

TRANSTORNO DE CONDUTA: ENVOLVENDO ESCOLA E FAMÍLIA

Larissa Mera Suarez^a, Ritchele Schaidler^a, Samara Aguirre Rodrigues^a, Thamires Luciane Foscarini^a

^a Curso de graduação em Psicologia da Faculdade da Serra Gaúcha – FSG.

<p>Professora Supervisora</p> <p>Magda Aparecida Mesquita Pedone Professora do Curso de graduação em Psicologia da Faculdade da Serra Gaúcha</p>	<p>Resumo</p> <p>Este artigo tem como finalidade discutir o Transtorno de Conduta de forma a envolver escola e família no tratamento em prol da criança ou adolescente, com o objetivo de minimizar os sintomas. Muitas vezes, o transtorno de conduta é confundido com comportamentos normais de adolescentes, o que pode dificultar e atrasar o tratamento, de forma a agravar os sintomas com o passar do tempo. O tratamento do transtorno de conduta necessita muito esforço dos familiares, educadores e terapeutas para que, de fato, exista uma qualidade de vida melhor e mais adequada para a criança ou adolescente e para os familiares, proporcionando melhoras significativas nos contextos aos quais esse paciente está inserido.</p>
<p>Palavras-chave:</p> <p>Transtorno de conduta. Infância. Família. Escola. Psicologia.</p>	

1 INTRODUÇÃO

Comportamentos antissociais são frequentemente encontrados em adolescentes, porém, esses comportamentos podem aparecer demasiada e precocemente na infância e perdurar na fase adulta, caracterizando um quadro psiquiátrico de difícil manejo: o transtorno de personalidade antissocial. Na fase da infância e adolescência, esses comportamentos, quando aparecem de modo exagerado e persistente, juntamente com outros sintomas, encaixam-se no transtorno de conduta.

“O Transtorno de conduta é um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais” apropriadas à idade. A identificação e tratamento precoce desse transtorno podem minimizar as chances de um diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial na fase adulta. Desse modo, acredita-se que a melhor forma de prevenção a graves adversidades psicossociais é envolver escola, família e tratamento psicológico (e psiquiátrico, quando necessário) de modo que auxilie num desenvolvimento mais adequado dessas crianças e adolescentes favorecendo melhores relacionamentos sociais nos contextos em que estes estão inseridos ou venham a se inserir.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo responder à pergunta: “De que forma deve se dar o relacionamento entre escola e família no caso de criança com transtorno de conduta?” além

de uma breve caracterização do transtorno de conduta, diferenciando-o do comportamento normal de adolescentes e crianças, e seu tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Transtorno de Conduta

De acordo com o DSM IV (2002) o transtorno de conduta é caracterizado por um padrão de comportamento repetitivo e persistente, ocorrendo violação dos direitos básicos do outro e a rejeição ao cumprimento de regras ou normas sociais. Crianças e adolescentes com transtorno de conduta apresentam comportamentos associados à agressões, direcionadas a pessoas e/ou animais, destruição a propriedades, defraudações ou furtos e sérias infrações de leis e normas presentes na sociedade.

Frequentemente, expressam comportamentos explosivos e impulsivos, com predominância de provocações, ameaças, intimidações e crueldade na relação com o outro. Costumam agir com indiferença aos desejos, direitos e sentimentos alheios, enganando e manipulando, com a intenção de obter benefício e prazer para si, desconsiderando as prováveis consequências de seus atos. Em geral, os indivíduos possuem uma autoestima muito baixa, embora, transmitam aos outros uma imagem de contrária a isso, considerando-se o ser que sempre possui razão.

Para haver o diagnóstico, a criança ou adolescente necessita apresentar três ou mais destes comportamentos nos últimos 12 meses e de pelos um durante os últimos 6 meses. É importante ser levado em conta o contexto socioeconômico no qual esse indivíduo está inserido, pois estes comportamentos necessitam ser uma questão sintomática derivada de uma disfunção básica interior ao indivíduo e não uma reação ao ambiente (ex: ambiente ameaçador, constante presença de criminalidade e violência, etc).

