REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

CUIDADOS RELACIONADOS AO TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA SOB A ÓTICA DE FAMILIARES E ENFERMEIROS

CARE RELATED TO OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILY MEMBERS AND NURSES

CUIDADOS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE FAMILIARES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Nathália Maria Nolasco da Silva Freitas
Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santa Terezinha. São Luís - MA
email: nathalia.freitassnolasco@gmail.com

Emanuela Almeida Rosa
Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santa Terezinha. São Luís - MA
email: emanuela.almeida@cest.edu.br

Leandro Saldanha Nunes Mouzinho
Mestre em Saúde Coletiva, Centro Universitário Santa Terezinha, Brasil
email: leandro.saldanha@cest.edu.br

Amanda Serpa Martins
Enfermeira Especialista em Saúde Mental, Centro Universitário Santa Terezinha, Brasil
email: amanda.martins@cest.edu.br

Resumo

Objetivo. Analisar percepções e experiências de familiares e enfermeiros sobre cuidados relacionados ao transtorno opositor desafiador (TOD) na infância e na adolescência. Método. Foi realizada pesquisa qualiquantitativa, exploratória e descritiva, entre junho e novembro de 2026, com coleta empírica de junho a outubro. Foram analisadas respostas de dez familiares a um formulário on-line e depoimentos de enfermeiros das áreas de saúde da criança e saúde mental, obtidos por entrevistas on-line ou respostas escritas. A elegibilidade familiar abrangeu crianças e adolescentes com diagnóstico de TOD ou em investigação. As respostas fechadas foram organizadas em frequências, e os relatos foram examinados por leitura interpretativa e reunidos por temas. Resultados. As dez familiares participantes foram mulheres, das quais oito foram mães. Oito assinalaram a categoria “sempre” para desobediência e comportamento desafiador. Oito referiram sobrecarga emocional, sete relataram não se sentir bem informadas sobre o transtorno e dez informaram não ter recebido orientações de enfermeiros. Parte dos relatos registrou ausência de contato com enfermagem, o que limitou a interpretação da avaliação assistencial. Os excertos familiares reuniram dificuldades de rotina, julgamento social, apoio e vínculos afetivos. Os depoimentos profissionais apresentaram concepções heterogêneas, diferentes experiências de formação e propostas de comunicação e articulação do cuidado. Conclusão. Os achados descreveram necessidades percebidas de orientação e apoio no grupo participante e subsidiaram propostas de acolhimento, educação em saúde e formação profissional. O alcance exploratório não permitiu estabelecer causalidade, avaliar competência profissional ou demonstrar eficácia de intervenções.

Palavras-chave. Transtorno Opositor Desafiador. Saúde Mental Infantojuvenil. Cuidados de Enfermagem. Educação em Saúde.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

Abstract

Objective. To analyze family members' and nurses' perceptions and experiences of care related to oppositional defiant disorder (ODD) in childhood and adolescence. Method. A qualitative and quantitative, exploratory, descriptive study was conducted from June to November 2026, with empirical data collection from June to October. Responses from ten family members to an online form and accounts from nurses working in child health and mental health were analyzed. Nurses participated through online interviews or written responses. Family eligibility covered children and adolescents diagnosed with ODD or undergoing diagnostic investigation. Closed responses were organized as frequencies, and accounts were examined through interpretive reading and grouped by theme. Results. All ten family participants were women, including eight mothers. Eight selected "always" for disobedience and defiant behavior. Eight reported emotional burden, seven reported not feeling well informed about the disorder, and ten reported receiving no guidance from nurses. Some accounts indicated no contact with nursing services, limiting the interpretation of care ratings. Family accounts included difficulties with daily routines, social judgment, support, and affectionate relationships. Professional accounts presented heterogeneous understandings, different educational experiences, and proposals for communication and care coordination. Conclusion. The findings described perceived needs for guidance and support among participants and informed proposals for welcoming care, health education, and professional training. The exploratory scope did not establish causality, assess professional competence, or demonstrate intervention effectiveness.

Keywords. Oppositional Defiant Disorder. Child and Adolescent Mental Health. Nursing Care. Health Education.

Resumen

Objetivo. Analizar las percepciones y experiencias de familiares y profesionales de enfermería sobre los cuidados relacionados con el trastorno negativista desafiante (TND) en la infancia y la adolescencia. Método. Se realizó una investigación cualitativa y cuantitativa, exploratoria y descriptiva, entre junio y noviembre de 2026, con recogida de datos empíricos de junio a octubre. Se analizaron las respuestas de diez familiares a un formulario en línea y los relatos de profesionales de enfermería de salud infantil y salud mental, obtenidos mediante entrevistas en línea o respuestas escritas. La elegibilidad familiar abarcó a niños y adolescentes con diagnóstico de TND o en investigación diagnóstica. Las respuestas cerradas se organizaron en frecuencias y los relatos se examinaron mediante lectura interpretativa y se agruparon por temas. Resultados. Las diez participantes familiares fueron mujeres, de las cuales ocho fueron madres. Ocho seleccionaron "siempre" para desobediencia y comportamiento desafiante. Ocho refirieron sobrecarga emocional, siete manifestaron no sentirse bien informadas sobre el trastorno y diez informaron no haber recibido orientación de enfermería. Algunos relatos registraron ausencia de contacto con enfermería, lo que limitó la interpretación de la valoración asistencial. Los relatos familiares reunieron dificultades cotidianas, juicios sociales, apoyo y vínculos afectivos. Los relatos profesionales presentaron concepciones heterogéneas, distintas experiencias formativas y propuestas de comunicación y coordinación del cuidado. Conclusión. Los hallazgos describieron necesidades percibidas de orientación y apoyo entre los participantes y sustentaron propuestas de acogida, educación para la salud y formación profesional. El alcance exploratorio no permitió establecer causalidad, evaluar competencias profesionales ni demostrar la eficacia de intervenciones.

