

---

## O COMPORTAMENTO HIPERATIVO, A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS PROBLEMAS DE REPRESENTAÇÃO

---

Rosa Maria Lopes Affonso<sup>1</sup>

### Resumo

O presente trabalho consiste na investigação do processo de representação estudada no Laboratório de Epistemologia e Reabilitação Psicossocial do Instituto de Psicologia da USP desde 1980 e no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, desde 2009. A pesquisa refere-se à compreensão das dificuldades de socialização enfrentadas por crianças e que os pais procuraram atendimento psicológico clínico. Para tal, foram analisados 207 protocolos de ludodiagnóstico e anamnese de crianças de 4 a 13 anos de uma clínica-escola da cidade São Paulo, que apresentavam ou não comportamento hiperativo e eram ou não vítimas de violência doméstica e social. Para a análise das representações das crianças foram utilizadas as noções de espaços, temporais e causais expressas no comportamento lúdico das mesmas. Verificou-se que a análise das representações das noções de espaço-tempo e causalidade expressas no ludodiagnóstico contribui na identificação e diagnóstico do comportamento hiperativo e que o mesmo é influenciado pelo fator educacional ou ambiental em que a criança está inserida. Além disso, os resultados demonstraram que a presença de violência doméstica ou urbana na família potencializa a presença do comportamento hiperativo.

**Palavras-Chave:** Psicologia da Criança. Psicologia Clínica. Violência Doméstica. Comportamento Infantil. Linguagem Infantil.

---

<sup>1</sup> Universidade Nove de Julho. E-mail: rosapsiaffonso@yahoo.com.br

## **HYPERACTIVE BEHAVIOR, DOMESTIC VIOLENCE AND REPRESENTATION PROBLEMS**

---

### **Abstract**

This present work consists in the research of the representation process studied in the Epistemology and Psychosocial Rehabilitation laboratory of the Psychology Institute of the University of São Paulo since 1980 and in the Laboratory of Clinical Social Psychology and Mental health of the Institute of psychology of USP, since 2009. The research refers to the understanding of the difficulties of socialization faced by children whose parents look for psychological counseling. We analyzed 207 ludodiagnosics protocols and anamnesis of children from 4 to 13 years old of a clinic-School in São Paulo city, presenting or not hyperactive behavior and were victims or not of domestic violence. For the analysis of the representations of the children, were used the notions of space, temporal and causal, expressed by their playful behavior. It was found that the analysis of the representations of the notions of space-time and causality expressed in the ludodiagnostic helps in the identification and diagnosis of hyperactive behavior and that it is influenced by educational or environmental factors where the child is introduced. In addition, the results showed that the presence of domestic or urban violence in the family enhances the presence of hyperactive behavior.

**Key-words:** Psychology, Child. Clinical Psychology. Domestic Violence. Child Behavior. Child Language.

### **Introdução**

A Avaliação das Representações das Vivências do Ser Humano envolve um trabalho grandioso com os fundamentos de várias áreas do conhecimento científico: Ciências Humanas, Sociais, Biológicas, entre outras. O presente trabalho se refere ao estudo das estruturas mentais no desenvolvimento humano, subjacentes ao pensamento, linguagem e interação social no contexto

clínico e educacional de famílias em situações de risco, tendo como fundamentação teórica a Teoria do Conhecimento envolvendo a investigação do funcionamento mental na sua gênese, tanto na educação primária como no processo de socialização, nas diferentes etapas do processo de escolarização até a adolescência e a fase adulta.

Partimos do pressuposto que a análise das representações das noções de espaço, tempo e causalidade contribuem para o diagnóstico do comportamento infantil e o profissional deve considerar essa análise diante das queixas apresentadas pelos pais nos atendimentos clínicos.

Trata-se de um interesse sobre o estudo do desenvolvimento das primeiras etapas do desenvolvimento humano envolvendo a construção da inteligência prática e representativa do ser humano, na medida em que encontramos crianças, adultos e adolescentes com muitas dificuldades na representação de suas vivências, cuja causa refere-se ainda aos primórdios da representação prática, correspondente a dificuldades da construção da inteligência sensório-motora.

Piaget (1936,1946) dedicou várias obras sobre a inteligência sensório-motora, no que diz respeito ao desenvolvimento do pensamento lógico-matemático e científico, embora tenha sempre analisado os conteúdos subjacentes à necessidade lógica de pensar. Nossa ênfase tem sido a hipótese de Ramozzi (1984; 1988), estudada por vários especialistas no Laboratório de Epistemologia e Intervenção Psicossocial em que considera que, subjacente a construção do conhecimento científico, as noções espaço- temporais e causais são fundamentais para a compreensão da experiência vivida pelos sujeitos, em qualquer circunstância, educacional, clínica ou social. No atendimento psicológico clínico acreditamos que a preocupação com o desenvolvimento dessas noções colabora

na identificação do processo da experiência vivida pelo sujeito, independentemente dos problemas ou sintomas apresentados, possibilitando a avaliação de como a criança vai interagindo com a realidade, constituindo-se enquanto diferenciada da mesma, ou seja, podemos avaliar e acompanhar na psicoterapia ou na intervenção clínica em geral a estruturação de seu *eu não-eu* e como se constitui um sujeito social, tal como descreve Piaget (1950) em sua obra *A Construção do Real Pela Criança*.

Nossa hipótese é que, as crianças que não construíram as noções de espaço, tempo e causalidade representam o mundo de forma desorganizada, portanto, diante de vários tipos de problemas infantis que nos deparamos nas clínicas psicológicas, psicopedagógicas e neuropsicológicas, precisamos investigar o funcionamento dessas estruturas mentais para não confundir com outros problemas. Uma criança pode apresentar um comportamento hiperativo, mas na verdade, pode não ter conquistado a possibilidade de representação de suas vivências, por exemplo, pode apresentar um comportamento agitado em função de que ainda não tem a capacidade simbólica para se expressar, sua ação é prática; uma criança pode ser diagnosticada com comportamentos psicóticos, mas na verdade, ainda se encontra numa etapa de indiferenciação *eu-não eu* típicas de crianças que não conquistaram a representação das noções espaço-temporais e causais; crianças depressivas, caladas, mas na verdade não foram estimuladas na sua capacidade representativa (AFFONSO, 2011; 2012).

Em relação ao diagnóstico dessas noções é importante o seu caráter compreensivo, na medida em que não basta o profissional analisar o histórico do desenvolvimento da criança e o seu sintoma, mas também investigar as condições externas, sejam educacionais, culturais ou sociais, que possibilitaram o

seu aparecimento, ou seja, conhecer o histórico e como o ambiente dos indivíduos são cruciais para essas investigações (TRINCA, 1997).

No que tange ao estudo do meio ambiente ou contexto educacional da criança temos nos deparado com a presença cada vez mais frequente da violência doméstica e o envolvimento cada vez mais frequente de famílias vítimas de latrocínio e homicídio e o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social tem pesquisado tais influências há décadas (TARDIVO, 2008; 2010a; 2010b; 2011; 2012). Portanto, se de um lado detectamos falhas no desenvolvimento cognitivo e afetivo, por outro, encontramos um meio externo cada vez menos favorável a uma boa socialização ou que colabore na construção dessas noções cognitivas (GOMES; PEREIRA, 2005).

Num processo diagnóstico infantil, temos observado que na investigação dos sintomas psicopatológicos é necessário um estudo do meio ambiente, portanto, acreditamos que o clínico deve investigar o sintoma a partir do meio familiar violento em que o cliente está ou não inserido. Esta investigação, comumente, é possibilitada pelas entrevistas de anamnese com os pais. (AFFONSO, 2015).

A violência doméstica contra crianças e adolescentes tem sido um tema muito discutido na atualidade. Segundo os autores Ferrari e Vecina (2002), três entre dez crianças de zero e doze anos sofrem, diariamente, algum tipo de maus-tratos dentro da própria casa, praticados por pais, padrastos ou parentes. A violência pode ser explícita ou velada, verificada nos casos em que os próprios pais ou responsáveis entendem como uma prática educativa ou nos casos envolvendo o segredo familiar.

Comumente, a violência doméstica é um ato praticado dentro de casa onde o adulto exerce o seu papel de poder sobre a criança ou adolescente tolhendo a sua capacidade de reação ou defesa. Azevedo e Guerra mencionam que tais atos, ora são utilizados sob a égide de um poder e de dever de proteção do adulto, ora segundo uma visão de coisificação da infância.

