



BACHARELADO EM MEDICINA

CATARINA SOUSA E SILVA
EMILLY VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

**SUBDIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR EM
PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

TERESINA,
2026

CATARINA SOUSA E SILVA
EMILLY VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

**SUBDIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR EM
PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho Científico de Curso apresentado
ao curso de Bacharelado em Medicina do
Afya Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
como requisito parcial para obtenção do
título de Médica.

Orientador: Prof. Dr. Kayo Henrique Jardel
Feitosa Sousa

TERESINA,
2026

FICHA CATALOGRÁFICA

S586s Silva, Catarina Sousa e.

Subdiagnóstico do transtorno opositor desafiador em pacientes com transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa / Catarina Sousa e Silva; Emilly Vitória Ferreira da Silva. – Teresina: UNINOVAFAPI, 2026.

Orientador (a): Profº. Dr. Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa. – UNINOVAFAPI, 2026.

29.p.; 23cm.

Trabalho de conclusão (Bacharelado em Medicina). – UNINOVAFAPI, Teresina, 2026.

1. Transtorno do espectro autista. 2. Transtorno opositor desafiador. 3. Diagnóstico diferencial. 4. Psiquiatra infantil. I. Título. II. Silva, Emilly Vitória Ferreira da.

CDD 616.85882

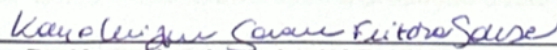
CATARINA SOUSA E SILVA
EMILLY VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

**SUBDIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO Opositor Desafiador em
PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

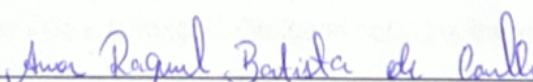
Trabalho Científico de Curso apresentado
ao curso de Bacharelado em Medicina do
Afya Centro Universitário UNINOVAFAPI
como requisito para obtenção do título de
Médica.

Aprovação em: 25 / 05 / 2026

BANCA EXAMINADORA


Dr. Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa
Afya Centro Universitário UNINOVAFAPI
Presidente


Esp. Luan Arnon de Melo Cunha
Afya Centro Universitário UNINOVAFAPI
1º Examinador


Dra. Ana Raquel Batista de Carvalho
Afya Centro Universitário UNINOVAFAPI
2ª Examinadora

TERESINA,

2026

AGRADECIMENTOS

Por Catarina Sousa

Primeiramente, agradeço a Deus e à doutrina espírita, que me trouxeram amparo, esperança e força ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Expresso minha gratidão ao nosso orientador, Kayo Henrique, que acreditou em nosso tema e nos guiou com excelência durante essa jornada. Sua confiança foi essencial para nos manter motivadas em cada etapa.

Ao meu pai, registro minha gratidão por toda a dedicação em proporcionar uma boa qualidade de vida a mim e aos meus irmãos, inclusive, tornando possível minha formação médica. Aos meus irmãos, agradeço por fazerem parte da minha história e por tornarem essa trajetória mais tranquila. Destaco especialmente Miguel, cujo diagnóstico foi uma das inspirações para este trabalho, e minha irmã Letícia, que jamais permitiu que eu me sentisse sozinha, sempre me ouvindo, aconselhando e fazendo o possível para tornar essa caminhada mais serena.

À minha madrinha, agradeço o carinho e conforto de sempre. À Kaline, que desde sempre ocupa em meu coração o lugar de uma irmã e se tornou indispensável para a minha felicidade.

Ao Sirius, que tantas vezes interrompeu a produção deste trabalho com um de seus brinquedos, lembrando-me da importância de fazer pausas e sorrir um pouco.

Minha gratidão a todos os meus familiares, que acreditam e incentivam minha trajetória acadêmica. Aos meus amigos, agradeço pelo apoio, pela confiança e pelos momentos de alegria, que tornaram esse processo mais leve e agradável.

Em especial, agradeço à Emilly. Dividir esta etapa com alguém tão admirável e que tanto amo tornou o processo mais especial. Sem você, nada disso seria possível. Sou profundamente feliz por termos nos encontrado e tenho muito orgulho e prazer em participar da sua vida e formação. Obrigada por acreditar na minha ideia, abraçá-la como sua e dedicar-se a ela com tanto carinho e empenho. Sua presença tornou os desafios mais leves e as conquistas ainda mais significativas. Eu não poderia escolher dupla ou amiga melhor para viver este momento ao meu lado.

Por fim, nenhuma palavra seria suficiente para expressar minha gratidão à minha mãe. Você sempre fez o possível e impossível para que nunca me faltasse nada, sobretudo amor. Seu exemplo, suporte, carinho e colo me dão ânimo todos os

dias. Acredito que a minha felicidade sempre tenha sido reencontrar você em cada vida que reencarno. Agradeço a Deus todos os dias por ter uma mulher tão empática, inteligente e forte como mãe, e por perceber, a cada dia, o quanto carregou de você em mim. Tudo o que sou é reflexo do seu amor. Te amo imensamente.

Por Emilly Vitória

Acima de tudo, agradeço a Deus por me permitir viver este propósito tão especial que Ele preparou para a minha vida. Foi Sua presença que me sustentou e guiou para seguir em frente. A realização desse trabalho representa não apenas a concretização de um objetivo acadêmico, mas também o crescimento construído com fé e dedicação ao longo dessa etapa da minha formação.

Ao professor Kayo Henrique, agradeço a paciência, orientação e confiança em nosso tema. Sua contribuição foi essencial para transformar nossa ideia em realidade.

Não poderia deixar de agradecer a toda minha família, ao meu namorado e amigas, por estarem ao meu lado em todos os momentos, por cada palavra de incentivo e pelo apoio constante ao longo desse capítulo da minha formação.

Meu avô Enoque, que com sua força e garra de vaqueiro, tornou-se uma das minhas maiores inspirações para acreditar nesse sonho. Minha avó Aldeci, mulher guerreira e amorosa, sempre me motivou com seu orgulho e carinho.

Catarina, minha companheira de TCC e de curso, obrigada por tornar esse processo mais especial. Sua amizade e parceria foram indispensáveis não só para a construção do TCC, mas para toda a minha trajetória acadêmica. Sou imensamente grata por você vibrar em cada conquista minha e por toda paciência, por sempre acreditar no meu potencial e me estimular a crescer. Levo sua amizade comigo para a vida.

