

**OPPOSITIVE DISORDER, CHALLENGE AND CONDUCT OF MINOR CONDUCT:  
A CASE STUDY  
TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR E TRANSTORNO DE CONDUTA EM  
MENOR ADOTIVO: UM ESTUDO DE CASO**

Francys Karlus Maia França<sup>1</sup>, Ana Beatriz Costa Pereira<sup>1</sup>, Emilia Luppino<sup>1</sup>, Heloisa Costa Pereira<sup>II</sup>

**RESUMO:**

A situação de vulnerabilidade de crianças e adolescentes se constituem um problema de saúde pública no Brasil, sua alta prevalência gera consequências emocionais e cognitivas que afetam o desenvolvimento dessa população podendo desencadear o desenvolvimento de transtornos mentais. O presente estudo tem por objetivo relatar um estudo de caso e analisar qual seria o diagnóstico mais condizente com o caso e alguns aspectos relacionados a adoção. A análise do caso permitiu verificar que o diagnóstico mais assertivo para o caso analisado de acordo com os sinais e sintomas é o transtorno de conduta. A adoção tardia não é um processo fácil e que requer tempo para a criança fazer o processo de apego e ligação com os pais. A criança adotada tardiamente, sofre grandes prejuízos em sua formação psicológica, pois o elo de afetividade é quebrado e em muitos casos não é reparado pela nova família.

**Palavras chaves:** adoção tardia, transtorno de conduta, transtorno opositor desafiador, pátrio poder.

**ABSTRACT**

**Keywords:**

## **INTRODUÇÃO**

Os maus-tratos e a vulnerabilidade de crianças e adolescentes constituem um problema de saúde pública no Brasil, sua alta prevalência tem consequências emocionais, psicológicas, mentais e cognitivas afetando seu desenvolvimento, a saúde e o social<sup>1,2,3,4</sup>

As principais vulnerabilidades que acometem os menores são: alcoolismo, conflitos conjugais, violência e agressão, carências afetivas, tráfico de drogas, trabalho etc<sup>3,4,5</sup>.

Crianças maltratadas podem tornar-se violentas e abusivas, repetindo um comportamento testemunhado, por modelagem ou por identificação<sup>6</sup>.

As perturbações mentais estão associadas a deterioração do funcionamento emocional, cognitivo e social, nos primeiros anos de vida e os comportamentos desviantes podem surgir quando a criança sofre privação afetiva<sup>7,8</sup>.

A adoção tardia é um processo difícil, carece de paciência dos pais adotivos pois a criança necessita fazer o processo de ligação com os pais e pode ter dificuldade de aceita-los<sup>9,10</sup>. A criança adotada tardiamente, sofre prejuízos em sua formação psicológica, devido a quebra do elo afetivo, e em muitos casos não é reparado pela nova família<sup>9</sup>.

Este estudo objetiva relatar um estudo de caso e analisar qual seria o diagnóstico mais condizente com o caso e alguns aspectos relacionados a adoção.

### **Método**

Trata-se de um relato de caso a partir de anamnese e exame físico, seguido de análise de prontuário, entrevistas e revisão da literatura. O estudo foi desenvolvido a partir do acompanhamento do caso de uma paciente atendida no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo.

### **Apresentação do Caso**

A presente pesquisa foi constituída pelo estudo de caso de uma criança branca, sexo feminino, 13 anos, estudante, pai biológico desconhecido, abandono materno, criada por tios em lar com situação de vulnerabilidade para furtos, etilismo,

tráfico de drogas, abuso sexual, agressão, após denúncias, a família foi destituída da guarda e a criança foi encaminhada à casa do menor onde residiu, sendo adotada aos 10 anos. Durante os sete primeiros meses após a adoção foram retirados todos os remédios que a criança tomava e esta apresentou um comportamento compatível de uma adoção. Após sete meses de adoção começou a apresentar comportamentos como agressividade, manipulação, dificuldade de aceitação de regras, furto, mentiras, ideias e comportamento homicidas e suicidas, masturbação, automutilação, autoagressão, agressão física e verbal, maus tratos aos animais, expulsão de escolas e dificuldade de aprendizagem. Em laudo psiquiátrico diagnosticou Transtorno opositor desafiante (TOD). Em consulta a paciente apresentava frustração, dificuldade de aceitação de regras, agressividade, violência, impulsividade, comportamento imprevisível. Foi internada compulsoriamente em Hospital Psiquiátrico com diagnóstico CID-10 F29 (Psicose não orgânica NE). A família se distanciou da paciente após a internação. Paciente de alta hospitalar a mais de noventa dias, porém a família não veio busca-la, permanece internada.

## **O Diagnóstico**

O TC é etiologia de ordem multifatorial, definido como um padrão constante de comportamento, composto de infrações de leis e normas sociais e direitos alheios<sup>11,12</sup>.

As principais características do TC segundo a DSM-5 estão descrito no quadro 2. O TC é diferente de Transtorno Desafiador Opositivo (TOD)<sup>14</sup>. Há evidências clínica que distingue os dois transtornos. O TOD seria uma forma branda do TC, porém passível de agravamento evoluindo até os comportamentos de TC na infância e adolescência<sup>16</sup>. Muitos pacientes com TOD apresentam uma chance maior de desenvolver um TC ou Transtorno de Personalidade Antissocial na vida adulta<sup>13</sup>.

Estudioso afirma que existe uma proporção de crianças com TOD que progridem para TC, além da presença de TC e TOD como co morbididades em outras condições psiquiátricas<sup>15</sup>.

<b>08 Critérios do DSM-5 para o diagnóstico de TOD</b>
--

<b>Sintomas</b>
-----------------

Enraivecer-se frequentemente
Discussão com figuras de autoridade
Culpar os outros
Aborrecer terceiros
Desafiar regras
Se ofender facilmente
Respostas coléricas quando contrariado
Rancor e vingança quando desafiado

<b>Quadro 2: 15 Critérios do DSM-5 para o diagnóstico de TC</b>
<b>Sintomas</b>
Provocar, ameaçar ou intimidar
Iniciar lutas corporais
Uso de armas
Crueldade física com pessoas
Crueldade física com animais
Roubo
Arrombamentos
Sexo forçado
Destruição propriedade alheia (não pelo fogo)
Mentir ou romper promessas para obter bens ou favores para evitar débitos ou obrigações
Iniciar incêndio
Furto
Passar a noite fora de casa sem permissão (início antes dos 13 anos)
Fugir de casa por mais de dois dias ou por um longo período de tempo
Faltar à escola, matar aulas (início antes dos 15 anos)

Estes critérios diagnósticos do DSM-5, se preenchidos, precisam aplicar-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos com presença de três ou mais desses comportamentos nos últimos 12 meses acrescido de no mínimo um comportamento antissocial nos últimos seis meses, para se configurar em TC<sup>13</sup>. O DSM-5, só admite o diagnóstico de TOD se não houver um diagnóstico formal de TC, quando o

padrão de comportamento do indivíduo preenche os critérios para TC e TOD, o diagnóstico de TC prevalece<sup>13,16</sup>.