Palabras clave. Trastorno Negativista Desafiante. Salud Mental Infantil y Adolescente. Cuidados de Enfermería. Educación para la Salud.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

1 Introdução

O transtorno opositor desafiador (TOD) foi caracterizado, na classificação clínica da Organização Mundial da Saúde, por um padrão persistente de comportamentos desafiadores, desobedientes ou provocativos, que pôde incluir irritabilidade e raiva, excedeu o esperado para a idade e o contexto sociocultural e se associou a prejuízo no funcionamento. Essa caracterização exigiu consideração do desenvolvimento e das situações em que os comportamentos ocorreram. A presença isolada de desobediência ou de conflitos com adultos não constituiu confirmação diagnóstica (World Health Organization, 2024).

Na literatura sobre TOD, as dificuldades de convivência, as práticas educativas e as relações familiares foram discutidas como dimensões relevantes para o cuidado. Baião, Herênio e Carvalho (2022) examinaram a relação entre o transtorno e o contexto familiar, enquanto Viana e Martins (2022) abordaram possibilidades de intervenção cognitivo-comportamental. Essas contribuições sustentaram a atenção às necessidades das crianças e dos responsáveis, com consideração das particularidades de cada situação.

A formação em enfermagem para a saúde mental infantojuvenil também foi objeto de investigação. Sá *et al.* (2020) e Silva e Mouzinho (2026) identificaram dificuldades na preparação de acadêmicos para esse cuidado. Delfini, Toledo e Garcia (2025), em revisão sobre crianças com transtornos mentais, reuniram práticas de enfermagem e necessidades de qualificação. A abrangência desses estudos incluiu a saúde mental infantil em geral e ofereceu contexto para examinar as experiências relacionadas ao TOD.

A pergunta de pesquisa investigou quais percepções e experiências familiares e enfermeiros apresentaram sobre os cuidados relacionados ao TOD na infância e na adolescência. O objetivo geral foi analisar essas percepções e experiências. Os objetivos específicos foram descrever as dificuldades e estratégias familiares relatadas, identificar necessidades percebidas de orientação e apoio e examinar as concepções e propostas de cuidado dos profissionais participantes.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

2 Fundamentação teórica

2.1 Atenção psicossocial e proteção de direitos

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Entre seus dispositivos, estabeleceu o tratamento com humanidade e respeito, a proteção contra abuso e exploração e a preferência por serviços comunitários. A lei ofereceu uma referência para a análise de relatos de estigma e de práticas punitivas no cuidado (Brasil, 2001).

A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, regulamentou modalidades de Centros de Atenção Psicossocial e incluiu o CAPSi II para o atendimento de crianças e adolescentes. Sua descrição de atividades contemplou o atendimento à família e ações comunitárias. Esses marcos situaram a participação familiar e a articulação do cuidado no campo da atenção psicossocial (Brasil, 2002).

2.2 Contexto familiar e singularidades do cuidado

A revisão de Baião, Herênio e Carvalho (2022) e o estudo de Viana Junior e Mouzinho (2026) discutiram o contexto familiar e as práticas educativas relacionadas ao TOD. A consideração dessas relações exigiu atenção às condições de apoio, às dificuldades dos responsáveis e à diversidade das experiências familiares. A descrição de conflitos não autorizou atribuir à família uma causa única do transtorno, nem reduziu a criança aos comportamentos que motivaram a busca por ajuda.

A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) incluiu intervenções psicossociais para crianças e adolescentes com problemas de comportamento, com recomendações específicas conforme a idade e a avaliação clínica, além de programas dirigidos a pais ou responsáveis. A diretriz não recomendou medicação de rotina para o manejo dos problemas comportamentais do TOD. Essas recomendações forneceram uma referência para distinguir propostas gerais dos participantes de indicações clínicas individualizadas (National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

2.3 Enfermagem e formação em saúde mental infantojuvenil

Nas revisões de Delfini, Toledo e Garcia (2025) e de Conceição e Mouzinho (2026), o cuidado de enfermagem à criança com transtornos mentais envolveu dimensões relacionais e práticas assistenciais que ultrapassaram a descrição de sintomas. A comunicação, a aproximação com a família e a articulação entre profissionais ofereceram referências para discutir as necessidades expressas nesta pesquisa. A articulação multiprofissional também fundamentou a discussão das modalidades terapêuticas mencionadas pelos participantes.

Porto da Silva *et al.* (2022) investigaram concepções de estudantes e professores sobre a formação em saúde mental. Villela, Maftum e Paes (2013) também examinaram esse ensino na graduação, enquanto Sá *et al.* (2020) focalizaram o preparo para o cuidado de crianças e adolescentes. Esses trabalhos ofereceram referências para a discussão da formação em saúde mental nos diferentes contextos investigados.