Alguns autores postulam que os principais fatores de risco envolvidos no TC são: criação em ambiente hostil e inadequado, ter pais com comportamento antissocial e/ou transtorno mental, vivem em meio às discórdias conjugais e residir em áreas urbanas tendo nível sócio-econômico baixo. (SNYDER E COLABORADORES *apud* DIAS, 2012)

Este transtorno é considerado um dos mais frequentes na infância e uma das principais causas do encaminhamento de crianças a psiquiatria infantil. No entanto, comportamentos considerados normais no decorrer do desenvolvimento da infância e adolescência são erroneamente associados a este transtorno.

Baseado na idade inicial de tais comportamentos, o transtorno apresenta subtipos: o primeiro tem seu início ainda na infância, geralmente em crianças com idade inferior a dez anos e predominantemente do sexo masculino. Em geral demonstram agressividade física e relacionamentos perturbadores com seus pares. Neste caso, se a criança não receber nenhum tipo de tratamento, a tendência a desenvolver o transtorno de personalidade antissocial na fase adulta é consideravelmente alta.

O segundo subtipo tem seu início durante a adolescência. Até os dez anos a criança não apresenta nenhum dos critérios correspondentes ao transtorno. Diferentemente do tipo com início na infância, estes adolescentes apresentam menor tendência à agressividade e costumam ter relacionamentos mais normais com seus pares, embora muitos apresentem problemas relacionados à sua conduta quando estão acompanhados de outros adolescentes. Possui predominância do sexo feminino e normalmente a propensão ao desenvolvimento de um transtorno mais sério na fase adulta é menor.

O terceiro subtipo é caracterizado pelo início inespecificado, utilizado quando a idade inicial dos comportamentos é desconhecida. Além da idade, o diferencial nos problemas de conduta advém do nível de gravidade destes comportamentos. Apresentando-se de forma leve, moderada ou grave:

Leve: poucos problemas de conduta – se existem – excedendo aqueles necessários pra fazer o diagnóstico estão presentes, e os problemas de conduta causam danos relativamente pequenos a outros. (ex. mentiras, gazetas a escola, permanecer na rua a noite sem a permissão).

Moderado: o número de problemas de conduta e o efeito sobre os outros são intermediários entre “leves” e “severos” (ex. furtos sem confronto com a vítima, vandalismo).

Grave: Muitos problemas de conduta além daqueles necessários para se fazer o diagnóstico estão presentes, os problemas de conduta causam danos consideráveis a outros. (ex. sexo forçado, crueldade física, uso de arma, roubo com confronto com a vítima, arrombamento e invasão). (DSM-IV-2002, p. 121).

A origem do transtorno de conduta tem sido atribuída a fatores genéticos e ambientais, envolvendo assim, também a estrutura familiar. Existe uma tendência maior em crianças com pais biológicos ou adotivos que apresentam transtorno de personalidade antissocial, transtorno de humor, esquizofrenia ou TDAH e dependentes de álcool ou drogas, além da presença na família de algum irmão já com o diagnóstico de transtorno de conduta. Winicott aponta que os comportamentos antissociais aparecem quando a criança sofre privação afetiva e estes podem se manifestar tanto no lar quanto em uma esfera mais ampla.

Historicamente, foi com o estabelecimento de clínicas vinculadas ao juizado de menores que profissionais de saúde mental puderam observar o

desenvolvimento do comportamento anti-social na infância e adolescência. Ao constatar-se a grande frequência de problemas familiares e sociais na história de vida dos delinquentes juvenis, formulou-se a hipótese de uma reação às adversidades encontradas tanto no ambiente familiar como na comunidade. (BORDIN, OFFORD, 2000).

2.2 Comportamento normal x patológico

Para ter-se um diagnóstico efetivo é importante saber diferenciar o que faz parte do comportamento normal de crianças e adolescentes e o que é patológico, além de atender os critérios do DSM-IV, como citado anteriormente. Normalmente crianças com o Transtorno de Conduta não conseguem lidar muito bem com o “não”, são muito agressivas, levam detenções no ambiente escolar e castigos em casa, geralmente maltratam animais e/ou outras crianças e não sentem culpa pelos atos cometidos, fazem-se de vítimas e negam qualquer participação para os adultos ou responsáveis. Segundo o DSM IV (2002) “fraca tolerância à frustração, irritabilidade, acessos de raiva e imprudência são aspectos frequentemente associados”.

“O comportamento agressivo na infância é o melhor previsor da incidência de agressões posteriores. Muitas crianças com esse transtorno terminam como criminosos quando adultos, ainda que nem todos os criminosos tenham diagnóstico de Transtorno de Conduta quando criança.” (HOLMES, 1997, p. 329).