Por fim, deixo meu agradecimento mais profundo aos meus pais, Dinair e Antônio. Nada disso seria possível sem o amor e o esforço de vocês. Obrigada por cada gesto de cuidado e por nunca deixarem de acreditar nos meus sonhos, vocês foram minha fortaleza nos momentos em que pensei não conseguir continuar. Os abraços ao final dos dias difíceis, presença e orgulho até nas minhas menores conquistas, me deram forças nessa fase do curso. Vocês são minha maior inspiração, meu alicerce e a razão de muitas das minhas conquistas. O amor que sinto por vocês é tão grande que palavras jamais seriam suficientes para descrevê-lo.

SUBDIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO Opositor DESAFIADOR EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Catarina Sousa e Silva¹

Emilly Vitória Ferreira da Silva¹

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa²

¹Discente do Curso de Medicina do Afya Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina/PI, Brasil.

²Enfermeiro. Doutor. Docente do Curso de Medicina do Afya Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina/PI, Brasil.

RESUMO | Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento com etiologia multifatorial e prevalência crescente, frequentemente associada a comorbidades. Entre estas, o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) destaca-se pela sobreposição sintomática, o que impõe desafios significativos ao diagnóstico diferencial e ao manejo clínico. **Objetivo:** Sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca da prevalência, dos determinantes e dos mecanismos relacionados ao subdiagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador em indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura estruturada conforme as recomendações PRISMA. As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, BVS e Cochrane Library, utilizando descritores DeCS/MeSH em português e inglês. Os critérios de elegibilidade incluíram artigos originais publicados entre 2020 e 2025. A amostra final consistiu em 13 estudos, submetidos à análise qualitativa e descritiva. **Resultados:** A prevalência de TOD em pacientes com TEA foi estimada em 24%, elevando-se para 62% em casos de comorbidade com o TDAH, o qual atua como preditor independente. Os principais fatores que contribuem para o subdiagnóstico incluem a sobreposição de sintomas como irritabilidade, inflexibilidade cognitiva e desregulação emocional, muitas vezes atribuídos exclusivamente ao TEA. Clinicamente, o TOD foi apontado como o principal preditor de estresse parental, superando os sintomas nucleares do autismo. Observou-se ainda que trajetórias de

desenvolvimento distintas entre gêneros dificultam a identificação precoce em meninas. **Conclusão:** O subdiagnóstico do TOD em indivíduos com TEA é um fenômeno prevalente decorrente da complexidade transdiagnóstica e da rigidez dos limiares diagnósticos. A identificação correta dessa comorbidade é essencial para evitar o tratamento inadequado e para implementar intervenções personalizadas que melhorem a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Transtorno Opositor Desafiador; Diagnóstico Diferencial; Psiquiatria Infantil.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11), é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos¹⁻³.

As manifestações clínicas do TEA costumam ser identificadas precocemente, geralmente antes dos dois anos de idade, quando se tornam evidentes alterações no desenvolvimento da linguagem, da marcha e do comportamento. Estima-se que o transtorno afete cerca de 1% da população mundial, com prevalência aproximada de uma em cada 68 crianças, número que tem aumentado significativamente nas últimas décadas^{3,4}.

Entre as comorbidades frequentemente associadas ao TEA, destaca-se o Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Essa condição é caracterizada por um padrão persistente de humor irritável, comportamento desafiador e atitudes vingativas, geralmente direcionadas a figuras de autoridade^{5,6}.

O TOD apresenta etiologia multifatorial, incluindo fatores como vulnerabilidade socioeconômica, exposição a ambientes instáveis, negligência parental, além de componentes genéticos e práticas educativas inadequadas⁷. O diagnóstico baseia-se nos critérios do DSM-5, exigindo a presença de sintomas por pelo menos seis meses, com início geralmente na infância⁵.

A sobreposição de sintomas entre TEA e TOD constitui um importante desafio clínico. Manifestações como irritabilidade, inflexibilidade comportamental e

comportamentos opostos podem ser atribuídas exclusivamente ao TEA, dificultando o reconhecimento do TOD⁸. Essa dificuldade diagnóstica contribui para o subdiagnóstico do TOD em indivíduos com TEA. Como consequência, há prejuízos na implementação de intervenções adequadas e no acompanhamento clínico desses pacientes.

Crianças com diagnóstico concomitante frequentemente apresentam dificuldades significativas de adaptação social e desempenho escolar. Entre os principais achados estão comportamentos agressivos, impulsividade, baixa tolerância à frustração e dificuldades na formação de vínculos sociais^{5,8}.

Apesar do aumento da produção científica sobre o TEA, ainda existem lacunas relevantes quanto à sua associação com o TOD. Evidências sobre prevalência, determinantes e mecanismos envolvidos no subdiagnóstico permanecem limitadas e, por vezes, inconclusivas.

Diante desse cenário, esta revisão integrativa tem como objetivo sintetizar as evidências disponíveis na literatura acerca da prevalência, dos determinantes e dos mecanismos relacionados ao subdiagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador em indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme passos operacionais, que incluíram a definição do tema e da questão de pesquisa, a seleção de descritores e palavras-chave, a escolha das bases de dados, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, a extração e avaliação das informações dos estudos selecionados, a interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento produzido⁹.

A questão de pesquisa foi delimitada com base no acrônimo PICo, considerando-se P = população (crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista), I = fenômeno de interesse (subdiagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador) e Co = contexto (cenários clínicos associados ao subdiagnóstico, como sintomas associados). A partir desses elementos, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: qual a magnitude do subdiagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista e quais fatores clínicos, comportamentais ou metodológicos contribuem para esse fenômeno?

Foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: artigos originais de natureza qualitativa ou quantitativa, estudos observacionais, séries de casos e meta-análises, relacionados à temática proposta, com texto completo disponível online, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2020 e 2025. O recorte temporal adotado visa garantir a inclusão de evidências científicas recentes, permitindo identificar o estado atual do conhecimento, as tendências emergentes e os dados mais atualizados disponíveis na literatura. Foram excluídos trabalhos não originais, como revisões de literatura, editoriais, cartas ao editor, reflexões teóricas, estudos de opinião e resumos de anais de congressos.

A busca foi realizada nas bases de dados *PubMed Central*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Cochrane Library*. Utilizaram-se descritores e palavras-chave obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), além de termos identificados em leituras prévias. Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”, aplicados conforme as especificidades de cada base (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados. Teresina, PI, Brasil, 2025

Base de Dados	Estratégia de Busca	Registros
PubMed	(Autism OR ASD OR Autism Spectrum Disorder) AND (Oppositional Defiant Disorder)	81
BVS	(Autism OR ASD OR Autism Spectrum Disorder) AND (Oppositional Defiant Disorder)	221
<i>Cochrane</i>	(Autism OR ASD OR Autism Spectrum Disorder) AND (Oppositional Defiant Disorder)	4

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, que padronizaram as estratégias de busca e posteriormente compararam os resultados obtidos. Divergências foram resolvidas por consenso ou com a participação de um terceiro revisor. A seleção dos estudos seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁰, garantindo transparência e reprodutibilidade.