3 Método

3.1 Delineamento e período

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualiquantitativa, exploratória e descritiva, com investigação de campo e fundamentação bibliográfica. O período total da pesquisa compreendeu junho a novembro de 2026. A coleta empírica foi realizada de junho a outubro de 2026.

3.2 Participantes e recrutamento

A elegibilidade dos familiares abrangeu pessoas com vínculo familiar com crianças ou adolescentes com diagnóstico de TOD ou em investigação para esse transtorno. O formulário on-line foi divulgado em redes sociais e reuniu respostas de dez familiares. As frequências e os percentuais tiveram como unidade de referência a familiar respondente.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

Participaram do componente profissional enfermeiros das áreas de saúde da criança e saúde mental. Os depoimentos foram identificados pelos códigos E1, E2, E3 e E4.

3.3 Produção dos dados

O formulário dos familiares reuniu perguntas fechadas e abertas sobre características dos respondentes, comportamentos percebidos, dificuldades cotidianas, estratégias utilizadas, informações sobre o TOD, orientação de enfermagem e expectativas de cuidado. As perguntas sobre dificuldades e estratégias admitiram múltiplas seleções e um campo aberto para outras respostas. As categorias de frequência comportamental foram “nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”.

Para os enfermeiros, foi utilizado um questionário com perguntas abertas como roteiro de entrevistas on-line, realizadas na plataforma Google Meet. Quando os profissionais não puderam participar por essa modalidade, responderam ao questionário por escrito. As perguntas abordaram a compreensão do TOD, dificuldades percebidas no cuidado, propostas de assistência, participação familiar e contato com a temática durante a formação.

A condução de uma entrevista incluiu uma observação da entrevistadora sobre resistência dos pais antes da resposta de E1 acerca desse assunto. Esse contexto de produção foi considerado na leitura do excerto, juntamente com a diferença entre respostas obtidas em interação síncrona e respostas escritas.

3.4 Organização e interpretação dos resultados

As respostas fechadas foram organizadas em frequências absolutas e percentuais, tendo dez familiares como base. As contagens corresponderam aos valores calculados a partir dos percentuais agregados. Nas perguntas de múltipla seleção, cada percentual correspondeu à proporção de familiares que assinalou a alternativa. Uma participante pôde selecionar mais de uma resposta, de modo que a soma das marcações ultrapassou o total de respondentes.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

Os dados qualitativos foram examinados por leitura e interpretação das respostas abertas e dos depoimentos. Os relatos foram organizados por assuntos relacionados ao desgaste e à convivência, ao julgamento social, às necessidades de informação, às concepções profissionais e às propostas de cuidado. Os excertos foram identificados pelos códigos dos participantes e relacionados aos temas correspondentes, conforme a síntese apresentada no Quadro 1.

Os resultados quantitativos e qualitativos foram articulados por aproximação temática. A análise relacionou as frequências familiares às experiências narradas e examinou convergências e diferenças entre as perspectivas dos dois grupos. A comparação teve caráter temático, sem pareamento entre as respostas de familiares e enfermeiros.

3.5 Fundamentação bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi utilizada para fundamentar a discussão do TOD, do contexto familiar e da enfermagem em saúde mental infantojuvenil. Foram consultados PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e SciELO. A fundamentação articulou estudos empíricos, revisões, documentos clínicos e normas relacionadas à atenção psicossocial.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações sobre os objetivos e os procedimentos. A participação foi voluntária, e foi preservada a confidencialidade das informações. Os excertos familiares foram identificados pela letra F e os profissionais pela letra E, acompanhadas dos números correspondentes. Identificadores incidentais de pessoas, instituições e trajetória formativa foram suprimidos ou substituídos por indicações entre colchetes. As reduções de trechos foram marcadas por [...], com preservação do conteúdo textual dos segmentos mantidos.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

4 Resultados

4.1 Caracterização e experiências familiares

As dez familiares participantes foram mulheres, e oito se identificaram como mães (80%). O relato de F4 expressou a perspectiva de uma irmã.

As familiares relataram cansaço, ajustes na rotina e dificuldades para lidar com regras e momentos de resistência. F1 descreveu uma experiência de desgaste físico e emocional.

> **F1** "Sim, a convivência com uma criança com TOD é extremamente cansativa, já fui dormir por várias vezes com o corpo trêmulo."

F2 relatou julgamento por parentes e deslegitimação da situação vivenciada. A sugestão de punição física apareceu como uma fala de terceiros reproduzida pela participante.

> **F2** "Em casos de birras (crises) ouvi parentes dizerem que é falta de surra e que eu não educava direito esse menino, já estava com diagnóstico, porém sem laudo. Até diziam que eu era problemática porque o menino não tinha nada"

F3 reuniu dificuldades com regras, demonstrações de afeto e apoio de outros familiares. A participante também considerou ampla a pergunta recebida.

> **F3** "Essa pergunta foi muito ampla. Creio que poderia ressignificar de diversas formas. [...] Temos muitas dificuldades com o meu filho na questão dele saber respeitar as regras (como escovar por exemplo) até hierarquia (não gritar com a mãe e respeitar os mais velhos) mas mesmo com as dificuldades ele é uma criança muito amorosa, fala eu te amo toda hora, gosta de abraçar, ele sabe que gosto de pipoca então toda noite chama pra comer pipoca e assistir filme juntos. [...] Eu tenho minha mãe e irmã que me ajudam, mas digo que é muito difícil. [...]"