O comportamento aqui dito como normal que seria o apropriado para determinadas faixas etárias seria a confiança recíproca, uso dos pais como base segura que engloba confiança neles e a opinião também. Segundo Papalia (2006) para a criança os amigos são pessoas que passam confiança e em quem se dá pra confiar (sentimento que não ocorre com crianças que tem o transtorno). A terceira infância é a etapa em que ocorre a transição de controle no comportamento da criança que fica mais autônoma, mas os pais ainda exercem uma supervisão sobre a criança (MACOBY *apud* PAPALIA). Essa etapa é a que os pais começam a confiar mais nas crianças e elas já tem um entendimento de certo e errado.

Segundo Facion (2005, p.124)

“Mentir, não cumprir com os compromissos ou promessas, furtar objetos de valor ou falsificar documentos são outros comportamentos frequentes, além de faltar à escola com frequência sem justificativas. Esse transtorno é diferente das travessuras infantis ou da rebeldia “normal” da adolescência, pois deve-se considerar que esses comportamentos vão se modificando ao longo das aquisições de experiências da vida, ao passo que o Transtorno de Conduta é persistente, por pelo menos seis meses e de forma intensiva.”

A psicóloga clínica Idione Luiz Ullian aponta que uma criança ou adolescente “normal” pode apresentar comportamentos que podem ser confundidos com transtorno de

conduta. Porém, esses comportamentos serão esporádicos e num período mais curto de tempo. O transtorno de conduta é algo muito intenso, com padrão de funcionamento, e repetições de comportamento muito frequentes, num período de, pelo menos, 6 meses. Portanto, segundo Ullian, as principais diferenças entre o normal e o patológico podem ser resumidas em três fatores principais: “a intensidade, a quantidade e o tempo que perduram esses sintomas”.

2.3 Tratamento

Os diversos tratamentos citados na literatura incluem intervenção junto aos pais, escola e terapia individual. O treinamento dos pais e professores para saber como lidar com essa criança é muito importante, porém, não muito eficaz. A intervenção individual requer muita paciência e dedicação do terapeuta, pois, quando não diagnosticado o transtorno nos primeiros anos da vida infantil se torna difícil quanto a sua melhora.

Numa faixa etária dos três aos oito anos quando surgem os primeiros sintomas (por exemplo, desafiar superiores, feriar e até mesmo matar animais), requer já um olhar mais atento e possibilitar a essa criança um tratamento terapêutico adequado. Muitas vezes, dependendo do grau desse transtorno, é necessário que haja um acompanhamento de psiquiatra para que possa ser introduzido o uso de medicações que controlem os impulsos e instintos dessa criança.

Existe uma dificuldade entre a relação dessa criança e seus familiares: na medida em que seus pais já não conseguem lidar e conviver com seu filho é proposto uma nova intervenção de educação. Os pais precisam ser firmes e rígidos para que essa criança comece a aprender seus limites.

Segundo Bordin (2000, p.14)

Em nosso meio, muitas vezes não dispomos dos recursos necessários para o tratamento da criança ou adolescente com comportamento antissocial. Quando esses recursos existem, nem sempre as famílias têm condições de comparecer ao serviço na frequência recomendada. O profissional de saúde mental pode ser útil estabelecendo prioridades entre as diversas condutas terapêuticas possíveis e recomendando ao paciente aquela que julgar mais imprescindível.

Outras referências ao tratamento seria uma equipe multidisciplinar que auxilie e acompanha essa criança ao longo do seu desenvolvimento, onde possa estar inserido num ambiente estruturado psiquicamente, uma forma de interação também são as oficinas de música, pintura e teatro, é uma forma de estabelecer vínculos e assim tentar que esse

indivíduo consiga cada vez socializar com os demais.

2.4 Relação Escola x Família x Tratamento

A criança e o adolescente estão envolvidos em diferentes contextos além do contexto familiar: escola e/ou trabalho, cursos, grupos de estudo, etc. Dessa forma, alguns comportamentos “inadequados” podem se manifestar nesses contextos. Levando em consideração que a frequência escolar de crianças e adolescentes é indispensável e obrigatória, considera-se que comportamentos antissociais aparecem com mais frequência nesse contexto.