Azevedo e Guerra (2001) trouxeram definições dos vários tipos de modalidades agressivas praticadas pelos adultos tais como: violência física; violência sexual; violência psicológica; negligência ou abandono e violência fatal.

### **Classificação da violência**

#### **Violência Física**

A violência doméstica física é a mais comum, que envolve agressões diretas contra pessoas da família, envolve o uso da força com o objetivo de ferir o agredido, deixando ou não marcas em evidências; são maus tratos corporais. O uso mais comum desse tipo de agressão são murros, tapas ou bofetadas, empurrões, objetos e queimadura propositais por objetos ou líquidos quentes.

As autoras Maldonado e Willians (2005) afirmam que muitos pais utilizam a punição física como forma de educar seus filhos, proporcionando assim uma forma errada de mostrar como se solucionam os problemas, podendo levar seus filhos a terem comportamentos agressivos futuramente, espelhado em seus atos.

#### **Violência Sexual**

Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos que tenham uma relação de consanguinidade, afinidade e/ou mera responsabilidade, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou

utilizá-la para obter estimulação sexual sobre a sua pessoa ou a de outra (AZEVEDO; GUERRA, 2001).

### **Violência Psicológica**

A violência doméstica psicológica envolve agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima; há também os atos silenciados, como a manipulação e a exploração. Ela é também designada como tortura psicológica, que ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, representando assim, formas de sofrimento psicológico. As autoras Azevedo e Guerra (2001) afirmam que esse tipo de violência envolve agressões decorrentes de palavras, gestos e olhares a vítima dirigida, sem contato físico necessário; a tortura psicológica também se encaixa aqui, nela os pais ou responsável menosprezam a criança, trazendo a ela bloqueio de seus esforços e de sua auto aceitação, lhe causando grande sofrimento psíquico. Segundo as autoras, abuso e maus tratos emocionais ou psicológicos, também são um tipo de violência psicológica; na qual a primeira se refere a quando os pais ou responsáveis danificam de forma emocional a autoestima e a autoafirmação de seus filhos, enquanto a segunda envolve condutas mais sutis (tipo perversa doçura), mas igualmente danosa à personalidade infantil.

Schelb (2005) considera abuso psicológico: rejeitar, isolar, aterrorizar ou ignorar uma criança ou adolescente considerando a questão de “apelidos” dados a crianças e adolescentes também de suma importância.

### **Negligência (e abandono)**

Configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de prover as necessidades físicas, de saúde, educacionais, higiênicas de seus filhos

e/ou de supervisionar suas atividades, de modo a prevenir riscos e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle (AZEVEDO; GUERRA, 2001).

Acrescentamos ao estudo do meio ambiente a Violência Urbana, resultado de famílias vítimas de homicídio e latrocínio, tão presente na realidade de centros urbanos como a cidade de São Paulo.

### **Violência Urbana**

Quando a criança vivencia na família perdas violentas caracterizando um quadro de luto violento, comumente associado a latrocínio ou homicídio. A criança é exposta a uma situação, que advém de uma violência urbana, e os adultos não conseguem ajudá-la evitando a expressão, impedindo que saiba os motivos da perda. Esta atitude dos adultos ou está associada à um segredo de violência familiar envolvendo a própria morte do elemento da família ou porque a família entende que a criança não reúne condições de entendimento. Além disso, os adultos temem que a criança ou adolescente assumam atitudes de vingar a morte do envolvido. Há também os casos em que a criança presenciou a morte de alguém próximo, ou seja, trata-se de um conceito de vítima indireta (AFFONSO; PEREIRA, 2000).

As classificações de violência, comumente têm um caráter didático, mas ao mesmo tempo servem para caracterizar os casos que são notificados ou que envolvem os processos jurídicos nas varas de família e varas da infância e juventude. Na clínica psicológica tais definições e classificações colaboram na identificação e no diagnóstico das representações infantis, expressas seja nos testes, desenhos, material lúdico ou mesmo nas verbalizações dos atendimentos dos pais nas entrevistas de anamnese, muito embora, sabe-se que é difícil iden-

tificar certos tipos de violência, mesmo num consultório clínico, com a possibilidade de maior tempo de investigação.

No Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social - APOIAR a violência intrafamiliar é considerada como um padrão de relacionamento abusivo, principalmente, dos responsáveis, pai, mãe e filho, que leva ao descontrolo, à estereotipia ou à desestruturação no desempenho dos papéis familiares que, por sua vez devem receber tratamento psicoterapêutico. Essas ações agressivas produzem desconfortos, sofrimentos e sintomas que devem ser tratados uma vez que envolve, no mínimo, a perda da autonomia, por parte da vítima e o exercício de descontrolo e de perversidade, por parte do agressor.

Crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos vivem um drama que afeta seu desenvolvimento tanto físico quanto emocional, o que pode gerar indivíduos com graves dificuldades de vinculação, como por exemplo, com a aprendizagem em geral. Há inúmeros pesquisadores que apontam para as consequências da vitimização doméstica associando os vários sintomas apresentados dos clientes com seus efeitos físicos, comportamentais, emocionais, sexuais, educacionais e sociais (MALDONADO; WILLIANS, 2005; SILVA, 2007).

Os estudos apontam para a importância da ampliação desse olhar aos sintomas das crianças que procuram uma clínica psicológica ou mesmo para os comportamentos adversos das crianças nas escolas ou instituições em geral, não apenas com objetivos diagnósticos, mas, principalmente, visando a intervenção e prevenção sobre a saúde psíquica e sobre o desenvolvimento emocional e comportamental da infância e da adolescência. Vale ressaltar que o fenômeno da agressividade social vem aumentando e as pesquisas de Buckley e Whelan (2008) apontam para a influência do ciclo transgeracional da violência doméstica instaurada no ambiente familiar e social.

Na presente pesquisa a prioridade é a investigação do ambiente familiar, na medida em que são os pais que procuram ajuda nas clínicas psicológicas, mesmo que sejam movidos por solicitações indiretas. Entendemos que a função da família é contribuir para a formação da personalidade de seus filhos, da socialização primária, portanto, ou seja, é uma das responsáveis para a transmissão dos valores, costumes, ideais, hábitos e padrões de comportamento, no entanto, o que temos assistido nos atendimentos psicológicos, cada vez mais a ascensão ou a revelação do uso das mais várias formas de violência: surras, menosprezos, abusos sexuais, negligências, entre outros. Acreditamos que esta família também se encontra desassistida, daí a necessidade também de estudá-la, pois entendemos que quer queira, quer não, ela é a matriz do desenvolvimento humano, bem como fornece o acesso ao primeiro passo para a vida social.

Os autores Grossi e Bordin (1993) afirmam que, mesmo em detrimento da resiliência, o ser humano não nasce agressivo e sim a sociedade é que os torna agressivos. Sujeitos que não conseguem se distanciar de situações que causam sofrimento, muitas vezes encontram a “saída” tornando-se violentos. Em cada ato agressivo do ser humano pode-se constatar alguma ferida na sua autoestima, portanto, devemos estar atentos aos cuidados clínicos tanto das crianças quanto dos pais ou familiares que, mesmo em nome do exercício educativo, utilizam práticas agressivas.

Estudamos as interfaces entre as condições do meio de um ambiente violento e o desenvolvimento ou o estado do funcionamento das estruturas mentais da criança procurando estabelecer relações com o comportamento hiperativo (AFFONSO; MOTA; PEREIRA, 2000; ASSIS et al., 2004; MALDONADO; WILLIANS, 2005), portanto nossa preocupação em estudar o comporta-

mento hiperativo é ao mesmo tempo considerar o meio violento em que ele se manifesta.

Como uma das possíveis consequências da violência doméstica sofrida pela criança está o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que é um conceito neuropsiquiátrico, caracterizado por comportamentos específicos, comumente associados a uma classificação, atualmente do DSM-V, cujos sintomas são: desatenção, hiperatividade e impulsividade; comete erros por descuidos; tem dificuldade para concentrar-se em tarefas; não presta atenção ao que lhe é dito; não consegue terminar as tarefas escolares, tem dificuldade de seguir regras; tem dificuldade em organizar atividades; evita tarefas que exigem um esforço mental prolongado; perde coisas; distrai-se facilmente; é esquecido e agitado. Algumas vezes, tais comportamentos também vêm associados a distúrbios de comportamento, tais como agressividade e de difícil socialização. Este transtorno até a década de 40, inclusive, recebia outro nome, o de Lesão Cerebral Mínima, alterada para Disfunção Cerebral Mínima nos anos de 1960, em vista de em alguns casos haver ausência de lesão, propriamente (LEGNANI; ALMEIDA, 2008). Além disso, o estudo desses sintomas é necessário para esclarecer a preocupação dos educadores e especialistas em geral, quanto ao uso da medicalização, considerada às vezes excessiva, nestes casos (CALIMAN, 2009).