F4 descreveu o sofrimento ao acompanhar a rotina da mãe com a irmã. Seu relato ampliou a compreensão do cuidado para além da perspectiva materna.

> **F4** "Como a minha irmã desafia muito a nossa mãe ela acabava me escutando mais. E após sair de casa sofro vendo o sofrimento e cansaço que a minha mãe enfrenta com ela."

As dez familiares informaram interferências na rotina. As respostas abrangeram socialização, tarefas domésticas, atividades escolares e organização do cotidiano. F6 descreveu a necessidade de ajustar a rotina e mobilizar paciência.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

> **F6** “Às vezes, quando temos necessidade de ajustar a rotina e lidar com momentos de resistência, dificuldade com regras e mudanças, o que exige mais paciência e organização”

Os relatos registraram desgaste e reorganização do cuidado, além de manifestações de afeto, apoio e convivência. F3 descreveu a coexistência dessas experiências no cotidiano familiar.

4.2 Frequência de comportamentos, dificuldades e estratégias

Na frequência comportamental, oito familiares assinalaram “sempre” para desobediência e comportamento desafiador, e duas assinalaram “frequentemente” em cada item. Para discussões com adultos, a soma de “frequentemente” e “sempre” correspondeu a oito respostas. A agressividade apresentou distribuição distinta, com cinco respostas em “às vezes”, duas em “frequentemente” e três em “sempre” (Tabela 1).

Tabela 1 Frequência de comportamentos relatados pelas familiares

Comportamento	Nunca n (%)	Às vezes n (%)	Frequentemente n (%)	Sempre n (%)
Irritabilidade frequente	—	—	5 (50%)	5 (50%)
Desobediência	—	—	2 (20%)	8 (80%)
Discussões com adultos	—	2 (20%)	2 (20%)	6 (60%)
Comportamento desafiador	—	—	2 (20%)	8 (80%)
Agressividade	—	5 (50%)	2 (20%)	3 (30%)

Fonte: dados da pesquisa (2026). N = 10 familiares. Valores apresentados em n (%), com contagens calculadas a partir dos percentuais agregados. O traço (—) indicou categoria sem percentual apresentado. As distribuições somaram 100% por comportamento.

A sobrecarga emocional foi assinalada por oito familiares, a impaciência por sete, a dificuldade em saber como intervir por cinco e a falta de apoio por cinco. Incompreensão e julgamento e reclamações escolares receberam uma marcação cada (Tabela 2). A possibilidade de respostas múltiplas permitiu registrar mais de uma dificuldade por participante.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

Tabela 2 Dificuldades assinaladas pelas familiares

Dificuldade	n	%
Impaciência	7	70
Dificuldade em saber como intervir	5	50
Falta de apoio	5	50
Sobrecarga emocional	8	80
Incompreensão e julgamento	1	10
Reclamações escolares	1	10

Fonte: dados da pesquisa (2026). N = 10 familiares. Questão de múltiplas respostas. As 27 marcações totalizaram 270%, pois uma mesma participante pôde assinalar mais de uma alternativa. Cada percentual correspondeu à proporção de familiares que selecionou a resposta.

O diálogo foi a estratégia mais assinalada, com oito respostas. Ignorar o comportamento recebeu cinco marcações, enquanto castigo e reforço positivo receberam três cada. As categorias “diálogo e imposição de limites” e “negociação e elaboração de acordos” receberam uma marcação cada (Tabela 3).

Tabela 3 Estratégias assinaladas pelas familiares

Estratégia	n	%
Diálogo	8	80
Castigo	3	30
Reforço positivo	3	30
Ignorar comportamento	5	50
Diálogo e imposição de limites	1	10
Negociação e elaboração de acordos	1	10

Fonte: dados da pesquisa (2026). N = 10 familiares. Questão de múltiplas respostas. As 21 marcações totalizaram 210%, pois uma mesma participante pôde assinalar mais de uma alternativa.

As respostas descreveram as estratégias utilizadas pelas familiares. A modalidade de castigo não foi detalhada, e os resultados das estratégias não foram avaliados. Esses achados caracterizaram as práticas referidas pelas participantes.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

4.3 Informação sobre o TOD e experiências com enfermagem

Sete familiares (70%) relataram não se sentir bem informadas sobre o TOD. No item referente ao conhecimento prévio, seis participantes (60%) relataram não conhecer o transtorno antes do diagnóstico referido.

As fontes de informação foram apresentadas nas categorias “profissionais de saúde”, com cinco respostas (50%), “internet”, com três (30%), “psicólogo”, com uma (10%), e “neurologista”, com uma (10%).

As dez familiares relataram não ter recebido orientações de enfermeiros sobre o manejo das dificuldades descritas. As respostas abertas também registraram situações sem contato com enfermeiros no acompanhamento. A ausência de orientação abrangeu, portanto, experiências distintas de acesso e acompanhamento.

No item de avaliação da assistência, foram registradas cinco respostas “regular” (50%), três “ruim” (30%) e duas “boa” (20%). Essa distribuição reuniu as respostas das dez familiares e não foi estratificada por contato prévio com enfermagem, serviço ou período avaliado. Os percentuais expressaram a percepção geral das participantes sobre a assistência.