“O transtorno da conduta está frequentemente associado a baixo rendimento escolar e a problemas de relacionamento com colegas, trazendo limitações acadêmicas e sociais” à criança ou adolescente. (BORDIN; OFFORD, 2000) Dessa forma, o tratamento, além de medicamentoso, em determinados casos, deve se dar juntamente com a escola e a família, uma vez que estes estão diretamente ligados ao paciente. A psicóloga clínica Idione Luiz Ullian aponta que, quando se trata de transtorno de conduta, geralmente, o paciente chega ao consultório encaminhado pela escola devido a algum tipo de comportamento que chamou a atenção dos educadores.

A psicóloga escolar Marina Mattiello acredita que a melhor forma de relacionar o ambiente escolar com a família do aluno com transtorno é, primeiramente, não esconder informações relevantes dos pais, pontuando, desde o primeiro momento, as dificuldades do aluno e as evoluções daquela criança ou adolescente no decorrer do tratamento.

Segundo Bordin e Offord (2000) eventos diários podem favorecer a persistência do comportamento antissocial na idade adulta. “O ambiente escolar, dependendo de suas características, pode incentivar ou desestimular o comportamento antissocial”. O aluno com transtorno de conduta, normalmente, é considerado “aluno-problema” fazendo com que muitos professores acreditem que esse aluno é realmente um problema para o desenvolvimento da aula. (FARIAS et al.)

O modo de tratamento no ambiente escolar a essas crianças que sofrem de Transtorno de Conduta é um dos principais componentes que constitui a dificuldade escolar. [...] A interação professor-aluno é essencial. A criança deve sentir-se segura dentro do ambiente escolar, não sendo discriminada pelo comportamento, a cor ou condições financeiras. É fundamental a organização escolar procurar conhecer a clientela que a escola recebe, o que provoca diferenças no perfil da criança, fazendo com que o processo escolar torne-se mais eficiente, a partir da construção do plano de aula, considerando a característica de cada aluno. (FARIAS, et al.)

Em se tratando de consultório, Ullian acredita que a relação psicóloga, escola e família deve ser próxima. Além disso, buscar informações com outros profissionais que atendem aquela criança é essencial. Ir à escola e conversar com direção e professores é uma forma de manter a relação escola e tratamento aliados para a melhora do paciente com transtorno de conduta. A escola deve ter liberdade total para entrar em contato com o psicólogo quando achar necessário pontuar algo com relação ao aluno.

Além disso, os pais devem ser levados ao consultório regularmente para pontuar as dificuldades e avanços daquela criança na sua relação familiar e, não raros os casos, a família deve, também, aderir a algum tipo de tratamento psicoterápico, uma vez que a melhora da criança não depende só dela, e sim da família como um todo. Ullian ressalta essa questão, apontando que não adianta o psicólogo trabalhar, por exemplo, toda uma questão de fortalecimento do ego e controle de impulsos se, ao término da sessão, os pais acabam com todo o trabalho feito no dia, às vezes, com apenas uma fala.

Ana Beatriz Barbosa Silva, em seu livro *Mentes Perigosas: o psicopata mora ao lado* (2008) aponta que “é muito importante que os pais tenham conhecimento pleno sobre o assunto e que passem a reconhecer a disfunção em seus filhos”, dando a atenção que ela merece. Aponta, ainda que, em graus leve e quando detectado precocemente, o transtorno de conduta pode, em alguns casos, ser modulado através de uma educação mais rigorosa, num ambiente familiar melhor estruturado e com vigilância constante de seus filhos. Porém, ela ressalta que isso não evitará o transtorno de personalidade antissocial mas pode inibir possíveis manifestações mais graves ao longo do tempo, então, todo esse empenho e esforço por parte da família fará toda a diferença no futuro.

Alguns inibidores do desenvolvimento do comportamento antissocial citados na literatura incluem: treino de pais para adoção de práticas de educação infantil adequadas, melhora das relações afetivas, uso apropriado de reforçamento positivo (especialmente contingente a condutas pró-sociais), incremento de habilidades para resolver problemas, supervisão e monitoria pelos pais, melhora no desempenho escolar, elevação da autoestima e desenvolvimento de habilidades sociais, entre outros (GOMIDE; MARINHO *apud* MARINHO; CABALLO, 2002).

