

RENAN ADAMI FERRAZ

**Controle Inibitório e transtornos psiquiátricos em crianças vivendo longe do pai ou em lares com violência doméstica: estudo transversal utilizando dados de corte**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Pediatria

Orientadora: Profa. Dra. Alexandra Valéria Maria Brentani

SÃO PAULO

2021

RENAN ADAMI FERRAZ

**Controle Inibitório e transtornos psiquiátricos em crianças vivendo longe do pai ou em lares com violência doméstica: estudo transversal utilizando dados de corte**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Pediatria

Orientadora: Profa. Dra. Alexandra Valéria Maria Brentani

SÃO PAULO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ferraz, Renan Adami

Controle inibitório e transtornos psiquiátricos em crianças vivendo longe do pai ou em lares com violência doméstica : estudo transversal utilizando dados de corte / Renan Adami Ferraz. -- São Paulo, 2021.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Pediatria.

Orientadora: Alexandra Valéria Maria Brentani.

Descritores: 1.Violência doméstica 2.Privação paterna 3.Prisões 4.Desenvolvimento infantil 5.Transtornos mentais 6.Psicopatologia 7.Função executiva 8.Transtornos do comportamento infantil 9.Experiências adversas da infância 10.Psiquiatria infantil

USP/FM/DBD-426/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

**Dedico esta dissertação à minha mãe, Selma, cuja parentalidade positiva, em conjunto com amor imensurável e incondicional, me proporcionou as condições necessárias para chegar a ela. Dedico-a também a todas as crianças que têm seu desenvolvimento tolhido por famílias que não conseguem as acolher adequadamente. Que este estudo seja um feixe de luz em direção a um futuro mais receptivo para todos.**

## **AGRADECIMENTOS**

Os achados deste estudo nos trazem à memória o princípio de que quaisquer que sejam nossas realizações, elas não são frutos unicamente do nosso próprio esforço ou infortúnio. As crianças e os adultos que somos, bem como o que fazemos e o que podemos fazer, dependem de todos aqueles que caminharam antes de nós e daqueles que trilham a vida conosco, ao nosso lado ou em sociedade. E as pessoas que nos ampararam no início de nossas vidas, dando-nos não apenas a chance de sobreviver, mas também os alicerces para que possamos viver e atingir ao máximo nossas capacidades, têm importância fundamental e inigualável.

Assim, agradeço inicialmente a Deus e à minha família, especialmente à Selma, minha mãe, Carlos, meu pai e Otávio, meu padrasto, bem como a minhas avós Adelaide e Aparecida, minhas tias Marli e Nilza e meu tio Sérgio, que foram minha base e estimularam e contribuíram diretamente para minha jornada educacional e acadêmica.

À Vivian Viana, Lucas Galvão e Ricardo Marton, pessoas amáveis que me acompanham e estimulam diariamente, tornam meus dias melhores e apoiam meus sonhos e projetos.

À Profa. Dra. Alexandra Valéria Maria Brentani, minha orientadora, por ter me emprestado parte do seu amplo conhecimento em pesquisa, desenvolvimento infantil e políticas públicas e pela orientação com perícia, paciência, cuidado e disponibilidade.

À Profa. Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi, que me acolheu, auxiliou e me deu acesso ao departamento e à pesquisa, bem como à Profa. Dra. Ana Paula Scoleze Ferrer, cujo auxílio foi importante desde o início.

Aos Profs. Drs. Erasmo Barbante Casella, Guilherme Vanoni Polanczyk e Maria José Carvalho Sant'Anna, titulares da minha banca de qualificação, cujos conselhos e pontuações foram de extremo valor e importância para o aprimoramento desta dissertação.

À Universidade de São Paulo (USP), à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e ao Instituto da Criança (ICr) do Hospital das Clínicas da FMUSP pelo constante zelo e manutenção da excelência científica e acadêmica.

Ao Prof. Dr. Marcelo Gil Cliquet, que me orientou em minhas primeiras pesquisas científicas, na graduação, e com competência e dedicação me estimulou a buscar novos projetos e conhecimentos.

Ao Estado e à sociedade brasileira, que, por meio do Programa Universidade para Todos, financiaram minha graduação. Que essa pesquisa seja uma pequena contribuição em agradecimento à essa ajuda.

A todos os professores que já tive e a todos que, apesar das adversidades atuais, lutam pela ciência e pela educação no Brasil.

Aos pacientes, mães e familiares, que gentilmente se dispuseram a participar desta pesquisa e a contribuir para nosso conhecimento. Que ela possa retribuir a vocês e às próximas gerações a colaboração oferecida.

Aos agentes comunitários de saúde e a todos que contribuíram para as entrevistas e para as diversas tarefas necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Sra. Mônica Souza, secretária do Departamento de Pediatria, que me auxiliou em diversos momentos e sanou diferentes dúvidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pesquisa.

E, por fim, agradeço a todas as demais pessoas e instituições que, apesar de não aqui mencionados, contribuíram para que esse trabalho fosse possível.

*“Na base da tendência antissocial existe uma experiência inicial boa que foi perdida. Com toda a certeza, um dos aspectos essenciais é o de que o bebê tenha alcançado a capacidade de perceber que a causa do desastre foi devida a uma falha do ambiente.”*

(D. W. Winnicott)

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de Apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Comunicação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com Lista of Journals Indexed in Index Medicus.

## SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>População do estudo .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Coleta de dados .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>Variáveis avaliadas.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Transtornos psiquiátricos .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Controle Inibitório .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Presença paterna e violência doméstica .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Variáveis de controle .....</b>	<b>17</b>
<b>3.4</b>	<b>Análise Estatística.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Composição da amostra.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Estatísticas descritivas .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3</b>	<b>Análises preliminares .....</b>	<b>29</b>
<b>4.4</b>	<b>Análises de associações entre ausência paterna e violência doméstica e chances de transtornos psiquiátricos .....</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Análises de associações entre ausência paterna e violência doméstica e controle inibitório .....</b>	<b>47</b>

<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>5.1</b>	<b>Características da amostra.....</b>	<b>50</b>
<b>5.2</b>	<b>Análise de associações entre as características da amostra e chances de transtornos psiquiátricos.....</b>	<b>54</b>
<b>5.3</b>	<b>Análise de associações entre ausência e encarceramento paterno e chances de transtornos psiquiátricos.....</b>	<b>55</b>
<b>5.4</b>	<b>Análise de associações entre violência doméstica e chances de transtornos psiquiátricos .....</b>	<b>56</b>
<b>5.5</b>	<b>Análise de associações entre as características da amostra e controle inibitório .....</b>	<b>58</b>
<b>5.6</b>	<b>Análise de associações entre ausência e encarceramento paterno e controle inibitório .....</b>	<b>59</b>
<b>5.7</b>	<b>Análise de associações entre violência doméstica e controle inibitório .....</b>	<b>59</b>
<b>5.8</b>	<b>Limitações do estudo.....</b>	<b>61</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>

## LISTA DE SIGLAS

AIC - Critério de informação de Akaike

BIC - Critério de informação bayesiano

CBQ – Children’s Behavior Questionnaire

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CTS2S - Revised Conflict Tactics Scales Short Form

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HU-USP – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

IC – Intervalo de confiança

IDH – Índice de desenvolvimento humano

LCA – Análise de classes latentes

OR – “Odds ratio”

ROC – Coorte de Nascimentos da Região Oeste

SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de composição da amostra.....	21
Gráfico 1 – Distribuição do escore total de dificuldades – SDQ.....	26
Gráfico 2 – Distribuição do escore de sintomas emocionais – SDQ.....	26
Gráfico 3 – Distribuição do escore de problemas de conduta – SDQ.....	27
Gráfico 4 – Distribuição do escore de hiperatividade/déficit de atenção – SDQ.....	27
Gráfico 5 – Distribuição do escore de problemas de relacionamento com colegas – SDQ.....	28
Gráfico 6 – Distribuição do escore de controle inibitório.....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características da amostra.....	23
Tabela 2 -	Frequência de Contato e histórico de encarceramento paterno.....	23
Tabela 3 -	Prevalência de violência doméstica categorizada por subtipos e direcionamento.....	25
Tabela 4 -	Distribuição de escores de SDQ e escore médio de Controle inibitório.....	25
Tabela 5 -	Análises preliminares entre as características da amostra e os escores do SDQ.....	30
Tabela 6 -	Análises preliminares entre as características da amostra e o escore de controle inibitório.....	31
Tabela 7 -	Análises preliminares entre contato e encarceramento paterno e escores de SDQ.....	32
Tabela 8 -	Análises preliminares entre contato e encarceramento paterno e escore de controle inibitório.....	32
Tabela 9 -	Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pela mãe e escores de SDQ.....	33
Tabela 10 -	Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pelos parceiros e escores de SDQ.....	34
Tabela 11 -	Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pelas mães e escore de controle inibitório.....	35
Tabela 12 -	Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pelos parceiros e escore de controle inibitório.....	35
Tabela 13 -	Medidas de ajuste do modelo de classes latentes, 2-3 classes.....	36
Tabela 14 -	Distribuição da violência doméstica sofrida pelas mães por grupos de classes latentes – 3 níveis de violência.....	38

Tabela 15 -	Distribuição da violência doméstica sofrida pelos parceiros por grupos de classes latentes – 3 níveis de violência.....	39
Tabela 16 -	Análises preliminares entre o modelo de violência doméstica com três classes latentes e os escores de SDQ.	40
Tabela 17 -	Análises preliminares entre o modelo de violência doméstica com três classes latentes e controle inibitório.....	40
Tabela 18 -	Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ escore total de dificuldades.....	42
Tabela 19 -	Modelos logísticos multivariados completo e reduzido - SDQ sintomas emocionais.....	43
Tabela 20 -	Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ problemas de conduta.....	44
Tabela 21 -	Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ hiperatividade/déficit de atenção.....	45
Tabela 22 -	Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ problemas de relacionamento com colegas.....	47
Tabela 23 -	Modelos logísticos multivariados completo e reduzidos – Controle Inibitório.....	49

## RESUMO

Ferraz RA. *Controle inibitório e transtornos psiquiátricos em crianças vivendo longe do pai ou em lares com violência doméstica: estudo transversal utilizando dados de coorte* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

**INTRODUÇÃO:** O desenvolvimento socioemocional na infância é em grande parte dependente da parentalidade positiva que, por sua vez, está atrelada à presença e estado emocional dos pais. Este estudo buscou avaliar a existência de associação entre fatores prejudiciais à parentalidade positiva, notadamente violência doméstica e ausência ou encarceramento paterno, e as chances de transtornos psiquiátricos e prejuízos ao controle inibitório na primeira infância. **MÉTODOS:** As crianças nascidas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo entre 2012 e 2014, e suas mães, residentes na região oeste da cidade de São Paulo, foram selecionadas pela Coorte de Nascimentos da Região Oeste. Os dados dessas famílias, obtidos em entrevistas aos três ou quatro anos de idade, foram analisados transversalmente neste estudo. Informações sociodemográficas, bem como de presença e encarceramento paterno, foram fornecidas pelas mães. Já o rastreamento de transtornos psiquiátricos e a avaliação do controle inibitório se deram, respectivamente, por meio do Strengths and Difficulties Questionnaire e da escala de controle inibitório do Children's Behavior Questionnaire, ambos validados e oficialmente traduzidos para o português. **RESULTADOS:** Duas mil e vinte díades mãe-criança foram incluídas nas análises. Contato inexistente ou pouco frequente com o pai ocorreu para 17,2% das crianças, enquanto o histórico de encarceramento paterno foi positivo para 10,4% delas. A violência doméstica estava presente em 56,8% das famílias, sendo a agressão psicológica a mais prevalente, seguida pela agressão física. Risco elevado para transtornos psiquiátricos foi observado em 17,7% da amostra, sendo mais prevalentes os problemas de conduta (27,7%) e emocionais (21,4%). Não houve associação entre ausência paterna e os desfechos avaliados. Histórico de encarceramento paterno, no entanto, associou-se a maiores chances de transtornos psiquiátricos e pior controle inibitório. A violência doméstica foi associada a problemas de conduta e de relacionamento com colegas, bem como a prejuízo no controle inibitório. Foi, no entanto, relacionada a menores chances de sintomas emocionais. **CONCLUSÕES:** Violência doméstica e encarceramento paterno associaram-se a maiores chances de transtornos psiquiátricos, principalmente problemas de conduta, e a prejuízo no controle inibitório na primeira infância. Os fatores analisados podem ter representado causas comuns tanto para o desenvolvimento de problemas externalizantes quanto para o déficit de controle inibitório. Estes dados, bem como a análise de causalidade por estudos posteriores, podem contribuir para a formulação de políticas preventivas e mitigadoras de transtornos psiquiátricos na primeira infância.

Descritores: Violência doméstica; Privação paterna; Prisões; Desenvolvimento infantil; Transtornos mentais; Psicopatologia; Função executiva; Transtornos do comportamento infantil; Experiências adversas da infância; Psiquiatria infantil.

## ABSTRACT

Ferraz RA. *Inhibitory control and psychiatric disorders in children enduring father absence or intimate partner violence: cross-sectional study using cohort data* [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

**INTRODUCTION:** Socioemotional development in childhood is largely dependent on positive parenting, which, in turn, is linked to the presence and emotional well-being of parents. This study aimed to assess the existence of associations between deleterious impacts in positive parenting, markedly intimate partner violence and father absence or incarceration, and the odds of psychiatric disorders and inhibitory control impairment in early childhood. **METHODS:** Children born at São Paulo's University Hospital between 2012 and 2014 and their mothers, residents of the city of São Paulo's western region, were enrolled at the São Paulo Western Region Birth Cohort. Data obtained from these families, at interviews conducted at three or four years of age, were analyzed cross-sectionally in this study. Sociodemographic information, as well as data on paternal presence and incarceration, were provided by the mothers. The screening of psychiatric disorders and assessment of inhibitory control were carried out, respectively, using the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Children's Behavior Questionnaire's inhibitory control scale, both validated and officially translated into Portuguese. **RESULTS:** Two thousand and twenty mother-infant dyads were included in the analyses. Absent or limited proximity with the father was found in 17.2% of the children, while history of paternal incarceration was found in 10.4% of them. Intimate partner violence was present in 56.8% of the families, with psychological aggression being the most prevalent, followed by physical aggression. Elevated risk for psychiatric disorders was observed in 17.7% of the sample, being conduct (27.7%) and emotional problems (21.4%) the most prevalent. There was no association between paternal absence and the assessed outcomes. History of paternal incarceration, however, was associated with greater chances of psychiatric disorders and poorer inhibitory control. Intimate partner violence was associated with conduct and peer relationship problems, as well as impaired inhibitory control. It was, however, related to lower odds of emotional symptoms. **CONCLUSIONS:** Intimate partner violence and paternal incarceration were associated with greater probability of psychiatric disorders, especially conduct problems, and lower inhibitory control in early childhood. The variables analyzed may act as mutual causes both for the development of externalizing problems and impairments in inhibitory control. These data, which might be better clarified by causality analysis in future studies, can contribute to the formulation of policies aiming the prevention or attenuation of psychiatric disorders in early childhood.

**Descriptors:** Intimate partner violence; Paternal deprivation; Prisons; Child Development; Mental disorders; Psychopathology; Executive function; Child behavior disorders; Adverse childhood experiences; Child psychiatry.

## 1 INTRODUÇÃO

Estima-se que, em países em desenvolvimento, mais de 200 milhões de crianças menores de 5 anos não atinjam completamente seus potenciais cognitivos em decorrência de pobreza e escassez de nutrição, saúde e cuidado.(1) Em 2010, cerca de um terço das crianças de três a quatro anos de idade, nesses países, não estava atingindo marcos básicos de desenvolvimento socioemocional e/ou cognitivo.(2) Apesar disso, a quantidade estimada de crianças em risco de não atingir desenvolvimento adequado, na América Latina, sofreu queda entre 2004 e 2010, período no qual essas taxas caíram de 27% para 22%.(3)

O domínio socioemocional, que une crescimento social e emocional, engloba, dentre outros aspectos, a expressão, compreensão e regulação de emoções e suas consequências nas relações sociais. Ele é em grande parte dependente das interações entre as crianças e seus pais, as quais influenciam também a expressão de genes associados ao comportamento.(4, 5) Interações protetivas, cuidadosas, enriquecedoras e estimulantes proporcionam meios para o adequado desenvolvimento infantil e protegem as crianças dos efeitos nocivos do estresse e adversidades.(6) Crianças que são cuidadas com emotividade, sensibilidade e boa capacidade de resposta apresentam melhor desenvolvimento socioemocional, já que esses fatores têm impacto nas fundações da arquitetura cerebral, que são estabelecidas precocemente na

infância por meio de interações entre influências genéticas, biológicas, psicológicas e o comportamento infantil.(7)

Historicamente as interações com as crianças ficaram a cargo da figura materna, enquanto o pai atuava principalmente como provedor das necessidades do lar. Com a maior participação da mulher no mercado de trabalho, no entanto, suas responsabilidades sociais e econômicas, bem como a de seus parceiros, foram modificadas, sendo que o envolvimento destes na criação dos filhos e nas tarefas domésticas passou a ser mais demandado.(8)

A influência paterna no desenvolvimento infantil ainda foi pouco estudada, porém sabe-se que pais e mães produzem estímulos diferentes em seus filhos, já que os criam de formas diversas. O envolvimento masculino pode trazer benefícios ímpares, dinâmicos e importantes para as crianças.(8-10) Contudo, a proporção de crianças de três a quatro anos de idade que recebe alto estímulo paterno nos países em desenvolvimento (11,9%) ainda está aquém da observada para o estímulo materno (39,8%).(11)

Enquanto a participação do homem no ambiente familiar é de suma importância em diversas formas, a ausência da figura paterna, bem como a presença de pais violentos ou desinteressados, por meio de estresse excessivo e falta de estímulo parental, podem trazer consequências deletérias ao desenvolvimento socioemocional das crianças.(7, 8) Comportamentos paternos depressivos ou arredios influenciam tal desenvolvimento de maneira negativa.(12) De forma semelhante, o estado mental dos pais durante a gestação de seus filhos tem influência nos domínios socioemocional e comportamental destes aos 3 anos de idade, sendo que crianças cujos pais

apresentam altos níveis de aflições psicológicas estão mais propensas às dificuldades emocionais, comportamentais e de funcionamento social.(13)

Essas situações negativas são vivenciadas por crianças que são privadas do convívio com uma figura paterna e pelas que vivem em lares afligidos por conflito parental e violência doméstica.