Segundo Bertrand et al (2009) ainda não existem conceitos definitivos sobre o comportamento hiperativo, embora haja reconhecimento dos comportamentos específicos do transtorno. Estes especialistas apontam para trabalhos, através das imagens tecnológicas do cérebro, que mostram que a disfunção bioquímica não pode ser relevada, pois sugerem a existência de hipofuncionalidade nos lobos frontais derivada da atividade dos neurotransmissores, dopamina e noradrenalina (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005), por isso ser reco-

nhecida como condição neurobiológica (CAPOVILLA; ASSEF; COZZA, 2007). Outros associam com os transtornos psiquiátricos, pois seus portadores, muitas vezes, desenvolvem também comorbidades como a drogadicção ou apresentam atitudes facilmente percebidas como pertencentes a outros transtornos, como a bipolaridade. Bertrand et al (2009) levantam questões sobre as causas indefinidas do TDAH: Neuroquímica? Neuroanatômica? Genética? Resposta aos tempos contemporâneos de excesso de estímulos, de padrões a serem desempenhados, de produção a serem alcançadas? Resposta a ambientes carentes quanto aos vínculos estabelecidos com a criança desde seu nascimento? Nossa preocupação está aliada aos pesquisadores que acreditam que o meio pode colaborar para o comportamento hiperativo, ou seja, devemos saber diferenciar dos possíveis componentes estruturais neurológicos, bioquímicos ou genéticos.

Bertrand et al (2009) acrescentam que os pais dessas crianças diagnosticadas com déficit de atenção e hiperatividade, ao notarem que seus filhos se comportam de maneira diferente das demais, muitas vezes atribuem essas atitudes à tenra idade. Quando, porém, iniciam a vida escolar, começa a sucessão de queixas por parte de todo o corpo institucional: diretoria, professores e colegas passam a apontar as dificuldades dos filhos em acompanhar a classe, seus arroubos muitas vezes agressivos aos colegas face à frustração, sua precipitação, impaciência e falta de vontade em ter ações planejadas. Começa, então, a busca por soluções, uma professora mais compreensiva aqui, um pediatra mais bem informado ali, e assim esses pais chegam à medicação, a psicólogos, a fonoaudiólogos, a psicopedagogos, a neurologistas e psiquiatras que, sem dúvida, empenhados estão em facilitar-lhes a vida, em fornecer a essa família a possibilidade do desenvolvimento do filho.

Partimos do pressuposto que um comportamento hiperativo pode expressar um possível problema na representação, seja por falta de estimulação do meio ou ainda por um excesso de estimulação imagética (AFFONSO, 2006) que, por sua vez pode comprometer as ações práticas da criança, proporcionando como resultado a agitação, desatenção ou dificuldades na realização das atividades escolares.

Por representação consideramos a capacidade da criança de saber que os objetos continuam a existir, mesmo que eles não possam ser mais vistos ou ouvidos. É a conquista das imagens mentais pelo ser humano onde as ações representativas se desenvolvem, é a capacidade do exercício da brincadeira simbólica adquirindo predominância em detrimento da 'brincadeira' prática, que observamos nas manifestações do período sensório-motor. Há representação quando a criança imita um modelo ausente, ou seja, trata-se de uma teoria desenvolvida por Piaget na *Formação do Símbolo na Criança*. (1946)

Em 2011 (AFFONSO; WANDERLEY, 2011) realizamos um estudo através dos prontuários de crianças de 4 a 12 anos atendidas em psicodiagnóstico com queixas de retraimento social ou sintomas depressivos considerados a partir do DMS-IV (2004). Todos os prontuários foram analisados segundo as noções de espaço, tempo e causalidade. Dos 102 prontuários dessas crianças atendidas, selecionamos os casos com sintomas depressivos (ou transtornos afetivos) num total de 14% apresentando um comportamento de retraimento social. Analisamos novamente, então, esses casos segundo as noções de espaço, tempo e causalidade. Em 6% encontramos a dificuldade na representação das noções, ou seja, crianças que seriam diagnosticadas com sintomas depressivos, mas que na verdade apresentavam um comprometimento na área da representação dessas noções. As crianças e adolescentes apresentavam um discurso ver-

bal ou expressivo pobre que entendemos como falha na estimulação das representações de suas ações ou vivências práticas. No presente estudo queremos chamar a atenção para o mesmo problema, mas em relação ao comportamento hiperativo, pois acreditamos que muitas crianças são diagnosticadas e medicadas com comprometimento hiperativo estrutural, mas na verdade, podem apresentar este comportamento por problemas funcionais relacionados à capacidade representativa, ou seja, uma possível causa sócio-educacional.

No trabalho de pós-doutoramento de Affonso (2006), *Alguns Indicadores para o Diagnóstico e Reabilitação Psicossocial de Crianças com Problemas na Representação da Construção do Real* verificamos, como a avaliação das estruturas mentais, subjacentes à vivência do ser humano, podem estar relacionadas com comportamentos adversos, detectadas comumente pela escola e que chegam às clínicas como distúrbios de linguagem, de comportamento ou de aprendizagem em geral, mas que, na verdade, estas queixas podem estar relacionadas a essas falhas na estrutura mental das representações das noções de espaço, tempo e causalidade.

Nossa preocupação em propor tal investigação está no diagnóstico preventivo desses casos, pois nossa hipótese é a de que na maioria dos casos com queixas de comportamento hiperativo, há um componente educacional e não estrutural, daí denominarmos de problemas comportamentais ou de socialização. A pesquisa visa, assim, colaborar no diagnóstico diferencial desses casos (BERENSTEIN, 2002; LOPES, 2008).

O estudo do papel do elemento racional no processo terapêutico tem contribuído com a investigação do diagnóstico do funcionamento mental (neurológico), a capacidade operatória, as performances ou psicopatologias dos sujeitos e em como o meio pode colaborar para o seu aparecimento ou terapêutica

(DOLLE, J. M.; BELLANO, 1989; TELES, 1997; SEIBERT, 2003; SILVA, 2005; SCHIMID-KITSIKIS et al., 1987; SOUSSUMI, 1995).

A dificuldade de representação das vivências espaço-temporais e causais é uma das condições para a análise e encaminhamento psicoterapêutico das crianças. Essa capacidade de representação corresponde à estrutura do funcionamento mental que por sua vez é avaliada em diferentes modalidades pelo clínico, seja através de desenhos ou testes projetivos (TARDIVO, 2012), seja através da técnica lúdica (AFFONSO, 2011; 2012). No caso de educadores em escolas, a observação lúdica das crianças em situações de brincadeira simbólica também pode ser utilizada (AFFONSO, 1994). Estes estudos sobre a representação e estudados no contexto da violência doméstica têm colaborado para o diagnóstico e intervenção clínica nos casos notificados (TARDIVO, 2008; 2010a; 2010b; 2011; 2012b; AFFONSO, 2011), no entanto, o presente estudo visa contribuir nas investigações com pais sem estas notificações jurídicas, e, ao mesmo tempo, estudar a influência desses atos violentos praticados pela família no funcionamento mental das crianças educadas com tais ações, relacionando ou não ao comportamento hiperativo.

### **Objetivos**

a) verificar se o comportamento hiperativo está ou não associado a falhas na representação das noções espaço-temporais e causais expressas através do ludodiagnóstico.

b) investigar a influência da violência doméstica relatada pelos pais no diagnóstico do comportamento hiperativo.

## **Método**

**Participantes:** As entrevistas de anamnese foram aplicadas em 207 pais de crianças, de 4 a 13 anos, que procuraram um serviço de atendimento clínico psicológico no serviço-escola para seus filhos, encaminhados de escolas ou de centros de saúde. Os pais tinham, em média, entre 23 a 45 anos. As variáveis sexo e escolaridade não foram analisadas neste momento da pesquisa.