Não há um consenso geral sobre os critérios que determinam o TC o que pode dificultar o entendimento e criar confusão na elaboração do diagnóstico e prognóstico<sup>12</sup>.

Já o transtorno da personalidade são comportamentos caracterizados por traços emocionais, comportamento inflexíveis e desajustados, fora de sintonia com as normas básicas de qualquer grupo onde o portador apresenta dissonância, agressividade, introversão etc. São características presentes no seu caráter por toda a vida, de forma estável e inflexível, têm consciência dos seus deveres do certo ou errado, mas falta-lhe uma consciência moral<sup>17</sup>. O DSM-5 define os transtorno de personalidade como um padrão ou comportamento que se desvia das expectativas culturais do indivíduo, manifestado em duas (ou mais) áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos<sup>13</sup>.

Os transtornos de personalidade se definem no final da adolescência e continuam a se manifestar pela vida adulta, sendo esta delimitação importante para o diagnóstico. O DSM-V considera como idade limítrofe os 18 anos<sup>13</sup>.

O diagnóstico de TC é reservado somente para quem o apresenta durante a infância um padrão de comportamento repetitivo e persistente, de violação dos direitos básicos dos outros, de normas e regras sociais<sup>17</sup>.

## **DISCUSSÃO**

De acordo com o DSM-5 e os sinais e sintomas apresentados, o diagnóstico mais adequado a paciente é TC pois os sintomas do transtorno de conduta se encaixam na casuística. O histórico de vida da criança descreve a situação vulnerabilidade durante a infância. A literatura reforça a relação vulnerabilidade e desenvolvimento de transtornos mentais<sup>1,7,18</sup>. A adolescente apresentou um comportamento característico de TC de acordo com o descrito pela DSM-5 como crueldade física, mentiras etc.

Apesar de parecerem similares há evidências clínicas que distingue TOD do TC<sup>15</sup>. Não se pode afirmar que a adolescente apresente um quadro de transtorno de personalidade já que este se desenvolve ao final da adolescência esta delimitação é

importante para o diagnóstico, embasado no DSM-5 não se pode fechar um diagnóstico de transtorno de personalidade antes dos 18 anos.

Os pais desejam reverter a adoção, porém segundo o Art. 39, § 1 do ECA- Lei 8069/90, a adoção é uma medida excepcional e irrevogável<sup>19</sup>.

Após uma adoção ser concretizada torna-se irreversível. A reversão da adoção configura-se como um segundo abandono algo muito mais nocivo<sup>20</sup>.

Porém não existe norma que proíba a “devolução,” se a devolução ocorrer justificadamente ou sem justificativa a lei prever que o adotante indenize a criança por danos morais<sup>20</sup>.

Quanto ao pátrio poder este é indisponível e irrenunciável, inalienável e intransferível<sup>21</sup>. A destituição do pátrio poder no caso de adoção só ocorre se os pais não emitirem seu consentimento de adoção<sup>21</sup>.

## **CONCLUSÃO**

De acordo com o DSM-5 e os sinais e sintomas apresentados, o diagnóstico mais adequado a paciente é TC pois os sintomas do transtorno de conduta se encaixam na casuística. A criança adotada tardiamente merece necessita de tempo para conseguir criar novos laços sentimentais com os pais adotivos. O segundo abandono pode impossibilitar o reestabelecimento social e emocional do indivíduo, agravando o prognóstico do transtorno mental.

## **REFERÊNCIAS:**

- 1-Mattos ACD; Scarpari GK., Oliveira PA; Pontes F; Chelotti G, Scivoletto S. Avaliação multidisciplinar em vítima de negligência emocional na infância: relato de caso. Rev. Psicopedagogia 2012; 29(88): 146-74
- 2-Assumpção Jr, FB. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. Revista Psicopedagogia, 2009, 26(81), 441-457.
- 3-Fonseca, FF, Sena, RKR., Santos, RLAD., Dias, OV., Costa, SDM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev paul pediatr, 2013, 31(2), 258-64.
- 4-Sierra, VM., Mesquita, WA. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. São Paulo em Perspectiva, 2006, 20(1), 148-155.
- 5-American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. rev. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- 6-Mcardler, P; O'Brien, G; Kolvin, I. Hyperactivity and Conduct Disorder: exploring origins. Irish Journal of Psychological Medicine, 2002, 19 (2), 42-47.

- 7-Starling, J., Feijo, I. Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas de Início Precoce, 2016.
- 8-Winnicott, DW. (1994). Privação e delinqüência. São Paulo: Martins Fontes.
- 9 - Bernardino KP; Ferreira CI. ADOÇÃO TARDIA E SUAS CARACTERÍSTICAS Revista Intellectus Ano IX N°. 24
- 10- EBRAHIM SG. Adoção Tardia: Altruísmo, Maturidade e Estabilidade Emocional. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2001, 14(1), p. 73-80
- 11-Serra-Pinheiro, MA; Guimarães, MM; Serrano, ME. A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. Revista de Psiquiatria Clínica, 2005, 32 (2), pp. 68-72.
- 12- Dias, LCD. Considerações acerca do transtorno de conduta 2012. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia Porto Alegre, Abril/2012
- 13- Associação Psiquiátrica Americana. (APA; 2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Revisada – DSM-V-TR. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- 14-Organização Mundial da Saúde (1994). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre.
- 15-Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. e Zera, M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000, 39, 1468-1484.
- 16-Grevet, EH; Salgado, CAI; Zeni, G; Belmonte-de-Abreu, P. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. J. Bras. Psiquiatr; 2007, 56, supl 1; 34-38.
- 17-Câmara, FP. Introdução aos transtornos de personalidade. Journal fo Psychiatry of Brazil, 2001, 6(9).
- 18-Morana, CP; Stone, MH; Abdalla, FE. Transtorno de personalidade, psicopatia e serial Killer. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo,2006, v.28, n.3.
- 19- Brasil. Lei n. 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 julho 1990
- 20-Costa, ED. (2011). Estágio de convivência, “devolução” imotivada em processo de adoção de criança e de adolescente e reparação por dano moral e/ou material. In XVIII Congresso da CONAMP–Associação Nacional dos Membros do Ministério Público, 2011, Florianópolis-SC.
- 21- Fonseca ACLD. A ação de destituição do pátrio poder. 2000.

Endereço para correspondência:  
Francys Karlus Maia França<sup>1</sup>

Acadêmico do 5º ano do curso de Medicina da FACERES. E-mail:  
francyskarlus@hotmail.com

Ana Beatriz Costa Pereira<sup>I</sup>

Acadêmico do 5º ano do curso de Medicina da FACERES.