Desde o final do século passado as taxas de divórcio aumentaram no mundo, deixando muitos filhos privados do convívio diário com seus pais, que passaram a constituir novas famílias.(14) No Brasil, em 2015, 20,2% das crianças até 14 anos habitavam em lares constituídos por uma mulher sem cônjuge, enquanto 73,6% moravam com um casal.(15)

Adicionalmente, uma forma extrema de separação é enfrentada por filhos de homens encarcerados, que ficam distantes de seus pais por tempo indeterminado. Em levantamento de informações penitenciárias de 2016, o Ministério da Justiça conseguiu dados de apenas 9% da população carcerária com relação ao número de filhos, sendo que, desses, 47% dos homens tinham um ou mais filhos. A amostra com baixa representatividade, porém, não foi permitiu inferência sobre a população carcerária como um todo.(16)

A violência doméstica, por sua vez, engloba, segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, violência física, sexual, perseguição e agressão psicológica (incluindo táticas coercivas) propagadas por um parceiro íntimo atual ou pregresso.(17) Ela já foi vivenciada por pelo menos 18% das mulheres brasileiras, conforme averiguado em pesquisa conduzida em 2015 pelo Senado Federal do Brasil.(18) Em 2014, 33% dos homicídios de mulheres brancas e 24% dos de mulheres negras e pardas ocorreram em ambiente domiciliar. A taxa de violência letal contra mulheres aumentou 10% no

Brasil entre 2006 e 2014, apesar de ter diminuído em 28% se considerado apenas o Estado de São Paulo. Globalmente, em 2010, 30% das mulheres com 15 anos ou mais já haviam sofrido violência física ou sexual provocada por seus parceiros.(19)

Evidências cada vez maiores demonstram a relação entre experiências adversas na infância e uma série de complicações, tanto médicas quanto psicológicas, que podem se manifestar até a idade adulta e perdurar por longos períodos, mesmo após os pais mudarem positivamente suas atitudes.(20) Dessa forma, fatores prejudiciais ao saudável desenvolvimento socioemocional infantil podem predispor o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, tanto internalizantes quando externalizantes.

Crianças que crescem em lares onde existe violência doméstica, além de estarem sujeitas ao envolvimento no ato violento, estão em risco de trauma psicológico e comportamental considerável pelo fato de presenciarem tais eventos abusivos, com consequências que podem ser duradouras e profundas.(21) Além disso, homens perpetradores de violência doméstica contra suas parceiras engajam em estímulos significativamente menores com seus filhos, quando comparados a pais que nunca foram violentos.(22)

Da mesma forma, por também cursar com baixos níveis de estimulação materna, a violência doméstica está relacionada a déficits no desenvolvimento infantil na primeira infância em países em desenvolvimento.(23, 24) Na África do Sul, a violência doméstica sofrida pelo cuidador, principalmente de cunho sexual, foi associada a problemas comportamentais na criança, principalmente a comportamentos internalizantes.(25) Já um estudo conduzido na Tanzânia mostrou que crianças de até três anos de idade cujas mães sofreram violência

física e sexual tiveram desenvolvimento significativamente menor nas áreas motora e de comunicação receptiva e expressiva, além de marginalmente menor na área cognitiva.(26) Ainda, um estudo brasileiro apoiado em dados coletados na cidade de São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco em 2001 e 2002 mostrou relação direta entre violência grave (violência sexual ou violência física envolvendo soco, chute, surra, estrangulamento, queimadura e uso de arma de fogo ou arma branca) sofrida pelas mães e a ocorrência de três ou mais problemas de comportamento nas crianças de 5 a 12 anos.(27) Por fim, também no Brasil, a violência familiar já foi associada a chances maiores de transtornos psiquiátricos em crianças de 7 a 14 anos.(28)

Apesar dos achados relatados acima, no entanto, a maior parte das pesquisas relacionando os efeitos deletérios da violência doméstica sofrida pelos pais ao desenvolvimento infantil é oriunda de países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, a violência doméstica sofrida pelos pais foi significativamente associada ao fracasso em atingir pelo menos um marco de desenvolvimento nos domínios de linguagem, social e motor-adaptativo fino em crianças de até seis anos de idade.(29)

Esses efeitos deletérios podem não se restringir apenas a uma geração. Foi demonstrado que pais e mães que tiveram experiências adversas em suas infâncias, dentre elas a violência doméstica, têm filhos com risco até quatro vezes maior de atraso de desenvolvimento suspeito aos dois anos de idade, sendo esse risco elevado a cada experiência adversa adicional sofrida pelos genitores.(30)

O cérebro infantil está em constante desenvolvimento, principalmente nos três primeiros anos de vida, influenciado pelos fatores ambientais nos quais a

criança está inserida. Essa adaptação fisiológica, que altera as respostas ao estresse e afeta a habilidade de aprendizado pelas experiências, prepara a criança para o ambiente disfuncional no qual ela se encontra, mas não para o mundo maior que a espera fora de casa.(20)

No Brasil, de 2003 a 2014 houve considerável crescimento nas chances de transtornos psiquiátricos em crianças de 4 anos de idade, tendo a proporção de problemas externalizantes dobrado no período, enquanto a de comportamentos agressivo quase quintuplicou.(31)

Os problemas externalizantes, bem como o comportamento agressivo, ferimentos corporais ao longo do desenvolvimento, sintomas depressivos em adolescentes e transtornos invasivos do desenvolvimento, também já mostraram associação com baixos níveis de controle com esforço.(32)

O controle com esforço, uma forma de autorregulação, é definido como a capacidade de suprimir uma resposta dominante para executar uma resposta subdominante, detectar erros e empenhar-se em planejamento. Esse sistema parece passar por desenvolvimento substancial dos 2 aos 7 anos de idade.(33)

Um dos domínios de suma importância no controle com esforço é o controle inibitório, ou seja, a capacidade de suprimir uma resposta preponderante no momento em que ela se manifesta, fundamental para o funcionamento adaptativo no contexto social. Déficits no controle inibitório igualmente relacionam-se a problemas externalizantes, que se expressam em comportamentos agressivos, turbulentos, desafiadores, impulsivos, hiperativos e de desatenção.(34)

Tal capacidade, que se desenvolve primordialmente até os 5 anos de idade, é fundamental para o desenvolvimento infantil pois permite a supressão de

respostas inapropriadas e incompatíveis em dado momento ou com determinado objetivo, contribuindo para a regulação da exteriorização emocional.(35, 36) Logo, o controle inibitório é associado à edificação do raciocínio, habilidades acadêmicas, autocontrole e adaptação emocional e comportamental (36), bem como à ampliação de simpatia, culpa, reparação e colaboração.(37, 38)

A parentalidade positiva atua no amadurecimento dessa habilidade, enquanto baixos níveis de sensibilidade, confiança, apoio, conexão e autonomia nas interações maternas associam-se a prejuízo no controle inibitório de meninos na primeira infância. (39) Do mesmo modo, suporte emocional materno é um preditor de controle inibitório em pré-escolares, contribuindo para a saúde cognitiva, emocional e acadêmica na infância e a longo prazo.(40) Por intermédio do dano que traz à parentalidade positiva, a violência doméstica também já se mostrou relacionada a prejuízo no controle com esforço na primeira infância.(41)

Por conseguinte, presume-se que a ausência paterna e a violência doméstica, possivelmente por intermédio de menor parentalidade positiva e prejuízo na saúde emocional dos pais, possam estar associadas a menores níveis de controle inibitório e maiores chances de transtornos psiquiátricos em crianças de 3 a 4 anos no Brasil.

Apesar do crescente número de pesquisas acerca desses tópicos nos últimos anos, dados relacionando ausência paterna e violência doméstica a transtornos psiquiátricos e, principalmente, a déficits de controle inibitório na primeira infância ainda são escassos, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde esses riscos são pronunciados. Assim, o presente estudo visa contribuir para a redução dessa lacuna de conhecimento.

A compreensão dessas relações é essencial para os pediatras e todos os profissionais envolvidos na saúde infantil, para que possam intervir de maneira construtiva, objetivando reverter ou minimizar as consequências deletérias, advogando pelo saudável desenvolvimento biológico, psicológico e social das crianças.

De maneira ainda mais ampla, a análise e o discernimento dos fatores negativamente associados ao adequado desenvolvimento socioemocional são fundamentais para o planejamento de políticas e intervenções que possam contribuir para que as crianças atinjam ao máximo suas potencialidades.

## 2 OBJETIVO

Considerando a importância da melhor elucidação do assunto apresentado, o objetivo desta dissertação foi investigar a existência de associação entre fatores novos à parentalidade positiva (especificamente ausência paterna, encarceramento paterno e violência doméstica) e prejuízo ao desenvolvimento socioemocional (nomeadamente redução de controle inibitório e chances de transtornos psiquiátricos) em crianças de 3 a 4 anos de idade.

Objetivos específicos:

1. Avaliar a prevalência de ausência e encarceramento paternos e a frequência de contato paterno-infantil;
2. Verificar a prevalência de violência doméstica envolvendo as mães das crianças estudadas;
3. Rastrear transtornos psiquiátricos na população infantil;
4. Examinar as diferenças de controle inibitório nas crianças avaliadas;
5. Analisar possíveis associações entre presença do pai, violência doméstica e as chances de transtornos psiquiátricos e disparidade de controle inibitório na primeira infância.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 População do estudo**

Este estudo transversal empregou dados oriundos da Coorte de Nascimentos da Região Oeste (ROC), que é um estudo observacional longitudinal iniciado em 2012 e tem o objetivo de avaliar o impacto de fatores sociais e ambientais no desenvolvimento infantil na região oeste da cidade de São Paulo.(42)

Na ROC, coorte ainda em andamento durante a realização deste estudo, foram incluídas as crianças nascidas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) no período de 01 de abril de 2012 a 31 de março de 2014 cujas mães residiam na região Butantã-Jaguarié. No decorrer do tempo estudado, o HU-USP foi responsável por cerca de 40% de todos os nascimentos da região oeste da cidade de São Paulo, e de aproximadamente 80% dos nascimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na mesma área.

As mães das crianças arroladas na ROC assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a sua própria participação e consentindo com a participação das crianças na pesquisa. A ROC foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP. O presente estudo foi aprovado no CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com protocolo de aprovação nº 01604312.1.0000.0065.

### 3.2 Coleta de dados

No seguimento da coorte foi realizada visita domiciliar a cada díade quando a criança tinha entre 24 e 65 meses de vida. O objetivo da visita era coletar informações sobre a situação familiar, saúde materna e infantil (incluindo saúde mental) e avaliar o desenvolvimento infantil. Os entrevistadores, que já possuíam experiência na aplicação de questionários e instrumentos, foram treinados pela equipe de pesquisa para a aplicação de todos os instrumentos utilizados. Tal treinamento contou com explanação teórica, utilização de dramatizações, avaliação prática de díades com discussão de dúvidas e, por fim, com a realização de visitas domiciliares piloto supervisionadas. Nessas visitas todos os instrumentos foram aplicados, a qualidade da entrevista foi avaliada e foi realizada conferência da pontuação cruzada (inter-rater reliability tests). Além disso, ao longo da coleta de dados, foram realizadas entrevistas supervisionadas subsequentes para garantia da manutenção da qualidade da avaliação.

No início da onda de seguimento as informações foram registradas em papel e posteriormente inseridas em sistema computadorizado por dois digitadores treinados. Já a partir do segundo ano de coleta de dados, eles foram inseridos diretamente em “tablets” durante as visitas e posteriormente encaminhados para o banco de dados.

Os dados utilizados no presente estudo, que já estavam previamente coletados e tabulados pela equipe da ROC, provieram das visitas domiciliares que foram realizadas às crianças no intervalo de 36 a 59 meses de idade. Tal intervalo foi escolhido por contemplar as faixas etárias compreendidas em ambos os instrumentos utilizados para as análises dos desfechos.

### **3.3 Variáveis avaliadas**

#### **3.3.1 Transtornos psiquiátricos**

O rastreio de transtornos psiquiátricos foi feito por meio do Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)(43-46), um curto questionário de rastreio (47) composto por 25 atributos divididos em cinco escalas, que, como o próprio nome sugere, evidenciam aptidões e dificuldades demonstradas pela criança, identificando problemas psicossociais e rastreando transtornos psiquiátricos. O SDQ já foi traduzido para mais de 50 línguas, dentre elas para o português, e já foi confirmado como instrumento útil de rastreio no Brasil.(48)

O questionário, que pode ser aplicado a pais ou professores, indaga sobre o comportamento da criança nos últimos seis meses, e tem três possíveis respostas para cada item: “falso”, “mais ou menos verdadeiro” e “verdadeiro”.

As escalas de hiperatividade/déficit de atenção, sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas correspondem às escalas de dificuldades. As respostas para os itens de cada uma delas geram escores de zero a 10 e a soma das pontuações dessas quatro escalas fornecem o escore total de dificuldades, que varia de zero a 40. A escala de comportamento pró-social, a única que analisa as capacidades, é interpretada separadamente e não foi objeto de análise neste estudo.

Os itens componentes das escalas de dificuldades abordam comportamentos de inquietação, somatização, acesso de raiva (birra), solidão, preocupação excessiva, agitação, brigas, “bullying”, tristeza, falta de atenção, insegurança, discussão, malícia e medo em demasia.

A versão original do questionário pode ser aplicada para crianças e adolescentes de 4 a 16 anos. Uma outra versão, minimamente modificada para atender as demandas específicas desta faixa etária, foi validada para a avaliação emocional e comportamental de crianças de 3 a 4 anos(49-51), e foi a versão utilizada no presente estudo. Ainda não existe um consenso com relação ao ponto de corte adequado no escore total de dificuldades para a avaliação das chances de doenças psiquiátricas nas crianças avaliadas. Os autores do questionário (46), no entanto, sugerem uma faixa provisória, que divide os escores em próximo à média, discretamente aumentado e alto/muito alto, sendo os intervalos de cada um deles, no caso do escore total de dificuldades, respectivamente, de zero a 12, 13 a 15 e 16 a 40 pontos.

Para o presente estudo, utilizamos como ponto de corte os escores altos e muito altos (escore total de dificuldades  $\geq 16$ ), os quais chamamos “elevados”. Escores próximos à média e discretamente aumentados foram tratados como “normais”. A análise dicotomizada é utilizada na maioria dos estudos com SDQ (47). Escores elevados correspondem a risco aumentado de diagnósticos de transtornos psiquiátricos listados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV), conforme já evidenciado em diversos estudos (50).

Os diagnósticos mais prevalentes em crianças com escores elevados englobam transtornos depressivos, fóbicos ou de ansiedade para a escala de sintomas emocionais (OR 11,7; IC95% 9,5-14,3), transtorno opositivo desafiador, transtornos de conduta ou outros transtornos disruptivos para a escala de problemas de conduta (OR 20,2; IC95% 16,4-24,8) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) para a escala de hiperatividade/déficit

de atenção (OR 32,3; IC95% 23,8-43,9). Escores elevados representam risco aumento para qualquer um dos diagnósticos do DSM-IV para o escore total de dificuldade (OR 15,2; IC95%13,0-17,7) e a escala de problemas de relacionamento com os colegas (OR 6,6; IC95%5,7-7,7), que pode ser afetada por diferentes patologias.(44)

Quando aplicado a amostras comunitárias, como no presente estudo, o SDQ apresenta especificidade e valor preditivo negativo de cerca de 95%, com sensibilidade e valor preditivo positivo de cerca de 35%, o que corrobora seu uso como instrumento de rastreio.(44)

O estudo de consistência interna em nossa análise mostrou alfa de Crobach de 0,77. Os valores para as subescalas de problemas de conduta, sintomas emocionais, hiperatividade/déficit de atenção e problemas de relacionamento com os colegas foram, respectivamente, de 0,54, 0,48, 0,59 e 0,45.

### **3.3.2 Controle Inibitório**

Para a avaliação da capacidade de controle inibitório, muitas vezes analisada por meio de tarefas em laboratórios, estudos já apontaram os benefícios da utilização de instrumentos de pesquisa direcionados às informações maternas.(52) A avaliação por meio de questionário permite a ponderação de atos de controle inibitório em situações reais do cotidiano, proporcionando uma visão mais válida ecologicamente. (53) Portanto, este estudo utilizou a escala de controle inibitório do “Children’s Behavior Questionnaire” (CBQ)(54, 55), questionário amplamente utilizado em outras

pesquisas, que permite a avaliação individual de cada uma das dimensões do temperamento, e já foi oficialmente traduzido para o português do Brasil.(56)

O temperamento é definido como as diferenças individuais, baseadas constitucionalmente, de reatividade e autorregulação, e é analisado pelo CBQ em crianças de 3 a 7 anos. Tal avaliação se dá por meio da identificação de elementos centrais do temperamento, seus subelementos e as correlações entre eles. Para tal, além do controle inibitório, o questionário analisa as escalas de nível de atividade, raiva/frustração, aproximação, focalização de atenção, desconforto, reatividade decrescente e capacidade para se acalmar, medo, prazer de alta intensidade, impulsividade, prazer de baixa intensidade, sensibilidade perceptual, tristeza, timidez e sorriso. (54)

O controle inibitório, em conjunto com a focalização da atenção, atua na auto regulação, que é o processo de modulação (aumento ou diminuição) da reatividade.(54) Essas duas escalas somadas às escalas de prazer de baixa intensidade, sorriso e sensibilidade perceptual formam uma das três dimensões avaliadas no CBQ, o “Effortful Control”, ou controle com esforço.

O escore total da escala de controle inibitório é dado pela soma das pontuações obtidas em cada uma das 13 afirmações da escala, e varia de 13 a 91. As afirmações baseiam-se em comportamentos observados pelas mães nos últimos seis meses e têm, cada uma, sete possíveis análises, em uma escala “Likert”, que variam de “totalmente falsa” a “totalmente verdadeira”. Dentre os enunciados, alguns exemplos são: “Consegue baixar a voz quando lhe pedem para o fazer”, “Aproxima-se com cuidado e devagar de lugares que lhe foi dito que eram perigosos” e “Costuma ser capaz de resistir à tentação quando lhe é dito que não pode fazer alguma coisa”.

A escala de controle inibitório mostrou boa consistência interna em nossa análise, com alfa de Cronbach de 0,74.

### **3.3.3 Presença paterna e violência doméstica**

As principais variáveis independentes analisadas foram compostas pela presença paterna, marcadamente o histórico paterno de privação de liberdade, sua moradia e frequência de convívio com a criança, e pela análise de violência doméstica, dada por meio do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales Short Form” (CTS2S) (57). O local de moradia do pai, sua frequência de contato com a criança e o fato de ele estar ou já ter sido preso basearam-se em respostas fornecidas pelas mães durante as visitas domiciliares.