Entre as percepções sobre a abordagem profissional, F1 e F7 relataram a atribuição das dificuldades à educação ou à “birra”. Os excertos expressaram a avaliação dessas familiares sobre suas experiências.

> **F1** “A maioria das vezes levam o transtorno como falta de educação”

> **F7** “As pessoas não dão importância não, acha que e birra ou má criação”

Quatro participantes não apresentaram sugestão ou informaram não saber sugerir mudanças. Seis propuseram melhorias, incluindo paciência, respeito, comunicação individualizada e orientação. F6 mencionou TEA e TOD na mesma resposta, o que ampliou o alcance de sua sugestão para condições distintas.

> **F6** “Que o enfermeiro adote uma abordagem mais individualizada, com comunicação clara e acolhedora, respeitando o tempo da criança/adolescente. É importante também manter uma rotina previsível, utilizar estratégias de manejo comportamental, demonstrar paciência e buscar capacitação sobre TEA e TOD para lidar melhor com possíveis comportamentos de oposição e resistência.”

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

F8 “Nos guiar e nos orientar melhor da forma de como lidar,não só dar remédio”

A preocupação de F5 com a comunicação na presença da criança também foi registrada.

F5 “Não informar na presença do paciente o que ele pode fazer devido ao transtorno”

A resposta de F5 expressou preocupação com a comunicação na presença da criança, embora sua formulação tenha permanecido ambígua. Em conjunto, os pedidos de orientação e comunicação registraram necessidades percebidas pelas familiares.

4.4 Concepções profissionais e experiências de formação

Os depoimentos profissionais apresentaram formas diferentes de compreender o TOD. E1 relatou concepções iniciais associadas à “birra” e à punição, reconheceu uma mudança de compreensão após o contato com a saúde mental e também associou o transtorno à criminalidade.

E1 “[...] Uma criança chata, birrenta, que não respeita ninguém. [...] Mas depois que a gente começa a trabalhar dentro da área de saúde mental, a gente percebe que é um tipo de transtorno, que acomete crianças e adolescentes. [...] E pesquisando e lendo muito sobre isso, a gente vê que elas entram para o mundo do crime também [...]”

O excerto reuniu reconhecimento do transtorno e associações estigmatizantes na concepção do participante.

E3 “É um transtorno do Neuro desenvolvimento, que começa na infância , caracterizado por comportamento desafiador, irritabilidade, raiva etc”

E4 “[...] Acredito que é importante compreender que esses comportamentos nem sempre são simplesmente falta de educação ou vontade de contrariar, mas podem indicar uma dificuldade em controlar as emoções e lidar com situações.”

E3 classificou o TOD como um transtorno do neurodesenvolvimento. A classificação clínica da CID-11 situou o TOD no grupo dos transtornos do comportamento disruptivo e dissocial, distinto do agrupamento dos transtornos do neurodesenvolvimento (World Health Organization, 2024). A diferença entre essas formulações evidenciou a heterogeneidade das concepções profissionais.

E2 não respondeu à pergunta sobre desafios específicos do cuidado em razão dos limites de sua experiência prática com esse público. E3 mencionou os desafios

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

comportamentais. E1 destacou preconceito, formação e compreensão familiar do diagnóstico. A resposta de E1 sobre resistência familiar foi produzida após uma observação da entrevistadora acerca desse tema.

> **E1** "Muita resistência para aceitar o diagnóstico e existem duas principais causas: aceitar que tem um tipo de transtorno, isso é extremamente difícil, e aceitar que o TOD é um transtorno. [...] Aí tem um momento que elas estão bem. E aí o desafio para os profissionais é a falta de amparo na questão de você ter uma sociedade que fale sobre isso, ter pessoas da área de saúde que comentem, que conversem sobre isso, que tentem preparar eles de uma maneira melhor. [...]"

E1 enfatizou dificuldades familiares de compreensão do diagnóstico e continuidade do cuidado, além da necessidade de apoio e preparo. Sua interpretação destacou o contexto familiar entre os desafios percebidos na prática profissional.

As experiências de formação também diferiram. E1 relatou contato com a temática na prática formativa e reconheceu dificuldades iniciais de compreensão.

> **E1** "Como eu... eu fiz estágio na [instituição A], eu tive esse contato com eles. [...] Então quando o [nome omitido] falava para a gente dar uma lida, fazer pesquisas e poder... eh... entender que a... que... que todos os comportamentos que ela tem batem certinho com o que o DSM-5 fala ou com estudos da área de saúde mental, a gente consegue perceber que... que a gente consegue perceber que tudo... que tudo é decorrente do... do transtorno, nada é meio que inventado da cabeça deles. [...]"

E1 atribuiu todos os comportamentos ao diagnóstico. Essa formulação mostrou uma tensão com a atenção às particularidades de cada criança e situação.

> **E2** "Não. Eu me formei em [ano omitido] na [instituição de ensino omitida], então já tem bastante tempo. É, muito tempo. E não era uma área falada. Nem TEA, TDAH... nada, TOD, nada era falado. Nunca foi abordado na disciplina que eu fui aluna na época. Mas era esquizofrenia, transtorno compulsivo-obsessivo, essa parte de psiquiatria mesmo. Mas essa parte... eu não me recordo de ter sido abordada nas disciplinas que eu era aluna."

E3 relatou que a saúde mental infantojuvenil não foi abordada durante sua graduação. E4 informou contato com essa área e com o TOD na formação. As respostas evidenciaram diferenças nas lembranças e experiências formativas dos participantes.