Marinho e Caballo propõem um trabalho desenvolvido para ser aplicado em situação grupal que pode ser feito por profissionais que atuam em consultórios particulares e/ou instituições, como a escola, por exemplo. Esse programa possibilita a inclusão de pais de crianças e adolescentes com problemas de conduta em um mesmo grupo.

O Programa de Intervenção Grupal para Pais (PICGP) é composto por 10-12 sessões de orientação de pais em relação à disciplina infantil e 5-7 sessões para

desenvolvimento de habilidades sociais em crianças. (MARINHO; CABALLO, 2002)

Além disso, tem-se o momento de intervenção com as crianças, também de forma grupal. Trabalha-se, com jogos e brincadeiras entre os componentes do grupo, a aprendizagem de comportamentos “pró-sociais”, treinando as questões de solução de problemas e reforço diferencial desses comportamentos pró-sociais.

O Programa passou por avaliações de resultado (Marinho & Silves, 2000) e produziu mudanças comportamentais positivas na maioria (em torno de 70%) das famílias submetidas à intervenção e manutenção ou incremento da melhora nos seguimentos de 3 e de 9 meses. Além disso, os pais relataram elevada aceitabilidade dos componentes da intervenção (habilidades treinadas e estratégias de ensino adotadas). (MARINHO; CABALLO, 2002)

Programas como esse poderiam ser implantados nas escolas em conjunto com psicólogos, reproduzidos e, até mesmo, reestruturados e adaptados de acordo com a realidade das crianças e adolescentes envolvidos, como uma forma de auxiliar no desenvolvimento desses jovens trazendo seu contexto familiar, escolar de tratamento para uma mesma realidade com o intuito de, pelo menos, minimizar os comportamentos antissociais melhorando relacionamentos familiares, escolares e sociais, em geral.

Salienta-se que nem a família, nem a escola, sozinhas, darão conta dessas questões. É preciso, sem dúvida, um trabalho integrado, no qual a família possa estar inserida no contexto escolar, participando e acompanhando o crescimento das crianças e dos adolescentes que carecem, na atualidade, de atenção e investimento adequados. Boa comunicação, atenção e afeto serão sempre norteadores para atitudes mais acertadas com relação as crianças e adolescentes [com transtorno de conduta], visando ao alívio do sofrimento desses sujeitos e a um prognóstico mais favorável às suas questões. (NUNES; WERLANG, 2008).

3 METODOLOGIA

Este artigo foi elaborado a partir de referenciais teóricos, supervisão de orientador e entrevistas com profissionais. Dessa forma, a pesquisa tem caráter qualitativo e as entrevistas foram realizadas com duas psicólogas de Caxias do Sul – RS: Idione Luiz Ullian e Marina Matiello, uma psicóloga clínica e outra escolar, respectivamente. As perguntas para a entrevista foram elaboradas a partir de artigos e livros que abordam o assunto e de dúvidas e curiosidades dos integrantes do grupo sobre o transtorno.

A delimitação do tema se baseou em dúvidas dos integrantes perante os contextos em que a criança está inserida e a relação entre família e escola em prol dessa criança. O material

bibliográfico foi de suma importância para nos dar referencial teórico e ajudar a conduzir as entrevistas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, o transtorno de conduta é frequentemente confundido com comportamentos considerados normais em determinadas fases do desenvolvimento de crianças e adolescentes resultando, na maioria dos casos, em um diagnóstico tardio, dificultando a eficácia do tratamento. A família e a escola possuem papéis de extrema importância na identificação e diferenciação destes comportamentos, além do apoio ao longo do tratamento. Como destaca Ullian, é importante uma rede de apoio a este indivíduo, uma equipe multi ou interdisciplinar que auxilie a criança ou adolescente nos diferentes contextos no qual está inserido. Este transtorno geralmente está associado à baixo rendimento escolar e a dificuldade no relacionamento com os demais colegas, portanto, é necessário que haja uma orientação por parte da escola aos demais alunos, informando-os a melhor maneira de lidar com este colega, a fim de que haja uma melhor compreensão de seu problema, melhor relacionamento e, conseqüentemente, evitar a exclusão deste aluno.