## **Materiais**

A-Para a realização do Ludodiagnóstico com a criança: Vários blocos de madeira de vários tamanhos; bonecos compondo uma família; brinquedos compondo uma sala, quarto, cozinha, banheiro; brinquedos de utensílios domésticos; carrinhos; bichos de plástico, sendo alguns domésticos e outros selvagens; guaches; pincéis; massa de modelar; folhas de sulfite; lápis de cor; lápis preto n. 2; borracha; tesoura; cola; papéis espelho coloridos (AFFONSO, 2012).

B- Um roteiro de Anamnese para as entrevistas com os pais (vide ANEXO I).

## **Local do atendimento: Clínica Psicológica**

### **Procedimento**

Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa baseada nos registros de atendimentos clínicos de pais e de suas crianças que procuraram ajuda psicopedagógica e/ou psicológica.

Para a coleta de dados sobre o ambiente da criança os pais foram entrevistados em torno de 4 a 5 entrevistas e após isso foi aplicado o Ludodiagnóstico na criança em uma ou duas sessões.

1. Etapa: Os pais, após a autorização do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados mediante um roteiro de anamnese (vide ANEXO I) que investiga: a queixa da criança e o histórico de seu surgimento, além do que já foi feito pela criança, seja clinicamente ou educacionalmente. Após esta investigação perguntou-se sobre o ambiente familiar e o seu histórico. Foi neste item que os pais relataram sobre possíveis atos violentos e comportamentos hiperativos. Quando, por ventura, isso não era mencionado pelos pais, o clínico perguntava, diretamente, se havia ou já houve algum ato violento na educação da criança, por parte deles ou de alguém da família. Um outro momento de investigação na anamnese foi sobre o histórico familiar: se havia ou houve pessoas agressivas; doentes na família ou com comportamento desestruturado. Neste item o clínico pode investigar o histórico de repetições clínicas ou comportamentais na família, por exemplo, é comum que pais que sofreram algum tipo de violência quando crianças ou adolescentes reproduzem este modelo com os seus filhos atuais. Portanto, a investigação através da anamnese é fundamental para detectar, seja de modo manifesto, seja latente, a prática de tipos de violência doméstica, tipos de vínculo familiar, bem como a emergência dos sintomas da criança ou dos pais.

2. Etapa: Após as entrevistas com os pais foi realizado o ludodiagnóstico, individualmente, com a criança. Apresentou-se os materiais à criança, após informá-la ou conversar sobre os motivos que a trouxeram na clínica. A criança pode interagir livremente com o material, dialogar apenas com o clínico ou se recusar a interagir com o mesmo. Os casos analisados na presente pesquisa foram aqueles em que a criança interagiu com o terapeuta seja através de verbalização, seja através do brinquedo. Foram excluídos os casos de não interação lúdica. Esta técnica lúdica tem seus fundamentos na psicanálise onde, o terapeuta analisa vários aspectos conscientes ou inconscientes, bem como a ca-

pacidade simbólica da criança e a modalidade de jogo utilizada pela criança, por exemplo, se a criança expressa as suas dificuldades e como a expressa, ou seja, se utilizava vários brinquedos para se expressar ou ficava inibida ou restringia sua capacidade simbólica, se a criança interagia com o brinquedo de maneira organizada, compreensível ou interrompia sua expressão sem uma sequência, ou seja, uma análise em que se avaliou as angústias da criança (AFFONSO, 2012). Entretanto, acrescentou-se a essa análise as investigações das noções espaço temporais e causais proposto por Affonso (2011). A conduta do terapeuta na aplicação ludodiagnóstica não foi passiva. Diante da expressão da criança perguntou-se sobre o que ela estava fazendo com o material, se ela podia contar ou inventar uma história a respeito. Se por ventura a criança optava por desenhar, fazia-se as mesmas intervenções, solicitando que contasse algo sobre o desenho. É através dessas expressões da criança que o clínico tem condições de analisar as noções espaço-temporal e causal, além de analisar as angústias presentes ou não nas histórias relatadas pelas crianças. Toda a aplicação da técnica de ludodiagnóstica foi baseada nos trabalhos de Affonso (2011, 2012) em que, após a interação com a criança, são transcritas as expressões e diálogos com a mesma, tal como prevê a técnica psicanalítica e analisadas as expressões espaciais, temporais e causais.

Após estas etapas foram elaboradas as folhas de registros dos dados e das análises do ludodiagnóstico (ANEXO II).

### **Registros e Avaliação**

O pesquisador anotou o que corresponde às noções espaço-temporais e causais observadas no ludodiagnóstico (vide ANEXO II). O anexo I corresponde a um registro completo, individual de cada criança em relação ao seu histórico pessoal, ou seja, dados da anamnese.

Nesta folha de registro do Anexo II também foram mencionados os resultados dos testes psicológicos WISC (Escala Wechsler de Inteligência para Crianças III e IV) ou do RAVEN (Teste de Matrizes Progressivas de Raven) e de outras avaliações para estabelecimento de parâmetros da pesquisa, ou seja, comparar estes resultados com a análise das noções de espaço, tempo e causalidade, uma vez que o objetivo da pesquisa é análise do funcionamento mental, mas que não serão, no momento, objetos da presente pesquisa.

## **Resultados**

### **Análise da violência doméstica na anamnese**

Primeiramente, foram analisados os casos que apresentam violência doméstica baseado nas entrevistas de anamnese com os pais. De um total de 207 casos analisados, apenas 86 casos os pais não mencionam o uso de qualquer violência, o que para nós foi significativo, pois apenas 42% não mencionam práticas educativas de agressividade, tais como coerção, humilhação ou negligência, ou seja, é um aspecto que se deve estar atento na coleta de dados sobre o histórico da criança nos atendimentos clínicos (vide Tabela 01).

Foi mencionada a presença de violência doméstica pelos pais ou responsáveis um total de 121 casos e a violência doméstica psicológica parece ser a prática mais utilizada, ou seja, 36%, completando um total de 72 casos, seguidos da negligência 9% (18 casos), violência física 5% e sexual (1%). As pesquisas realizadas com casos notificados demonstram uma realidade diferente da apresentada, ou seja, os casos de violência física e sexual são aqueles que, estatisticamente, são em maior número e os casos de violência psicológica são aqueles menos encontrados nas denúncias policiais. Estes resultados demonstram que a realidade da notificação é diferente do contexto clínico, onde verificamos que tanto a violência física como a violência sexual podem ser comprovadas através

de exames médicos, muito diferente da violência psicológica em que as marcas são emocionais. Estes dados são compreensíveis e ao mesmo tempo perturbadores chamando atenção ao clínico para os casos de violência psicológica, provavelmente mais aceitáveis socialmente, pelos pais, daí a sua expressão.

Com relação à violência urbana (9%) podemos afirmar que são dados que apontam para a presença de um ambiente externo também violento, equiparando-se a violência doméstica de negligência (9%), portanto, devemos investigar também os efeitos do comportamento infantil diante dessa realidade cada vez mais frequente em uma sociedade violenta. Portanto, verificamos que no estudo do meio ambiente infantil violento este dado deve estar considerado, embora pareça um dado isolado.

Dos 121 casos com histórico de violência doméstica e urbana: 72 com violência psicológica, 11 com violência física; 18 com negligência; 2 com violência sexual e 18 com violência urbana. O comportamento hiperativo ou distúrbio de comportamento está presente em 78% dos casos com violência psicológica e em 99% dos casos com violência física, em 71% de negligência e em 94% de violência urbana e em 50% de violência sexual. Por outro lado, nos casos sem violência doméstica 50% também apresentaram comportamento hiperativo, portanto, tal diferenciação merece maior aprofundamento para o estabelecimento dessas relações. Vale mencionar que o comportamento hiperativo nos 78% dos casos com violência psicológica é um resultado considerável, ou seja, a agitação, dispersão em casos em que a criança tem que conviver com insultos, brigas dos pais, humilhações, parece ser algo que o clínico deve estar atento neste tipo de queixa. Verificamos que o comprometimento hiperativo parece estar relacionado às noções de espaço tempo e causalidade, tanto nos casos com ou sem violência doméstica.