4.5 Propostas de cuidado e participação familiar

Os profissionais sugeriram diálogo, escuta, acolhimento, orientação aos familiares e articulação entre profissionais de saúde, escola e família. Também

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

mencionaram modalidades terapêuticas especializadas. E3 e E4 sintetizaram essas propostas.

> **E3** "Vigilância, acolhimento, orientação aos familiares, oficinas terapêuticas, psicoterapia, tratamento medicamentoso"

> **E4** "Aprender a escutar, entender que não é birra, é impor limites adequados sem julgamentos. Psicoterapia, terapia ocupacional, e um esporte que a criança goste, não só pra ela, mas para os pais também."

Os depoimentos reuniram propostas de cuidado e modalidades terapêuticas consideradas relevantes pelos participantes. O delineamento exploratório permitiu conhecer essas concepções, sem avaliar a eficácia clínica das intervenções sugeridas.

Ao abordar o acompanhamento familiar, E1 relatou presença mais frequente de mães nos atendimentos que conheceu e mencionou a conciliação do cuidado com trabalho e tarefas domésticas.

> **E1** "[...] A maioria são mães que... que acompanham, que conversam. [...] porque a gente tem muitas mães que cuidam da casa, muitas mães que precisam cuidar da família e nem todas têm tempo de... conseguir lidar com isso. Muitas mães têm... têm questões ali sociais mesmo. [...]"

A participação exclusivamente feminina no grupo de familiares e o relato de E1 sobre o acompanhamento materno destacaram a presença das mulheres no cuidado entre as experiências descritas.

E2 relatou uma experiência de cuidado a crianças com TEA em internação pediátrica.

> **E2** "Ó, eu tenho mais contato dentro do ambiente que eu trabalho, que é a parte hospitalar, né, pediátrica, com a parte do TEA, né, Transtorno do Espectro Autista. [...] Porque quando a gente pensa nessas crianças com esses transtornos, a gente pensa muito só na criança e esquece a família, né? E a família é que tá convivendo diariamente, todos os dias, rotineiramente com aquela criança. [...]"

O relato de E2 acrescentou uma perspectiva contextual sobre a atenção aos familiares de crianças com TEA. Essa experiência apresentou alcance clínico distinto das respostas relacionadas ao TOD.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

4.6 Síntese temática e aproximação entre componentes

O Quadro 1 apresentou os cinco temas identificados nos relatos, com suas definições e os excertos correspondentes.

Quadro 1 Síntese temática dos excertos apresentados

Tema	Definição	Excertos de apoio e alcance
Desgaste, cotidiano e vínculos afetivos	Cansaço, organização da rotina, apoio e experiências de afeto na convivência.	F1 “a convivência com uma criança com TOD é extremamente cansativa”. F3 “ele é uma criança muito amorosa”. Relatos no contexto da pesquisa sobre TOD. A presença de afeto e apoio preservou a diversidade das experiências.
Julgamento social e concepções punitivas	Deslegitimação das dificuldades, atribuição à educação e referência à punição.	F2 “ouvi parentes dizerem que é falta de surra”. E1 “Uma criança chata, birrenta, que não respeita ninguém.” As falas registraram julgamentos relatados e concepções profissionais, sem validação dessas expressões como definição clínica.
Informação, orientação e acesso	Percepção de informação insuficiente, ausência de orientação e expectativas de acompanhamento.	F8 “Nos guiar e nos orientar melhor da forma de como lidar,não só dar remédio”. As respostas sobre orientação incluíram relatos sem contato prévio com enfermagem. A análise não isolou a qualidade do atendimento recebido.
Concepções profissionais e formação	Compreensão do TOD e diferentes lembranças de contato com a temática na graduação e na prática.	E2 “eu não me recordo de ter sido abordada nas disciplinas que eu era aluna.” E4 relatou contato com saúde mental infantojuvenil e TOD durante a formação. As respostas expressaram experiências individuais, sem avaliação documental dos currículos.
Comunicação e articulação do cuidado	Sugestões de escuta, respeito, apoio familiar e atuação entre profissionais, escola e família.	E4 “Aprender a escutar, entender que não é birra, é impor limites adequados sem julgamentos.” E2 “a gente pensa muito só na criança e esquece a família”. A segunda fala tratou de TEA em internação pediátrica. As sugestões não demonstraram eficácia de intervenções.

Fonte: sistematização dos excertos da pesquisa (2026). Um mesmo depoimento contribuiu para mais de um tema. A análise considerou o contexto clínico e assistencial de cada relato.

A análise conjunta identificou convergências entre as frequências e os relatos. As oito marcações de sobrecarga emocional se relacionaram às experiências de cansaço e organização do cotidiano, que coexistiram com o afeto e o apoio narrados por F3. As sete respostas de informação percebida como insuficiente e as dez de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

ausência de orientação se articularam aos pedidos de comunicação e apoio. Nos depoimentos profissionais, apareceram propostas de orientação e experiências formativas diversas. As necessidades de apoio familiar e de comunicação foram comuns às perspectivas analisadas.

5 Discussão

5.1 Necessidades familiares e interpretação dos comportamentos

Os achados familiares reuniram desgaste emocional, dificuldade para organizar o cotidiano e necessidades de apoio. A leitura conjunta das frequências e dos excertos descreveu essas experiências a partir da percepção das participantes. A coexistência de dificuldades e vínculos afetivos em F3 também evidenciou a diversidade das relações familiares.