Após a identificação, os estudos foram importados para o software Rayyan,

destinado ao gerenciamento de referências, organização dos registros e remoção de possíveis duplicatas. Em seguida, realizou-se a triagem dos estudos conforme os critérios de elegibilidade estabelecidos.

Os dados dos estudos selecionados foram extraídos e organizados em planilhas eletrônicas. Foram extraídas informações referentes aos autores, ano de publicação, delineamento metodológico, nível de evidência, objetivo, amostra e principais resultados.

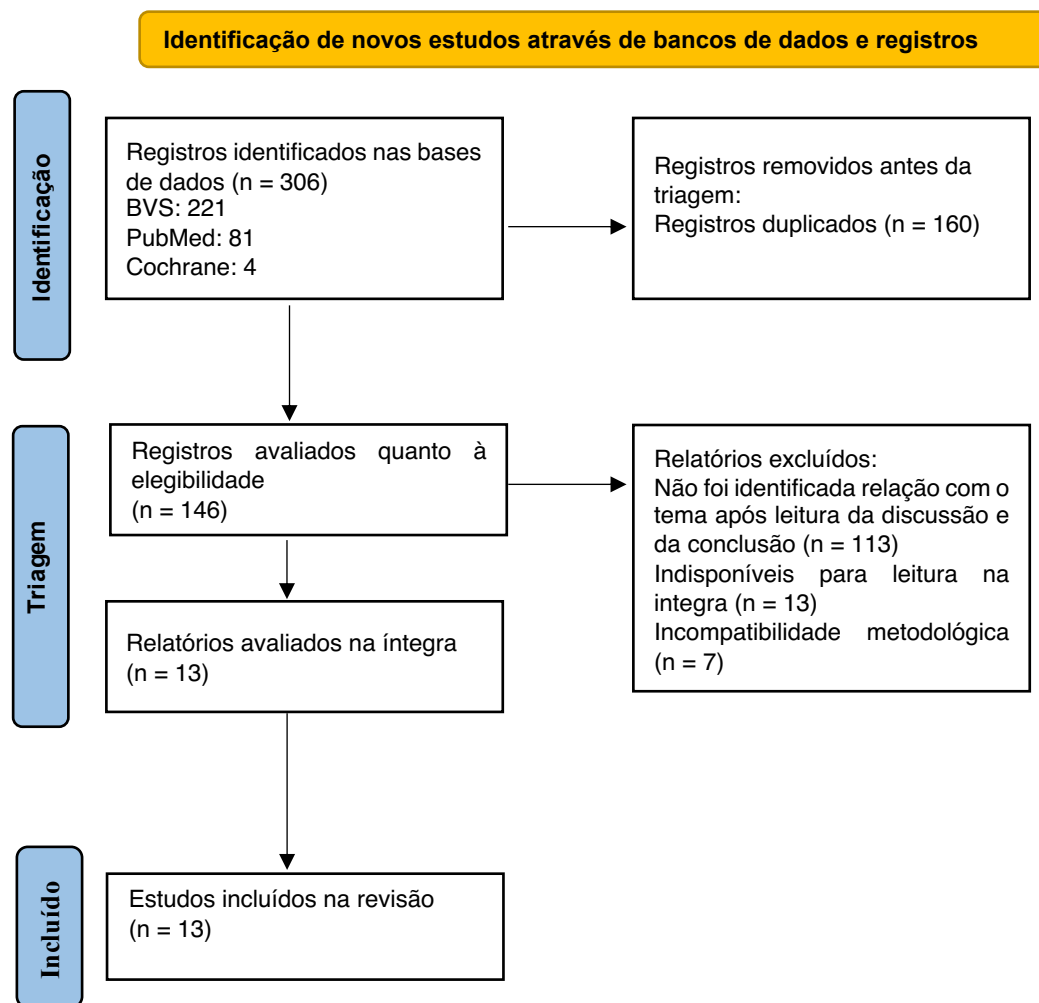
Em seguida, realizou-se análise qualitativa e descritiva, com foco na identificação de padrões, determinantes e fatores associados ao subdiagnóstico do TOD em indivíduos com TEA. Também foram consideradas as dificuldades diagnósticas, as sobreposições sintomatológicas e as repercussões clínicas e sociais dessa comorbidade.

Os resultados foram sistematizados por meio de síntese descritiva, com uso de quadros comparativos, permitindo a visualização e interpretação dos achados. Foram analisadas semelhanças e divergências entre os estudos, bem como identificadas lacunas na literatura e implicações clínicas, contribuindo para o aprimoramento das práticas diagnósticas e das abordagens terapêuticas.

RESULTADOS

A Figura 1 ilustra as etapas de identificação, triagem e seleção dos estudos incluídos na amostra final da revisão. Inicialmente, foram identificados 306 registros nas bases BVS (n=221), PubMed (n=81) e Cochrane (n=4). Após a remoção de duplicatas (n=160), permaneceram 146 estudos para a fase de triagem, na qual 133 foram excluídos, pela falta de identificação de relação com o tema após leitura da discussão e conclusão, indisponibilidade para leitura e incompatibilidade metodológica. Dessa forma, foram incluídos 13 estudos para o desenvolvimento da revisão.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos registros de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA



Fonte: Elaborado pelos autores, com base no PRISMA 2020.

O conjunto de 13 estudos apresentados no Quadro 2 evidenciam diversidade metodológica, uma vez que há uma predominância de estudos observacionais analíticos de caráter transversal e estudos de coorte prospectiva, além da presença de estudos longitudinais, revisões sistemáticas com meta-análise e análises narrativas. As amostras variam, abrangendo desde pesquisas com grupos menores, como um trabalho com 83 adultos com TEA e deficiência intelectual, até amostras maiores, como um estudo que analisou 2.400 crianças entre 3 e 17 anos com TEA

e/ou TDAH.

Os dados sintetizados indicam que a irritabilidade e a desregulação emocional aparecem em ambos os quadros, podendo mascarar a presença do TOD no quadro clínico de pacientes com TEA¹¹. Traços de insensibilidade emocional atuam como mediadores na manifestação de comportamentos desafiadores em indivíduos com TEA¹². Adicionalmente, déficits na comunicação social, característicos do TEA, apresentam associação com o surgimento e a evolução de sintomas de TOD ao longo do desenvolvimento, indicando uma relação longitudinal entre esses fatores, variando conforme o gênero¹³.