Emilia Luppino<sup>I</sup>

Acadêmico do 5º ano do curso de Medicina da FACERES

Heloisa Costa Pereira<sup>II</sup>

Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE

ALUNOS: Ana Beatriz Costa Pereira  
Emilia Luppino  
Francys Karlus Maia França

ORIENTADORA: Dra. Ester Franco de Souza Freitas Silva

**RESUMO:**

A situação de vulnerabilidade de crianças e adolescentes se constitui um problema de saúde pública no Brasil, sua alta prevalência gera consequências emocionais e cognitivas que afetam o desenvolvimento dessa população podendo desencadear o desenvolvimento de transtornos mentais. Este estudo tem por objetivo relatar um estudo de caso acompanhado por um grupo de alunos do curso de medicina da Faculdade Ceres – Faceres no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes e analisar qual seria o diagnóstico mais condizente com o caso e alguns aspectos relacionados a adoção. Pode se concluir que o diagnóstico com assertivo para o estudo de caso analisado de acordo com os sinais e sintomas é o transtorno de conduta. A adoção tardia apresenta características bastante particulares inclusive o perfil do dos adotantes o que pode facilitar o processo, mas que requer tempo para a criança fazer o processo de apego e ligação com os pais. A criança adotada tardiamente, sofre grandes prejuízos em sua formação psicológica, pois o elo de afetividade é quebrado e em muitos casos não é reparado pela nova família. A restituição do dano causado pelos genitores busca reparar a tristeza causada pelo abandono, porém tal restituição não pode ser completa. Cabe a todos o entendimento de que a criança adotada merece toda atenção e amor para conseguir criar novos laços sentimentais e não sofrer com a separação da família consanguínea. Juridicamente a reversão da adoção, é irrevogável e irreversível uma vez concretizada segundo o Art. 39, § 1 do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90. A reversão da adoção se configura como um segundo abandono da criança. Porém não existe norma que proíba a “devolução,” se a devolução ocorrer justificadamente ou sem justificativa a lei prever que o adotante indenize a criança por danos morais. Quanto ao pátrio poder este é indisponível e irrenunciável, inalienável e intransferível. A destituição do pátrio poder no caso de adoção só ocorre se os pais não emitirem seu consentimento de adoção, impõe-se a prévia destituição do pátrio poder. O segundo abandono pode impossibilitar o reestabelecimento social e emocional do indivíduo, agravando o prognóstico do transtorno mental já verificado e aumentando as possibilidades de desfecho em Transtorno de Personalidade Anti-Social

Palavras chaves: adoção, adoção tardia, transtorno de conduta, transtorno opositor desafiador, pátrio poder.

**TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR E TRANSTORNO DE CONDUTA EM MENOR ADOTIVO: UM ESTUDO DE CASO**

**Relato de caso:** AV.M.R, branca, sexo feminino, 13 anos, estudante, ensino médio incompleto, natural de São José do Rio Preto. No processo de adoção consta,

pai biológico desconhecido, mãe biológica abandonou a criança na infância com tios maternos que a criaram até 6 anos de idade. O lar dos tios apresentava-se em situação de vulnerabilidade com histórico de crimes, furtos, etilismo, uso e tráfico de drogas. A criança sofreu abuso sexual, agressão, aprendeu a furtar, usou álcool, após denúncias anônimas, a família biológica foi destituída da guarda da criança e esta foi encaminhada a casa do menor onde residiu dos 6 aos 10 anos sendo adotada em 2010 com 10 anos. Pai adotivo ex militar, mãe pedagoga, o casal têm três filhos biológicos de 15, 19, 25 anos. Os pais adotivos restringiram na ficha de adoção criança com psicose ou esquizofrenia por não terem condições nem estrutura para cuidar de uma criança nestas condições. No processo de adoção a criança apresentava um diagnóstico médico de hiperatividade de déficit de atenção. Durante os sete primeiros meses após a adoção foram retirados todos os remédios que a criança tomava e esta apresentou um comportamento compatível de uma adoção. Após sete meses de adoção começou a apresentar comportamentos impróprios e danosos como agressividade, manipulação, dificuldade de aceitação de regras, habito de furtar, mentiras, ideias e comportamento homicidas e suicidas, masturbação excessiva, automutilação, autoagressão, tentativa de assassinato dos irmãos, comportamento destrutivo, agressão física e verbal, maus tratos aos animais domésticos, expulsão de quatro escolas e dificuldade de aprendizagem. Outro laudo psiquiátrico diagnosticou a criança com Transtorno opositor desafiante (TOD). Os pais adotivos estão dispostos a reverter a adoção. Atualmente tenta-se a transferência para um hospital psiquiátrico infantil feminino em São Bernardo dos Campos especializados nestes tipos de casos. Paciente passou por consulta particular em 21/03/2016, em anamneses apresentava alterações de comportamento como frustração, dificuldade de aceitação de regras, agressividade, violência, impulsividade, comportamento imprevisível, negativista com mutismo, contato monossilábico. Fazia uso de antipsicótico e tranquilizantes. Diagnosticada com quadro compatível de F91.8- CID 10. E ainda podendo ser enquadrada nos seguintes diagnósticos: Z 61.0, Z61.2, Z62.2, Z63.8. Foi solicitado internação compulsória de urgência num prazo de 48 horas, a partir do dia 23/03/2016 no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. Deu entrada na emergência do Hospital Bezerra de Menezes sendo internada de urgência no dia 28/03/2016 com diagnóstico CID-10 F29 (Psicose não orgânica NE). A família começou a se distanciar da paciente paulatinamente durante os meses

que se seguiu a internação. Recebeu alta hospitalar no 24/06/2016 porém a família não veio buscar a paciente que seguiu internada.

Em 30/09/2016 a paciente se encontrava de alta a mais de noventa dias, mas segue internada. O hospital expediu um relatório a defensoria pública para que tome as devidas providências.

## 1.INTRODUÇÃO

Os maus-tratos em crianças e adolescentes constituem um problema de saúde pública no Brasil, devido à sua alta prevalência e às consequências emocionais e cognitivas que afetam o desenvolvimento dessa população<sup>1</sup>.

Quanto menor é a criança, mais vulnerável e dependente é do grupo familiar e devido à essa fragilidade e dependência dos adultos, esse público torna-se muito submisso ao ambiente físico e social em que se encontra<sup>2,3</sup>.

O estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, mas com o abalo do estado psicológico, social ou mental das crianças e dos adolescentes<sup>3,4</sup>. As experiências no começo da vida, combinadas com fatores genéticos, exercem uma influência importante em padrões de comportamentos apresentados na vida adulta. Já que os prejuízos em crianças negligenciadas acometem diversas áreas do funcionamento<sup>1</sup>.

No Brasil, as principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes desde de os seus primeiros anos de vida são alcoolismo e conflitos entre casais, todas as formas de violência e agressão, carências afetivas, precariedade do local de moradia, falta de lazer, pontos de venda e tráfico de drogas, trabalho infantil, exploração da prostituição de crianças, favorecimento genético para dependência química e vulnerabilidade psicofisiológica ao efeito de drogas que são favorecidas pelas diferenças físicas e psíquicas acabam por fazer com que as crianças se tornem mais vulneráveis<sup>3,4</sup>.

De acordo com um levantamento feito pela Associação Psiquiátrica Americana-APA, (1997), o surgimento da violência pode ser devido a diversos fatores psicossociais que contribuem para a disseminação desta, tais como: punição extrema podendo provocar ou inibir a agressão; estressores relacionados à pobreza associados à violência de bairros pobres; agressões

exibidas pela mídia também podem provocar dessensibilização a violência; baixa escolaridade; ruído forte e constante; moradia pequena para o número de moradores; fracasso no emprego; temperaturas subitamente elevadas; uso de álcool e drogas além de estressores familiares<sup>5</sup>.