Para o estabelecimento da relação entre hiperatividade, violência doméstica e comprometimento das representações de espaço, tempo e causalidade, primeiramente, foram calculados as porcentagens dos sujeitos com as representações preservadas ou não. De um total de 207 casos, 129 estão com as noções preservadas enquanto 78 casos estão com as representações comprometidas. Após isso, verificamos que do total de casos com problemas na representação (78) há uma porcentagem de casos com hiperatividade em correspondência com cada tipo de violência. Por exemplo, dos 30 casos sem as noções de espaço, tempo e causalidade, 23, ou seja, 78% estão relacionados ao fenômeno da violência e hiperatividade. Portanto, a última coluna da Tabela 01 foi calculada estabelecendo o total daqueles casos com comportamento hiperativo encontrado em cada grupo de sujeitos em cada tipo de violência e não do total de casos. Este cálculo foi realizado para verificar esta especificidade de cada grupo de crianças violentadas.

Evidentemente, os resultados apresentados se referem a uma primeira etapa da pesquisa, ou seja, referente à coleta de dados com análise de estatísticas básicas, mas que apontam resultados significativos às hipóteses estudadas.

#### **Análise das noções espaço temporais e causais no ludodiagnóstico**

Após a análise e classificação do fenômeno da violência doméstica e urbana foram realizadas as análises do ludodiagnóstico segundo a presença ou não das noções de espaço, tempo e causalidade baseado na obra de Piaget (1989) *La construction du réel chez l'enfant*.

Verificamos que 38% do total de casos apresentam comprometimento nas noções de espaço, tempo e causalidade, ou seja, 62% dos casos estão com as suas representações preservadas (vide Tabela 01). Crianças que não construíram essas noções representavam o mundo de forma desorganizada e geralmen-

te o seu comportamento pode estar associado a vários diagnósticos que variam no grau de sua socialização, ou seja, verificamos protocolos de crianças com uma representação empobrecida, a ação prática está preservada, organiza os espaços, mas não foram estimuladas na representação verbal das noções, daí o comprometimento. No ludodiagnóstico estas dificuldades das crianças foram verificadas, pois as mesmas não montavam cenas, as histórias eram desorganizadas e as queixas eram de que não escreviam, não liam, recusavam-se a desenhar ou não conseguiam contar uma história, mas haviam também os casos de crianças com difícil socialização, na maioria das vezes, diagnosticadas também como psicóticas ou deficientes, mas que tinham um comprometimento em todas as noções de espaço tempo e causalidade. Geralmente, essas crianças estavam “convidadas” a se retirarem das escolas, por não conseguirem aprender e apresentarem uma socialização difícil por não conseguirem interagir com os colegas, ou seja, apresentavam uma interação comprometida com agressões ou incompreensões.

Encontramos ainda, aquelas crianças estimuladas no âmbito da representação verbal, mas que ao serem solicitadas para representar a sua própria ação através de uma redação ou representação lúdica prática, não conseguiam. Na maioria das vezes, eram crianças fixadas nas representações por imagem, ou seja, não lhes foi permitida a vivência prática de suas ações, daí a dificuldade na aprendizagem quando solicitadas na representação gráfica das noções espaço-temporais e causais. Geralmente são esses casos que são confundidos com as queixas de hiperatividade funcional, pois são crianças que conversam normalmente, mas não param quietas, comumente, estavam em constante interação social, atrapalhavam a aula. Quando solicitadas a organizar a caixa lúdica na situação ludodiagnóstica, recusavam-se. Verificamos, que essas mesmas crianças, na anamnese, por algum motivo, são estimuladas nas suas estruturas lógi-

cas, e acabavam, também, sendo confundidas com crianças superdotadas, mencionados pelos pais ou educadores escolares.

É importante ressaltar que a avaliação da estrutura lógica operatória é um outro campo de estudo, embora esteja imbricado na sua construção com as noções espaço, tempo e causalidade. Aliás, este é um ponto em que muitas vezes em nossas reuniões científicas têm sido alvo de discussões e temos procurado esclarecer que nossa preocupação é outra, ou seja, com as estruturas cognitivas que possibilitam a organização da experiência vivida do ser humano e que muitas vezes são denominadas de estruturas infralógicas, espaço-temporais e causais.

Piaget em sua obra enfatizou a construção das estruturas lógicas, demonstrando que, subjacente a elas, estão presentes as noções de espaço, tempo e causalidade e foi esse trabalho que tornou a grande especificidade de alguns pesquisadores. O importante é saber se as operações lógicas das quais o sujeito se utiliza estão dentro de um contexto em que as noções espaço-temporais e causais estão atuantes, ou seja, estudamos a vivência do ser humano, a gênese da sua socialização e as condições para tal. Temos diagnosticado crianças que apresentam um resultado acima da média em testes de inteligência, mas que estão comprometidas em relação às noções de espaço, tempo e causalidade.

Quando comparamos os resultados da presença ou ausência das noções com o fenômeno da violência verificamos que no que tange à negligência 66% dos casos não apresentavam as noções de espaço, tempo e causalidade, o que indicou que mais da metade desses casos o comprometimento cognitivo está presente.

Podemos verificar que o comportamento hiperativo pode ter relação com as noções espaço temporais e causais e que num ambiente violento tais comprometimentos tem uma grande chance de ser encontrados, principalmente, num ambiente de negligência: 71% das crianças com histórico de negligência apresentam comprometimento na representação das noções e comportamento hiperativo (vide Tabela 01).

Temos verificado que as noções espaço-temporais e causais dizem respeito às estruturas infralógicas do funcionamento mental mas necessárias para a elaboração da experiência vivida, bem como o que permite ao homem elaborar e construir os conteúdos de sua história vivida. Ao elaborarmos intervenções clínicas fundamentados na representação dessas estruturas estaremos atuando naquilo que constitui a possibilidade da criança apropriar-se de sua existência, de sua história e do meio do qual faz parte.

Imediatamente, podemos ser questionados se é possível atuar na prevenção desses comprometimentos. Embora a intervenção psicoterapêutica não é o nosso interesse nesta pesquisa adiantamos que seguimos um esquema básico de trabalho onde a criança é colocada, primeiramente, em situações que possibilitem vivências práticas, para depois ser solicitada a verbalizar suas ações práticas e finalmente é solicitada a desenhar e narrar estórias. É um esquema de trabalho baseado na ideia de que, para a criança, seja qual for o seu problema, a representação passa primeiramente pelas ações práticas.

No caso específico das crianças comprometidas nas noções espaço-temporais e causais, o trabalho consistirá em colocar a criança a organizar espaços, por exemplo, ajudá-la ou mesmo solicitar que organize uma fazendinha; realizar situações que necessitem de um tempo para serem concluídas, por exemplo, esperar secar um papel que foi colado; solicitar ou colocar a criança

em situações que necessitem uma vivência de vínculos causais, por exemplo, misturar açúcar, papel e areia em copos diferentes.

Na verdade, a preocupação deve ser a de interagir com a criança visando ou mesmo reeducando o sujeito nas noções do ponto de vista prático para depois conversar verbalmente a respeito, ou seja, solicitar as representações da criança em relação ao que foi realizado do ponto de vista prático, ou seja, seguir o que propõe Piaget (1936, 1937 e 1946) no desenvolvimento infantil. No entanto, com essas crianças a interação do diálogo verbal é na maioria dos casos quase nula, dado um discurso pobre. Isso não significa que devemos nos colocar passivos diante da criança, e sim procurar interagir de acordo com a sua etapa sensório-motora para depois disso estimular a criança na representação das suas vivências práticas.

A passividade do educador ou do terapeuta (pai, professor) diante da criança é um aspecto perigoso e que compromete a intervenção ou a prevenção das noções espaço-temporais e causais e é, neste sentido, que o papel do psicoterapeuta ou educador deve estar, constantemente, sendo refletido e avaliado, ou seja, não dá para avaliar a vivência de uma criança sem considerar a avaliação da vivência do terapeuta ou do educador. Por outro lado, a grande dificuldade que temos encontrado é a compreensão e o reconhecimento do papel de estimulação dessas crianças, seja nas creches e na educação infantil enquanto elemento fundamental na intervenção e para a construção dessas estruturas mentais. Ou seja, recebemos na clínica um contingente de crianças com pouca estimulação, logo, além de considerar as problemáticas emocionais envolvidas nas demandas escolares e nos sintomas das crianças e adolescentes, o clínico deve considerar que na psicoterapia ou encaminhamento estas estruturas devem ser estimuladas. Não adianta, por exemplo, preocuparmos em con-

versar com o cliente que ele deve organizar suas redações escolares, se ele não foi estimulado na noção de espaço-temporal e causal.