O CTS2S, versão resumida do CTS2 (58), é composto por 20 questões que avaliam a presença, gravidade e mutualidade de conflitos entre casais, divididos em cinco escalas: agressão física, provocação de ferimentos, agressão psicológica, coação sexual e negociação. As quatro primeiras escalas, de cunho negativo, foram analisadas neste estudo. Cada uma delas contém duas subescalas (leve e grave).

Questionamentos sobre insultos, xingamentos ou gritos, além de dano a algum objeto pessoal ou ameaça de violência física compõem a escala de agressão psicológica. A coação sexual é verificada por meio de relatos de uso de força para obrigar o parceiro a manter relações sexuais ou de insistência em fazer sexo ou não usar preservativos quando não há concordância do parceiro. Já a escala de ferimentos diferencia-se da de agressão física por representar uma consequência dessa agressão. Enquanto ela questiona sobre resultados de

brigas, como torções, hematomas, cortes ou dores, bem como sobre a necessidade de buscar ajuda (médica ou outra) após uma briga, a escala de agressão física indaga sobre empurrões, tapas, socos, chutes ou violência física.

De acordo com as respostas dadas para a ocorrência de determinadas situações nos últimos 12 meses, as violências são classificadas em inexistentes, apenas leves ou graves. A pessoa entrevistada (a mãe, em nosso estudo) responde separadamente sobre violências sofridas e as perpetradas por ela, utilizando uma escala “Likert”. O método mais recomendado pelos autores para a análise dos resultados é a análise da prevalência para cada tipo de violência no último ano (57), tendo sido o método primariamente adotado neste estudo. Contudo, considerando-se a interação entre os diversos tipos e direcionamentos de violência, bem como a objetividade dos resultados e o fato de o escore não distinguir atos deliberados dos de autodefesa, os dados foram agrupados utilizando-se a Análise de Classes Latentes (Latent Class Analysis - LCA).

O alfa de Cronbach para o questionário, em nosso estudo, foi de 0,79.

#### **3.3.4 Variáveis de controle**

As variáveis de controle foram compostas por sexo e raça da criança, idade e escolaridade materna, renda familiar e cuidador principal. Essas informações foram coletadas ao nascimento e nas visitas domiciliares, por meio de questionamentos à mãe. Para a definição de principal cuidador foi perguntando quem cuidava da criança na maior parte do tempo. Já a renda familiar foi calculada em salários-mínimos vigentes no ano da entrevista, somando-se todas

as fontes de renda da família, incluindo os programas assistenciais governamentais.

### **3.4 Análise Estatística**

Análises de prevalência foram feitas para todas as variáveis dependentes, independentes e variáveis de controle estudadas. As existências de associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando-se o teste de Qui-quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas, o teste exato de Fisher. Associações lineares entre duas variáveis numéricas foram analisadas pela correlação de Pearson e as comparações de média foram realizadas empregando-se os testes t de Student e Kruskal-Wallis.

Foram ajustados modelos de regressão logística univariados e multivariados para o escore de SDQ total e seus quatro domínios. Para o controle inibitório foram ajustadas regressões lineares. Nos modelos multivariados completos foram consideradas como variáveis preditoras as características sociodemográficas, de presença e encarceramento paterno e de violência doméstica. Em seguida, as variáveis preditoras não significantes foram excluídas uma a uma por ordem de significância, gerando os modelos reduzidos.

Para se identificar perfis de violência doméstica, empregou-se a Análise de Classes Latentes (ACL), sendo consideradas distribuições multinomiais para os quatro tipos de violência. A ACL é um modelo de mistura finita que assume a existência de uma variável categórica subjacente não observável (latente) que divide a população em grupos mutuamente exclusivos. A pertinência das observações às classes é desconhecida, mas pode ser deduzida com base em

um conjunto de mensurações observáveis, neste caso os tipos de violência doméstica. Como na ACL é necessário definir o número de classes latentes a priori, foram geradas de duas a três classes, já que não foi possível observar convergências para um número superior de classes. A determinação da quantidade adequada de grupos foi realizada utilizando-se medidas de ajuste como critério de informação bayesiano (BIC) e o critério de informação de Akaike (AIC), que permitem comparar os modelos em relação ao balanceamento entre ajuste e parcimônia, com menores valores indicando melhor ajuste. Outra medida utilizada foi a entropia, além de ser levada em conta a coerência dos resultados com a natureza do fenômeno estudado.

Para todos os testes estatísticos foi adotado nível de significância de 5%.

Todas as análises foram realizadas com o software Stata Statistical Software 17 (59).

## **4 RESULTADOS**

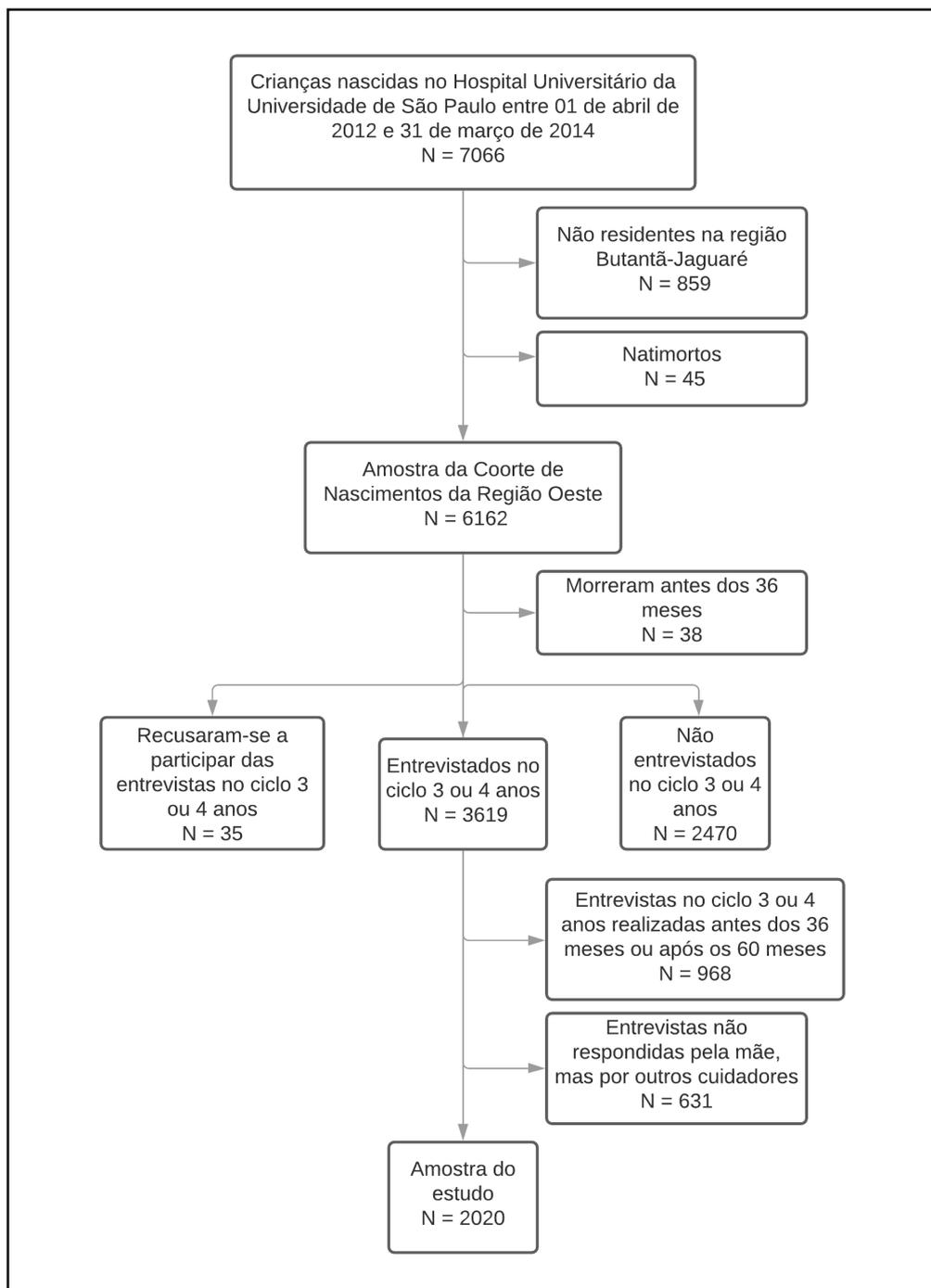
### **4.1 Composição da amostra**

Um total de 7 066 crianças nasceu no HU-USP no período avaliado pela ROC, sendo 45 natimortos. Foram excluídas da coorte 859 crianças por não residirem na região Butantã-Jaguari. Assim, a amostra da ROC foi composta por 6 162 crianças nascidas vivas.

Entre os 3 e 4 anos de idade foram realizadas visitas domiciliares por agentes da comunidade previamente treinados pela equipe da ROC. Trinta e cinco cuidadores recusaram-se a responder as entrevistas, enquanto 2 740 não foram entrevistados em decorrência de mudança para outras cidades e de uma variedade de desafios administrativos, como greves, dificuldade na localização das famílias, alta rotatividade da equipe e atrasos nos financiamentos da pesquisa. Das 3 619 famílias restantes nesse ciclo de visitas domiciliares, 968 foram entrevistadas antes dos 36 meses ou após os 60 meses de idade e foram excluídas da amostra por essas faixas não serem contempladas em ambos os instrumentos utilizados para a análise dos desfechos.

Um total de 2 651 crianças e cuidadores completou a entrevista aos 3 ou 4 anos. Dessas crianças, 631 foram excluídas pois as entrevistas não foram feitas com suas mães, mas sim com outros cuidadores. Tal exclusão fez-se necessária pois uma das principais variáveis analisadas neste estudo é a violência doméstica ocorrida entre a mãe da criança e seus parceiros, verificada por instrumento respondido no momento da entrevista. Ainda, respostas fornecidas

por cuidadores, mesmo aqueles não eventuais, poderiam não refletir adequadamente a situação vivenciada pela criança e seus pais, e assim ser menos acuradas, comprometendo a análise dos dados. Dessa forma, a amostra do presente estudo foi composta por 2 020 díades mãe-criança. A Figura 1 sumariza o fluxo de composição da amostra.



**Figura 1 - Fluxograma de composição da amostra**

## 4.2 Estatísticas descritivas

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1. No momento das entrevistas, 80% das crianças tinham 3 anos de idade, enquanto 20% já estavam no quarto ano de vida. Não houve diferença substancial quanto à distribuição por sexo, que foi praticamente de 50% para cada gênero. As famílias eram compostas, em sua maioria, por mães com 18 a 39 anos no momento do parto, com ensino médio completo, de cor parda e com renda familiar mensal de até dois salários-mínimos. O número médio de pessoas residindo na mesma casa, e, portanto, compartilhando essa renda, era de 4,2 pessoas.

A renda familiar foi incluída na análise de características da amostra e nas análises preliminares. Contudo, não foi inserida nas análises multivariadas em decorrência da grande porcentagem de ausência de informações (55,8% dos indivíduos incluídos), já que sua incorporação reduziria drasticamente o tamanho da amostra passível de estudo.

Dados de contato paterno com a criança, bem como de histórico prévio ou atual de encarceramento do pai estão apontados na Tabela 2. Um total de 17,2% das crianças tinha contato inexistente ou pouco frequente (menos que uma vez por semana) com seus pais e 10,4% delas tinham pais que estavam ou já haviam sido presos.

**Tabela 1 – Características da amostra**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	<b>2 020</b>	<b>100,0%</b>
3 anos	1 615	80,0%
4 anos	405	20,0%
<b>Sexo</b>	<b>2 020</b>	<b>100,0%</b>
Masculino	1 013	50,1%
Feminino	1 007	49,9%
<b>Idade materna</b>	<b>2 020</b>	<b>100,0%</b>
< 18 anos	141	7,0%
18 a 39 anos	1 825	90,3%
> 39 anos	54	2,7%
<b>Escolaridade materna</b>	<b>1 953</b>	<b>100,0%</b>
Sem ensino formal	32	1,6%
Fundamental	782	40,0%
Média	1 034	52,9%
Superior	105	5,4%
<b>Raça materna</b>	<b>1 302</b>	<b>100,0%</b>
Parda	843	64,8%
Banca	384	29,5%
Preta	67	5,2%
Outra	8	0,6%
<b>Principal cuidador</b>	<b>1 880</b>	<b>100,0%</b>
Mãe	903	48,0%
Creche	900	47,9%
Pai	11	0,6%
Outros	66	3,5%
<b>Renda familiar mensal</b>	<b>892</b>	<b>100,0%</b>
<1 salário-mínimo	105	11,8%
1 a 2 salários-mínimos	417	46,8%
2 a 3 salários-mínimos	244	27,4%
>3 salários-mínimos	126	14,1%

**Tabela 2 – Frequência de Contato e histórico de encarceramento paterno**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Frequência de contato paterno com a criança</b>	<b>1 994</b>	<b>100,00%</b>
Diário (pai vive com a criança)	1 379	69,2%
≥ 1x/semana	273	13,7%
<1x/semana	177	8,9%
Inexistente	165	8,3%
<b>Histórico de encarceramento paterno</b>	<b>1 995</b>	<b>100,0%</b>
Sim	207	10,4%
Não	1 788	89,6%

A prevalência de violência doméstica, categorizada em agressão física, ferimento, agressão psicológica e coação sexual, é mostrada na Tabela 3. A violência mais prevalente foi a psicológica, atingindo 41,4% das mulheres e 48,9% de seus parceiros. Já a coação sexual foi a menos sofrida, acometendo 2,8% delas e 1,6% deles. As agressões físicas e ferimentos variaram de 8,1% a 15,3%.

A Tabela 4, por sua vez, mostra a distribuição dos escores de SDQ, agrupados em normais e elevados, e a média obtida no questionário de controle inibitório. Apresentaram risco elevado para transtornos psiquiátricos 17,7% das crianças avaliadas, sendo os mais prevalentes os problemas de conduta (27,7%), seguidos dos emocionais (21,4%).

Os Gráficos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 apresentam as distribuições, respectivamente, do escore total de dificuldades e dos escores de sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade/déficit de atenção, problemas de relacionamento com colegas e controle inibitório. Nos gráficos com os escores de SDQ estão evidenciados os pontos de corte para escores elevados.

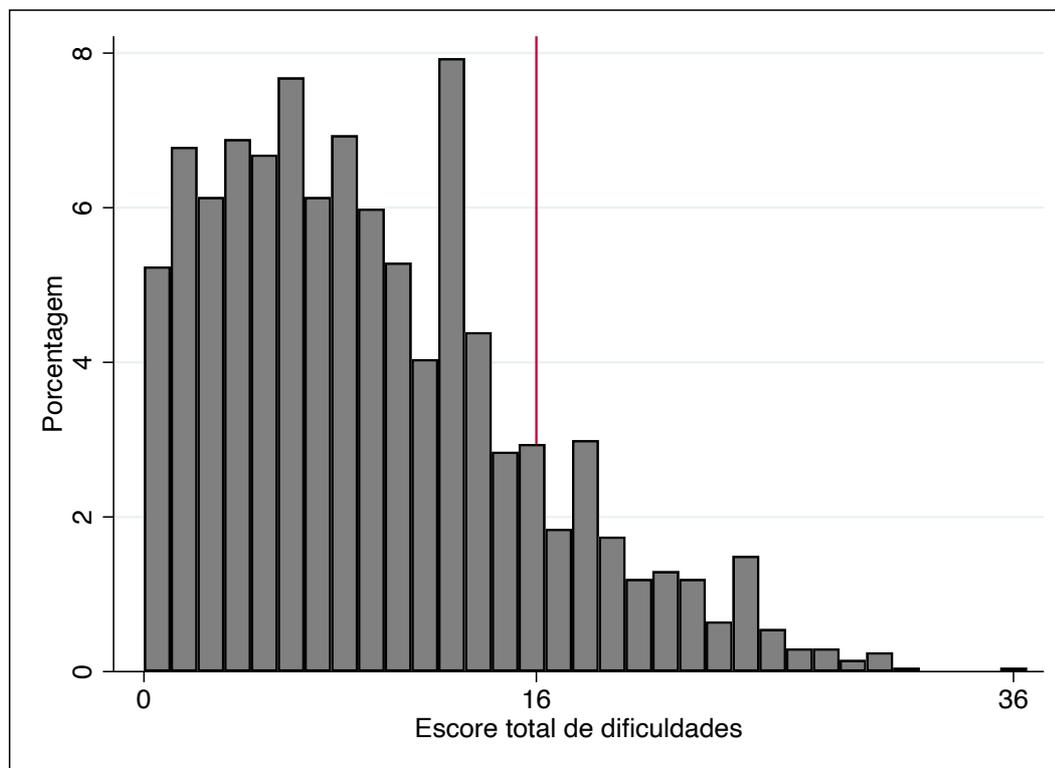
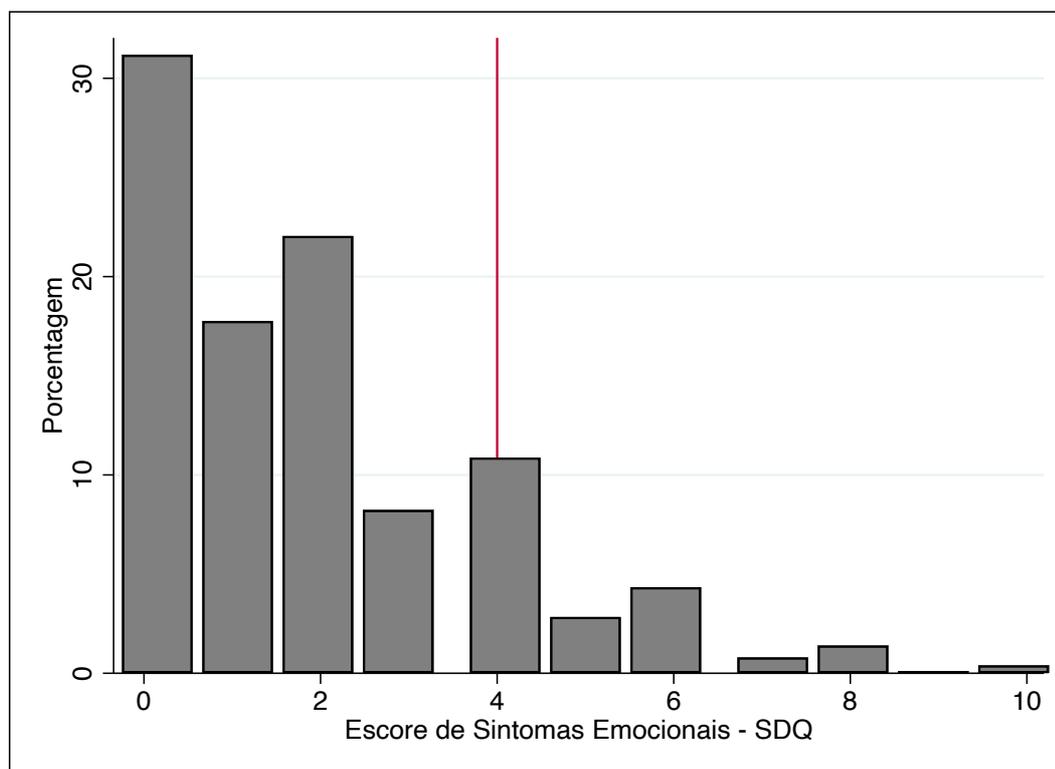
**Tabela 3** – Prevalência de violência doméstica categorizada por subtipos e direcionamento