Negligência e maus-tratos podem conduzir ao desenvolvimento de transtornos mentais e abuso de drogas<sup>6</sup>. Segundo Mcardler et al., (2002), crianças maltratadas na família podem tornar-se violentas e abusivas, repetindo um comportamento testemunhado, seja por modelagem ou por identificação, assim como agressividade e discórdia parental, dentro de uma família, podem estar associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento, até mesmo delinquência<sup>7</sup>.

Alguns autores ainda postulam que os principais fatores de risco envolvidos no Transtorno de Conduta (TC) são: criação em ambiente hostil e inadequado, ter pais com comportamento antissocial e/ou transtorno mental, viver em meio às discórdias conjugais e residir em áreas urbanas tendo nível socioeconômico baixo<sup>8</sup>.

As perturbações psicóticas estão associadas a uma deterioração do funcionamento emocional, cognitivo e social, principalmente nos primeiros anos de vida e estão ligada diretamente as vulnerabilidades sofridas na infância<sup>9</sup>.

Para Winnicott (1994) os comportamentos desviantes manifestados surgem quando a criança sofre privação afetiva<sup>10</sup>. Para Kernberg et al., (1993), as crianças que sofrem abusos teriam uma tendência a internalizar imagens parentais negativas, associando-as com sentimentos ruins e projetando-os para o mundo externo. Suas fantasias de temor à rejeição, abandono e desamor são percebidas como realidade, fazendo com que reajam agressivamente<sup>11</sup>.

## **O Diagnóstico**

Dentre as várias patologias psiquiátricas o TC que pode ser compreendido como um padrão perseverante de comportamento, onde ocorrem infrações de leis e normas sociais e/ou direitos alheios que, geralmente estão interligados a fatores de disfunções pessoais, familiares, acadêmicas e sociais<sup>12</sup>.

Crianças e os adolescentes com TC expressam comportamentos explosivos reagindo agressivamente às pessoas, provocando-as, ameaçando-as e intimidando-as<sup>13</sup>.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) (2002), apresenta outras características que também podem estar presentes tais como: crueldade física com pessoas ou animais, mentiras ou rompimento de promessas, roubos em confronto com a vítima, furtos, estupro e, em casos menos comuns, homicídio<sup>14</sup>.

O TC está descrito na categoria dos Distúrbios de Conduta sob código F91, no código internacional de doença juntamente com Transtorno Desafiador Opositivo (TOD)<sup>15</sup>. Isto justifica o primeiro diagnóstico emitido para a criança do estudo.

Há evidências clínicas que corroboram a distinção entre os dois transtornos TOD e TC. Entretanto, após uma revisão de pesquisas publicadas conclui-se que ainda há controvérsias quanto à possibilidade de se considerar a agressividade também como um marcador para o TOD<sup>16</sup>.

Para Webster-Stratton (1993), o TOD seria uma forma branda do TC, porém passível de agravamento na medida em que vai evoluindo e esta evolução iniciaria com a emergência do TOD nos anos pré-escolares, progredindo até os comportamentos dos TC na infância e adolescência<sup>17</sup>.

Durante muitos anos o TC foi considerado resultado sindrômico de um quadro de TOD que ocorreria na infância como descrito pela APA em 1987. Desta forma a comunidade médica passou a acreditar que muitos pacientes com TOD apresentariam uma chance maior de virem a desenvolver um TC ou Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS) na vida adulta<sup>5</sup>.

Segundo Loeber, et al., (2000), afirmam que existem uma proporção de crianças com TOD que posteriormente desenvolve TC, a proporção de TC que desenvolve o TPAS, além da presença de TC e TOD como co morbididades em outras condições psiquiátricas<sup>16</sup>.

Os profissionais devem se basear principalmente nos critérios do DSM-V (APA, 2002) para propor um diagnóstico para TOD no qual os sintomas relacionados incluem os oito critérios descritos<sup>14</sup>:

1. Enraivecer-se frequentemente;
2. Discutir com adultos ou figuras de autoridade;
3. Culpar os outros pelos seus próprios erros;

4. Fazer coisas deliberadamente para aborrecer a terceiros;
5. Costumar desafiar as regras dos adultos;
6. Ofender-se com facilidade;
7. Ter respostas coléricas quando contrariado; e
8. Ter rancoroso e vingativo quando desafiado ou contrariado<sup>14</sup>.

Porém para se propor um diagnóstico de TC avaliação deve seguir 15 critérios propostos pela DSM-V (APA, 2002) sendo fundamental seguir, esta análise para que se estabelecer um diagnóstico diferencial<sup>14</sup>:

1. Provocar, ameaçar ou intimidar;
2. Iniciar lutas corporais frequentes;
3. Usar armas que possam causar sérios danos físico (ex: um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca ou arma de fogo);
4. Ser fisicamente cruel com pessoas;
5. Ser fisicamente cruel com animais;
6. Roubar com ou sem confronto com a vítima;
7. Submeter alguém a atividade sexual forçada;
8. Destruir deliberadamente propriedade alheia (não pelo fogo);
9. Praticar o furto;
10. Mentir ou romper promessas com frequência para obter bens ou favores para evitar débitos ou obrigações;
11. Iniciar incêndio deliberadamente com a intenção de provocar sérios danos;
12. Passar a noite fora de casa até tarde da noite sem permissão (início antes dos 13 anos);
13. Fugir de casa por mais de dois dias ou por um longo período de tempo;
14. Faltar à escola sem justificativa, matando aulas com frequência (início antes dos 15 anos);
15. Praticar arrombamentos<sup>14</sup>.

Estes critérios diagnósticos do DSM-V, se preenchidos, precisam aplicar-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos com presença de três ou mais desses comportamentos nos últimos 12 meses acrescido de no mínimo um comportamento antissocial (furtos, brigas com uso de armas, etc.) nos últimos seis meses, para se configurar em TC<sup>14</sup>.

Alguns estudos demonstraram que não há uma ligação estreita entre os diagnósticos de TOD e de TC mais graves. Isso é corroborado no próprio DSM-V (APA, 2002), que somente admite o diagnóstico de TOD se não houver um diagnóstico formal de TC, ou seja, quando o padrão de comportamento do indivíduo preenche os critérios para TC e TOD, o diagnóstico de TC assume precedência<sup>14,18</sup>.

Evidências empíricas sugerem que as primeiras manifestações de comportamento agressivo podem ser encontradas precocemente em bebês, aproximadamente aos 18 meses. Nesse período, a criança já apresentaria comportamentos como destruir objetos e agredir os pais<sup>19</sup>.

Para Earl (1994) sujeitos com TC não demonstram sofrimento ou constrangimento com suas atitudes e não se importam com as outras pessoas, desrespeitando seus direitos<sup>20</sup>. Segundo Harley et al., (2008), também o tipo de vínculo estabelecido na vida de indivíduos com TC pode ser um fator importante, adolescentes com vínculos pouco efetivos com a família têm maior probabilidade de se envolver em infrações do que aqueles com relações mais próximas<sup>21</sup>.