### **Análise da hiperatividade, a violência doméstica e as noções espaço, temporais e causais no ludodiagnóstico**

Nossa preocupação tem sido a de verificar se certos distúrbios de comportamento hiperativo tem relação com o comprometimento das noções espaço-temporais e causais, ou seja, se essas dificuldades estão associados à falhas nas representações relacionadas à estas noções, através da análise do ludodiagnóstico ou observações lúdicas. Além disso, verificar se estes mesmos distúrbios estão associadas com histórico de violência doméstica, a partir da análise de notificações ou outros documentos ou relatos de educadores ou dos próprios pais nos atendimentos envolvidos para tratar dessas crianças.

Cada ludodiagnóstico ou observação lúdica foi analisada segundo as noções espaço, temporais causais relacionando com os vários tipos de queixas, apresentada pelos pais e/ou professores. Na pesquisa selecionamos os protocolos de ludodiagnósticos com queixas de hiperatividade, agressividade, não obediência às regras, agitação, do total de casos. É importante mencionar que na clínica e na escola é muito comum, cada caso apresentar vários tipos de queixas estando associado a outras, tais como: dificuldades de aprendizagem, de leitura ou de escrita. Apresentaremos abaixo, o tipo de discurso que estas crianças comprometidas na representação e com comprometimento hiperativo apresentaram no ludodiagnóstico. Apresentaremos, então, alguns discursos da criança que sofria violência doméstica ou urbana e apresentavam comportamento hiperativo e comprometimento nas noções espaço, temporais e causais para ilustrar como analisamos e classificamos os casos estudados desta pesquisa.

**O discurso da criança com comprometimento das noções espaço-temporal e causal, hiperatividade e violência doméstica**

Abreviatura: Terapeuta (T) Criança (C)

Menino - 9 ANOS (Queixa: agressividade, não para quieto, não aprende) se alfabetiza; agitado.

*Negligência Educacional*

Após uma montagem com blocos de madeira há um diálogo -

C - ... *É uma entrada no poste.*

T- Onde é a entrada?

C- *Aqui! (mostra o topo de sua montagem) Entra aqui. Tem gente na aqui e depois estão indo em casa e vão lá no topo (sic).*

T- Como assim? (Não responde).

C- *As pessoas estão no banco e depois aí o poste fez bum e aí vão embora (sic).*

Ele repete:

C- *Elas estão lá e vão embora para ir lá, aqui, lá.*

Menino- 6 ANOS - QUEIXA (do médico): NÃO se comunica; agressivo; comportamento hiperativo Violência Física.

A criança vai verbalizando e mexendo nos bonecos, pinta, rabisca e o diálogo é: (a criança estava mexendo em um boneco)

T- O que você está fazendo?

C- *Fazendo mão menino.*

T- Quem é esse menino?

C- *Migo caracol. É oficina. Vende carro. Diz isso mexendo no boneco e logo em seguida ao rabiscar numa folha de papel.*

T- Ah! Seu amigo foi na oficina?

C- *É oficina, foi no hospital vendê carro e depois vai lá na oficina, aqui, lá na tia Cibele.*

T- E agora o que está acontecendo?

C- *Pé papai. Aponta para o local que havia rabiscado e que havia dito que era oficina...* (A criança continua pintando na folha com o giz de cera).

T- O que você está desenhando?

C- *É o carro. A parede tá puxando o carro...*

Aqui temos dois discursos onde todas as noções de espaço, tempo e causalidade estão comprometidas, ou seja, pertencem à um grupo de crianças do Laboratório de Epistemologia e Reabilitação Psicossocial (LERP) do IPUSP em que as representações são incompreensíveis, uma comunicação caótica.

Há uma classificação do comprometimento das noções neste laboratório e que foram descritas no livro *Ludodiagnóstico: análise cognitiva das representações infantis* de Rosa Maria Lopes Affonso (2011) que em síntese é:

#### **Classificação do comprometimento das representações**

TIPO A. Crianças que não organizaram suas experiências no meio em que vivem, não tem as noções de espaço, tempo e causalidade e cuja representação do mundo é caótica. Apresentam retardo na linguagem, especialmente no discurso - Ex: crianças criadas em porões ou limitadas em suas ações e na interação com o meio.

A'; A''; A''' (dificuldade em uma, duas ou todas noções)

TIPO B. Crianças que não organizaram o real e que receberam, especialmente, muita estimulação na área do conhecimento figurativo. A realidade é aquilo que representa. Há confusão entre o real e a fantasia.

Ex: Crianças que assistem muita televisão.

TIPO C. Crianças que organizaram adequadamente o real, mas que ao adquirirem a capacidade de representação não foram solicitadas no sentido

de estruturar suas representações. Têm problemas de memória, não retêm informações. Discurso está preso ao imediato e presente. Ex: Crianças oriundas de favelas ou de ambientes menos favorecidos.

TIPO D. Crianças que não construíram as estruturas mentais em nível adequado à solicitação que a sociedade impõe às pessoas de sua idade cronológica.

Ex.: Crianças que estão atrasadas em relação ao seu grupo mas consideradas dentro do desenvolvimento esperado. Aquelas que se alfabetizam aos 7 anos em detrimento àquelas que se alfabetizam aos 5 anos mas todas as estruturas mentais estão preservadas.

No caso da criança com comportamento hiperativo temos encontrado diagnósticos que são confundidos com aquelas do tipo A, B e C. O diagnóstico diferencial mais difícil são os casos do Tipo B, pois em geral são crianças que no aspecto verbal apresentam as noções de espaço, tempo e causalidade, muitas vezes perfeitas no discurso verbal mas ao serem solicitadas a montar um circo, um posto de gasolina ou mesmo uma casinha não conseguem, ou seja, as noções práticas estão comprometidas. E o mais grave, comumente, são crianças que apresentam bons resultados globais nos testes psicológicos em que o verbal é o prioritário.

Os resultados demonstram até o momento que apenas 42% dos 207 casos estudados que não há presença de violência doméstica o que demonstra que a maioria das crianças convive num ambiente hostil e nada favorável ao desenvolvimento cognitivo, afetivo ou social (Vide Tabela 01), aspecto muito preocupante, considerando que os dados foram mencionados pelos pais num contexto clínico de entrevista de anamnese.

Tabela 01: *Porcentagem do Comprometimento das Noções Espaço temporais e Causais e o Comportamento Hiperativo em crianças de 4 a 13 anos com ou sem histórico de violência doméstica.*

Casos/ com e sem violência		Total	Representação com noções	Representação comprometida (sem noções)	Representação Comprometida (sem noções) e Comportamento Hiperativo
Casos Sem Violência	42%	86	70% (60 casos)	30% (26 casos)	50% (13 casos)
Casos com Viol. Psicológica	35%	72	58% (42 casos)	<b>42% (30 casos)</b>	<b>78% (23 casos)</b>
Casos com Viol. Física	5%	11	72% (8 casos)	18% (3 casos)	99% (2 casos)
Casos com Viol. Urbana	8%	18	72% (13 casos)	26% (5 casos)	94% (4 casos)
Casos com Negligência	8%	18	33% (6 casos)	<b>66% (12 casos)</b>	<b>71% (9 casos)</b>
Casos com Viol. Sexual	1%	2	0% (0)	100% (2 casos)	50% (1 caso)
<b>Total Geral</b>		207	62% (129 casos)	40% (78 casos)	67% (52 casos)

Fonte: a própria pesquisa

Estas crianças com queixas de comportamento hiperativo apresentam vários diagnósticos que variam no grau de sua socialização, ou seja, há aquelas crianças com uma representação empobrecida, mas que na sua ação prática conseguimos identificar as noções espaço-temporais e causais preservadas, identificadas na Tabela 01 na coluna: Problemas na Representação das No-

ções (vide Tabela 01). Frequentemente, as queixas são, além do comportamento hiperativo, também de que *não escrevem, não leem ou recusam-se a desenhar ou não conseguem contar uma estória compreensível*.