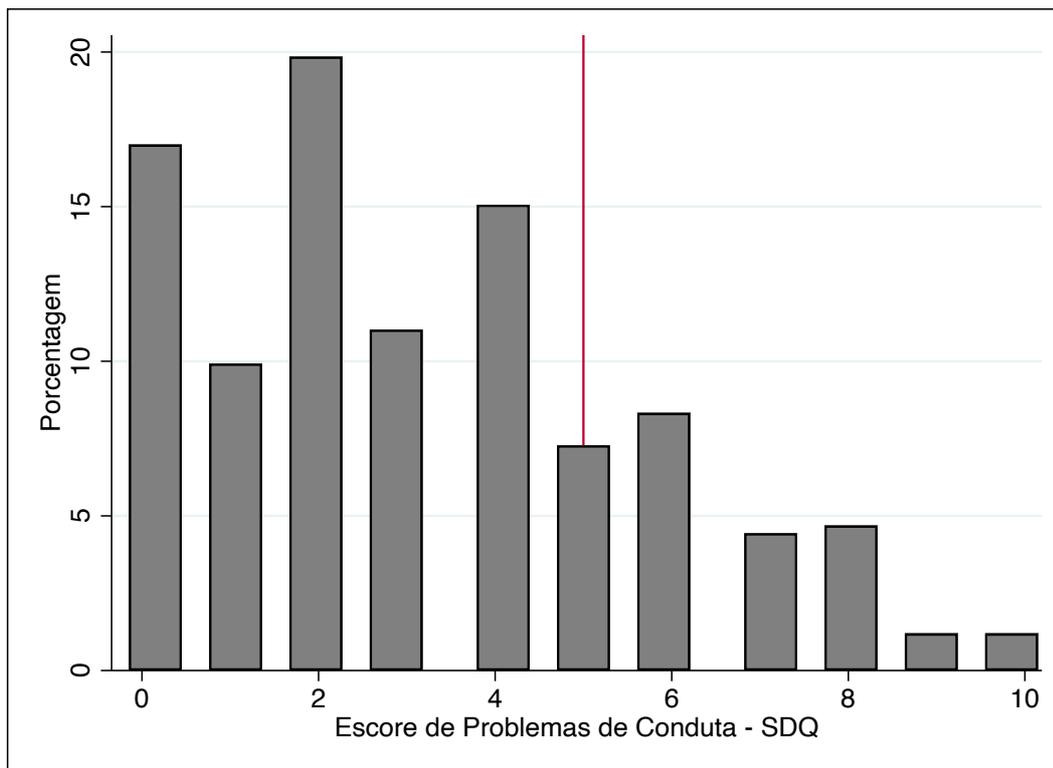
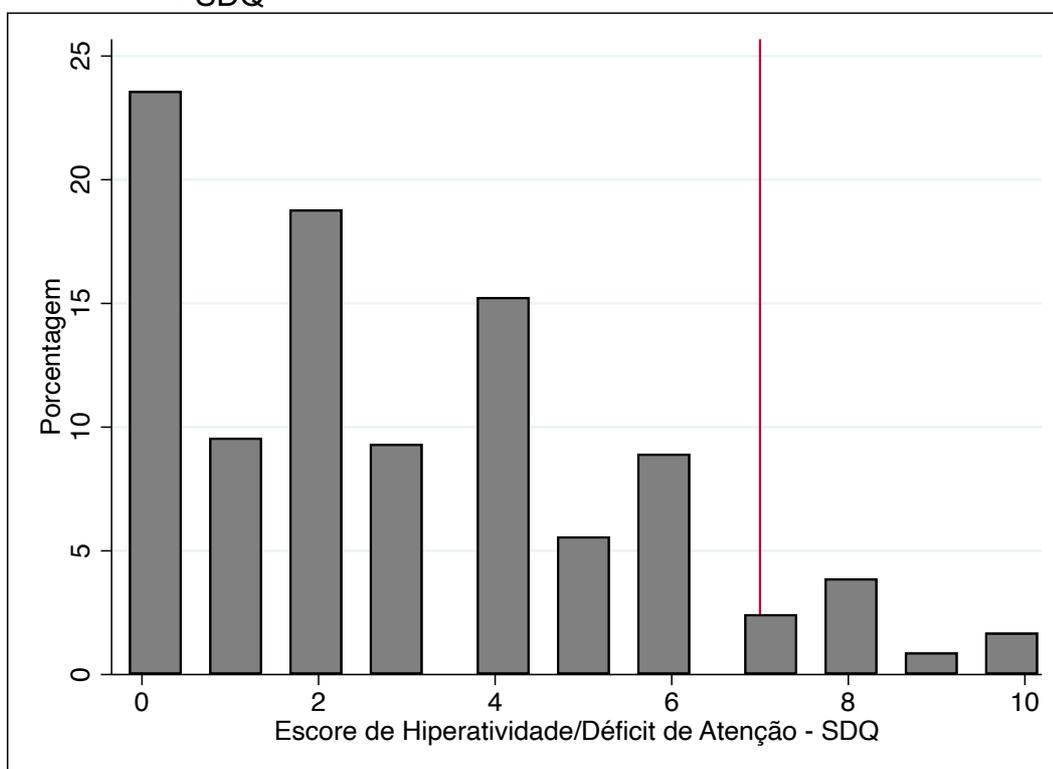
	VIOLÊNCIA CONTRA A MÃE								VIOLÊNCIA CONTRA O PARCEIRO								TOTAL	
	Agressão física		Ferimento		Agressão psicológica		Coação sexual		Agressão física		Ferimento		Agressão psicológica		Coação sexual		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Presente</b>	166	10,8%	124	8,1%	631	41,4%	43	2,8%	235	15,3%	140	9,2%	746	48,9%	25	1,6%	859	56,8%
Apenas leve	71	4,6%	87	5,7%	518	34,0%	31	2,0%	113	7,4%	123	8,1%	602	39,5%	19	1,2%	596	39,4%
Grave	95	6,2%	37	2,4%	113	7,4%	12	0,8%	122	7,9%	17	1,1%	144	9,4%	6	0,4%	263	17,4%
<b>Ausente</b>	1 364	89,2%	1 399	91,9%	893	58,6%	1 492	97,2%	1 301	84,7%	1 386	90,8%	780	51,1%	1 507	98,4%	654	43,2%
<b>Total</b>	1 530	100%	1 523	100%	1 524	100%	1 535	100%	1 536	100%	1 526	100%	1 526	100%	1 532	100%	1513	100%

**Tabela 4** – Distribuição de escores de SDQ e escore médio de Controle inibitório

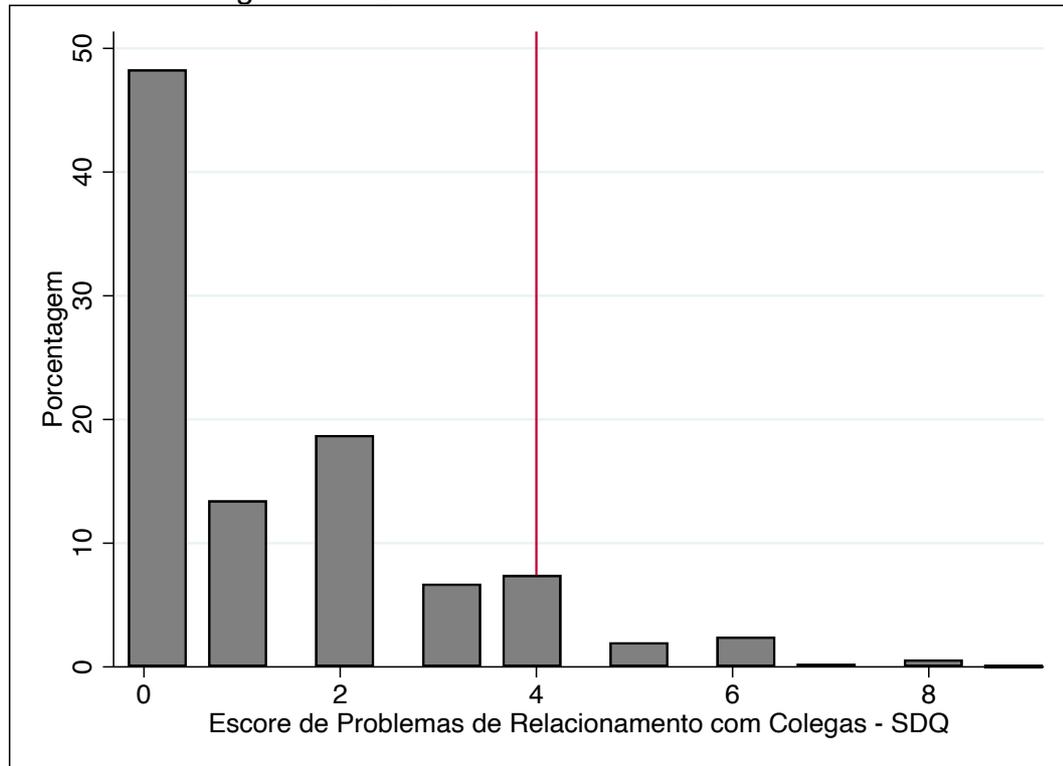
	SDQ				CONTROLE INIBITÓRIO	
	Normal		Elevado		Média	DP
	N	%	N	%		
<b>Escore Total</b>	1 663	82,3%	357	17,7%	64,8	14,3
Sintomas emocionais	1 588	78,6%	432	21,4%	–	–
Problemas de conduta	1 461	72,3%	559	27,7%	–	–
Hiperatividade/déficit de atenção	1 826	90,4%	194	9,6%	–	–
Problemas de relacionamento com os colegas	1 750	86,6%	270	13,4%	–	–

DP: Desvio Padrão; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire.

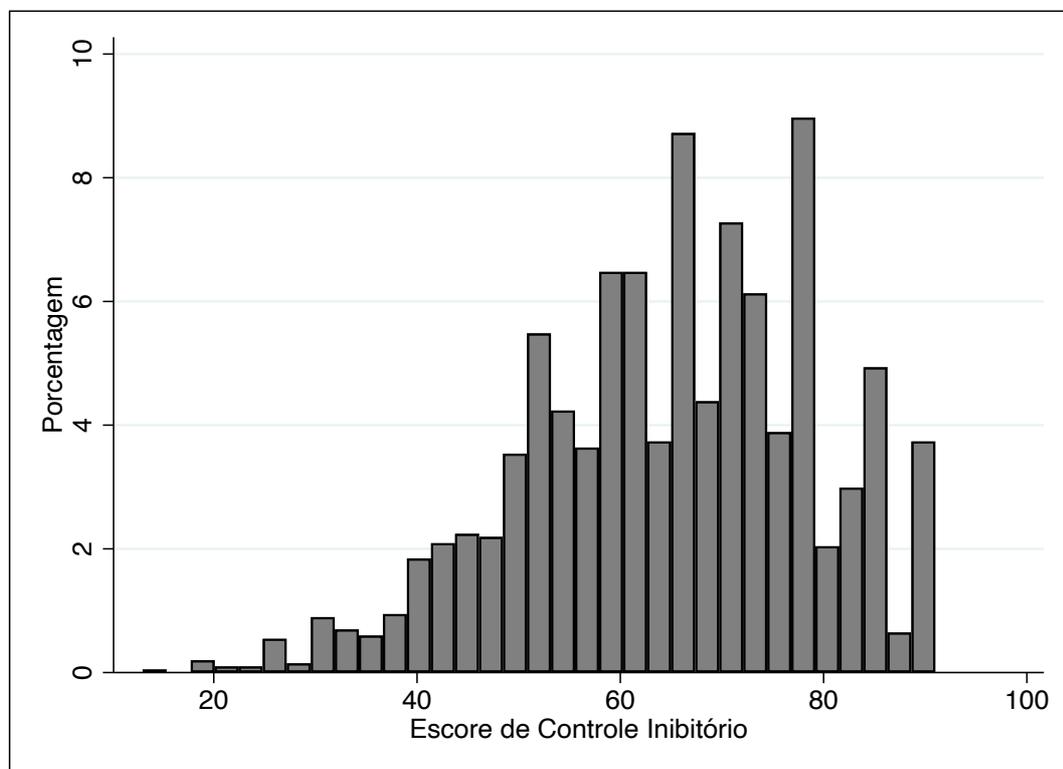
**Gráfico 1** – Distribuição do escore total de dificuldades - SDQ**Gráfico 2** – Distribuição do escore de sintomas emocionais - SDQ

**Gráfico 3** – Distribuição do escore de problemas de conduta - SDQ**Gráfico 4** – Distribuição do escore de hiperatividade/déficit de atenção - SDQ

**Gráfico 5** – Distribuição do escore de problemas de relacionamento com colegas - SDQ



**Gráfico 6** – Distribuição do escore de controle inibitório



### 4.3 Análises preliminares

Para a análise inicial da relação entre os desfechos e as características da amostra, incluídas como variáveis de controle, foram usadas regressões simples, apresentadas nas Tabelas 5 e 6, respectivamente, para SDQ e controle inibitório. A renda familiar foi o fator mais associado a melhores escores, com associação ausente apenas para os escores de problemas de conduta e hiperatividade/déficit de atenção.

As Tabela 7 e 8 mostram as associações univariadas entre os desfechos e os fatores paternos analisados. Histórico de encarceramento paterno foi associado negativamente a uma maior chance de SDQ alterado e a uma redução, em média, no controle inibitório. Por sua vez, só houve associação significativa entre o contato paterno e controle inibitório, não sendo evidenciada tal associação ao SDQ.

As análises preliminares entre violência doméstica e escores de SDQ estão dispostas nas Tabelas 9 e 10, respectivamente, para violência sofrida pelas mães e violência sofrida pelos parceiros. Da mesma forma, as análises entre essas violências e o escore de controle inibitório estão apresentadas nas Tabelas 11 e 12.

Menores escores de controle inibitório foram encontrados em crianças cujas mães estavam envolvidas em ferimentos ou agressões psicológicas com seus parceiros, ao passo que coação sexual e agressão física não mostraram associações significativas. As associações entre violência doméstica e SQD, por sua vez, mostraram-se bastante esparsas entre os tipos de violência e as diferentes subescalas, dificultando uma interpretação mais clara dos dados.

**Tabela 5 – Análises preliminares entre as características da amostra e os escores do SDQ**

	SDQ									
	Total		Emocional		Conduta		Hiperatividade		Relação com os colegas	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>										
4 anos	0,95 (0,71 a 1,26)	0,707	0,85 (0,65 a 1,12)	0,243	1,06 (0,83 a 1,35)	0,626	1,00 (0,69 a 1,45)	0,984	0,84 (0,60 a 1,18)	0,317
<b>Sexo (feminino)</b>										
Masculino	1,11 (0,89 a 1,40)	0,353	1,21 (0,98 a 1,50)	0,076	0,99 (0,81 a 1,20)	0,895	1,34 (0,99 a 1,80)	0,056	1,42 (1,10 a 1,85)	0,007**
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>										
< 18 anos	1,36 (0,89 a 2,06)	0,152	1,00 (0,66 a 1,52)	0,996	1,29 (0,89 a 1,86)	0,178	1,21 (0,70 a 2,09)	0,483	1,15 (0,71 a 1,86)	0,570
> 39 anos	1,37 (0,71 a 2,64)	0,339	1,30 (0,70 a 2,41)	0,411	0,93 (0,50 a 1,72)	0,818	0,76 (0,27 a 2,13)	0,600	1,14 (0,53 a 2,45)	0,731
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>										
Fundamental	0,50 (0,23 a 1,07)	0,074	0,66 (0,30 a 1,45)	0,298	0,64 (0,31 a 1,33)	0,233	0,45 (0,18 a 1,13)	0,091	0,43 (0,19 a 0,99)	0,049*
Média	0,47 (0,22 a 1,00)	0,051	0,74 (0,34 a 1,63)	0,459	0,64 (0,31 a 1,33)	0,235	0,46 (0,18 a 1,14)	0,094	0,51 (0,22 a 1,15)	0,106
Superior	0,34 (0,13 a 0,86)	0,023*	0,76 (0,31 a 1,85)	0,543	0,58 (0,25 a 1,33)	0,199	0,51 (0,17 a 1,50)	0,220	0,25 (0,08 a 0,73)	0,011*
<b>Raça materna (Branca)</b>										
Parda	1,10 (0,81 a 1,49)	0,525	0,94 (0,71 a 1,26)	0,700	1,13 (0,87 a 1,46)	0,347	1,14 (0,76 a 1,69)	0,524	1,00 (0,71 a 1,42)	0,986
Preta	1,42 (0,65 a 3,10)	0,381	1,17 (0,54 a 2,55)	0,686	1,14 (0,56 a 2,32)	0,707	1,13 (0,38 a 3,34)	0,821	0,78 (0,27 a 2,28)	0,655
Outra	1,22 (0,13 a 11,07)	0,859	1,01 (0,11 a 9,15)	0,992	1,78 (0,29 a 10,79)	0,530	2,55 (0,28 a 23,34)	0,408	–	–
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>										
Creche	0,65 (0,51 a 0,84)	0,001**	1,00 (0,79 a 1,25)	0,983	0,80 (0,65 a 0,99)	0,038*	0,75 (0,55 a 1,04)	0,082	0,75 (0,57 a 0,99)	0,040*
Pai	0,39 (0,05 a 3,07)	0,372	0,38 (0,48 a 2,97)	0,355	1,37 (0,40 a 4,71)	0,619	–	–	1,27 (0,27 a 5,97)	0,757
Outros	1,58 (0,90 a 2,76)	0,108	1,64 (0,95 a 2,84)	0,076	1,12 (0,65 a 1,91)	0,685	1,15 (0,53 a 2,47)	0,728	0,91 (0,44 a 1,87)	0,790
<b>Renda familiar mensal (&lt;1 SM)</b>										
1 a 2 salários-mínimos	0,83 (0,48 a 1,41)	0,485	0,95(0,55 a 1,62)	0,850	0,91 (0,57 a 1,45)	0,699	1,12 (0,54 a 2,31)	0,757	0,66 (0,35 a 1,22)	0,181
2 a 3 salários-mínimos	0,57 (0,31 a 1,04)	0,066	0,56 (0,30 a 1,03)	0,064	0,74 (0,45 a 1,23)	0,247	0,62 (0,27 a 1,43)	0,266	0,58 (0,29 a 1,15)	0,117
>3 salários-mínimos	0,22 (0,09 a 0,54)	0,001**	0,42 (0,20 a 0,90)	0,026*	0,62 (0,35 a 1,12)	0,115	0,56 (0,20 a 1,52)	0,255	0,18 (0,06 a 0,56)	0,003**