Reid et al., (2002) afirmam que pais que apresentam consumo excessivo de álcool e drogas, cometem crimes ou contravenções, maltratam ou praticam violência física, psicológica e sexual podem comprometer suas funções parentais de controle, disciplina e envolvimento. Crianças e adolescentes submetidos à intensa ansiedade gerada pelo ambiente das ruas, abandono, morte ou doença dos pais, podem apresentar conduta agressiva em suas relações<sup>22</sup>.

Os fatores de risco que envolvem o TC não são apenas de natureza ambiental ou biológica, mas sim de um conjunto amplo de fatores que interagem entre si podendo fazer parte do desenvolvimento desse transtorno<sup>13</sup>.

O Transtorno de Conduta apresenta uma etiologia fatores de ordem multifatoriais, genéticos e ambientais. O modelo médico ou biológico aborda o transtorno em termos de sintomas, mas outros autores o analisam através de categorias funcionais, investigando os déficits e os excedentes comportamentais no comportamento social<sup>23</sup>.

Porém não há um consenso geral sobre os critérios que determinam o TC o que acaba por dificultar o seu entendimento e criando uma certa confusão na elaboração do diagnóstico e prognóstico. Assim como dificulta a atuação dos profissionais da saúde com relação a intervenção terapêutica<sup>13</sup>.

O transtorno da personalidade, perturbações da personalidade ou psicopatias são comportamentos caracterizados pelos traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (caráter) são muito inflexíveis e desajustados, no meio em que vive, fora de sintonia com as normas básicas de qualquer grupo ou seja, prejudicam a adaptação do indivíduo às situações que enfrenta, causando a ele próprio, ou mais comumente aos que lhe estão próximos, sofrimento e incomodação<sup>24</sup>. É também considerada uma alteração permanente no padrão afetivo e volitivo sem afetar o juízo da realidade<sup>24</sup>.

O portador de transtorno da personalidade manifesta estas dissonância com agressividade truculenta, introversão exagerada, exibicionismo desmesurado, desconfiança injustificada, etc., características que formam o caráter do indivíduo e o acompanham por toda a vida, como uma marca estável e inflexível<sup>24</sup>.

O portador de um transtorno de personalidade têm consciência dos seus deveres e do que é certo ou errado, mas falta-lhe uma consciência moral clara, delineada. São imaturos, não aprendem com as experiências passadas para melhor se orientar no presente, e não conseguem adiar a satisfação imediata de desejos que possam ser profundamente inadequados para o momento. Falta-lhe consciência moral para compreender a repercussão de suas atitudes inadequadas sobre as pessoas e sobre si mesmos, e transfere frequentemente a culpa para os outros<sup>24</sup>.

O DSM-V define os transtorno de personalidade como "um padrão de vida interna ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas culturais do indivíduo, manifestado em duas (ou mais) das seguintes áreas: cognição (modo de perceber a interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos), afetividade (amplitude, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional), funcionamento interpessoal e controle dos impulsos"<sup>14</sup>.

A CID-10 os define como "perturbação grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, usualmente envolvendo várias áreas da personalidade e quase sempre associado à considerável ruptura pessoal e social"<sup>15</sup>.

Os transtornos de personalidade se definem no final da adolescência e continuam a se manifestar pela vida adulta, sendo esta delimitação importante para o diagnóstico. O DSM-V considera a idade limítrofe como sendo os 18 anos, e a CID-10 a idade de 16-17 anos<sup>14</sup>.

No DSM-V os transtornos de personalidade estão classificados em dez categorias específicas e agrupados em três grupos segundo características semelhantes: Grupo A (paranóides, esquizóides e esquizotípicos, o chamado grupo dos "excêntricos-esquisitos"), grupo B (anti-sociais, fronteiriços, histriônicos e narcisísticos, o chamado grupo dos "dramáticos-emocionais-volúveis"), e o Grupo C (evitativos, dependentes e obsessivo-compulsivos, o chamado grupo dos "ansiosos-temerosos")<sup>14</sup>.

A CID-10 classifica os transtornos de personalidade estão agrupados em oito categorias específicas, os "Transtornos Específicos de Personalidade"<sup>15</sup>:

1. Paranóide (F60.0);
2. Esquizóide (F60.1);
3. Anti-social (F60.2);
4. Emocionalmente instável (F60.3), subdividida em tipo impulsivo, F60.30, e tipo borderline (F60.31);
5. Histriônica (F60.4);
6. Anancástica ou obsessivo-compulsiva (F60.5);
7. Ansiosa ou evitativa (F60.6));
8. Dependente (F60.7)<sup>15</sup>.

A categoria "Outros Transtornos de Personalidade" (F60.8) é reservada àqueles transtornos de personalidades que não se enquadram nas categorias específicas acima. Por outro lado, o transtorno de personalidade está presente mas não é especificado usa-se o diagnóstico "transtorno de personalidade não especificado" (F60.9) em substituição aos termos "neurose de caráter" e "personalidade patológica"<sup>15,24</sup>. Temos ainda os "Transtornos Mistos de Personalidade" (F61), classificação reservada quando um transtorno de personalidade apresenta características de vários transtornos de personalidades específicos mas não se enquadra em nenhuma categoria específica<sup>15,24</sup>.

O DSM-IV reserva a categoria "Comportamento Anti-Social no Adulto" (V71.01) para especificar comportamento anti-social não especificado como transtorno de personalidade, como se observa em alguns ladrões, estelionatários e traficantes de drogas. Esta classe encontra sua utilidade nas perícias forenses.

No transtorno da conduta assim chamado somente para quem o apresenta durante a infância há um padrão de comportamento repetitivo e persistente, que consiste na violação dos direitos básicos dos outros, de normas e regras sociais

importantes e adequadas à idade. O transtorno de conduta também é caracterizado por comportamentos específicos, tais como: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade e furto<sup>24</sup>.

Os critérios de diagnóstico para o transtorno da personalidade antissocial listados pelo DSM-V e pela CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - uma compilação de todas as doenças e condições médicas conhecidas, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>14,15</sup>.

- Um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que ocorre desde os 15 anos, como indicado por pelo menos três dos seguintes critérios:
- Fracasso em conformar-se às normas sociais com relação a comportamentos legais, indicado pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção;
- Propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer;
- Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro;
- Irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas;
- Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia;
- Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras;
- Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado outra pessoa;

b) O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

c) Existem evidências de transtorno da conduta com início antes dos 15 anos de idade.

d) A ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou episódio maníaco.

Após esta revisão e embasado no estudo minucioso do sinais e sintomas apresentados pela paciente e com base nos DSM-V, APAS, nós concluímos que o diagnóstico mais adequado a paciente do estudo de caso é Transtorno de conduta pois os sintomas do transtorno de conduta são os que mais se encaixam na casuística. Como é sabido que o histórico de vida da criança descreve vários

momentos durante a infância em que a mesma esteve em situação de vulnerabilidade o que pode ter contribuído para o desencadeamento do transtorno de conduta. Pois a literatura reforça a relação vulnerabilidade e desenvolvimento de transtornos mentais<sup>1,6,9</sup>. A adolescente apresentou vários comportamentos característicos de TC de acordo com o descrito pela APAS 2002 COMO crueldade física com pessoas ou animais, mentiras ou rompimento de promessas e furtos.