Observa-se uma prevalência de 24% de TOD em pacientes com TEA, índice que se eleva para 62% quando há comorbidade com o TDAH¹⁴. Nesse sentido, a maioria das crianças com autismo apresenta sintomas compatíveis com TOD, com alto grau de sobreposição sintomático com o TDAH combinado, reforçando a dificuldade de delimitação entre esses quadros¹⁵.

Essa sobreposição sintomática é agravada por déficits em funções executivas, como memória de trabalho e controle inibitório¹⁶, bem como por dificuldades na linguagem pragmática, em que comportamentos de oposição podem surgir como uma "resposta funcional" a falhas na comunicação¹⁷. Disfunções no processamento sensorial são apontadas como gatilhos que impulsionam sintomas de oposição, levando a erros diagnósticos¹⁸.

Ademais, a sobreposição entre as características de TEA e TOD, associada ao uso de limiares diagnósticos rígidos, pode mascarar manifestações opositoras relevantes e contribuir para sua subidentificação¹⁹. Nesse contexto, o subdiagnóstico do TOD gera consequências clínicas e sociais profundas, sendo identificado como o principal preditor de estresse parental, superando os sintomas nucleares do TEA e do TDAH²⁰.

Na ausência de uma detecção apropriada, observa-se uma maior gravidade psicopatológica, além de aumento na procura por serviços de pronto-socorro devido a comportamentos de autolesão e agressividade²¹. A complexidade do manejo é evidenciada pela alta taxa de polifarmacoterapia, envolvendo o uso de antipsicóticos (risperidona) e estimulantes (metilfenidato) para o controle de traços opostos e agressivos^{22,23}.

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa. Teresina, PI, Brasil, 2026

Autor/Ano	Nível de evidência (OCEBM)	Natureza	Amostra	Principais resultados	Impactos Psicossociais
Carrick & Hamilton (2023)	4	Estudo quantitativo, transversal e não experimental.	121 crianças com FASD diagnosticado ou suspeito.	Traços de TOD e TEA sobrepõem-se. O foco em limiares diagnósticos rígidos mascara a natureza dimensional desses comportamentos.	Comportamentos intensos em sala de aula e falta de suporte escolar adequado para traços não diagnosticados.
Álvarez-Couto et al. (2023)	4	Estudo observacional transversal e analítico.	83 adultos com diagnóstico de TEA e deficiência intelectual.	Os traços de insensibilidade emocional medeiam a presença de comportamentos desafiadores no TEA.	Presença de comportamentos graves impactam a integração social e a qualidade de vida.
Narducci et al. (2025)	4	Estudo observacional analítico transversal, do tipo comparativo (caso-controle ampliado).	138 crianças e adolescentes com 10–17 anos com QI ≥ 80 anos (63 TOD/TC, 35 TEA, 40 desenvolvimento típico).	TEA e TOD compartilham dimensões sintomáticas significativas, como desregulação emocional e traços insensíveis emocionalmente.	Carga sintomática elevada que compromete o funcionamento global do indivíduo.
Mayes et al. (2025)	4	Estudo observacional transversal.	2.400 crianças (3-17 anos) com autismo e/ou TDAH.	O autismo é um fator de risco independente para o TOD. A prevalência de TOD no TEA é de 24%, subindo para 62% se houver TDAH associado.	Maior gravidade clínica em casos de comorbidade, especialmente no componente irritável/raivoso.

Cochrane et al. (2023)	4	Estudo observacional, analítico e transversal.	84 mães de filhos diagnosticados com TEA.	Os sintomas de TOD foram os principais preditores de estresse parental, superando os do TEA e do TDAH.	Níveis severos de estresse materno e sobrecarga no manejo familiar.
Crutcher et al. (2023)	4	Estudo observacional analítico comparativo.	98 jovens (31 com perda do diagnóstico de TEA [LAD], 33 com TEA, 34 neurotípicos).	Fraquezas na linguagem pragmática estão negativamente associadas a sintomas de TOD em todos os grupos.	Dificuldades de comunicação levam à frustração e comportamentos de oposição para atingir objetivos.
Garrick et al. (2022)	4	Estudo observacional transversal.	421 pais de crianças com TEA.	Crianças com TEA e TOD apresentaram maior probabilidade de procurar o pronto-socorro por comportamentos de autolesão	Níveis elevados de ansiedade infantil e estresse parental exacerbados pelo ambiente hospitalar.
Mayes et al. (2021)	4	Estudo observacional transversal.	1.436 crianças com TEA, 1.056 com TDAH sem TEA e 186 controles típicos (2-17 anos).	A maioria das crianças com autismo apresentou sintomas de TOD, com alta sobreposição sintomática com TDAH-Combinado.	Sintomas identificados como "mais problemáticos" pelas mães, gerando grande preocupação familiar.
Li et al. (2025)	4	Estudo observacional.	2.676 crianças com TDAH (6-11 anos).	Sintomas de TOD ocupam posição central na rede; disfunções sensoriais correlacionam-se diretamente com oposição/desafio.	Déficits sensoriais exacerbam comportamentos externalizantes e dificultam a adaptação social.

Chen et al. (2025)	2	Estudo longitudinal de coorte.	389 crianças autistas (2–12 anos).	Traços autistas (comunicação social) associam-se longitudinalmente a sintomas de TOD; há diferenças de gênero nas trajetórias.	Prejuízos persistentes no funcionamento emocional e comportamental ao longo do desenvolvimento.
Ernsen et al. (2023)	4	Estudo retrospectivo descritivo.	100 prontuários de pacientes diagnosticados com TEA (2-21 anos).	TOD é identificado como comorbidade frequente, exigindo uso de psicofármacos como Risperidona e Metilfenidato.	Necessidade de polifarmacoterapia para manejo de agressividade e comportamentos opostos.
Anning et al. (2023)	4	Estudo quantitativo transversal.	438 crianças (4–8 anos; média = 6,31 anos; 313 meninos e 125 meninas).	Sintomas de TOD estão especificamente associados a déficits em memória de trabalho e inibição de resposta.	Impacto direto no desempenho escolar e nas relações interpessoais devido à impulsividade.
Mellahn et al. (2022)	4	Estudo observacional transversal.	505 cuidadores de crianças e adolescentes (2-18 anos) com TEA (117), TDAH (239) e TEA+TDAH (149).	TOD foi relatado como comorbidade em 32% da amostra (TEA associado ao TDAH); alta taxa de uso de medicação para controle comportamental.	Complexidade no regime terapêutico e sobrecarga significativa para os cuidadores.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

DISCUSSÃO

Sobreposição sintomática entre TEA e TOD como eixo central do subdiagnóstico

Atualmente, a psiquiatria dispõe de diretrizes e critérios baseados no DSM-5, que auxiliam na identificação correta de transtornos mentais. No entanto, devido aos sintomas heterogêneos e à ausência de exames específicos, amplamente utilizados em outras áreas da medicina, a taxa de diagnósticos incorretos permanece elevada, principalmente entre pacientes com múltiplas comorbidades²⁴. No entanto, há ponderações de que isso pode ser uma estratégia clínica, na qual o profissional prioriza o quadro que considera mais urgente, ao invés de realizar diagnósticos e intervenções simultaneamente²⁵.