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; SM: Salário-mínimo.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 6** – Análises preliminares entre as características da amostra e o escore de controle inibitório

<b>CONTROLE INIBITÓRIO</b>		
	<b>Coefficiente (IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>Idade (3 anos)</b>		
4 anos	0,83 (-0,73 a 2,39)	0,297
<b>Sexo (feminino)</b>		
Masculino	-1,88 (-3,13 a -0,63)	0,003**
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>		
< 18 anos	-2,63 (-5,07 a -0,18)	0,035*
> 39 anos	-4,77 (-8,63 a -0,91)	0,016*
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>		
Fundamental	3,00 (-1,99 a 8,00)	0,239
Média	5,78 (0,81 a 10,75)	0,023*
Superior	9,83 (4,24 a 15,42)	0,001**
<b>Raça materna (Branca)</b>		
Parda	-1,29 (-2,93 a 0,36)	0,125
Preta	-1,21 (-5,88 a 3,46)	0,612
Outra	-1,91 (-14,59 a 10,69)	0,767
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>		
Creche	2,82 (1,50 a 4,13)	0,000***
Pai	-0,07 (-8,93 a 8,79)	0,987
Outros	0,30 (-3,30 a 3,90)	0,870
<b>Renda familiar mensal (&lt;1 SM)</b>		
1 a 2 salários-mínimos	3,37 (0,25 a 6,49)	0,034*
2 a 3 salários-mínimos	4,18 (0,85 a 7,51)	0,014*
>3 salários-mínimos	6,92 (3,15 a 10,68)	0,000***

IC: Intervalo de confiança; SM: Salário-Mínimo.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 7 – Análises preliminares entre contato e encarceramento paterno e escores de SDQ**

	SDQ									
	Total		Emocional		Conduta		Hiperatividade		Relação com os colegas	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
<b>Contato paterno (Diário)</b>										
≥ 1x/semana	1,29 (0,93 - 1,80)	0,124	1,23 (0,90 - 1,66)	0,189	1,09 (0,81 - 1,45)	0,572	1,78 (0,76 - 1,81)	0,459	1,39 (0,97 - 1,99)	0,068
< 1x/semana	1,26 (0,85 - 1,88)	0,247	0,71 (0,46 - 1,08)	0,112	1,16 (0,82 - 1,64)	0,393	1,46 (0,90 - 2,37)	0,124	0,90 (0,55 - 1,47)	0,674
Inexistente	1,43 (0,96 - 2,13)	0,076	1,33 (0,92 - 1,93)	0,133	1,25 (0,88 - 1,77)	0,210	1,34 (0,80 - 2,24)	0,262	1,32 (0,84 - 2,07)	0,223
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>										
Sim	2,31 (1,68 - 3,18)	0,000***	1,14 (0,81 - 1,60)	0,441	2,10 (1,57 - 2,81)	0,000***	1,87 (1,25 - 2,81)	0,002**	1,51 (1,03 - 2,20)	0,033*

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 8 – Análises preliminares entre contato e encarceramento paterno e escore de controle inibitório**

	CONTROLE INIBITÓRIO	
	Coefficiente (IC95%)	p
<b>Contato paterno (Diário)</b>		
≥ 1x/semana	-1,81 (-3,66 a 0,05)	0,056
< 1x/semana	-2,41 (-4,64 a -0,18)	0,034*
Inexistente	-2,77 (-5,07 a -0,46)	0,019*
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>		
Sim	-3,96 (-6,00 a -1,92)	0,000***

IC: Intervalo de confiança.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 9 – Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pela mãe e escores de SDQ**

	SDQ									
	Total		Emocional		Conduta		Hiperatividade		Relação com os colegas	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
<b>Agressão física (Ausente)</b>										
Apenas leve	0,93 (0,48 - 1,79)	0,824	0,97 (0,53 - 1,76)	0,916	1,03 (0,60 - 1,76)	0,924	1,15 (0,52 - 2,58)	0,725	0,79 (0,35 - 1,75)	0,561
Grave	1,71 (1,05 - 2,78)	0,030*	1,41 (0,87 - 2,26)	0,158	1,64 (1,06 - 2,53)	0,026*	1,24 (0,63 - 2,46)	0,533	2,05 (1,23 - 3,41)	0,006**
<b>Ferimento (Ausente)</b>										
Apenas leve	1,31 (0,77 - 2,25)	0,322	1,46 (0,89 - 2,40)	0,132	1,47 (0,93 - 2,33)	0,096	1,04 (0,49 - 2,20)	0,916	1,62 (0,91 - 2,85)	0,095
Grave	1,62 (0,75 - 3,47)	0,218	2,20 (1,11 - 4,38)	0,024*	1,34 (0,67 - 2,70)	0,406	0,28 (0,04 - 2,10)	0,218	1,67 (0,72 - 3,87)	0,227
<b>Agressão psicológica (Ausente)</b>										
Apenas leve	1,23 (0,92- 1,63)	0,156	0,91 (0,70 - 1,20)	0,517	1,38 (1,08 - 1,76)	0,009	1,12 (0,76 - 1,64)	0,560	0,86 (0,62 - 1,20)	0,374
Grave	1,29 (0,78 - 2,12)	0,318	1,13 (0,71 - 1,80)	0,612	2,05 (1,36 - 3,08)	0,001**	1,72 (0,95 - 3,11)	0,074	1,00 (0,56 - 1,79)	0,986
<b>Coação sexual (Ausente)</b>										
Apenas leve	0,72 (0,25 - 2,08)	0,547	0,41 (0,12 - 1,36)	0,146	1,11 (0,51 - 2,44)	0,789	1,56 (0,54 - 4,54)	0,410	0,47 (0,11 - 1,98)	0,304
Grave	1,62 (0,44 - 6,04)	0,469	2,74 (0,86 - 8,71)	0,086	0,91 (0,24 - 3,37)	0,884	–	–	2,27 (0,61 - 8,46)	0,222

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 10** – Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pelos parceiros e escores de SDQ

	SDQ									
	Total		Emocional		Conduta		Hiperatividade		Relação com os colegas	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
<b>Agressão física (Ausente)</b>										
Apenas leve	0,58 (0,31 - 1,07)	0,080	0,72 (0,43 - 1,22)	0,224	0,70 (0,43 - 1,12)	0,140	0,45 (0,18 - 1,13)	0,089	0,66 (0,34 - 1,29)	0,222
Grave	1,38 (0,88 - 2,17)	0,160	1,14 (0,73 - 1,77)	0,569	1,49 (1,01 - 2,20)	0,046*	0,87 (0,44 - 1,71)	0,687	1,17 (0,69 - 1,99)	0,547
<b>Ferimento (Ausente)</b>										
Apenas leve	1,54 (0,98 - 2,40)	0,058	1,49 (0,98 - 2,26)	0,064	1,59 (1,08 - 2,35)	0,019*	1,77 (1,03 - 3,06)	0,040*	1,78 (1,11 - 2,86)	0,017*
Grave	3,65 (1,37 - 9,69)	0,009**	2,84 (1,07 - 7,53)	0,036*	1,56 (0,57 - 4,25)	0,384	0,69 (0,09 - 5,25)	0,721	2,26 (0,73 - 7,01)	0,158
<b>Agressão psicológica (Ausente)</b>										
Apenas leve	1,02 (0,77 - 1,36)	0,877	0,78 (0,60 - 1,02)	0,069	1,41 (1,11 - 1,79)	0,005**	1,08 (0,74 - 1,58)	0,676	0,79 (0,57 - 1,10)	0,163
Grave	0,99 (0,61 - 1,60)	0,970	0,76 (0,48 - 1,20)	0,243	1,83 (1,25 - 2,67)	0,002**	1,28 (0,71 - 2,31)	0,415	1,16 (0,70 - 1,91)	0,561
<b>Coação sexual (Ausente)</b>										
Apenas leve	0,92 (0,27 - 3,20)	0,902	0,72 (0,21 - 2,50)	0,610	1,61 (0,63 - 4,11)	0,321	1,25 (0,28 - 5,45)	0,770	0,38 (0,05 - 2,87)	0,348
Grave	2,47 (0,45 - 13,54)	0,299	1,93 (0,35 - 10,59)	0,449	2,76 (0,55 - 13,72)	0,215	–	–	6,85 (1,37 - 34,17)	0,019*

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 11** – Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pelas mães e escore de controle inibitório

	CONTROLE INIBITÓRIO	
	Coefficiente (IC95%)	p
<b>Agressão física (Ausente)</b>		
Apenas leve	-1,59 (-4,96 a 1,79)	0,356
Grave	-2,79 (-5,75 a 0,16)	0,064
<b>Ferimento (Ausente)</b>		
Apenas leve	-4,11 (-7,15 a -1,06)	0,008**
Grave	-1,35 (-5,94 a 3,24)	0,564
<b>Agressão psicológica (Ausente)</b>		
Apenas leve	-3,24 (-4,76 a -1,72)	0,000***
Grave	-4,44 (-7,19 a -1,68)	0,002**
<b>Coação sexual (Ausente)</b>		
Apenas leve	-4,01 (-9,04 a 1,03)	0,119
Grave	4,64 (-3,40 a 12,69)	0,258

IC: Intervalo de confiança.

\*p&lt;0,05. \*\*p&lt;0,01. \*\*\*p&lt;0,001.

**Tabela 12** – Análises preliminares entre violência doméstica sofrida pelos parceiros e escore de controle inibitório

	CONTROLE INIBITÓRIO	
	Coefficiente (IC95%)	p
<b>Agressão física (Ausente)</b>		
Apenas leve	1,41 (-1,31 a 4,14)	0,308
Grave	-2,47 (-5,11 a 0,17)	0,067
<b>Ferimento (Ausente)</b>		
Apenas leve	-4,15 (-6,76 a -1,53)	0,002**
Grave	-1,47 (-8,22 a 5,29)	0,670
<b>Agressão psicológica (Ausente)</b>		
Apenas leve	-3,02 (-4,52 a -1,53)	0,000***
Grave	-3,11 (-5,62 a -0,61)	0,015**
<b>Coação sexual (Ausente)</b>		
Apenas leve	-2,92 (-9,32 a 3,48)	0,371
Grave	4,16 (-7,17 a 15,50)	0,471

IC: Intervalo de confiança.

\*p&lt;0,05. \*\*p&lt;0,01. \*\*\*p&lt;0,001.

Dessa forma, para melhor compreensão da associação entre violência doméstica e os desfechos estudados e em decorrência das características multidimensionais e multifacetadas da violência, ela foi avaliada por meio da análise de classes latentes (ACL). As medidas de ajuste de ACL estão apresentadas na Tabela 13. Para essa análise foram considerados todos os quatro tipos de violências, tanto os sofridos pelas mães quanto pelos parceiros.

**Tabela 13 - Medidas de ajuste do modelo de classes latentes, 2-3 classes**

	LL	GL	AIC	BIC	ENTROPIA	VARIAÇÃO RELATIVA DO AIC	VARIAÇÃO RELATIVA DO BIC
<b>Violência (ausente, leve e grave)</b>							
1	-5.600,2	16	11.232,4	11.318,0	-	-	-
2	-4.770,4	30	9.600,9	9.761,2	0,86	14,5%	13,8%
3	-2.653,7	45	8.854,2	9.094,7	0,88	7,8%	6,8%

N=1.547

AIC: Critério de informação de Akaike; BIC: Critério de informação Bayesiano; GL: graus de liberdade; LL: Log likelihood.

Notou-se que o modelo de três classes com distribuição multinomial apresentou menores valores de AIC e BIC e maior entropia comparativamente ao de duas classes. Adicionalmente, para a interpretação dos padrões de similaridades encontrados pela ACL é fundamental avaliar o comportamento das variáveis originais dentro de cada grupo, buscando identificar aquelas que mais distinguem um determinado grupo dos demais. Assim, conforme as Tabelas 14 e 15, que mostram as distribuições de violência doméstica por grupos de classes latentes, observa-se no modelo com duas classes latentes que o grupo G2-2 apresenta maior ausência de violência comparativamente ao grupo G2-1 em todos os tipos de violências. Já no modelo com três classes, observa-se que o

grupo G3-2 apresenta maior ausência de violência em relação aos demais grupos, sendo o grupo G3-3 aquele que apresentou maior ocorrência de violências graves.

Dessa forma, o modelo com três classes latentes foi escolhido para a análise da violência doméstica neste estudo, sendo os grupos G3-1, G3-2 e G3-3 doravante chamados, respectivamente, de “Violência intermediária”, “Violência ausente” e “Violência severa”. Faz-se importante observar a distinção entre esses termos, que se referem aos grupos de classes latentes, nos quais são agrupados os diversos tipos, graus e direcionamentos de violência, e os termos “violência ausente”, “violência leve” e “violência grave” que descrevem individualmente a prevalência e grau de violência de cada tipo para um determinado indivíduo.

Por fim, as análises preliminares entre o modelo de violência doméstica com três classes latentes e os escores de SDQ e controle inibitório estão apresentadas, respectivamente, nas Tabelas 16 e 17.

**Tabela 14 - Distribuição da violência doméstica sofrida pelas mães por grupos de classes latentes – 3 níveis de violência**

	VIOLÊNCIA (AUSENTE, LEVE E GRAVE)						
	2 classes		p	3 classes			p
	G2 - 1	G2 - 2		G3 - 1 (Violência Intermediária)	G3 - 2 (Violência Ausente)	G3 - 3 (Violência Grave)	
<b>Agressão física</b>			<0,001				<0,001
Ausente	885/897 (98,7)	479/633 (75,7)		584/636 (91,8)	764/776 (98,5)	16/118 (13,6)	
Leve	10/897 (1,1)	61/633 (9,6)		42/636 (6,6)	10/776 (1,3)	19/118 (16,1)	
Grave	2/897 (0,2)	93/633 (14,7)		10/636 (1,6)	2/776 (0,3)	83/118 (70,3)	
<b>Ferimento</b>			<0,001				<0,001
Ausente	883/890 (99,2)	516/633 (81,5)		609/637 (95,6)	762/769 (99,1)	28/117 (23,9)	
Leve	5/890 (0,6)	82/633 (13,0)		28/637 (4,4)	5/769 (0,7)	54/117 (46,2)	
Grave	2/890 (0,2)	35/633 (5,5)		0/637 (0,0)	2/769 (0,3)	35/117 (29,9)	
<b>Agressão psicológica</b>			<0,001				<0,001
Ausente	852/889 (95,8)	41/635 (6,5)		156/638 (24,5)	733/768 (95,4)	4/118 (3,4)	
Leve	34/889 (3,8)	484/635 (76,2)		436/638 (68,3)	32/768 (4,2)	50/118 (42,4)	
Grave	3/889 (0,3)	110/635 (17,3)		46/638 (7,2)	3/768 (0,4)	64/118 (54,2)	
<b>Coação sexual</b>			<0,001				<0,001 <sup>(1)</sup>
Ausente	883/897 (98,4)	609/638 (95,5)		627/638 (98,3)	767/778 (98,6)	98/119 (82,4)	
Leve	14/897 (1,6)	17/638 (2,7)		9/638 (1,4)	11/778 (1,4)	11/119 (9,2)	
Grave	0/897 (0,0)	12/638 (1,9)		2/638 (0,3)	0/778 (0,0)	10/119 (8,4)	

1: nível descritivo do teste de exato de Fisher.

**Tabela 15 - Distribuição da violência doméstica sofrida pelos parceiros por grupos de classes latentes – 3 níveis de violência**

	VIOLÊNCIA (AUSENTE, LEVE E GRAVE)						P
	2 classes		P	3 classes			
	G2 - 1	G2 - 2		G3 - 1 (Violência Intermediária)	G3 - 2 (Violência Ausente)	G3 - 3 (Violência Grave)	
<b>Agressão física</b>			<0,001				<0,001
Ausente	886/901 (98,3)	415/635 (65,4)		523/638 (82,0)	765/780 (98,1)	13/118 (11,0)	
Leve	12/901 (1,3)	101/635 (15,9)		86/638 (13,5)	12/780 (1,5)	15/118 (12,7)	
Grave	3/901 (0,3)	119/635 (18,7)		29/638 (4,5)	3/780 (0,4)	90/118 (76,3)	
<b>Ferimento</b>			<0,001				<0,001
Ausente	859/892 (96,3)	527/634 (83,1)		593/639 (92,8)	746/771 (96,8)	47/116 (40,5)	
Leve	33/892 (3,7)	90/634 (14,2)		45/639 (7,0)	25/771 (3,2)	53/116 (45,7)	
Grave	0/892 (0,0)	17/634 (2,7)		1/639 (0,2)	0/771 (0,0)	16/116 (13,8)	
<b>Agressão psicológica</b>			<0,001				<0,001
Ausente	769/888 (86,6)	11/638 (1,7)		8/641 (1,2)	767/767 (100,0)	5/118 (4,2)	
Leve	107/888 (12,0)	495/638 (77,6)		554/641 (86,4)	0/767 (0,0)	48/118 (40,7)	
Grave	12/888 (1,4)	132/638 (20,7)		79/641 (12,3)	0/767 (0,0)	65/118 (55,1)	
<b>Coação sexual</b>			<0,001 <sup>(1)</sup>				<0,001 <sup>(1)</sup>
Ausente	893/896 (99,7)	614/636 (96,5)		628/638 (98,4)	773/776 (99,6)	106/118 (89,8)	
Leve	3/896 (0,3)	16/636 (2,5)		10/638 (1,6)	3/776 (0,4)	6/118 (5,1)	
Grave	0/896 (0,0)	6/636 (0,9)		0/638 (0,0)	0/776 (0,0)	6/118 (5,1)	

1: nível descritivo do teste de exato de Fisher

**Tabela 16** - Análises preliminares entre o modelo de violência doméstica com três classes latentes e os escores de SDQ

	SDQ									
	Total		Emocional		Conduta		Hiperatividade		Relação com os colegas	
	OR bruto (IC95%)	p	OR bruto (IC95%)	p	OR bruto (IC95%)	p	OR bruto (IC95%)	p	OR bruto (IC95%)	p
<b>Violência doméstica</b>										
<b>3 classes latentes (ausente)</b>		0,116		0,043		0,001		0,672		0,045
Violência intermediária	0,89 (0,67 - 1,18)	0,412	0,74 (0,57 - 0,97)	0,028*	1,34 (1,06 - 1,70)	0,015*	1,14 (0,79 - 1,65)	0,471	0,69 (0,49 - 0,95)	0,025*
Violência severa	1,47 (0,92 - 2,33)	0,105	1,16 (0,74 - 1,82)	0,51	1,96 (1,31 - 2,94)	0,001**	0,88 (0,43 - 1,82)	0,737	1,55 (0,95 - 2,53)	0,08

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001.