Com relação ao segundo diagnóstico recebido pela criança de TOD pode ter havido uma confusão já que TOD e TC estão descritos na categoria dos Distúrbios de Conduta sob código F91, no código internacional de doença. Apesar de parecerem similares há evidências clínicas que distingue TOD do TC e ainda existem controvérsias com relação a se considerar agressividade como um marcador para o TOD<sup>16</sup>. Não se pode afirmar que a adolescente apresente um quadro de transtorno de personalidade ou psicopatias já que este se desenvolve ao final da adolescência e continuam a se manifestar pela vida adulta, esta delimitação é importante para o diagnóstico e por conta disto e embasado no DSM-V não se pode fechar um diagnóstico de transtorno de personalidade antes dos 18 anos. Já para a CID-10 a idade para propor este diagnóstico de 16-17 anos<sup>14</sup> o que não é o caso deste estudo.

### **A Adoção**

Outro ponto neste estudo de caso que merece atenção é a questão dos pais mencionarem que desejam reverter a adoção, porém segundo o Art. 39, § 1 do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90<sup>25</sup>.

§ 1º A adoção é medida excepcional e irrevogável, à qual se deve recorrer apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural ou extensa, na forma do parágrafo único do art. 25 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009)<sup>25</sup>

Do ponto de vista legal, depois que uma adoção é concretizada torna-se irreversível. A reversão da adoção se configura como um segundo abandono da criança o que pode se apresentar muito mais nocivo<sup>26</sup>.

Segundo o ECA está previsto em seu art. 46 o período mínimo de avaliação da adaptação do adotando ao novo lar (família substituta), objetivando que o Poder Judiciário, com o apoio da equipe interprofissional (Psicólogos e Assistentes Sociais etc), decida pelo deferimento ou não da adoção<sup>26</sup>.

Porém cabe lembrar que o ECA, sempre beneficia a criança e o adolescente (art. 6º do ECA), e o melhor princípio do melhor interesse da criança, com base na legislação internacional, que foi incorporada ao direito pátrio pelo Decreto n. 99.710, de 21/11/1990; através dele foi promulgada a Convenção das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos da Criança<sup>25</sup>. A Constituição Federal em seu art. 227, “caput”, da também corrobora o ECA ao reconhecer o princípio da prioridade absoluta o qual faz com que o interesse da criança e do adolescente prevaleça sobre qualquer outro interesse. Os arts. 29 e 43 do ECA preveem que:

*Art. 29. Não se deferirá colocação em família substituta a pessoa que revele, por qualquer modo, incompatibilidade com a natureza da medida ou não ofereça ambiente familiar adequado.*

*Art. 43. A adoção será deferida quando apresentar reais vantagens para o adotando e fundar-se em motivos legítimos.*

Apesar do artigo 29 trazer o fato de não colocar uma criança em uma família que apresentem incompatibilidade não define com nem qual é essa incompatibilidade.

O art. 46, § 1º, da mesma Lei, por sua vez, prescreve, taxativamente, o seguinte:

*“O estágio de convivência poderá ser dispensado se o adotando já estiver sob a tutela ou guarda legal do adotante durante tempo suficiente para que seja possível avaliar a conveniência da constituição do vínculo” (sem destaques no original).*

Portanto o período mínimo de adaptação não é um momento para os adotantes decidirem se querem ficar com o adotado ou não, ou ainda fazer “uma experiência” se aprovada, dão o sinal verde para a Justiça; se reprovada, simplesmente efetuam a “devolução”, sem qualquer escrúpulo ou cuidado<sup>26</sup>.

Costa, (2011) afirma que se deve descrever a natureza jurídica do estágio de convivência que juridicamente pode ser definido como um lapso avaliatório, judicial, da formação satisfatória do vínculo socioafetivo. Não se trata de um direito instituído em favor de adotantes, mas de um período de tempo em que, por cautela, quis o legislador que a equipe interprofissional do Juízo avaliasse “a conveniência da constituição do vínculo.

Independente da devolução da criança justificadamente ou sem justificativa tanto para a justiça quanto a criança, Costa (2011) defende que os adotantes indenizem o adotado devolvido por danos morais<sup>26</sup>.

A reparação do dano resultante dessa conduta ilícita poderá englobar não só a obrigação do pagamento de uma só vez de determinado valor como também o pagamento, em parcelas, dos chamados alimentos ressarcitórios, fundados na responsabilidade civil extracontratual ou aquiliana<sup>26</sup>.

Resende (2014) afirma que há responsabilização civil dos pretendentes à adoção que praticam a devolução da criança. Os elementos da responsabilidade civil subjetiva são três: a conduta culposa, o nexo causal e o dano, sendo certo, ademais, a existência da responsabilidade objetiva fundada na teoria do abuso do direito, ex vi legis do artigo 187, do Estatuto Civil<sup>27</sup>. A conduta de devolver, a criança adotada certamente fere os limites impostos pelo fim social, pela boa-fé e pelos bons costumes, ex vi legis do artigo 187, do CC, inserindo-se no conceito de abuso de direito, devendo, pois, ser reparado.

Por outro lado Resende afirma que não existe norma que proíba a “devolução,” porém a devolução se caracteriza como uma a conduta culposa, que gera prejuízo a terceiro, como uma violência psicológica que trará à criança/adolescente “devolvido” e portanto tanto o Código Civil quanto a Constituição Federal prever que a criança seja indenizada por danos morais.

O pátrio poder é um conjunto de atribuições (direitos e deveres) a cargo dos pais (pai e mãe), a serem exercidos de forma simultânea<sup>1</sup> (conjuntamente), em comum acordo, um verdadeiro “poder parental”<sup>27</sup>, um “poder de proteção” ou mesmo um “pátrio dever” aos bens dos filhos não emancipados tendo em vista a proteção destes”, na sua proteção integral como criança ou adolescente mas exercido sempre no melhor interesse do filho<sup>28</sup>.

Em regra, o pátrio poder é indisponível, isto é, ninguém pode dele descartar-se, como se não tivesse existido. O pátrio poder impõe-se tanto aos pais quanto aos

filhos. Disso decorre ser inalienável e intransferível: os titulares do pátrio poder não podem negociá-lo, de qualquer forma, com terceiros<sup>29</sup>. O filho menor e não emancipado não pode unilateralmente considerar-se fora do pátrio poder, nem os pais desconsiderá-lo. Em princípio, é irrenunciável. Porém o exercício do pátrio poder, além de não ser absoluto, está sujeito à fiscalização<sup>29</sup>.