Diante desse cenário, evidências apontam que o diagnóstico de autismo frequentemente está associado à presença de comorbidades concomitantes. Em um dos estudos, 52% dos pacientes com TEA possuíam pelo menos uma condição associada e 44% apresentavam duas ou mais²². Já em outro artigo, 57% das crianças autistas tinham probabilidade de dispor de pelo menos uma comorbidade relacionada²³.

Diversos autores destacam a sobreposição transdiagnóstica do TEA com o TOD, embora não haja unanimidade entre os estudos quanto a relevância ou proporção. A literatura sugere a existência de uma associação positiva entre sintomas de autismo e TOD, além de indicar o TEA como um possível fator de risco para o TOD, ainda que essa coocorrência não seja nem citada no DSM-5^{26,14}. Quanto à prevalência, as pesquisas disponíveis relatam taxas que variam de 7,7% a 28% dos casos^{22,23,25}. A ampla discrepância nos índices de concomitância entre TEA e TOD evidencia a ausência de consenso na literatura acerca da magnitude dessa associação, o que se reflete em estimativas de prevalência heterogêneas e sugerindo possível subdiagnóstico.

Contudo, apesar da baixa prevalência, os sintomas do TOD tendem a se manter positivos em todas as dimensões dos traços autistas durante a infância¹³. Nesse contexto, a baixa flexibilidade cognitiva, comum em indivíduos com TEA, configura-se como um fator de risco transdiagnóstico para déficits na regulação emocional, também frequente no autismo, manifestado por birras e agressões. Além disso, a baixa

flexibilidade cognitiva apresenta associação direta com o desenvolvimento de sintomas de TOD¹⁶.

Quanto à correlação, pesquisas destacam que os problemas na comunicação e interação social, alterações sensoriais, padrões repetitivos, agressividade, desatenção, variados graus de deficiência intelectual, e a coocorrência de transtornos psiquiátricos ou neurológicos, são características que podem estar presentes tanto no TEA quanto no TOD²².

A sintomatologia concomitante é reforçada também por análises que descrevem a impulsividade, o comportamento desafiador/opositor, a irritabilidade/raiva e as birras, como algumas das queixas mais frequentes de pais de crianças com TEA. Vale destacar também que, apesar da menor proporção, cerca de 30% da amostra apresentou sintomas como problemas de conduta (agressão, bullying, mentira e roubo)¹⁵.

Ademais, evidências indicam que, em 57% dos casos de atendimentos de emergências, crianças com TEA apresentaram dificuldade em expressar seus sentimentos de maneira fidedigna através da linguagem²¹. De modo semelhante, foi identificada uma forte associação entre a capacidade de usar a linguagem socialmente e dificuldades no controle da agressão e de outros comportamentos externalizantes¹⁷. Essa relação também é corroborada por achados que sugerem que déficits na comunicação/linguagem, acrescido ao estresse infantil decorrente do ambiente sensorial do pronto-socorro, resultou em comportamentos disruptivos em 74% das crianças com TEA²¹.

“*Overshadowing*” diagnóstico e erro de alvo terapêutico

Estabelecer um diagnóstico preciso torna-se um desafio ainda maior diante da sobreposição de diferentes transtornos em um único paciente²⁴. A forte presença de instabilidade emocional e baixa tolerância à frustração em indivíduos com TEA pode ocultar a presença de um TOD coexistente. Nesse contexto, como explosões de raiva e reações desproporcionais são frequentes no espectro autista, médicos muitas vezes associam a dimensão irritável do TOD apenas como uma característica do autismo¹⁴.

No TEA, o mascaramento diagnóstico (*overshadowing*) manifesta-se principalmente devido à ampla diversidade dos quadros concomitantes e pela inexistência de padrões diagnósticos concretos, como apresentações de exames de

imagem e laboratoriais. Isso torna o diagnóstico de transtornos mentais dependente da interpretação de sintomas que podem se sobrepor entre diferentes condições. Ademais, as taxas de falha e atraso no diagnóstico de transtornos mentais atingem níveis alarmantes em crianças pequenas, visto que a idade limita o uso de ferramentas de avaliação escrita²⁴. Dessa forma, os profissionais tendem a atribuir sintomas psiquiátricos ou comportamentais a um diagnóstico de base já conhecido²⁵.

Para o início da terapia medicamentosa em pacientes autistas, é essencial avaliar as características individuais apresentadas, uma vez que o autismo pode se manifestar de forma diferente do padrão quando associado a outra comorbidade. Isso dificulta ainda mais o diagnóstico quando há concomitância com o TOD^{22,25}. Além disso, quanto mais grave e complexa for a apresentação dessas condições, maior será a dificuldade em escolher um suporte adequado²³.

O manejo farmacológico complexo do TEA reflete a elevada prevalência de outras condições, frequentemente envolvendo a combinação de diferentes classes de medicamentos, como o uso de risperidona e aripiprazol para agressividade e irritabilidade; metilfenidato para atenção e impulsividade; sertralina e fluoxetina para ansiedade e irritabilidade; além do uso de melatonina e cannabis, que também têm sido associados ao tratamento das comorbidades do autismo²². Entretanto, a polifarmácia sem uma avaliação individualizada rigorosa representa um risco elevado, pois pode levar à prescrição e administração inadequadas diante de um subdiagnóstico. Consequentemente, isso pode resultar em efeitos colaterais sem benefício terapêutico, além de exacerbar a apresentação clínica do paciente²⁴.

As implicações clínicas decorrentes de falhas no alvo terapêutico são diversas e prejudicam o prognóstico do paciente. Para que o indivíduo com autismo apresente um bom desenvolvimento, é necessário tratar as comorbidades que dificultam o sucesso das terapias. Quando ignoradas, essas condições ampliam as dificuldades de convívio social e o desinteresse escolar. Portanto, o suporte medicamentoso para as doenças associadas desempenha um papel determinante na melhoria da qualidade de vida e na evolução clínica do sujeito²².