Há também os casos de crianças com difícil socialização, na maioria das vezes, diagnosticadas também como hiperativas, mas que tem um comprometimento em todas as noções de espaço tempo e causalidade, identificadas na Tabela 01 como as crianças sem as noções (ver Tabela 01) e que apresentavam uma socialização difícil tanto na aprendizagem escolar como na interação com os colegas. No nosso entender, essas queixas de socialização difícil e dificuldade escolar são devido a estes comprometimentos destas noções em que os discursos são caóticos, tal como vimos nos exemplos. É interessante observar, que no caso das crianças com histórico de negligência, 66% dos casos (vide Tabela 01) apresentam tal comprometimento espaço-temporal e causal. Se considerarmos que estas estruturas dependem de uma estimulação para a sua construção, essas crianças estão num ambiente que não favorece o desenvolvimento cognitivo, logo o comportamento hiperativo também pode ser confundido com esta falha, pois destas mesmas crianças com este histórico 71% apresentam o comportamento hiperativo. Assim, entendemos a partir destes resultados que além da análise das estruturas infralógicas, espaço, tempo e causalidade, devemos também analisar o ambiente da criança, particularmente, no que se refere à violência doméstica e urbana.

### **Considerações Finais**

A relação da violência doméstica e suas influências no processo de aprendizagem e comportamental têm sido estudadas por vários autores e os

resultados da pesquisa apontam que essa relação deve estar associada à investigação das noções espaço-temporais e causais.

Além disso, o comportamento hiperativo pode ter relação com as noções espaço temporais e causais num ambiente violento e têm uma grande chance de ser encontrado, principalmente, num ambiente de negligência doméstica. Neste aspecto, a grande dificuldade que temos encontrado no atendimento infantil é também a compreensão e o reconhecimento do papel do educador e do clínico enquanto elementos fundamentais na intervenção e estimulação para a construção dessas estruturas mentais além de amenizar a tensão familiar.

O presente trabalho é um estudo sobre as estruturas mentais subjacentes ao que deve ser o nosso pressuposto básico na área da educação que é o estudo do desenvolvimento humano e que, por sua vez, também é muito complexo. Tal estudo deve considerar o Desenvolvimento Humano na sua gênese, daí sua aplicação e importância preventiva em creches e na educação infantil, mas que, no nosso entender, pode ser acompanhada ao longo de todo o desenvolvimento do sujeito, no seu processo de socialização, nas suas diferentes etapas do processo de escolarização até a adolescência, ou mesmo na sua vida adulta. A observação daquilo que é primário no desenvolvimento humano é relevante na medida em que podemos encontrar adultos com muitas dificuldades na representação de suas vivências, cuja causa acreditamos se referir ainda aos primórdios da representação prática, correspondente a inteligência sensório-motora, aprisionados em imagens ou nas suas ações práticas.

Acreditamos que muitos diagnósticos clínicos devem considerar estes aspectos aqui estudados, ou seja, comportamentos hiperativos podem ser confundidos com falhas nas noções espaço-temporais e causais.

Piaget dedicou várias obras sobre a inteligência sensório-motora e a nossa ênfase tem sido na aplicação do estudo do *desenvolvimento das noções de espaço, tempo e causalidade*, pois acreditamos que a preocupação com o desenvolvimento dessas noções colabora na identificação do processo da experiência vivida pelo sujeito possibilitando a avaliação de como a criança vai interagindo com a realidade, constituindo-se enquanto diferenciada dela mesma, direcionada à estruturação de seu *eu não-eu*, ou seja, trata-se de uma preocupação em relacionar as diferentes queixas comportamentais das crianças que aparecem nas clínicas psicoterapêuticas com a construção e constituição de um sujeito social.

### Referências

AFFONSO, R. M. L. Da importância de se considerar, no ludodiagnóstico, as representações da criança no que concerne a espaço, tempo e causalidade a aceção de Jean Piaget. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1994.

AFFONSO, R. M. L., MOTA E. M. T., PEREIRA A. C. A Construção de um Modelo Clínico de Atendimento Psicológico a famílias vítimas de violência da Cidade de São Paulo. *Psikhê R. Curs. Psicologia UniFMU*, v.5, n.2, 2000; p. 26 - 40, 2000.

AFFONSO, R. M. L. A Contribuição da análise das noções de espaço, tempo e causalidade nas técnicas projetivas diagnósticas: ludodiagnóstico e desenho da figura humana. *Psicologia: Teoria e Prática* - v. 13, n. 1, p. 101-116, 2001.

\_\_\_\_\_. Alguns indicadores para o diagnóstico e reabilitação psicossocial de crianças com problemas na representação da construção do real. Tese (Pós-Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Ludodiagnóstico: análise cognitiva das representações infantis. São Paulo: Vetor, 2011.

AFFONSO, R. M. L., Wanderley K. Análise das Estruturas Infralógicas no Diagnóstico Clínico dos Transtornos Afetivos. In: TARDIVO, L. S. P. C. et al. (org.). Caderno de Anais da IX Jornada APOIAR: Violência Doméstica e Trabalho em Rede Compartilhando Experiências, realizada em 18 de novembro de 2011 no Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, p. 442, 2011.

AFFONSO, R. M. L. (org.) Ludodiagnóstico: A investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre, Artmed, 2012.

AFFONSO, R.M.L. Ludodiagnóstico: Comportamento Hiperativo e Violência Doméstica. In: TARDIVO, L. S. P. C. et al. (org.). Caderno de Anais da X III Jornada APOIAR: Cuidados e Prevenção em Saúde Mental, realizada em 3 dezembro de 2015 no Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, p. 612-624, 2015.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. Ver Panam Salud Publica, v. 16, n. 1, p. 43-51, 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Violência Psicológica Doméstica: Vozes da Juventude. Laboratório de estudos da criança. 2001. Psa/Ipusp.

BERTRAND, D. E. et al. Projeto de Pesquisa de Grupo de Escuta Psicoterápica aos Pais de Portadores de TDAH. In: Anais VII Jornada Apoiar Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clínica. p. 579-589, 2009.

BERENSTEIN, I. Problemas familiares contemporâneos o situaciones familiares actuales. Revista Psicologia USP, v. 13, n. 2, p. 15-25, 2002.

BUCKLEY, H., WHELAN, S. The impacto f exposure to domestic violence on children and young peoples: a review of literature. Child Abuse Negl., v. 32, n. 8, p. 797-810, aug., 2008.

CALIMAN, G. A Pedagogia Social na Itália. In: SILVA, R. N., NETO, J. C. S., MOURA, R. A. Pedagogia Social. São Paulo: Expressão e Arte Ed., 2009.

CAPOVILLA, A. G. S., ASSEF, E. C. S., COZZA, H. F. Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas e Relação com Desatenção e Hiperatividade. Avaliação Psicológica, v. 6, n. 1, p.51-60, 2007.

DOLLE, J. M.; BELLANO, D. Ces enfants qui n'apprennent pas: diagnostic et remédiations. Paris: Centurion, 1989.

FERRARI D. C. A., VECINA, T. C. C. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

GOMES, M. A., PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência saúde coletiva*, v. 10, p. 357-363, 2005.

GROSSI, E. P., BORDIN, J. (Org.) *Construtivismo Pós Piagetiano. Um novo paradigma sobre educação*. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

LEGNANI, V. N., ALMEIDA, S. F. C. A Construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Brasília, v. 60, n. 1, 2008.

LOPES, R. M. F., NASCIMENTO, R. F. L., BANDEIRA, D. R. Avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade em Adultos (TDAH): uma revisão da literatura. *Aval. Psicol.*, Porto Alegre, v. 4, n. 1, jun., 2005.

LOPES, J. R. Processos sociais de exclusão e políticas públicas de enfrentamento da pobreza. *Cad. CRH.*, v. 21, n. 53, p. 347-360, mar., 2008.

MALDONADO, D. P. A., WILLIAMS, L. C. A. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 353-362, 2005.

PIAGET, J. (1936) *La Naissance de l' Intelligence chez l'Enfant*. 4ed. Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1963.

\_\_\_\_\_, J. *A construção do real na criança*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1973. (Original publicado em 1937).

\_\_\_\_\_, J. (1937) *La construction du réel chez l'enfant*. 2 ed. Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1950.

\_\_\_\_\_, J. (1946) *La Formation du symbole chez l'Enfant*. 6 ed. Neuchâtel et Paris. Delachaux et Niestlé , 1976.

\_\_\_\_\_, J. *A Formação do Símbolo na Criança*. 3.ed. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro : Zahar, 1978. (Original publicado em 1946).

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. *Em busca do sentido da obra de Jean Piaget*. São Paulo, Ática, 1984.

\_\_\_\_\_. Z. Psicologia e epistemologia genética de Jean Piaget. São Paulo, EPU, 1988. (Temas Básicos de Psicologia, 19).