O pátrio poder engloba um direito subjetivo, sobre a pessoa dos filhos, e um direito objetivo, sobre os bens desse filho. O pátrio poder não é o mesmo que guarda dos filhos. O pátrio poder (e a tutela) engloba guarda, mas esta é diferente porque a guarda é apenas um dos seus atributos. A guarda pode existir sem o pátrio poder, quando os pais, por ato voluntário, entregam o filho a terceiro<sup>29</sup>. O pai e a mãe, conjunta ou separadamente, são os titulares do pátrio poder. A destituição do pátrio poder é uma das sanções do Estado imposta aos pais, ao tutor também ou a apenas um deles, lembrando que tutor também desempenha pátrio poder<sup>29</sup>.

São considerados casos de perda do pátrio poder

- Crimes dolosos praticados contra filho, tutelado ou curatelado, prevê-se a incapacidade (perda) do exercício do pátrio poder (art. 92, inc. II, CP); pode existir circunstância agravante da pena criminal (art. 61, II, “e”, CP);
- Crime de abandono material (art. 244, CP), de entrega de filho a pessoa inidônea (art. 245, CP),
- Abandono intelectual (art. 246, CP) ou desleixo de guarda e vigilância (art. 247, CP).
- Entrega do filho a terceiro, mediante paga ou recompensa, responde pelo art. 238.
- Pai que castiga imoderadamente apenas um dos seus filhos, ou abandona apenas um filho adolescente, por qualquer motivo.

Código Civil, que no art. 395 e incisos estabelece perda do pátrio poder por ato judicial nos seguintes casos<sup>29</sup>:

- Pai, ou mãe que castigar imoderadamente o filho;
- Prática de atos contrários à moral e aos bons costumes” (prática de atos contrários à moral e aos bons costumes) (inc. III, art. 395, CC).

A legislação trabalhista, igualmente, prevê caso de perda do pátrio poder:

- Pai ou a mãe não concorrem para que o menor complete sua alfabetização, ou trabalhe em lugares perigosos ou insalubres ou em

serviços prejudiciais à sua moralidade (CLT, art. 437, parágrafo único, e 405)<sup>29</sup>.

Suspende-se igualmente o exercício do pátrio poder:

- Pai ou mãe condenados por sentença irrecorrível, em crime cuja pena exceda de 2 (dois) anos de prisão”.

O art. 392 e incisos 11 do Código Civil refere-se a casos de extinção do pátrio poder de forma legal em dois casos o que não é uma sanção, mas término do pátrio poder, seja por causa natural (morte) ou prevista em lei (emancipação). Já o art. 394 do Código Civil<sup>13</sup> trata da suspensão do pátrio poder<sup>29</sup>.

Na adoção, por exemplo, se os pais não emitirem seu consentimento, impõe-se a prévia destituição do pátrio poder<sup>29</sup>.

A destituição (perda) de pátrio poder só deve ser utilizada apenas em casos muito especiais, só utilizada como o último recurso (a ultima ratio) apenas quando não se encontrar solução consensual, adequada e fiscalizada pelo Poder Público, para controlar o conflito entre os detentores do pátrio poder e o filho<sup>29</sup>.

### **A Adoção Tardia**

Segundo a pesquisa de Ebrahim (2001) os adotantes de adoção convencional (bebês) são casais que não tem filhos e seus principais motivos para uma adoção são: não ter os próprios filhos e para se sentir mais completo<sup>30</sup>.

Estes adotantes de crianças convencionais julgam que haverá a dificuldade na educação que dificilmente uma criança adotada tardiamente aceitaria os padrões estabelecidos pelos pais, pois estariam com sua formação social iniciada<sup>30</sup>.

Para estes adotantes ao adotar um bebê poderão ter uma melhor adaptação entre pais e filhos e uma adequada socialização, onde as crianças fossem capazes de atender aos anseios da família<sup>30</sup>.

Os maiores preconceitos quanto à adoção tardia, segundo Ebrahim (2001) são<sup>30</sup>:

O medo de adotar crianças mais velhas pela dificuldade na educação;

O receio de adotar crianças institucionalizadas pelos maus hábitos que trariam;

As crianças que não sabem que são adotivas têm menos problemas, por isso deve-se adotar bebês e esconder deles a verdade, imitando uma família biológica. Por conta disto crianças acima de três anos tem menores chances de serem adotadas e têm mais dificuldades de conseguirem uma colocação em famílias<sup>30</sup>.

Já perfil dos indivíduos candidatos a uma adoção tardia no país em 2000 66,7% mulheres casadas, com idade de 38 anos, quantos aos pais estes apresentam a idade de 42 anos para os homens que adotam uma criança mais velha, estes também apresentam maior número de instrução 74,1% possui nível superior completo e 40,7% apresentam renda superior a 20 salários mínimos<sup>30</sup>.

Já com relação a adoção convencional havia 91,9% de mães com idade de 35 anos e pais com 38 anos que preferem adotar bebês e somente 52 % deles têm nível superior. Somente 36,7% apresentam renda salarial familiar acima de 20 salários mínimos<sup>30</sup>.

Pode-se concluir que as pessoas que preferem a adoção tardia tem uma média de idade superior. Apresentam maior instrução, e possuem uma melhor condição econômica, pois ganham mais de 20 salários mínimos. Outra característica presente nos casais de adoção tardia é a maior presença de filhos biológicos e a situação civil é mais diferenciada<sup>30</sup>.

O estudo de Ebrahim (2001) também aponta que os adotantes tardios apresentam altruísmos mais elevado, maior estabilidade e maturidade emocional, o que justifica os fatores explicativos para a adoção: a situação de abandono das crianças; caridade, pena, amor ao próximo; e valores religiosos<sup>30</sup>.

Já o perfil do adotante tardio demonstra que há outros valores mais elevados para adotar uma criança tardia o que pode elevar as chances de sucesso da adoção pois não formam uma imagem de um bebe de pele branca olhos claros, para moldarem de acordo com seus interesses ou criam uma expectativa em torno da criança. Os adotantes tardios respeitam e aceitam mais a condição da criança sua história de vida<sup>30</sup>.

A adoção tardia não é um processo fácil, os pais adotivos devem ter paciência com a criança, pois essa necessita fazer o processo de apego e ligação com a mãe e o pai pois esse processo com os pais biológicos se houve pode ter sido traumático, esta criança pode ter certa dificuldade de aceitar os novos pais<sup>31</sup>.

Se a experiência da criança na família biológica foi de maus-tratos, abandono psicológico, negligência ou abuso sexual, ela passará por um momento de reação agressiva contra os pais adotivos pelo medo de tudo que ela passou se repita<sup>31</sup>.

Os novos pais devem estar preparados e amparados psicologicamente para lidar com a fase de adaptação da criança ao novo lar<sup>31</sup>. Passada essa fase, é instaurada a harmonia na família e todos os medos tanto dos pais, quanto da criança acabam e eles constituem uma família. A criança que foi adotada tardiamente, sofre grandes prejuízos em sua formação psicológica, pois o elo de afetividade é quebrado e em muitos casos não é reparado pela nova família. Por não ter a opção de nascer, não pode a criança ser culpabilizada pelas razões de sua origem, sendo obrigação dos pais o amparo emocional<sup>31</sup>.