Diretrizes para o manejo do autismo preconizam que o tratamento das morbidades associadas deve seguir os protocolos estabelecidos para cada diagnóstico isoladamente. Entretanto, essa recomendação impõe um impasse aos profissionais, uma vez que a sobreposição sintomática com o TOD é frequente,

dificultando a distinção entre onde termina uma condição e começa a outra²³.

Além disso, pesquisas demonstram que, na atenção primária e nos serviços de urgência, a efetividade do cuidado prestado à criança autista depende do conhecimento e da segurança da equipe de saúde em relação às comorbidades concomitantes. Assim, a qualificação profissional torna-se essencial para a prática clínica, visto que a identificação precoce das comorbidades evita o desvio do foco terapêutico e assegura um melhor atendimento²¹.

Sob essa perspectiva, deve ser realizada uma análise multidimensional que avalie as funções executivas e os diferentes sintomas antes da proposição de qualquer intervenção. Ademais, respeitar o perfil heterogêneo de pacientes neurodivergentes por meio de estratégias personalizadas para cada indivíduo é fundamental para a eficácia do tratamento¹⁶. A adoção do inventário de traços insensíveis, *Inventory of Callous-Unemotional Traits* (ICU), durante a avaliação neuropsiquiátrica desses pacientes permite que os médicos identifiquem com maior precisão as dimensões afetadas. Portanto, torna-se possível adaptar as estratégias de intervenção e reabilitação de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo¹¹.

Papel do TDAH e das funções executivas na intensificação do subdiagnóstico (tripla sobreposição TEA-TOD-TDAH)

O TEA raramente ocorre de maneira isolada, visto que a maior parte dos cuidadores relata a presença de condições associadas²¹. Nesse contexto, estudos apresentaram resultados semelhantes ao indicar uma maior propensão para a ocorrência simultânea dessa condição com transtornos externalizantes, como o TDAH e TOD^{16,23}. A gravidade sintomática em crianças com TEA, TDAH e TOD envolve a desatenção, impulsividade, comportamento de oposição, hiperatividade e irritabilidade, configurando um perfil clínico em que a sobreposição dessas condições resulta em uma interação complexa e não apenas na soma de sintomas isolados¹⁵.

A coexistência entre TDAH e autismo muitas vezes aumentam a chance de o paciente apresentar pelo menos uma condição concomitante adicional, com o TOD aparecendo em grandes proporções nessa associação. Embora as taxas desse transtorno sejam menores no autismo isolado, a combinação com TDAH eleva consideravelmente tais índices²³. A alta prevalência de TOD no espectro autista

justifica-se, em grande parte, pela forte intersecção com o TDAH, especialmente em TDAH-C (TDAH combinado), atingindo cerca de 80% dos casos em algumas amostras. Esse padrão reforça que tanto o TDAH quanto o autismo são preditores independentes para o TOD¹⁴.

Sob a perspectiva neuropsicopatológica, a baixa flexibilidade cognitiva é apontada como um fator de risco transdiagnóstico para dificuldades na regulação emocional, como a agressão impulsiva e birras, frequentes nessa tripla sobreposição. Evidencia-se que esses prejuízos nas funções executivas possuem um valor preditivo superior para justificar a coexistência de TDAH ou TOD em indivíduos autistas, superando os marcos clássicos de sociocomunicação ou comportamentos repetitivos¹⁶.

Nesse contexto, pesquisas sugerem que as dificuldades relacionadas as funções executivas imediatas/quentes atuam como mediadores da relação entre traços subclínicos de TDAH e TOD e a forma como esses indivíduos processam recompensas. Essa associação pode ser compreendida pelas manifestações clínicas similar entre essas condições¹⁹.

As manifestações dessa sobreposição apresentam nuances relacionadas ao sexo e ao desenvolvimento. Enquanto os meninos autistas possuem uma associação precoce entre falhas sociais e traços de TDAH/TOD logo nos primeiros anos de escola, o perfil feminino revela uma trajetória distinta. Em meninas autistas, os sinais de TDAH tendem a se tornar evidentes no final da infância ou adolescência, podendo evoluir para quadros opostos do TOD e condutas de autolesão. Esse descompasso dificulta a identificação correta do quadro, atrasando o suporte terapêutico necessário¹³.

A coexistência do TDAH com o autismo estimula o agravamento das manifestações de TOD, pois quando o TDAH-C é associado ao TEA, há uma elevação da irritabilidade e raiva¹⁴. Essa convergência de sintomas favorece o mascaramento clínico, dificultando a distinção clara entre os transtornos. Assim, impactando diretamente no subdiagnóstico e, conseqüentemente, em diagnóstico tardio, uma vez que a presença de múltiplos sintomas concomitantes dificulta a identificação das condições²⁵.

Impactos clínicos e psicossociais do subdiagnóstico

Para a equipe multiprofissional, comorbidades associadas podem agravar quadros de autismo, uma vez que, na ausência de tratamento adequado, há o comprometimento do desenvolvimento do paciente, observado pela intensificação das dificuldades de interação socioambientais e pela menor participação escolar²².

Nesse contexto, a literatura aponta que desatenção severa, hiperatividade-impulsividade, Transtorno Opositor Desafiador, sintomas de depressão e ansiedade, e déficits sociais relacionados ao autismo, estão associados de maneira positiva a diferentes formas de envolvimento em situações de bullying²⁷.

Além disso, adolescentes com Transtorno do Espectro Autista que vivenciaram múltiplos tipos de assédio apresentavam sintomas de hiperatividade/impulsividade e de TOD mais severos quando comparados aos que sofreram somente um tipo ou nenhum tipo de assédio, uma vez que essas manifestações podem contribuir para a diferenciação social dos indivíduos e torná-los alvos. A hiperatividade/impulsividade e TOD em adolescentes com autismo também podem contribuir para maior desobediência no ambiente escolar e gerar respostas negativas dos professores²⁴.

Ademais, as atitudes desafiadoras e disruptivas comumente concomitantes com o TEA, estão relacionadas com níveis elevados de estresse parental. No entanto, após a análise dos sintomas de TOD (como humor irritável, posturas desafiantes e vingativas), as manifestações do autismo não se mostraram associadas ao estresse materno, revelando que os principais preditores de estresse parental são os sintomas de TOD²⁰.

No contexto da atenção primária, o manejo de crianças com TEA está condicionado a capacidade do profissional de lidar com os comportamentos do paciente e ao conforto e conhecimento acerca das comorbidades associadas. Já no pronto-socorro, as múltiplas manifestações do autismo tornam o acolhimento do paciente pela equipe multidisciplinar uma tarefa difícil, especialmente quanto a diferenciação entre comportamentos referentes ao TEA e outras condições, e a queixa principal que motivou a busca pelo atendimento emergencial²¹.