**Tabela 17** - Análises preliminares entre o modelo de violência doméstica com três classes latentes e controle inibitório

	CONTROLE INIBITÓRIO	
	Coefficiente bruto (IC95%)	p
<b>Violência doméstica</b>		
<b>3 classes latentes (Violência ausente)</b>		0,001
Violência intermediária	-2,64 (-4,11 a -1,17)	<0,001***
Violência severa	-3,32 (-6,04 a -0,60)	0,017*

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,0

#### **4.4 Análises de associações entre ausência paterna e violência doméstica e chances de transtornos psiquiátricos**

Após as análises preliminares, foram gerados modelos de regressões multivariadas completos e reduzidos, considerando-se todas as variáveis, para a análise controlada das associações entre elas e os escores do SQD. A renda familiar não foi incluída devido à grande porcentagem de informações ausentes (55,8% da amostra), o que faria com que sua inclusão diminuísse substancialmente o tamanho da amostra. Os modelos reduzidos foram gerados excluindo-se uma a uma as variáveis não significantes, por ordem de significância.

Os resultados das regressões multivariadas estão apresentados a seguir, considerando-se os desfechos de SDQ para escore total de dificuldades, sintomas Emocionais, problemas de Conduta, hiperatividade/déficit de atenção e problemas de relacionamento com colegas.

Conforme mostrado na Tabela 18, apresentaram associações significativas com o escore total de dificuldades o principal cuidador ( $p=0,002$ ) e o encarceramento paterno ( $p<0,001$ ). Dessa forma, observou-se que as crianças que passavam a maior parte do tempo na creche tiveram chance 34% menor de apresentar transtornos psiquiátricos que as crianças que tinham a mãe como principal cuidadora. Ainda, as crianças cujos pais apresentavam histórico de encarceramento tiveram chances 2,5 vezes maiores de possuir transtornos psiquiátricos que as crianças cujos pais nunca foram presos.

**Tabela 18** – Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ escore total de dificuldades

	MODELO COMPLETO		MODELO REDUZIDO	
	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>				
4 anos	0,92 (0,61 - 1,39)	0,676	-	-
<b>Sexo (feminino)</b>				
Masculino	0,80 (0,56 - 1,14)	0,218	-	-
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>		0,337		-
< 18 anos	1,54 (0,83 - 2,86)	0,174	-	-
> 39 anos	1,40 (0,50 - 3,95)	0,524	-	-
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>		0,326		-
Fundamental	0,35 (0,11 - 1,11)	0,075	-	-
Média	0,34 (0,11 - 1,10)	0,072	-	-
Superior	0,29 (0,06 - 1,30)	0,106	-	-
<b>Raça materna (Branca)</b>		0,631		-
Parda	1,07 (0,72 - 1,58)	0,751	-	-
Preta	2,08 (0,69 - 6,29)	0,195	-	-
Outra	1,41 (0,11 - 17,50)	0,788	-	-
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>		0,007		0,002
Creche	0,60 (0,40 - 0,90)	0,012*	0,66 (0,51 - 0,84)	0,001**
Pai	0,50 (0,06 - 4,40)	0,529	0,39 (0,05 - 3,13)	0,378
Outros	2,61 (1,04 - 6,58)	0,041*	1,48 (0,82 - 2,69)	0,194
<b>Contato paterno (Diário)</b>		0,457		-
< 1x/semana	0,43 (0,13 - 1,40)	0,161	-	-
≥ 1x/semana	0,97 (0,50 - 1,90)	0,939	-	-
Inexistente	0,64 (0,24 - 1,69)	0,368	-	-
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>				-
Sim	4,21 (2,50 - 7,07)	<0,001***	2,48 (1,78 - 3,44)	<0,001***
<b>Violência doméstica</b>				
<b>3 classes latentes (Ausente)</b>		0,234		-
Violência intermediária	0,72 (0,50 - 1,05)	0,092	-	-
Violência severa	0,78 (0,40 - 1,51)	0,460	-	-
<b>N</b>		920		1.839

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001.

A Tabela 19 mostra as associações ao escore de sintomas emocionais. De forma semelhante ao observado com o escore total de dificuldades, no modelo reduzido, o principal cuidador (p=0,007) e a violência doméstica (p=0,049) foram relacionados a risco elevado de problemas emocionais. Crianças cuidadas na maior parte do tempo por outros (excluindo-se pai e a creche) mostraram 2,9 vezes mais chance de problemas emocionais que aquelas cuja cuidadora principal era a mãe. Na direção oposta, as crianças pertencentes ao grupo de violência intermediária

mostraram chances de problemas emocionais 24% menores do que as crianças pertencentes ao grupo de violência ausente. Não se verificou diferença de chances entre os grupos de violência severa e ausente.

**Tabela 19 – Modelos logísticos multivariados completo e reduzido - SDQ sintomas emocionais**

	MODELO COMPLETO		MODELO REDUZIDO	
	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>				
4 anos	1,08 (0,73 - 1,59)	0,705	-	-
<b>Sexo (feminino)</b>				
Masculino	1,08 (0,77 - 1,53)	0,646	-	-
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>		0,635		
< 18 anos	1,24 (0,66 - 2,33)	0,501	-	-
> 39 anos	1,41 (0,54 - 3,68)	0,480	-	-
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>		0,380		
Fundamental	0,41 (0,13 - 1,27)	0,121	-	-
Média	0,42 (0,13 - 1,32)	0,137	-	-
Superior	0,60 (0,15 - 2,38)	0,464	-	-
<b>Raça materna (Branca)</b>		0,983		
Parda	0,96 (0,66 - 1,38)	0,810	-	-
Preta	1,05 (0,33 - 3,36)	0,930	-	-
Outra	1,38 (0,14 - 14,15)	0,784	-	-
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>		0,871		0,007
Creche	0,87 (0,60 - 1,26)	0,469	1,01 (0,77 - 1,32)	0,940
Pai	0,59 (0,07 - 4,96)	0,629	0,40 (0,05 - 3,16)	0,385
Outros	0,97 (0,31 - 3,00)	0,959	2,89 (1,54 - 5,44)	0,001**
<b>Contato paterno (Diário)</b>		0,425		
< 1x/semana	0,34 (0,08 - 1,53)	0,161	-	-
≥ 1x/semana	0,82 (0,41 - 1,64)	0,571	-	-
Inexistente	1,32 (0,57 - 3,04)	0,513	-	-
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>				
Sim	1,16 (0,64 - 2,09)	0,624	-	-
<b>Violência doméstica</b>				
<b>3 classes latentes (Ausente)</b>		0,102		0,049
Violência intermediária	0,75 (0,52 - 1,09)	0,129	0,76 (0,58 - 1,00)	0,048*
Violência severa	1,35 (0,74 - 2,48)	0,327	1,25 (0,78 - 1,99)	0,352
N		920		1.440

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001.

Com relação aos problemas de conduta, conforme disposto na Tabela 20, permaneceram significantes no modelo reduzido o principal cuidador (p=0,003), o encarceramento paterno (p<0,001) e a violência doméstica (p=0,021). Observou-se que as crianças que tinham a creche como principal cuidador apresentavam

chances de problemas de conduta 30% menores que as cuidadas majoritariamente pela mãe. As crianças cujo pai tinha histórico de encarceramento mostraram chances de problemas de conduta 2,6 vezes maiores que aquelas cujo pai nunca fora preso. Já os grupos com violência intermediária e severa mostraram, respectivamente, chances 29% e 73% maiores com ocorrências de problemas de conduta quando comparados ao grupo de violência ausente.

**Tabela 20** – Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ problemas de conduta

	MODELO COMPLETO		MODELO REDUZIDO	
	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>				
4 anos	0,92 (0,65 - 1,29)	0,617	-	-
<b>Sexo (feminino)</b>				
Masculino	0,83 (0,61 - 1,11)	0,209	-	-
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>		0,343		
< 18 anos	1,41 (0,81 - 2,45)	0,227	-	-
> 39 anos	1,49 (0,61 - 3,65)	0,382	-	-
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>		0,656		
Fundamental	0,51 (0,16 - 1,57)	0,239	-	-
Média	0,52 (0,17 - 1,63)	0,262	-	-
Superior	0,42 (0,11 - 1,70)	0,225	-	-
<b>Raça materna (Branca)</b>		0,945		
Parda	1,07 (0,77 - 1,48)	0,697	-	-
Preta	0,95 (0,32 - 2,81)	0,926	-	-
Outra	0,59 (0,05 - 7,34)	0,678	-	-
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>		0,009		0,003
Creche	0,62 (0,44 - 0,86)	0,004**	0,70 (0,55 - 0,89)	0,004**
Pai	2,18 (0,50 - 9,41)	0,296	1,39 (0,39 - 4,93)	0,613
Outros	1,50 (0,61 - 3,72)	0,377	1,82 (0,94 - 3,51)	0,075
<b>Contato paterno (Diário)</b>		0,455		
< 1x/semana	1,21 (0,50 - 2,92)	0,670	-	-
≥ 1x/semana	0,61 (0,33 - 1,15)	0,128	-	-
Inexistente	1,00 (0,46 - 2,17)	0,992	-	-
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>				
Sim	3,38 (2,09 - 5,48)	<0,001***	2,63 (1,80 - 3,84)	<0,001***
<b>Violência doméstica</b>				
<b>3 classes latentes (Ausente)</b>		0,240		0,021
Violência intermediária	0,98 (0,71 - 1,34)	0,900	1,29 (1,01 - 1,67)	0,045*
Violência severa	1,55 (0,89 - 2,70)	0,118	1,73 (1,11 - 2,69)	0,015*
<b>N</b>		920		1.413

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001.

A hiperatividade/déficit de atenção, exposta na Tabela 21, permaneceu significativamente associada no modelo reduzido apenas ao encarceramento paterno ( $p=0,002$ ). As crianças cujo pai tinha histórico de encarceramento apresentaram chance de hiperatividade/déficit de atenção 87% maior que aquelas cujo pai nunca havia sido preso.

**Tabela 21** – Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ hiperatividade/déficit de atenção

	MODELO COMPLETO		MODELO REDUZIDO	
	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>				
4 anos	0,71 (0,40 - 1,26)	0,247	-	-
<b>Sexo (feminino)</b>				
Masculino	1,06 (0,66 - 1,70)	0,802	-	-
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>		0,382		
< 18 anos	1,72 (0,79 - 3,73)	0,168	-	-
> 39 anos	1,20 (0,26 - 5,42)	0,816	-	-
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>		0,479		
Fundamental	0,70 (0,14 - 3,45)	0,656	-	-
Média	0,91 (0,18 - 4,53)	0,910	-	-
Superior	0,26 (0,02 - 3,35)	0,298	-	-
<b>Raça materna (Branca)</b>		0,658		
Parda	1,20 (0,71 - 2,03)	0,495	-	-
Preta	0,97 (0,12 - 8,04)	0,980	-	-
Outra	4,05 (0,37 - 44,69)	0,253	-	-
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>		0,051		
Creche	0,66 (0,39 - 1,13)	0,128	-	-
Pai	-	-	-	-
Outros	2,69 (0,85 - 8,56)	0,093	-	-
<b>Contato paterno (Diário)</b>		0,337		
< 1x/semana	0,20 (0,02 - 1,60)	0,129	-	-
≥ 1x/semana	0,66 (0,25 - 1,78)	0,414	-	-
Inexistente	0,56 (0,15 - 2,06)	0,385	-	-
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>				
Sim	4,49 (2,37 - 8,48)	<0,001***	1,87 (1,25 - 2,81)	0,002**
<b>Violência doméstica</b>				
<b>3 classes latentes (Ausente)</b>		0,342		
Violência intermediária	1,05 (0,64 - 1,72)	0,843	-	-
Violência severa	0,48 (0,17 - 1,40)	0,182	-	-
N		920		1.974

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,001$ .

Ainda, conforme apontado na Tabela 22, permaneceram significativamente associados a problemas de relacionamento com colegas, no modelo reduzido, a escolaridade materna ( $p=0,018$ ), o encarceramento paterno ( $p=0,041$ ) e a violência doméstica ( $p=0,011$ ). A chance de problemas de relacionamento com os colegas reduziu-se à medida que a escolaridade materna aumentou. Ela foi, respectivamente, 66%, 59% e 85% menor para as crianças cujas mães tinham ensino fundamental, médio e superior, comparativamente à chance das crianças cujas mães não possuíam nenhuma escolaridade.

As crianças cujo pai tinha histórico de encarceramento tiveram chance de problemas de relacionamento com colegas 66% maior que as crianças cujo pai nunca havia sido preso.

Em relação à violência doméstica, não se verificaram diferenças de chances entre os grupos intermediário e severo comparados ao de violência ausente. Entretanto, observou-se diferenças de chances entre o grupo de violência intermediária e severa ( $p=0,037$ ). Assim, a chance de problemas de relacionamento com os colegas em crianças pertencentes ao grupo de violência severa foi 2,20 vezes (IC95%: 1,29 – 3,74;  $p=0,004$ ) maior que das crianças do grupo de violência intermediária.

**Tabela 22** – Modelos logísticos multivariados completo e reduzido – SDQ  
problemas de relacionamento com colegas

	MODELO COMPLETO		MODELO REDUZIDO	
	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>				
4 anos	0,94 (0,58 - 1,52)	0,797	-	-
<b>Sexo (feminino)</b>				
Masculino	0,97 (0,64 - 1,48)	0,901	-	-
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>		0,504		-
< 18 anos	1,26 (0,60 - 2,61)	0,541	-	-
> 39 anos	1,81 (0,58 - 5,62)	0,303	-	-
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>		0,043		0,018
Fundamental	0,20 (0,06 - 0,62)	0,006**	0,34 (0,14 - 0,81)	0,015*
Média	0,20 (0,06 - 0,62)	0,005**	0,41 (0,17 - 0,98)	0,045*
Superior	0,17 (0,03 - 0,87)	0,034*	0,15 (0,04 - 0,54)	0,004**
<b>Raça materna (Branca)</b>		0,954		-
Parda	1,07 (0,68 - 1,69)	0,769	-	-
Preta	0,97 (0,21 - 4,51)	0,966	-	-
Outra	-	-	-	-
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>		0,548		-
Creche	0,72 (0,45 - 1,14)	0,160	-	-
Pai	0,94 (0,11 - 8,28)	0,955	-	-
Outros	0,67 (0,14 - 3,10)	0,608	-	-
<b>Contato paterno (Diário)</b>		0,574		-
< 1x/semana	0,37 (0,08 - 1,77)	0,212	-	-
≥ 1x/semana	0,72 (0,30 - 1,71)	0,459	-	-
Inexistente	0,96 (0,35 - 2,65)	0,939	-	-
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>				
Sim	2,43 (1,31 - 4,49)	0,005**	1,66 (1,02 - 2,71)	0,041*
<b>Violência doméstica</b>				
<b>3 classes latentes (Ausente)</b>		0,018		0,011
Violência intermediária	0,53 (0,34 - 0,84)	0,006**	0,73 (0,52 - 1,03)	0,074
Violência severa	0,98 (0,48 - 2,02)	0,967	1,61 (0,96 - 2,70)	0,070
N		920		1.468

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001.

#### 4.5 Análises de associações entre ausência paterna e violência doméstica e controle inibitório

Por fim, foram gerados modelos de regressões multivariadas completos e reduzidos, considerando-se todas as variáveis, com exceção da renda, para a análise controlada das associações entre tais variáveis e o controle inibitório.

Conforme mostra a Tabela 23, no modelo reduzido 1, ao contrário do observado com violência intermediária, não houve associação significativa entre violência severa e controle inibitório. Contudo, como o coeficiente foi próximo ao apresentado pela violência intermediária, foi realizado um teste adicional, que apontou que as razões de chances entre os grupos de violência intermediária e severa mostraram-se similares ( $p=0,978$ ). Dessa forma, os dois grupos de violência foram agregados e estimou-se novamente o modelo por meio do modelo reduzido 2. Neste modelo permaneceram significantes a idade materna ( $p=0,013$ ), escolaridade materna ( $p=0,011$ ), principal cuidador ( $p=0,006$ ), encarceramento paterno ( $p=0,006$ ) e violência doméstica ( $p=0,002$ ).

Observou-se que as crianças cujas mães tinham menos que 18 ou mais que 39 anos tiveram respectivamente, em média, 3,16 e 5,07 pontos a menos no escore de Controle Inibitório que as crianças cujas mães tinham entre 18 e 39 anos. Em contrapartida, as crianças cujas mães possuíam ensino médio ou superior apresentaram respectivamente, em média, 5,83 e 9,90 pontos a mais que as crianças cujas mães não tinham educação formal. Adicionalmente, crianças cuidadas majoritariamente pela creche mostraram, em média, 2,55 pontos a mais que aquelas cuidadas principalmente pelas mães.

Histórico de encarceramento paterno foi associado, em média, a escore de controle inibitório 3,61 pontos menor que o apresentado por crianças cujo pai nunca havia sido preso. Por último, as crianças pertencentes ao grupo com violência doméstica, seja ela intermediária ou severa, apresentaram, em média, 2,31 pontos a menos que as pertencentes ao grupo de violência ausente.