A restituição do dano causado pelos genitores busca reparar a tristeza causada pelo abandono, porém tal restituição não pode ser completa. Cabe a todos o entendimento de que a criança adotada merece toda atenção e amor para conseguir criar novos laços sentimentais e não sofrer com a separação da família consanguínea<sup>31</sup>.

### **CONCLUSÃO**

A restituição do dano causado pelos genitores busca reparar a tristeza causada pelo abandono, porém tal restituição não pode ser completa. Cabe a todos o entendimento de que a criança adotada merece toda atenção e amor para conseguir criar novos laços sentimentais e não sofrer com a separação da família consanguínea<sup>31</sup>.

O segundo abandono pode impossibilitar o reestabelecimento social e emocional do indivíduo, agravando o prognóstico do transtorno mental já verificado e aumentando as possibilidades de desfecho em Transtorno de Personalidade Anti-Social.

### **JUSTIFICATIVA**

É de grande relevância se analisar os detalhes deste estudo de caso e revisar o diagnóstico oficial uma vez que os inúmeros detalhes do caso podem suscitar

várias interpretações e também oferecer componentes para um novo diagnóstico mais condizente adequado aos quadro clínico apresentado no caso.

## 2. OBJETIVOS:

Este estudo tem por objetivo relatar um estudo de caso acompanhado por um grupo de alunos do curso de medicina da Faculdade Ceres – Faceres no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes e analisar qual seria o diagnóstico mais condizente com o caso e alguns aspectos relacionados a adoção.

## 3. METODOLOGIA OU MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1 Local de estudo

O estudo foi realizado na unidade do convênio do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo.

### 3.2. Tipo de estudo:

Relato de caso a partir de entrevistas com a paciente, revisão de prontuário e revisão da literatura. O estudo foi desenvolvido a partir do acompanhamento do caso de uma paciente atendida no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes.

### 3.4. Método

Foram realizados anamnese e exame físico inicialmente, seguido de análise de prontuários e entrevista.

## REFERÊNCIAS

- 1-Mattos ACD; Scarpari GK., Oliveira PA; Pontes F; Chelotti G, Scivoletto S. Avaliação multidisciplinar em vítima de negligência emocional na infância: relato de caso. Rev. Psicopedagogia 2012; 29(88): 146-74
- 2-Assumpção Jr, FB. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. Revista Psicopedagogia, 2009, 26(81), 441-457.
- 3-Fonseca, FF, Sena, RKR., Santos, RLAD., Dias, OV., Costa, SDM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev paul pediatr, 2013, 31(2), 258-64.

- 4-Sierra, VM., Mesquita, WA. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. São Paulo em Perspectiva, 2006, 20(1), 148-155.
- 5-American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. rev. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- 6-Morana, CP; Stone, MH; Abdalla, FE. Transtorno de personalidade, psicopatia e serial Killer. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 2006, v.28, n.3.
- 7-Mcardler, P; O'Brien, G; Kolvin, I. Hyperactivity and Conduct Disorder: exploring origins. Irish Journal of Psychological Medicine, 2002, 19 (2), 42-47.
- 8-Snyder, J., Schrepferman, L., Oeser, J., Patterson, G., Stoolmiller, M., Johnson, K., Snyder, A. Deviancy training and association with deviant peers in young children: Occurrence and contribution to early-onset conduct problems. Development and Psychopathology; 2005, 17:397-413.
- 9-Starling, J., Feijo, I. Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas de Início Precoce, 2016.
- 10-Winnicott, DW. (1994). Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes.
- 11-Kernberg, P., Chazan, S. Crianças com Transtornos de Comportamento – Manual de Psicoterapia. 1993, Editora Artes Médicas.
- 12-Serra-Pinheiro, MA; Guimarães, MM; Serrano, ME. A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. Revista de Psiquiatria Clínica, 2005, 32 (2), pp. 68-72.
- 13- Dias, LCD. Considerações acerca do transtorno de conduta 2012. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia Porto Alegre, Abril/2012
- 14- Associação Psiquiátrica Americana. (APA; 2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Revisada – DSM-V-TR. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- 15-Organização Mundial da Saúde (1994). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre.
- 16-Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. e Zera, M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000, 39, 1468-1484.
- 17-Webster-Stratton, C. (1993). Strategies for helping early school-aged children with Oppositional Defiant and Conduct Disorders: the importance of home-school partnerships. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1993, 22(3), 437-457.

- 18-Grevet, EH; Salgado, CAI; Zeni, G; Belmonte-de-Abreu, P. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. J. Bras. Psiquiatr; 2007, 56, supl 1; 34-38.
- 19-Keenan, K; Shaw, D The development of coercive family processes: The interaction between aversive toddler behavior and parenting factors. Em J. McCord (Org.), Coercion and punishment in long-term perspectives 1998 (pp. 165-180). Cambridge: Cambridge University Press
- 20-Earls, F. Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov LA, editors. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 308-29
- 21- Harley, M., Murtach, A., Cannon, M. Conduct disorder: psychiatry's greatest opportunity for prevention. Psychol. Med., 2008, v.38, n.7, p.929-31.
- 22-Reid, J.B., Patterson, Gerald, R., e Snyder, J. Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and Model for Intervention. Washington, DC, 2002: American Psychological Association
- 23-Bolosoni-Silva, A. T. & Del Prette, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. Rev. bras. ter. comport. cogn. 2003, 5, 2, 91-103.
- 24-Câmara, FP. Introdução aos transtornos de personalidade. Journal fo Psychiatry of Brazil, 2001, 6(9).
- 25- Brasil. Lei n. 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 julho 1990.
- 26-Costa, ED. (2011). Estágio de convivência, "devolução" imotivada em processo de adoção de criança e de adolescente e reparação por dano moral e/ou material. In XVIII Congresso da CONAMP–Associação Nacional dos Membros do Ministério Público, 2011, Florianópolis-SC.
- 27-Leite, EO. Síntese de Direito Civil: Direito de Família. Curitiba: JM Editora, 1997. p. 246.
- 28- Pereira, CMS. Instituições de Direito Civil. 11. ed. Rio de Janeiro, Forense, v. 5, s./d., p. 239.
- 27-Resende GC. A responsabilidade civil em caso de desistência da adoção. Revis. Jurídica do Ministério Público do Estado do Paraná, 2014, ano1(1).
- 29- Fonseca ACLD. A ação de destituição do pátrio poder. 2000.
- 30- EBRAHIM SG. Adoção Tardia: Altruísmo, Maturidade e Estabilidade Emocional. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2001, 14(1), p. 73-80

31- Bernardino KP; Ferreira CI. ADOÇÃO TARDIA E  
SUAS CARACTERÍSTICAS Revista Intellectus Ano IX N°. 24

ASSINATURA DO ALUNO:

São José do Rio Preto ,.....de.....de.....

Assinatura:.....

São José do Rio Preto ,.....de.....de.....

Assinatura:.....

São José do Rio Preto ,.....de.....de.....

Assinatura:.....

CIÊNCIA DO ORIENTADOR:

ASSINATURA DO ORIENTADOR:

São José do Rio Preto ,.....de.....de.....

Assinatura:.....

Colocar o Termo de Livre Consentimento do Paciente/Local