Limitações do estudo e perspectivas futuras

O estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos achados. Uma fragilidade importante diz respeito à natureza dos instrumentos de coleta de dados predominantes. Parte das evidências baseia-se exclusivamente em relatos de cuidadores, abordagem suscetível ao viés de aferição, uma vez que o estresse parental e a sobrecarga do cuidado podem influenciar a percepção da gravidade dos comportamentos desafiadores. Além disso, a dependência de um único informante, apenas o cuidador, restringe a compreensão do comportamento em diferentes contextos.

As metodologias retrospectivas baseadas em prontuários, frequentemente apresentam registros incompletos e pouco detalhados, geralmente voltadas ao manejo farmacológico em vez de uma investigação diagnóstica mais aprofundada. Esse tipo de análise também evidencia um foco excessivo no controle sintomático por meio de medicação, o que pode acabar mascarando a presença de comorbidades sem que se alcance um diagnóstico formal.

Outro ponto a ser considerado é a escassez de estudos que investiguem diretamente as causas do subdiagnóstico. A maior parte das pesquisas concentra-se na frequência dos sintomas, enquanto poucas exploram porque profissionais de saúde tendem a desconsiderar o TOD, atribuindo comportamentos opostos exclusivamente às características do autismo, o que favorece o fenômeno de ofuscamento diagnóstico.

Observa-se, ainda, uma predominância de estudos realizados em contextos clínicos específicos, o que limita a generalização dos achados para diferentes realidades dentro do espectro autista. Nas amostras há um predomínio de participantes do sexo masculino, o que evidencia uma lacuna na compreensão de como o TOD se manifesta em meninas autistas, especialmente considerando o uso mais frequente de estratégias de camuflagem social nesse grupo.

Diante dessas limitações, torna-se fundamental que futuras pesquisas avancem para além de delineamentos transversais, priorizando estudos longitudinais que permitam acompanhar a trajetória de indivíduos com TEA associado ao TOD além do cenário escolar. O desenvolvimento de protocolos diagnósticos multimodais, que integrem observação clínica direta e múltiplos informantes, como professores, terapeutas e cuidadores, é uma intervenção importante para reduzir o subdiagnóstico.

Além disso, investigações voltadas à identificação de biomarcadores ou de perfis associados a traços de insensibilidade e ausência de emoção (*callous-unemotional traits*) podem contribuir para uma compreensão mais detalhada dos comportamentos desafiadores em subgrupos específicos de autistas. Perspectivas futuras apontam para o uso de avaliações neuropsicopatológicas, focadas em como os indivíduos processam funções executivas quentes (emoções e tomadas de decisões), que pode ser de muito relevante para diferenciar a rigidez do autismo da oposição característica do TOD.

Portanto, espera-se que o diagnóstico de TOD em indivíduos com TEA deixe de ser visto como uma fonte de confusão clínica e passe a representar uma oportunidade concreta de intervenção direcionada, com impacto positivo na qualidade de vida do paciente e de sua rede de apoio.

CONCLUSÃO

O presente estudo, realizado com base na análise dos artigos, evidenciou que a prevalência de TOD em indivíduos com TEA atinge cerca de 28%. Além disso, esse alto índice é explicado pela forte associação com TDAH, atingido 80% dos casos, o que permitiu concluir que a coexistência entre o TEA e o TOD representa um cenário de alta complexidade diagnóstica, uma vez que a diferenciação clínica é frequentemente dificultada pela sobreposição sintomática.

Apesar de esses transtornos possuírem critérios diagnósticos independentes no DSM-5, irritabilidade, crises de oposição e inflexibilidade comportamental são manifestações compartilhadas que podem ter uma dupla interpretação no cotidiano clínico. Observou-se que comportamentos desafiadores são muitas vezes atribuídos exclusivamente à rigidez cognitiva e às dificuldades sociais presentes no autismo, o que mascara a presença da comorbidade com o TOD, ocasionando o subdiagnóstico.

A presença do TEA pode sobrepor à identificação do TOD devido aos traços compartilhados, ocasionando o fenômeno de overshadowing diagnóstico. Somado a isso, identificou-se que a baixa flexibilidade cognitiva do autismo é um fator de risco transdiagnóstico para déficits na regulação emocional, comuns no TOD. Além disso, trajetórias de desenvolvimento distintas entre os gêneros, como o aparecimento de traços de TOD em meninos autistas logo nos primeiros anos de vida e, em meninas, a evolução para quadros opositores ocorrem no final da infância ou adolescência,

contribuem pra um diagnóstico ainda mais desafiador.

No âmbito familiar, os sintomas de TOD revelaram-se como os principais preditores de estresse parental e exaustão emocional, superando o impacto gerado pelos sintomas clássicos do autismo. Ademais, o TOD em adolescentes autistas contribui para desobediência em escolas, tornando-se uma sobrecarga para professores.

O reconhecimento do TOD no TEA é de grande importância para o prognóstico do indivíduo. O diagnóstico precoce e individualizado permite a personalização de protocolos clínicos, incluindo a possibilidade de intervenções farmacológicas estratégicas, uma vez que a ausência desse cuidado torna os tratamentos posteriores menos eficazes. Espera-se que os achados sintetizados incentivem uma abordagem multidimensional, garantindo que o indivíduo autista não seja privado de tratamentos essenciais e direcionados em razão de falhas na interpretação da complexidade de seu comportamento.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11). 11ª ed. Genebra: OMS; 2022.
3. Freire MG, Cardoso HSP. Diagnóstico do autismo em meninas: revisão sistemática. Rev Psicopedagogia. 2022 Dez;39(120):435-44.
4. Almeida ML, Neves AS. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia? Psicol Cienc Prof. 2020;40:e180896. doi: 10.1590/1982-3703003180896.
5. Lucero A, Souza IMC, Cittadino NS. A criança agressiva para além do transtorno opositor desafiador (TOD). Mnemosine. 2021;17(1):332-48. doi: 10.12957/mnemosine.2021.61856.
6. Muratori P, Papini M. TOD: transtorno de oposição desafiante: o que fazer e o que evitar: guia rápido para professores do ensino fundamental – anos iniciais. Sbardelotto M, tradutor. Petrópolis: Vozes; 2023.
7. Corrêa ALGP, et al. Transtorno opositor desafiador: uma revisão de literatura.