Baião, Herênio e Carvalho (2022) discutiram o TOD e o contexto familiar. Nicolau, Calais e Cardoso (2024) examinaram saúde emocional, sobrecarga e enfrentamento entre cuidadores de crianças com TEA. Embora tenham abordado populações distintas, esses estudos contribuíram para discutir o bem-estar dos responsáveis e as condições de apoio ao cuidado.

As falas sobre “falta de surra”, “birra” e “falta de educação” registraram julgamentos percebidos pelas familiares e concepções presentes em alguns relatos profissionais. A American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012) se posicionou contra o castigo corporal como método disciplinar. Esse posicionamento fundamentou a discussão crítica das sugestões de punição física reproduzidas por F2.

A classificação da Organização Mundial da Saúde distinguiu o TOD do transtorno de conduta e descreveu trajetórias variadas, inclusive casos que não evoluíram para transtorno de conduta. A associação automática entre TOD e criminalidade presente em E1 expressou uma concepção estigmatizante e não correspondeu a um prognóstico individual (World Health Organization, 2024).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

5.2 Orientação, acesso e formação profissional

A ausência relatada de orientação de enfermagem apontou uma necessidade percebida pelas familiares. A interpretação exigiu considerar os relatos de ausência de contato com enfermeiros, pois a avaliação dos serviços não foi estratificada segundo essa experiência. A distribuição entre respostas “regular”, “ruim” e “boa” permaneceu descritiva e não permitiu identificar, isoladamente, falhas em atendimentos efetivamente recebidos.

As experiências formativas dos enfermeiros foram heterogêneas. O relato de ausência de lembrança de abordagem específica do tema coexistiu com o contato descrito por E4 e com a aprendizagem em campo narrada por E1. Sá et al. (2020), Porto da Silva et al. (2022) e Villela, Maftum e Paes (2013) ofereceram referências para discutir o ensino de saúde mental e seus desafios.

Os familiares enfatizaram experiências e necessidades de orientação, enquanto os profissionais apresentaram concepções e propostas de cuidado. A comparação temática aproximou essas perspectivas e evidenciou a relevância atribuída à comunicação e ao apoio familiar. As diferenças entre os relatos foram interpretadas no âmbito das experiências de cada grupo, sem avaliação pareada de condutas e atendimentos.

5.3 Implicações exploratórias para o cuidado

Os relatos subsidiaram propostas de acolhimento, escuta, comunicação compreensível e orientação familiar, com atenção às condições de vida e às redes de apoio. A revisão de Delfini, Toledo e Garcia (2025) ofereceu contexto para essas dimensões na enfermagem em saúde mental infantil. A articulação entre família, escola e equipe apareceu como proposta a desenvolver e avaliar, sem comprovação de eficácia pela presente pesquisa.

As sugestões de psicoterapia, medicação, oficinas, terapia ocupacional e esporte expressaram preferências dos participantes sobre o cuidado. A diretriz NICE priorizou recomendações psicossociais conforme idade e avaliação e não recomendou farmacoterapia rotineira para os problemas comportamentais do TOD. A

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

indicação das intervenções dependeu da avaliação clínica e do acompanhamento individualizado e multiprofissional (National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Mouzinho; Queiroz, 2026).

Os relatos familiares e profissionais destacaram demandas de trabalho, tarefas domésticas e apoio no cuidado. A participação exclusiva de mulheres no grupo familiar conferiu centralidade à perspectiva feminina sobre essas responsabilidades. As experiências descritas reforçaram a relevância de considerar as condições sociais dos responsáveis e suas redes de apoio.

5.4 Limitações

A pesquisa reuniu um grupo pequeno de familiares, recrutado por divulgação em redes sociais, com participação exclusivamente feminina. Esse processo esteve sujeito à autoseleção e limitou a diversidade de perspectivas. As respostas expressaram percepções das participantes, sem mensuração objetiva do conhecimento ou da gravidade da sobrecarga. As proporções descreveram o grupo investigado e tiveram alcance exploratório.

A elegibilidade incluiu diagnóstico ou investigação de TOD, e os resultados não foram discriminados segundo essas situações. O conjunto de respostas também não estabeleceu correspondência entre cada familiar e uma criança diferente. Os dados de avaliação assistencial não foram estratificados por contato prévio com enfermagem. Essas características restringiram a interpretação clínica e assistencial das frequências apresentadas.

A combinação de entrevistas on-line e respostas escritas dos profissionais produziu condições distintas de elaboração dos relatos. A observação da entrevistadora sobre resistência familiar e a amplitude de uma pergunta percebida por F3 também exigiram cautela interpretativa. As lembranças sobre formação e as concepções profissionais não constituíram observação direta da prática ou avaliação objetiva de conhecimentos.

O relato de E2 sobre TEA e as referências sobre saúde mental infantil mais ampla forneceram contexto, com alcance distinto dos relatos produzidos em torno do

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

TOD. A leitura interpretativa e a aproximação temática dos componentes sustentaram uma exploração das experiências apresentadas. O delineamento não demonstrou relações causais, eficácia terapêutica ou resultados generalizáveis para todos os familiares e enfermeiros.