**Tabela 23 – Modelos logísticos multivariados completo e reduzidos – Controle Inibitório**

	MODELO COMPLETO		MODELO REDUZIDO 1		MODELO REDUZIDO 2	
	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Idade (3 anos)</b>						
4 anos	1,15 (-0,91 a 3,22)	0,273	-	-	-	-
<b>Sexo (feminino)</b>						
Masculino	-0,55 (-2,37 a 1,26)	0,549				
<b>Idade materna (18-39 anos)</b>						
< 18 anos	-3,16 (-6,72 a 0,40)	0,082	-3,16 (-6,16 a -0,16)	0,039*	-3,16 (-6,16 a -0,16)	0,039*
> 39 anos	-4,80 (-10,41 a 0,81)	0,093	-5,07 (-9,60 a -0,54)	0,028*	-5,07 (-9,60 a -0,54)	0,028*
<b>Escolaridade materna (Nenhuma)</b>						
Fundamental	6,61 (-0,83 a 14,06)	0,082	4,12 (-1,47 a 9,70)	0,149	4,12 (-1,47 a 9,70)	0,148
Média	7,13 (-0,32 a 14,59)	0,061	5,83 (0,27 a 11,39)	0,040*	5,83 (0,27 a 11,39)	0,040*
Superior	13,79 (5,04 a 22,53)	0,002**	9,89 (3,56 a 16,23)	0,002**	9,90 (3,56 a 16,23)	0,002**
<b>Raça materna (Branca)</b>						
Parda	-1,07 (-3,03 a 0,90)	0,286	-	-	-	-
Preta	0,53 (-5,85 a 6,90)	0,871	-	-	-	-
Outra	1,09 (-12,71 a 14,88)	0,877	-	-	-	-
<b>Principal cuidador (Mãe)</b>						
Creche	4,10 (2,14 a 6,06)	<0,001***	2,55 (1,03 a 4,07)	0,001**	2,55 (1,04 a 4,07)	0,001**
Pai	0,68 (-9,08 a 10,44)	0,891	-1,83 (-10,47 a 6,81)	0,678	-1,83 (-10,47 a 6,81)	0,677
Outros	-2,19 (-8,16 a 3,79)	0,472	-1,14 (-5,65 a 3,37)	0,620	-1,14 (-5,64 a 3,37)	0,620
<b>Contato paterno (Diário)</b>						
< 1x/semana	5,06 (-0,58 a 10,69)	0,078	-	-	-	-
≥ 1x/semana	1,92 (-1,71 a 5,56)	0,300	-	-	-	-
Inexistente	-0,60 (-5,44 a 4,24)	0,809	-	-	-	-
<b>Encarceramento paterno (Não)</b>						
Sim	-4,43 (-7,65 a -1,22)	0,007**	-3,60 (-6,21 a -0,99)	0,007**	-3,61 (-6,19 a -1,02)	0,006**
<b>Violência doméstica</b>						
<b>3 classes latentes (Ausente)</b>						
Violência intermediária	-1,32 (-3,23 a 0,58)	0,174	-2,31 (-3,85 a -0,77)	0,003**	-2,31 (-3,79 a -0,83)	0,002**
Violência grave	-1,59 (-5,12 a 1,94)	0,377	-2,35 (-5,23 a 0,54)	0,111		
N	920		1.369		1.369	

IC: Intervalo de confiança; OR: Odds ratio.

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01 \*\*\*p&lt;0,001.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Características da amostra

Os dados obtidos no presente estudo relacionam-se a uma amostra composta por 2 020 díades de crianças e mães residentes na região oeste da cidade de São Paulo, Brasil, entre os anos de 2012 e 2014. Essa amostra mostrou-se majoritariamente constituída por mulheres com idade entre 18 e 30 anos, pardas, sem ensino superior completo, e seus filhos. As famílias viviam, em sua maioria, com uma renda mensal de até dois salários-mínimos para garantir a subsistência de, em média, quatro pessoas.

Dados de 2010 mostraram que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região era muito alto, variando de 0,859, na subprefeitura do Butantã, a 0,906 na subprefeitura da Lapa, que engloba a região do Jaguaré.<sup>(60)</sup> No mesmo ano, o IDH da cidade de São Paulo, do estado de São Paulo e do Brasil eram, respetivamente, de 0,805, 0,783 e 0,727. <sup>(61)</sup> Assim, não obstante a renda familiar reduzida, a população estudada residia em área com IDH maior que o da cidade de São Paulo e do Brasil.

Na observação dos desfechos, constatou-se que a média no escore de controle inibitório foi de 64,8, com desvio padrão de 14,3.

Escore total de dificuldades elevado, mostrando maior chance de transtornos psiquiátricos, foi observado em 17,7% das crianças avaliadas. Maiores chances de problemas emocionais foram verificadas em 21,4% da amostra, enquanto 27,7% dela apresentou perspectiva maior de problemas de

conduta. Escores elevados para problemas de relacionamento com colegas e de hiperatividade/déficit de atenção foram menos prevalentes, correspondendo, respectivamente, a 13,4% e 9,6% da amostra.

Um estudo recente (62), semelhante ao conduzido por nós, que investigou a relação entre violência doméstica sofrida pela mãe e a saúde mental de crianças de 6 a 9 anos de idade moradoras do Recife, em Pernambuco, usando o SDQ, também encontrou maior porcentagem de problemas de conduta e sintomas emocionais, tendo as mães considerado que 60,6% das crianças foram expostas às violências sofridas por elas e 10% tornaram-se também vítimas desses atos. Já os problemas de relacionamento com os colegas e os de hiperatividade/déficit de atenção foram os mais reportados pelos professores.

A comparação com esse estudo brasileiro nos permite pressupor que nossas baixas prevalências de problemas de relacionamento com colegas e hiperatividade/déficit de atenção se deram pela maior dificuldade das mães em observar esses comportamentos na faixa etária estudada, bem como na ausência de informações fornecidas pelos professores, já que as crianças não estavam em idade escolar e menos da metade delas frequentava a creche.

Da mesma forma, estudo publicado em 2003, feito com 107 crianças de 6 a 11 anos na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, evidenciou porcentagem semelhante de escore total de dificuldades elevado (18,7%). A subescala com taxas mais expressivas, por sua vez, foi a de sintomas emocionais, com 30,8% da amostra apresentando pontuações elevadas.(63) Para a mesma faixa etária, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, identificou-se escore total de dificuldades elevado em 10,4% das crianças aos 6 anos e em 14,2% delas aos 11 anos. Contudo, nesse estudo, as porcentagens de

pontuações anormais em cada uma das quatro subescalas do SDQ aos 6 anos, ao contrário das maiores diferenças observadas em nosso estudo e no de Ribeirão Preto, foram bastante parecidas entre si. Elas variaram de 13,4%, para sintomas emocionais, a 14,6% para problemas de conduta. (64)

A presença paterna, uma das principais variáveis analisadas nesse estudo, mostrou-se constante para 69,2% das crianças, que viviam com seus pais. Contato inexistente com o pai, seja por morte deste ou por outros motivos, foi evidenciado em 8,3% da amostra. Já cerca de 14% das crianças, apesar de não residirem com seus pais, os viam ao menos uma vez por semana, enquanto 8,9% delas tinham contato com eles com frequência menor.

Na avaliação da prevalência de violência doméstica observamos que ela ocorreu, em pelo menos uma de suas subclasses, nos lares de 56,8% das crianças, sendo que 17,4% delas habitavam em casas com violência grave. Com exceção da coação sexual, a prevalência das violências direcionadas aos parceiros foi maior que a das sofridas pelas mães. Achados semelhantes foram obtidos por outros autores, que mostraram que as mulheres perpetraram violência doméstica contra seus parceiros tanto quanto (65, 66) ou mais do que eles as vitimaram, com taxas maiores de agressão psicológica e iguais de agressão física (67). Ainda, a violência mais utilizada pelas mulheres é psicológica e repetitiva (68), sendo que as que incorrem em agressão física nem sempre o fazem por auto defesa (67).

Em diferentes capitais do Brasil as prevalências de violência física infringida pelas mulheres também já se mostraram superiores às perpetradas pelos parceiros, tendo variado de 9,5% para eles e 11,2% para elas em João Pessoa a 22,2% para eles e 32,2% para elas em Manaus. Em São Paulo, a prevalência

de perpetração de violência física, de 12,2% para os homens e 17,0% para as mulheres, foi semelhante à encontrada por nós (10,8% e 15,3%). (69)

Outro estudo brasileiro sobre violência doméstica, realizado em Nova Iguaçu, mostrou que 20,9% das mulheres e 22,6% dos homens sofreram agressão física, enquanto a agressão psicológica foi direcionada a 90,6% delas e 91,8% deles. Estas porcentagens foram maiores que as observadas por nós (respectivamente 10,8%, 15,3%, 41,4% e 48,9%), porém também evidenciaram a maior ocorrência da violência psicológica, seguida da agressão física.(70) A agressão psicológica, inclusive, é fortemente relacionada à física. (67, 71)

Ainda, na cidade de São Paulo, em 2000, pesquisa feita com mulheres com, em média, 33 anos, e sem ensino superior completo, ou seja, em população semelhante à avaliada por nós, mostrou prevalência menor de agressão psicológica (18,7%) e física (8,3%) e igual de coerção sexual (2,8%).(72, 73) Assim, em comparação a esse estudo, podemos observar que a coação sexual, violência menos frequente em nosso estudo, manteve-se estável nos últimos anos na cidade de São Paulo, enquanto a ocorrência de agressão física aumentou em dois pontos percentuais e a de psicológica mais que dobrou.

Nas classes latentes geradas para o estudo das associações entre violência doméstica e os desfechos, o grupo de violência ausente foi composto majoritariamente por díades com menos de 5% de prevalência em cada subtipo de violência. O grupo violência severa, por sua vez, foi constituído por famílias com as mais altas prevalências de violência grave, chegando a 76,3% de acometimento por agressão física desse grau. Já o grupo violência intermediária teve formação mais heterogênea, com consideráveis porcentagens de ausência

de violência (porém menores que as do grupo violência ausente) mas alta ocorrência de agressão psicológica, a mais prevalente na amostra.

## **5.2 Análise de associações entre as características da amostra e chances de transtornos psiquiátricos**

Contrariamente a achados prévios que constataram melhores escores em crianças de três anos, filhas de mães com 40 anos ou mais (74), a faixa etária materna não foi vinculada a diferenças no escore total de dificuldades do SDQ em nosso estudo.

Também diferentemente do observado em um estudo brasileiro (75), não observamos associação negativa entre sexo masculino e problemas de hiperatividade/déficit de atenção. Porém, ela apareceu na subescala de relacionamento com os colegas, apesar de não ter permanecido significativa na análise multivariada. O mesmo estudo (75), assim como o observado por nós nas análises preliminares, reportou melhores escores totais de SDQ em crianças cujas mães tinham maior escolaridade ou maior renda familiar. De forma semelhante, melhor desenvolvimento infantil foi associado a estes fatores em outros países em desenvolvimento. (76)

A atuação da creche como principal cuidador se associou a menores chances de transtornos psiquiátricos, além de a menos problemas de conduta e de relacionamento com colegas, tendo as associações com os dois primeiros se mantido nos modelos reduzidos. Por sua vez, as crianças avaliadas tiveram

menores chances de apresentarem sintomas emocionais quando cuidadas majoritariamente por outras pessoas, que não os pais ou a creche.

### **5.3 Análise de associações entre ausência e encarceramento paterno e chances de transtornos psiquiátricos**

Não se evidenciou nenhuma associação entre ausência paterna e chances de transtornos psiquiátricos. Essa inexistência de associação também foi mostrada em estudo com 596 crianças de sete ou oito de idade anos realizado no sul do Brasil.(75)

Esses achados divergem dos de um estudo que revisou 27 pesquisas realizadas em países desenvolvidos, mostrando associação causal entre ausência paterna e prejuízo do desenvolvimento socioemocional em crianças, principalmente naquelas cujos pais estavam distantes já na primeira infância.(77) Estudo britânico que utilizou SDQ também sugeriu causalidade entre ausência paterna aos três anos e problemas comportamentais aos cinco.(78)

Em contrapartida, foram observadas associações robustas entre histórico de encarceramento paterno e maior probabilidade de transtornos psiquiátricos. Pouco mais que 10% das crianças avaliadas tinham pais que estavam ou já haviam sido presos. Elas apresentaram chances quatro vezes maiores para transtornos psiquiátricos e de hiperatividade/déficit de atenção, três vezes maiores para problemas de conduta e duas vezes maiores para problemas de relacionamento com colegas. O único domínio analisado que não apresentou

associação ao histórico de encarceramento paterno foi o de sintomas emocionais.

De forma semelhante ao evidenciado em nosso estudo, o encarceramento paterno já foi associado a distúrbios socioemocionais, principalmente aos problemas de conduta e de déficit de atenção, na primeira infância (79), problemas externalizantes em crianças, principalmente naquelas de maior faixa etária (80), transtornos de ansiedade na adolescência (81), bem como a depressão, delinquência e outros transtornos psiquiátricos infantis, em estudos conduzidos principalmente em países desenvolvidos. (82-84)

Ademais, como pontuado por Haskins, 2015(84), é importante notar o fato de que a prisão paterna não acontece aleatoriamente, mas pode estar relacionada a outros fatores que, por sua vez, também influenciam o desenvolvimento infantil.

#### **5.4 Análise de associações entre violência doméstica e chances de transtornos psiquiátricos**

Não houve associação significativa entre violência doméstica e elevação de escore total de dificuldades, não tendo nosso estudo, portanto, caracterizado relação entre violência doméstica e chances aumentadas de transtornos psiquiátricos no geral. Esse achado encontra-se em oposição ao observado por estudo brasileiro já mencionado (62), que concluiu que crianças que haviam sido expostas a violência doméstica antes dos 3 anos apresentaram maiores chances de transtornos psiquiátricos, quando avaliadas entre os 6 a 9 anos de idade.

Contudo, o estudo considera a possibilidade de que alguns efeitos deletérios da convivência em lares com violência doméstica na saúde mental das crianças podem, apesar de não evidentes já na primeira infância, afigurar-se posteriormente. Da mesma forma, o risco aumentado de transtornos psiquiátricos na idade escolar já foi associado a exposição a violência interpessoal durante a primeira infância por outro estudo, que também considerou a existência de um período de latência entre a exposição à violência e o surgimento de sintomas comportamentais.(85)

Além da ausência de associação entre violência doméstica e transtornos psiquiátricos no geral, em nosso estudo também não observamos associações entre violência e problemas de hiperatividade/déficit de atenção.

Já os problemas de relacionamento com os colegas foram relacionados a chances mais que duas vezes maiores de ocorrência em crianças pertencentes ao grupo violência severa quando comparadas às vinculadas ao de violência intermediária.

Os problemas de conduta na primeira infância, assim como já evidenciando na literatura (86), também mostraram-se associados à violência doméstica, com chances 29% maiores para as crianças cujas mães eram pertencentes ao grupo de violência intermediária e 73% maiores para aquelas inseridas em violência severa.

Em contrapartida, a associação entre violência doméstica e sintomas emocionais apresentou-se em direção contrária à teorizada por nós. As crianças cujas mães pertenciam ao grupo violência intermediária, ou seja, com grande prevalência de agressão psicológica e baixa prevalência das demais, apresentaram chances 24% menores para sintomas emocionais que as

pertences ao grupo de violência ausente. Uma explicação plausível para esse achado é o desenvolvimento de resiliência por parte dessas crianças, já que a exposição a níveis controlados e administráveis de estresse pode culminar em benefícios psicológicos, inclusive por mecanismos epigenéticos, por meio de maior resistência a estresses posteriores. (87-89) Assim, a exposição a níveis intermediários de violência doméstica (majoritariamente agressão psicológica) pode ter diminuído a ocorrência de sintomas emocionais nas crianças. É possível que as mães tenham contribuído para isso por meio de parentalidade positiva, estímulo ao envolvimento paterno e à participação em atividades do interesse da criança, medidas para redução do impacto da exposição à violência e pelo próprio bem-estar materno. (90, 91)

### **5.5 Análise de associações entre as características da amostra e controle inibitório**

Nas análises preliminares, o sexo masculino e a idade materna igual ou maior que 40 anos foram negativamente associados ao escore de controle inibitório. A relação com o sexo da criança perdeu-se, contudo, nos modelos multivariados, ao passo que, em conjunto com a idade materna avançada, mães adolescentes também se associaram de maneira negativa à habilidade. Escores mais altos, por sua vez, foram observados em crianças que eram cuidadas majoritariamente pela creche.

## **5.6 Análise de associações entre ausência e encarceramento paterno e controle inibitório**

Uma primeira análise mostrou menores escores de controle inibitório em crianças que tinham contato inexistente com os pais, ou contatos que ocorriam menos que uma vez por semana. Essa associação, contudo, não se manteve quando estudados os modelos multivariados, e, assim, não se mostrou verdadeira, da mesma forma como observado em relação à ausência paterna e transtornos psiquiátricos.

Já a associação de encarceramento paterno com controle inibitório mostrou escores, em média, 3,61 pontos menores (IC95% -6,19 a -1,02) que os das crianças cujos pais nunca haviam sido presos. Vínculo seguro com o pai, que está prejudicado nessas situações, é relevante para o desenvolvimento de controle inibitório.(92)

## **5.7 Análise de associações entre violência doméstica e controle inibitório**

Para a análise da associação entre violência doméstica e controle inibitório os grupos de violência intermediária e grave, que possuíam razões de chances similares, foram agregados formando o grupo de violência presente. Observou-se então associação entre violência doméstica e menor controle inibitório na primeira infância, assim como apontado recentemente por estudo sul-coreano que, assim como nós, avaliou o controle inibitório por meio da escala do

CBQ.(93) De forma semelhante, a exposição à violência no lar, escola ou comunidade já foi associada a prejuízo na auto regulação, que abarca as funções executivas e o controle com esforço, dos quais fazem parte o controle inibitório.(94)

Os efeitos deletérios da violência doméstica nas funções executivas podem, ainda, ter sido mitigados em famílias com estilo parental compreensível, cuidadoso, pouco crítico, intrusivo e punitivo e pela saúde emocional das mães. (95, 96) Não obstante, as repercussões negativas da violência doméstica nas funções executivas e problemas externalizantes infantis são mediadas pelo impacto nocivo que ela tem sobre a parentalidade materna, já que os sentimentos da mãe frente à violência podem transbordar para interações menos sensíveis e engajadas, além de mais punitivas, com seus filhos.(97-99)

A instabilidade familiar, dada por mudanças de endereço ou de composição familiar, bem como o caos e desorganização, que possivelmente estão vinculados à violência doméstica, também afetam negativamente o desenvolvimento de controle inibitório.(100)

Ademais, na faixa etária escolar já foi demonstrada a existência de associação entre a presença de problemas externalizantes, com os de conduta, e prejuízo posterior no controle inibitório, bem como uma relação entre ambos, dada por causa compartilhada, outras associações comuns ou por sobreposição dos conceitos.(101) Tal relação possivelmente explica os achados, em nosso estudo, de os problemas de conduta e de controle inibitório terem sido os mais fortemente associados às variáveis analisadas, como a violência doméstica e o encarceramento paterno. As causas dessa associação devem ser mais bem elucidadas em estudos posteriores.