- Enferm Bras. 2023;22(6):1234-43. doi: 10.33233/eb.v22i6.5572.
8. Ferreira Júnior M, et al. Transtorno do espectro autista e transtorno desafiante de oposição: dificuldades no diagnóstico. Rev Ciênc Plural. 2024;10(1):1-18. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31807>.
 9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
 10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. Epidemiol Serv Saude. 2022;31(2):e2022107. doi: 10.5123/S1679-49742022000200033.
 11. Narducci C, et al. Emotional dysregulation, executive functions and callous-unemotional traits in children and adolescents with Oppositional Defiant Disorder/ Conduct Disorder and Autism Spectrum Disorder: a direct comparison. J Psychiatr Res. 2025;191:507-15. doi: 10.1016/j.jpsychires.2025.09.066.
 12. Alvarez-Couto M, García-Villamizar D, Del Pozo A. Callous unemotional traits mediate the presence of challenging behaviors in adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. Int J Dev Disabil. 2023. doi: 10.1080/20473869.2023.2171756.
 13. Chen YJ, et al. Sex-differential trajectories of domain-specific associations between autistic traits and co-occurring emotional-behavioral concerns in autistic children. Autism Res. 2025;18(4):820-32. doi: 10.1002/aur.3112.
 14. Mayes SD, Pardej SK, Waschbusch DA. Oppositional defiant disorder in autism and ADHD. J Autism Dev Disord. 2025;55:4092-105. doi: 10.1007/s10803-024-06437-9.
 15. Mayes SD, et al. Relative frequency of psychiatric, neurodevelopmental, and somatic symptoms as reported by mothers of children with autism compared with ADHD and typical samples. J Autism Dev Disord. 2021;51:2297-307. doi: 10.1007/s10803-020-04697-9.
 16. Anning KL, et al. Dimensional associations between executive function processes and symptoms of ADHD, ASD, oppositional defiance and anxiety in young school-referred children. Cortex. 2023;167:132-47. doi: 10.1016/j.cortex.2023.06.002.

17. Crutcher J, et al. Pragmatic language and associations with externalizing behaviors in autistic individuals and those who have lost the autism diagnosis. *Res Autism Spectr Disord*. 2023;108:102252. doi: 10.1016/j.rasd.2023.102252.
18. Li J, et al. The relationship of sensory processing with ADHD and its co-occurring behavioural symptoms based on both undirected and directed network analysis. *BMC Psychiatry*. 2025;25:1187. doi: 10.1186/s12888-025-07636-z.
19. Carrick A, Hamilton CJ. Heated behaviour in the classroom for children with FASD: the relationship between characteristics associated with ADHD, ODD and ASD, hot executive function and classroom based reward systems. *Children*. 2023;10(4):685. doi: 10.3390/children10040685.
20. Cochrane K, et al. Oppositional defiant disorder and ADHD symptoms as predictors of parenting stress in mothers of sons with autism spectrum disorders. *Fam J*. 2023;31(2):322-29. doi: 10.1177/10664807221131007.
21. Garrick A, et al. An Australian cross-sectional survey of parents' experiences of emergency department visits among children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2022;52(5):2046-60. doi: 10.1007/s10803-021-05091-9.
22. Ernsen AFS, Pereira KF, Sabec-Pereira DK. Análise de prontuários sobre psicofarmacoterapia associadas às comorbidades do transtorno do espectro autista. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2023;27(7):3855-70. doi: 10.25110/arqsaude.v27i7.2023-048.
23. Mellahn OJ, et al. Understanding the diversity of pharmacotherapeutic management of ADHD with co-occurring autism: an Australian cross-sectional survey. *Front Psychiatry*. 2022;13:914668. doi: 10.3389/fpsy.2022.914668.
24. Liu TL, et al. Multiple types of harassment victimization in adolescents with autism spectrum disorder: related factors and effects on mental health problems. *J Formos Med Assoc*. 2022;121(11):2161-71. doi: 10.1016/j.jfma.2022.03.018.
25. Kavanaugh BC, et al. Later age of autism diagnosis in children with multiple co-occurring psychiatric disorders. *J Autism Dev Disord*. 2025. doi: 10.1007/s10803-025-07113-2.
26. Williams G, et al. Investigating the symptom presentation of depression in children with ADHD. *J Atten Disord*. 2026;30(4):449-59. doi:

10.1177/10870547251366783.

27. Liu TL, et al. Adolescent-caregiver agreement regarding the school bullying and cyberbullying involvement experiences of adolescents with autism spectrum disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3733. doi: 10.3390/ijerph20043733.

ANEXO – RELATÓRIO DE PLÁGIO

=====

Arquivo de entrada: FINAL - TCC Subdiagno_stico do TOD em TEA (1).pdf (4714 termos)

Candidato: repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/35239/1/EKRS21072025.pdf (15451 termos)

Termos comuns: 222

Similaridade

Índice novo (Si): 4,70%

Agrupamento (Sg): Moderado

Índice antigo (S): 1,11%

O texto abaixo é o conteúdo do **Arquivo de entrada** com destaque em vermelho para os termos comuns e agrupados encontrados no **Candidato**. Os termos em amarelo são comuns, mas não caracterizam cópias. Id: 4856b2f8b20t20

=====

APÊNDICE – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
REPOSITÓRIO DA BIBLIOTECA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

**Termo de Autorização para Publicação Eletrônicas de Teses, Dissertações e Trabalhos
de Conclusão de Curso no Repositório Institucional do Centro Universitário
UNINOVAFAPI**

1. Identificação do Material Bibliográfico:

☐ Tese
☐ Dissertação
☐ Monografia
☒ TCC Artigo

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Medicina
Programa de pós-graduação:
Título: Subdiagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Integrativa
Data da Defesa: 28/05/2026

3. Identificação da Autoria:

Autor: Catarina Sousa e Silva e Emilly Vitória Ferreira da Silva
Orientador: Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa
Coorientador:
Membros da Banca: Luan Arnon de Melo Cunha e Ana Raquel Batista de Carvalho

AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAÇÃO NO REPOSITÓRIO DA BIBLIOTECA

Autorizo ao Centro Universitário UNINOVAFAPI a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da publicação supracitada, de minha autoria, em seu repositório, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Centro Universitário a partir desta data. Ainda por este termo, eu, abaixo assinado, assumo a responsabilidade de autoria do conteúdo do referido trabalho científico, estando ciente das sanções legais previstas referentes ao plágio.

Local: Teresina(PI)

Data: 28/05/2026

Documento assinado digitalmente
gov.br CATARINA SOUSA E SILVA
Data: 08/06/2026 19:49:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do(a) Autor(a):

uninovafapi.edu.br

Documento assinado digitalmente
gov.br EMILLY VITORIA FERREIRA DA SILVA
Data: 08/06/2026 19:53:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do(a) Autor(a):