SCHELB, G. Z. Violência e criminalidade infanto-juvenil. 2 ed. Brasília: 2005.

SCHIMID-KITSIKIS, E. et al. Explorer symboliser conceptualiser: les condition méthodologiques d'une étude de l'élaboration et du fonctionnement psychologique de l'activité mentale. Cahiers de la foundation Archives Jean Piaget, n. 8, p. 189-219, 1987.

SEIBERT, V. S. O Resgate das Funções Mentais Representadas pelos Agrupamentos Prático e Operatório do Modelo Hipotético-Dedutivo de Piaget nas Organizações Afetivas em Freud. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, D. P. A. O Sentido da Experiência Vivida: uma configuração da estrutura cognitiva. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

SILVA, L. L. et al. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v. 11, n. 21, p.93-103, jan/abr., 2007.

SOUSSUMI Y. A psicanálise de hoje é freudiana? A psicanálise e algumas ideias neurobiológicas e imunoendocrinológicas. In: Junqueira Filho et al. Corpo-Mente: uma fronteira móvel. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1995.

TARDIVO, L. S. P. C. (org.). Caderno de anais da VI jornada APOIAR: Saúde mental e violência: contribuições no campo da psicologia clínica social. São Paulo: IPUSP, 2008.

\_\_\_\_\_. (org.). Caderno de Anais da VIII Jornada Apoiar Promoção De Vida E Vulnerabilidade Social Na América Latina: Reflexões E Propostas. São Paulo: IPUSP, 2010a.

\_\_\_\_\_. IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo, Vetor, 2010b.

\_\_\_\_\_. et al. (org.) Caderno de Anais da IX Jornada APOIAR: Violência Doméstica e Trabalho em Rede Compartilhando Experiências. São Paulo: IPUSP, 2011.

\_\_\_\_\_. O brinquedo e o desenho: expressão e comunicação de com crianças-possibilidades diagnósticas e interventivas. In: AFFONSO RML. (org.) Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo, Porto Alegre: Artmed, 2012.

\_\_\_\_\_. (Org.) Caderno de anais da X jornada APOIAR. Saúde mental e violência: 20 anos o Percurso e o Futuro. São Paulo: IPUSP, 2012b.

TELLES, V. S. A Leitura Cognitiva da Psicanálise: problemas e transformações de conceitos. Psicologia USP, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 157-182, 1997.

TRINCA, W. et al. Formas de investigação clínica em psicologia: Procedimento de Desenhos- Estórias. São Paulo, Vetor, 1997.

Recebido em: 06/06/2018  
Aprovado em: 19/08/2018

## ANEXO I

## ROTERIO DE ANAMNESE

## IDENTIFICAÇÃO

Nome

Idade                      Data de nasc.:                      sexo:

cor                      nacionalidade                      naturalidade

Escolaridade

Nome da escola                      Telefone

Endereço

Nome do Pai:

Profissão                      nível de instrução                      horário com a criança:

idade                      nacionalidade

Nome da Mãe:

Profissão                      nível de instrução                      horário com a criança:

idade                      nacionalidade

Irmãos

idade

Escolaridade

Endereço:                      Telefone:

Data: início:                      término:                      motivo:

Encaminhado por:

## QUEIXA OU MOTIVO DA CONSULTA

Queixa principal Há quanto tempo? Atitude tomada ?

Outras queixas

Há quanto tempo? Atitude tomada?

## AMBIENTE DA CRIANÇA

Com quem mora? Como é o local da moradia? Como é o relacionamento com cada membro da família? Quem é o responsável pela educação da criança? Como é o relacionamento com amigos?

Com parentes? Há situações de conflitos no relacionamento familiar? Como são solucionados?

Há situações de violência ou agressões? Como são solucionados?

## ANTECEDENTES PESSOAIS

Concepção e gestação

Posição na ordem das gestações A criança foi desejada? Qual a reação dos pais com a notícia da gestação? Abortos: naturais (qual o motivo?) e provocados (qual o motivo?) A criança tomou conhecimento? Natimortos? Filhos mortos? Causa mortis? Idade? Enjôos? Vômitos? Como foi a gestação? Fez algum tratamento medicamentoso? Tirou radiografias? Quais as sensações psicológicas durante a gestação? Fez pré-natal? Sofreu algum traumatismo? A criança nasceu quanto tempo após o casamento?

Nascimento

Descrição do parto e duração:

Nasceu com quantos meses de gestação? Qual a reação dos pais? Primeiras reações da criança: (choro, oxigenação, necessidade de isolete) Após quanto tempo ficou com a mãe? Teve icterícia ou outra doença? Pegou o bico do seio? Foi amamentado? Durante quanto tempo? Alguma doença nos primeiros meses? Como foi o sono nos primeiros meses? Introdução de alimentos sólidos e reações:

Mamadeira? Até quando? Como reagiu ao desmame e em qual idade foi realizado? Como é atualmente sua alimentação? É forçado a comer ou há a necessidade de algum recurso?

Desenvolvimento psicomotor

Sorriso: (idade) Dentição: (início da 1ª e 2ª dentição) Sentou com: Engatinhou? Quando? Ficou de pé com: Andou com: Primeiras palavras com? Frases? Algum problema na fala? Gaguejou? Controle dos esfíncteres: anal diurno, vesical diurno, vesical noturno. Em que idade? Como foi o controle dos esfíncteres? Destro ou sinistro?

Condutas

Usou ou ainda usa chupeta? Chupa ou chupou o dedo? Rói ou roeu unhas? Puxa os cabelos? Morde os lábios? Atitude tomada? Tiques e atitude tomada?

Sono (dorme bem? pula quando dorme? baba à noite? transpira? Fala dormindo? grita? Range os dentes? Dorme com os olhos abertos? Fala dormindo? Acorda? É sonâmbulo? Acorda na mesma posição em que adormeceu? Dorme sozinho? Dorme em quarto separado dos pais? Desde quando?

DOENÇAS

Quando bebê? Infância? Convulsões? Desmaios? Cirurgias? Hospitalização?  
Algum traumatismo?

#### SEXUALIDADE

Curiosidade sexual? Há alguma preocupação quanto à educação sexual? Como é a educação sexual?

Masturbação? Qual a atitude dos pais?

#### SOCIALIZAÇÃO

Qual sua brincadeira predileta? Com quem brinca?

Tem amigos? Que idade? Quem os escolhe? Como brincam? Como é o relacionamento com os amigos? É procurado pelos amigos? Como é o seu relacionamento com os amigos na escola?

Brinca com o pai? Brinca com a mãe? Do que? É ele ou os pais quem solicita?

Como é o relacionamento com o pai, mãe, irmãos? Vai bem na escola? Gosta de estudar? Gosta do ou dos professores? Os pais estudam com a criança?

Tira boas notas? Existe alguma punição quando não tira boas notas? Alguma dificuldade escolar? (em leitura? na escrita? aritmética? redação?, etc.) Qual a atitude tomada ou que foi tomada?

Já foi reprovado? Quando? Qual a atitude dos pais? Qual a reação da criança? Alguma observação ou queixa dos professores? Esteve em creches, maternais ou parques infantis? Qual a sua reação?

Como foi a pré-escola?

**ANEXO II- FOLHA DE REGISTRO DO LUDODIAGNÓSTICO**

Nº do Prontuário ou matrícula

Ano de atendimento:

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome: iniciais

Sexo:

Data de Nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Escola Pública/ Privada:

Nome da mãe: iniciais

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Nome do pai: iniciais

Idade:

Profissão:

Escolaridade: Nº de irmãos: -----

**SITUAÇÃO CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA**

QUEIXA:

TIPO DE VIOLÊNCIA:

COMPORTAMENTO HIPERATIVO ( ) SIM ( ) NÃO

TÉCNICAS UTILIZADAS: SÍNTESE DA ANAMNESE:

RESULTADO DA ANÁLISE DO LUDODIAGNÓSTICO:

( ) Com todas as noções sem problema na representação ( ) Com problema nas representações E T C

( ) Sem noção de espaço com problema na representação

( ) Sem noção de tempo com problema na representação

( ) Sem noção causal com problema na representação

**ANÁLISE DA ANAMNESE**

1) TIPO DE VIOLÊNCIA:

2) COMPORTAMENTO HIPERATIVO ( ) SIM ( ) NÃO