Embora os resultados dos impactos do tipos de intervenção (comportamental versus

farmacológica) possam parecer previsíveis ao se considerar que a xerostomia é o principal efeito adverso dos fármacos psicoestimulantes eles não são totalmente concordantes na literatura. Isso se deve ao envolvimento de fatores de risco ambientais, tais como a capacidade para o autocuidado com a higiene oral, a dieta rica em açúcar e o cuidado e atenção dos pais. Outros fatores que podem afetar os resultados são o tamanho da amostra e o tempo de medicação, ou seja, amostras maiores e longo tempo de medicação podem não mostrar diferenças significativas entre crianças normais e com transtorno disruptivo ou entre grupos de crianças com transtorno, submetidas ou não a tratamento farmacológico.¹⁶⁻¹⁸

Há que se considerar, todavia, a importância de terapias não farmacológicas e menos invasivas para transtornos de comportamento, por implicarem em mínimos efeitos adversos e eficácia comprovada, como demonstrada pela técnica do escape não

contingente, que consiste na oferta de pausas breves durante o tratamento odontológico restaurador, com maior número ao início da sessão e aumento do tempo entre estas pausas conforme o tratamento fosse seguindo. No momento destas

pausas os cirurgiões-dentistas retiram todos os instrumentais da boca do paciente. Ressalta-se que esta intervenção não aumentou significativamente o tempo gasto para o manejo de comportamentos disruptivos e os seus resultados podem ser indicados para aos pacientes portadores de distúrbios comportamentais diagnosticados, uma vez que apresentou boa eficácia, aceitabilidade por parte dos dentistas e reprodutibilidade para um nível de atenção primário.¹⁶⁻¹⁸

Devido à frequência de associação entre TDAH e TDO ser reconhecidamente de alta prevalência¹⁹ é importante considerar as recomendações existentes de abordagens para TDAH que possam ser referenciadas para as necessidades dos pacientes com TDO e outros transtornos disruptivos. Tais recomendações estão ilustradas na FIGURA 1, e servem de orientação para a prática clínica odontopediátrica.^{20, 21}

-

CONCLUSÃO

O TDO impõe, de fato, desafios diários para a prática clínica. O odontopediatra deve estar atento para a observação de comportamentos

característicos do TDO, mas que ainda permanecem sem diagnóstico definido. As estratégias cognitivo-comportamentais parecem ser a base na condução

OPOSITION DEFIANT DISORDER: AN APPROACH IN PEDIATRIC DENTISTRY

Abstract

The present work is a bibliographical review that aimed at the analysis of the relationship between Oppositional Defiant Disorder and Pediatric Dentistry. The search for articles occurred by searching for keywords and their correspondents in the English language in the PUBMED, LILACS, MEDLINE and SCIELO databases. We selected studies published in the last eight years, as well as a Canadian guideline and a Brazilian book related to the theme. The ODD is characterized by provocative, disobedient or disruptive behavior in young children, but not accompanied by criminal behavior or serious aggressive or dissociative conduct. The diagnosis is completed when the frequency of the provocative behavior manifests itself at least twice in recent months. Despite the involvement of multiple socioenvironmental factors, children and adolescents with ODD are at greater risk of poor oral health status due to the difficulty of these patients to maintain attention and focus on oral hygiene activities, as well as to a parent-child interaction and adverse effects of chronic medications. The treatment of ODD is based primarily on cognitive-behavioral interventions such as the noncontiguous escape technique and the talk-show-and-do technique. The failure of psychosocial interventions demands the association of pharmacological therapy.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder; Behavioral disorders and dentistry; Pediatric dentistry.

dos procedimentos de intervenção odontológicos, cabendo aos profissionais se inteirar das técnicas de maior evidência para o alcance dos resultados clínicos mais favoráveis.