6 Considerações finais

A pesquisa descreveu percepções e experiências de familiares e enfermeiros sobre cuidados relacionados ao TOD na infância e na adolescência. As familiares relataram desgaste, dificuldades de rotina, necessidades de informação e ausência de orientação de enfermagem, em experiências que incluíram situações sem contato assistencial. Os relatos também registraram manifestações de afeto, apoio e participação de outros familiares.

Os depoimentos profissionais apresentaram concepções heterogêneas, experiências formativas diferentes e propostas de comunicação e articulação do cuidado. As necessidades relatadas pelas familiares e as propostas dos enfermeiros convergiram em torno da orientação, da escuta e do apoio ao cuidado cotidiano.

Os achados subsidiaram propostas de acolhimento, escuta e educação em saúde, com atenção aos responsáveis e ao trabalho multiprofissional. A contribuição do estudo consistiu na identificação de necessidades percebidas e de aspectos relevantes para o cuidado em saúde mental infantojuvenil, considerando seu caráter exploratório e as particularidades do grupo participante.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. **Corporal punishment**. Washington, DC: AACAP, 2012. Aprovado em 30 jul. 2012. Disponível em: https://www.aacap.org/aacap/AACAP/Policy_Statements/2012/Policy_Statement_on_Corporal_Punishment.aspx. Acesso em: 16 nov. 2026.

BAIÃO, Araceli Beatriz Ribeiro; HERÊNIO, Alexandre Castelo Branco; CARVALHO, Ariana Lúcia Alves. Transtorno opositivo desafiador e o contexto familiar: uma revisão bibliográfica. **Psicologias em Movimento**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 19–32, 2022. Disponível em: https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaISEPsicologias/article/view/961. Acesso em: 16 nov. 2026.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 16 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 16 nov. 2026.

CONCEIÇÃO, Maria Neuza da Silva; MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes. Atuação do enfermeiro na melhora da qualidade de vida da criança com transtorno do espectro autista. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Teófilo Otoni, v. 13, n. 8, p. 1–20, 2026. DOI: 10.66104/pkw50n42.

DELFINI, Giulia; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti. Cuidados de enfermagem para crianças com transtornos mentais: revisão integrativa da literatura. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 21, e-226538, 2025. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.226538. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.226538. Acesso em: 16 nov. 2026.

MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes; QUEIROZ, Rejane Christine de Sousa. Avaliação normativa da organização e cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de São Luís – MA à luz das políticas públicas de saúde mental brasileiras. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Teófilo Otoni, v. 13, n. 9, p. 1–28, 2026. DOI: 10.66104/22jktk71.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management**. London: NICE, 2013. Clinical guideline CG158. Atualizado em 19 abr. 2017. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/recommendations. Acesso em: 16 nov. 2026.

NICOLAU, Caio Fernando Souza; CALAIS, Sandra Leal; CARDOSO, Hugo Ferrari. Saúde emocional de pais de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista: sobrecarga e enfrentamento. **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, Araraquara, v. 25, n. 00, e024010, 2024. DOI: 10.30715/doxa.v25i00.19427. Disponível em: https://doi.org/10.30715/doxa.v25i00.19427. Acesso em: 16 nov. 2026.

PORTO DA SILVA, Fabiana; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de; MARCHIORI, Mara Regina Caino Teixeira; SOCCOL, Keity Laís Siepmann; COLOMÉ, Juliana Silveira. Formação do enfermeiro na educação em saúde mental: concepções de estudantes e professores. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 39, e-021294, 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1463. Disponível em: https://www.revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/1463. Acesso em: 16 nov. 2026.

SÁ, Nara Karoliny Carvalho do Monte; COSTA JUNIOR, Ivanildo Gonçalves; CARVALHO, José Wilian de; ALENCAR, Delmo de Carvalho; CAMPELO, Lany Leide de Castro Rocha. Formação de acadêmicos de enfermagem para o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, e3093, 2020. DOI: 10.25248/reas.e3093.2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/saude/pt_BR/article/view/3093. Acesso em: 16 nov. 2026.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 15/10/2026 - **Accepted:** 17/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/vckx5063
Pages: 1-21

SILVA, Yanna Maria Cabral da; MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes. Barreiras na assistência de enfermagem em saúde mental infantojuvenil e interfaces com o transtorno opositivo-desafiador: revisão narrativa. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Teófilo Otoni, v. 13, n. 21, p. 1–19, 2026. DOI: 10.66104/jxrjnq53.

VIANA, Lidiane Rodrigues; MARTINS, Maria das Graças Teles. Transtorno de oposição desafiante (TOD): intervenção cognitivo-comportamental. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 12, p. 355–373, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i12.8024. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8024. Acesso em: 16 nov. 2026.

VIANA JUNIOR, Cesar Marcelo Araujo; MOUZINHO, Leandro Saldanha Nunes. O papel do enfermeiro no suporte à figura paterna de crianças com transtorno do espectro autista. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Teófilo Otoni, v. 13, n. 6, p. 1–22, 2026. DOI: 10.66104/aezxs981.

VILLELA, Juliane Cardoso; MAFTUM, Mariluci Alves; PAES, Márcio Roberto. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 397–406, abr./jun. 2013. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/xhSjRhwNnkbMnXtzYSXHzBK/?lang=pt. Acesso em: 16 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263/. Acesso em: 16 nov. 2026.

CC BY