Matiello aponta que, desde o início, é importante que a relação escola/família aconteça de uma forma transparente, onde não há ocultação de informações de ambas as partes. Pontuando juntos as dificuldades e as evoluções da criança ou adolescente durante o processo de tratamento. No entanto, verifica-se, em muitos pais, a resistência ao encaminhamento a outros profissionais fora do contexto escolar e a troca de turma ou até mesmo de escola. Deparando-se com estas situações, é aconselhável que a escola converse com estes pais, mostrando ser esta a melhor forma para que a criança ou adolescente venha a dar conta das atividades escolares, conseguindo se relacionar de forma mais saudável com os colegas e conter seus comportamentos em determinadas situações. É importante, também, deixar claro que existem alternativas para a minimização dos sintomas, porém, há casos onde é necessário fazer o uso de medicação.

Assim como o contexto escolar, a família necessita adaptar-se a uma maneira de lidar com esta criança ou adolescente, que o auxilie durante o tratamento. Transmitindo-lhe segurança e confiança, ao invés de brigas e exclusão de atividades familiares. É importante que os pais estejam conscientes sobre a disfunção de seu filho, dando-lhe a atenção necessária, pois, através de um contexto familiar rigoroso, estruturado e com uma constante atenção por parte dos pais, o transtorno, além de ser diagnosticado precocemente, pode ser

controlado, desencadeando a minimização dos sintomas. É importante salientar que somente a escola ou a família não darão conta de lidar com a situação. É necessário que haja uma integração entre ambos, na qual encontrarão, juntos, soluções para o alívio do sofrimento da criança ou adolescente que apresenta este transtorno.

5 REFERÊNCIAS

BATISTA, Ana Priscila. **Comportamento anti-social em crianças e adolescentes: uma revisão de estudos teóricos.** Disponível em <<http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iv1n1/4.pdf>> acesso em 28.04.2014.

BORDIN, Isabel As; OFFORD, David R. **Transtorno da conduta e comportamento anti-social.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3789.pdf>> acesso em 03.04.2014

DIAS, Laura Camboim Dentzien. **Considerações acerca do transtorno de conduta.**

Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49109/000828783.pdf?sequence=1>>
acesso em 03.04.2014

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4ª edição. Porto Alegre. ARTMED, 2002.

FARIAS, Cassilene de Souza; SILVA, Célia Mattos da; DORES, Marly das; GUIMARÃES, Rosa Justino da Silva; SANTOS, Vanessa Silva. **Transtorno de conduta na infância.**

Disponível em <http://reuni.unijales.edu.br/unijales/arquivos/28022012095411_242.pdf>
acesso em 03.04.2014.

MARINHO, Maria Luiza; CABALLO, Vicente E. **Comportamento anti-social infantil e seu impacto para a competência social.** Disponível em

<<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a03.pdf>> acesso em 28.04.2014.

NUNES, Maura Marques de Souza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares.**

Disponível em <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v7n2/

cnsv7n2_3g.pdf> Acesso em 25.05.2014.

PAPALIA, D.; OLDS, S.; FEDMAN, R. D. **Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Infância**. 8ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2006.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Perigosas: o psicopata mora ao lado**. 1ª ed. Fontanar, 2008.

AUTO AVALIAÇÃO

a) Como foi a participação, envolvimento e comprometimento de cada componente do grupo na elaboração do artigo?

Todos os integrantes do grupo participaram e auxiliaram ativamente nas discussões, na procura de referenciais teóricos, no processo de entrevistas com as psicólogas e no desenvolvimento do artigo.

b) Principais aprendizagens que o grupo teve com o desenvolvimento do artigo:

O grupo pôde compreender melhor o transtorno, de forma a diferenciar os comportamentos considerados “rebeldes” comuns a determinadas fases do desenvolvimento infantil e da adolescência do transtorno de conduta propriamente dito. Além disso, o grupo pôde ter um contato com profissionais da área clínica e escolar que lidam com isso, de forma a entender melhor os procedimentos a serem tomados em casos de transtorno de conduta e a importância de integrar família e escola no tratamento desse tipo de paciente.

c) Dificuldades e dúvidas enfrentadas no processo de construção do artigo:

A maior dificuldade do grupo foi encontrar material teórico a respeito da integração família e escola no auxílio ao tratamento do transtorno de conduta.

d) Sugestões de como esse processo pode ser melhorado: -

e) Nota de 0 (zero) a 10 (cinco), sendo que esta auto avaliação tem peso 10 (dez) sobre 30 (setenta) da nota do artigo, conforme o primeiro critério de avaliação: 9,8