Referências

- 1 Psicologia.pt [internet]. Agostini VLML, Santos WDV. Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência; c2018 [acesso em 17 abr 2018]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1175.pdf>.
- 2 Azeredo A, Moreira D, Barbosa F. ADHD, CD, and ODD: systematic review of genetic and environmental risk factors. *Research in Developmental Disabilities*. In press 2018.
- 3 McNeilis J, Maughan B, Goodman R, Rowe R. Comparing the characteristics and outcomes of parent- and teacher- reported oppositional defiant disorder: findings from a national sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; x(x): xx-xx.
- 4 Mantovanelli P, Cássia RR. Os principais fatores que contribuem para o aparecimento e evolução do transtorno de oposição (TDO). *Revista Científica Eletrônica de Psicologia* 2010;1-7.
- 5 Tang Y, Lin X, Chi P, Zhou Q, Hou X. Multi-level Family factors and affective and behavioral symptoms of oppositional defiant disorder in chinese children. *Frontiers in Psychology* 2017;8:1-10.
- 6 Gorman DA, et al. Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015;60(02):6276.
- 7 Landim I, Borsa JC. Revisão sistemática sobre programas de intervenção para redução de comportamentos agressivos infantis. *Contextos Clínicos* 2017;10(1):110-129.
- 8 Burkey MD, et al. Psychosocial interventions for disruptive behavior problems in children in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018. <https://doi.org/10.1111/icpp.12894>.
- 9 Aminabadi NA, Najafpour E, Erfanparast L, Jamali Z, Pournaghi-Azar F, Tamjid-Shabestari S, Shirazi S. Oral health status, dental anxiety, and behavior management problems in children with oppositional defiant disorder. *Eur J Oral Sci* 2016;124(1):45-51.
- 10 Mota-Veloso I, et al. Do signs of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder increase the odds of dental caries? A case-control study. *Caries Res* 2018;52(1):212-219.
- 11 Lorber M, Slep AMS, Heyman RE, Bretz WA. Child externalizing behavior problems linked to genetic and non-genetic variation in dental caries. *Caries Res* 2014;48:475-481.
- 12 Murray CM, Naysmith KE, Liu GCH, Drummond BK. A review of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder from the dental perspective. *New Zealand Dental Journal* 2018;108(03):95-101.
- 13 Sabuncuoglu O, Irmak MY. The ADHD model for traumatic dental injuries: a critical review and update of the last 10 years. *Dent Traumatol* 2017;33(2):71-76.
- 14 Robayo AM, Caro LFM, López LCR, Hernández VR, Puerto DMR. Estratégias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Rev Cienc Salud*.2017;15(1):105-127.
- 15 Teixeira, Gustavo. O reizinho da casa: manual para pais de crianças opositivas, desafiadoras e desobedientes. Rio de Janeiro: BestSeller; 2014.
- 16 Vafaei A, Vafaei I, Noorazar G, Akbarzadeh R, Erfanparast L, Shirazi S. Comparison of the effect of pharmacotherapy and neuro-feedback therapy on oral health of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Exp Dent* 2018;10(4):306-11.
- 17 Allen KD, Wallace Dp. Effectiveness of using noncontingent escape for general behavior management in a pediatric dental clinic. *Journal of applied behavior analysis* 2013;46(4):723-737.
- 18 Meira, GF. Posição social, agrupamento de condições clínicas bucais e qualidade de vida em crianças: uma análise a partir do projeto SBBrazil 2010. Manaus. Dissertação [Mestrado em Odontologia] – Universidade Federal do Amazonas; 2016.
- 19 Hidas A, et al. Oral health status, salivary flow rate and salivary quality in children, adolescents and young adults with ADHD. *Arch Oral Biol* 2011;56:1137-41.
- 20 Hidas A, et al. Salivary bacteria and oral health status in medicated and non-medicated children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Oral Investig* 2013;17:1863-7.
- 21 Adyanthaya A, Ismail S. Attention deficit hyperactivity disorder: a review, dental implications and treatment recommendations for dental professionals. *Journal of dental and Medical Sciences* 2016;15(4):115-122.