## 5.8 Limitações do estudo

Para a avaliação dos nossos resultados devem ser consideradas as limitações do estudo. A principal limitação se dá pelo modelo transversal adotado, que, dentre outras deficiências, não permite a análise de correlação causal ou da evolução das características estudadas ao longo do tempo. A falta de informações como o motivo da ausência paterna (divórcio, união sem coabitação, pai desconhecido etc.), a quantificação do período em que ela ocorreu, bem como da composição familiar na ausência do pai (mãe solteira, intergeracional, presença de padrasto, dentre outras) pode ter contribuído para a inexistência de associação entre ausência paterna e os desfechos analisados. Não foi observado, ainda, o nível de interação entre as crianças e seus pais, o que poderia ter contribuído para a compreensão da importância e força dessas relações nos desfechos. Com relação à violência doméstica, a ausência de informações fornecidas pelos parceiros, bem como da exposição ou envolvimento das crianças nos atos prejudicaram uma compreensão mais aprofundada sobre o tema.

Entrevistas por meio do SDQ respondidas por professores poderiam ter trazido visão complementar sobre a saúde socioemocional das crianças, porém, além de não serem o foco da coorte, seriam de difícil realização, já que as crianças avaliadas não estavam em idade escolar e menos que a metade delas frequentava a creche. A avaliação do controle inibitório por meio da escala do CBQ, apesar de ela ser a mais utilizada em outros estudos utilizando questionários, não apresenta, ao nosso conhecimento, medidas de corte a partir

das quais o desenvolvimento seria considerado, por exemplo, normal ou prejudicado, o que dificulta o exame dos escores obtidos.

Os dados aqui encontrados são referentes a uma amostra de população brasileira composta majoritariamente por filhos e filhas de mulheres não brancas, sem ensino superior e com baixa renda familiar, residentes, no entanto, no maior centro urbano do país, em região com IDH acima da média nacional. Estes dados, portanto, merecem cautela ao serem aplicados para outras populações ou regiões do país.

Por fim, a elevada porcentagem de ausência de informações referentes à renda familiar pode ter interferido negativamente na análise dos dados. Eles devem ser interpretados tendo em vista que, apesar de, quando acima de três salários-mínimos mensais, a renda familiar ter sido relacionada a menores chances de transtornos psiquiátricos, sintomas emocionais e problemas de relacionamento com colegas e a maior média de controle inibitório nas análises preliminares, ela não foi controlada nas análises multivariadas. Os problemas de conduta e de hiperatividade/déficit de atenção não foram associados à renda familiar.

Apesar dessas limitações, nosso estudo apresenta qualidades consideráveis. Ele contribuiu para o conhecimento, ainda escasso, principalmente nos países em desenvolvimento, da relação entre violência doméstica, encarceramento paterno e características do desenvolvimento socioemocional na primeira infância, evidenciando a importância de maiores estudos sobre a influência desses fatores, sobretudo nos problemas externalizantes e no controle inibitório. Os dados foram obtidos em uma expressiva amostra da população estudada, por meio da aplicação de

questionários amplamente utilizados e já validados, por pessoal previamente treinado e periodicamente avaliado.

## 6 CONCLUSÃO

Em suma, o presente estudo promoveu a análise transversal de uma população comunitária de famílias com crianças de três a quatro anos de idade residentes na região oeste da cidade de São Paulo. Nossos achados demonstraram que violência doméstica e encarceramento paterno associaram-se a maiores chances de transtornos psiquiátricos, principalmente problemas de conduta, e a prejuízo no controle inibitório na primeira infância. Os fatores analisados podem ter representado causas comuns tanto para o desenvolvimento de problemas externalizantes quando para o déficit de controle inibitório.

Paralelamente, a vivência em lares com grande prevalência de agressão psicológica e majoritária ausência de demais violências relacionou-se a menores chances de sintomas emocionais, ilustrando o provável amadurecimento da resiliência nestas situações.

Por fim, nossa hipótese de que a ausência paterna não relacionada ao encarceramento também influenciaria negativamente o desenvolvimento socioemocional infantil não se mostrou válida. Após serem consideradas as demais variáveis, a ausência do pai não foi associada a transtornos psiquiátricos e nem a prejuízo no controle inibitório.

Este estudo buscou contribuir para a sapiência acerca dos fatores implicados no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e de controle inibitório na primeira infância, estágio no qual eles têm particular impacto, dada a magnitude do desenvolvimento cerebral no período. Tal conhecimento é

fundamental para o direcionamento das políticas públicas e da atenção dos profissionais envolvidos no cuidado com as crianças, a fim de prevenir ou mitigar os efeitos deletérios desses empecilhos no adequado desenvolvimento infantil.

## REFERÊNCIAS

1. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369(9555):60-70.
2. McCoy DC, Peet ED, Ezzati M, Danaei G, Black MM, Sudfeld CR, et al. Early Childhood Developmental Status in Low- and Middle-Income Countries: National, Regional, and Global Prevalence Estimates Using Predictive Modeling. *PLoS Med*. 2016;13(6):e1002034.
3. Lu C, Black MM, Richter LM. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *Lancet Glob Health*. 2016;4(12):e916-e22.
4. Thompson R, Virmani EA. Socioemotional Development. 2012. p. 504-11.
5. Jeong J, Obradović J, Rasheed M, McCoy D, Fink G, Yousafzai A. Maternal and paternal stimulation: Mediators of parenting intervention effects on preschoolers' development. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2019;60:105-18.
6. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91-102.
7. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 2011;378(9799):1325-38.
8. Richter Lea. Fatherhood in families. 2011 [cited 20 ago 2018]. In: Men in families and family policy in a changing world [Internet]. New York, [cited 20 ago 2018]; [47-84]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/men-in-families.pdf>.
9. Yogman M, Garfield CF, Committee On Psychosocial Aspects Of C, Family H. Fathers' Roles in the Care and Development of Their Children: The Role of Pediatricians. *Pediatrics*. 2016;138(1).

10. Dixon SD, Yogman M, Tronick E, Adamson L, Als H, Brazelton TB. Early infant social interaction with parents and strangers. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1981;20(1):32-52.
11. Cuartas J, Jeong J, Rey-Guerra C, McCoy DC, Yoshikawa H. Maternal, paternal, and other caregivers' stimulation in low- and- middle-income countries. *PLoS One*. 2020;15(7):e0236107.
12. Sethna V, Perry E, Domoney J, Iles J, Psychogiou L, Rowbotham NEL, et al. Father-Child Interactions at 3 Months and 24 Months: Contributions to Children's Cognitive Development at 24 Months. *Infant Ment Health J*. 2017;38(3):378-90.
13. Kvalevaag AL, Ramchandani PG, Hove O, Assmus J, Eberhard-Gran M, Biringer E. Paternal mental health and socioemotional and behavioral development in their children. *Pediatrics*. 2013;131(2):e463-9.
14. O'Brien M. Fathers in challenging family contexts: a need for engagement. 2011 [cited 20 ago 2108]. In: *Men in families and family policy in a changing world* [Internet]. New York, [cited 20 ago 2108]; [85-123]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/men-in-families.pdf>.
15. Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2016 20 ago 2018. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
16. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias: Atualização - junho de 2016 2017 20 ago 2018. Available from: [http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf).
17. Breiding M, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. Intimate partner violence surveillance : uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0. 2015.
18. Brasil. Senado Federal. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais 2016 29 ago 2018. Available from: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf>.

19. Devries KM, Mak JY, Garcia-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013;340(6140):1527-8.
20. American Academy of Pediatrics. Stirling J, Jr., Committee on Child A, Neglect, Section on A, Foster C, et al. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*. 2008;122(3):667-73.
21. Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, Committee on Child A, Neglect, Committee on Injury V, et al. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics*. 2010;125(5):1094-100.
22. Adhia A, Jeong J. Fathers' perpetration of intimate partner violence and parenting during early childhood: Results from the Fragile Families and Child Wellbeing Study. *Child Abuse Negl*. 2019;96:104103.
23. Jeong J, McCoy DC, Yousafzai AK, Salhi C, Fink G. Paternal Stimulation and Early Child Development in Low- and Middle-Income Countries. *Pediatrics*. 2016;138(4).
24. Jeong J, Adhia A, Bhatia A, McCoy DC, Yousafzai AK. Intimate Partner Violence, Maternal and Paternal Parenting, and Early Child Development. *Pediatrics*. 2020;145(6).
25. Chander P, Kvalsvig J, Mellins CA, Kauchali S, Arpadi SM, Taylor M, et al. Intimate Partner Violence and Child Behavioral Problems in South Africa. *Pediatrics*. 2017;139(3).
26. Neamah HH, Sudfeld C, McCoy DC, Fink G, Fawzi WW, Masanja H, et al. Intimate Partner Violence, Depression, and Child Growth and Development. *Pediatrics*. 2018;142(1).
27. Garcia Durand J, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(2):355-64.
28. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*. 2001;323(7313):599-600.
29. Gilbert AL, Bauer NS, Carroll AE, Downs SM. Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones. *Pediatrics*. 2013;132(6):e1577-83.

30. Folger AT, Eismann EA, Stephenson NB, Shapiro RA, Macaluso M, Brownrigg ME, et al. Parental Adverse Childhood Experiences and Offspring Development at 2 Years of Age. *Pediatrics*. 2018;141(4).
31. Matijasevich A, Murray E, Stein A, Anselmi L, Menezes AM, Santos IS, et al. Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993 and 2004 Pelotas birth cohorts. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(10):1125-34.
32. Martins Linhares MB, Limiéri Dualibe A, Monte Cassiano RG. Temperamento de crianças na abordagem de Rothbart: estudo de revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*. 2013;18(4):633-45.
33. Rothbart MKR, M.R. The development of effortful control. In: Association AP, editor. *Developing individuality in the human brain: A tribute to Michael I Posner* 2005. p. 167-88.
34. Utendale WT, Hubert M, Saint-Pierre AB, Hastings PD. Neurocognitive development and externalizing problems: the role of inhibitory control deficits from 4 to 6 years. *Aggress Behav*. 2011;37(5):476-88.
35. Hudson A, Jacques S. Put on a happy face! Inhibitory control and socioemotional knowledge predict emotion regulation in 5- to 7-year-olds. *J Exp Child Psychol*. 2014;123:36-52.
36. Simpson A, Carroll DJ. Understanding Early Inhibitory Development: Distinguishing Two Ways That Children Use Inhibitory Control. *Child Dev*. 2019;90(5):1459-73.
37. Colasante T, Zuffiano A, Bae NY, Malti T. Inhibitory control and moral emotions: relations to reparation in early and middle childhood. *J Genet Psychol*. 2014;175(5-6):511-27.
38. Ciairano S, Visu-Petra L, Settanni M. Executive inhibitory control and cooperative behavior during early school years: a follow-up study. *J Abnorm Child Psychol*. 2007;35(3):335-45.
39. Amicarelli AR, Kotelnikova Y, Smith HJ, Kryski KR, Hayden EP. Parenting differentially influences the development of boys' and girls' inhibitory control. *Br J Dev Psychol*. 2018;36(3):371-83.

40. Swingler MM, Isbell E, Zeytinoglu S, Calkins SD, Leerkes EM. Maternal behavior predicts neural underpinnings of inhibitory control in preschoolers. *Dev Psychobiol.* 2018;60(6):692-706.
41. Gustafsson HC, Cox MJ, Blair C. Maternal parenting as a mediator of the relationship between intimate partner violence and effortful control. *J Fam Psychol.* 2012;26(1):115-23.
42. Brentani A, Scoleze Ferrer AP, Brentani H, Liu CH, Grisi S, Valente MH, et al. Cohort Profile: Sao Paulo Western Region Birth Cohort (ROC). *Int J Epidemiol.* 2020;49(5):1438-g.
43. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(5):581-6.
44. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337-45.
45. Fleitlich B CP, Goodman R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto - Rev Neuropsiq da Inf e Adol.* 2000;8:44-50.
46. Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire [Available from: [https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Brazil\)](https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Brazil))]
47. Warnick EM, Bracken MB, Kasl S. Screening Efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: A Systematic Review. *Child Adolesc Ment Health.* 2008;13(3):140-7.
48. Woerner W, Fleitlich-Bilyk B, Martinussen R, Fletcher J, Cucchiaro G, Dalgalarondo P, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13 Suppl 2:II47-54.
49. Theunissen MH, Vogels AG, de Wolff MS, Reijneveld SA. Characteristics of the strengths and difficulties questionnaire in preschool children. *Pediatrics.* 2013;131(2):e446-54.
50. Croft S, Stride C, Maughan B, Rowe R. Validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool-aged children. *Pediatrics.* 2015;135(5):e1210-9.
51. Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N, Penelo E, Domenech JM. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire(3-4) in 3-year-old preschoolers. *Compr Psychiatry.* 2013;54(3):282-91.

52. Morasch KC, Bell MA. The role of inhibitory control in behavioral and physiological expressions of toddler executive function. *J Exp Child Psychol.* 2011;108(3):593-606.
53. Geeraerts SB, Endendijk JJ, Dekovic M, Huijding J, Deater-Deckard K, Mesman J. Inhibitory Control Across the Preschool Years: Developmental Changes and Associations with Parenting. *Child Dev.* 2021;92(1):335-50.
54. Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL, Fisher P. Investigations of temperament at three to seven years: the Children's Behavior Questionnaire. *Child Dev.* 2001;72(5):1394-408.
55. Rothbart MK. The children's behavior questionnaire [Available from: <https://research.bowdoin.edu/rothbart-temperament-questionnaires/instrument-descriptions/the-childrens-behavior-questionnaire/>].
56. Klein VC, Putnam SP, Martins Linhares MB. Assessment of Temperament in Children: Translation of Instruments to Portuguese (Brazil) Language. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.* 2009;43(3):552-7.
57. Straus MA, Douglas EM. A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence Vict.* 2004;19(5):507-20.
58. Chapman H, Gillespie S. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): A review of the properties, reliability, and validity of the CTS2 as a measure of partner abuse in community and clinical samples. *Aggression and Violent Behavior.* 2018;44.
59. StataCorp. *Stata Statistical Software.* 17 ed. College Station, TX:2021.
60. Prefeitura de São Paulo. *A dinâmica do IDH-M e suas dimensões entre 2000 e 2010 no município de São Paulo.* 2017.
61. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras.* 2016.
62. Silva EP, Ludermir AB, Lima MC, Eickmann SH, Emond A. Mental health of children exposed to intimate partner violence against their mother: A longitudinal study from Brazil. *Child Abuse Negl.* 2019;92:1-11.

63. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirao Preto. *Braz J Psychiatry*. 2003;25(3):139-45.
64. La Maison C, Maruyama JM, Munhoz TN, Santos IS, do Amaral MR, Anselmi L, et al. Continuity of psychiatric disorders between 6 and 11 years of age in the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2020;42(5):496-502.
65. Babcock JC, Snead AL, Bennett VE, Armenti NA. Distinguishing Subtypes of Mutual Violence in the Context of Self-defense: Classifying Types of Partner Violent Couples using a Modified Conflict Tactics Scale. *J Fam Violence*. 2019;34(7):687-96.
66. Costa D, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, Soares J, Sundin O, et al. Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Qual Life Res*. 2015;24(2):463-71.
67. Hines DA, Saudino KJ. Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students using the revised conflict tactics scales. *Violence Vict*. 2003;18(2):197-217.
68. Machado A, Hines D, Matos M. Characteristics of Intimate Partner Violence Victimization Experienced by a Sample of Portuguese Men. *Violence Vict*. 2018;33(1):157-75.
69. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana Jde A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):425-37.
70. Rafael RMR, Moura A, Tavares JMC, Ferreira REM, Camilo G, Neto M. Profile of intimate partner violence in Family Health Units. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1259-67.
71. Leite TH, de Moraes CL, Reichenheim ME, Deslandes S, Salles-Costa R. The Role of Income on the Relationship Between the Brazilian Cash Transfer Program (Programa Bolsa Familia) and Intimate Partner Violence: Evidence From a Multigroup Path Analysis. *J Interpers Violence*. 2020:886260520951313.

72. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
73. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermit AB, et al. [Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807.
74. Sutcliffe AG, Barnes J, Belsky J, Gardiner J, Melhuish E. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *BMJ*. 2012;345:e5116.
75. Bach SL, Molina ML, Amaral PLD, Reyes AN, Jansen K, Silva RAD, et al. Emotional and behavioral problems: a school-based study in southern Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(3):211-7.
76. Fernald LC, Kariger P, Hidrobo M, Gertler PJ. Socioeconomic gradients in child development in very young children: evidence from India, Indonesia, Peru, and Senegal. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109 Suppl 2:17273-80.
77. McLanahan S, Tach L, Schneider D. The Causal Effects of Father Absence. *Annu Rev Sociol*. 2013;39:399-427.
78. Flouri E, Narayanan MK, Midouhas E. The cross-lagged relationship between father absence and child problem behaviour in the early years. *Child Care Health Dev*. 2015;41(6):1090-7.
79. Geller A, Cooper CE, Garfinkel I, Schwartz-Soicher O, Mincy RB. Beyond absenteeism: father incarceration and child development. *Demography*. 2012;49(1):49-76.
80. Poehlmann-Tynan J, Turney K. A Developmental Perspective on Children With Incarcerated Parents. *Child Development Perspectives*. 2021;15(1):3-11.
81. Banks A, Fields L. Correlates of Incarceration of Fathers, Socioeconomic Influences, and Mental Illness. *Soc Work Public Health*. 2021;36(1):26-37.
82. Swisher RR, Roettger ME. Father's Incarceration and Youth Delinquency and Depression: Examining Differences by Race and Ethnicity. *J Res Adolesc*. 2012;22(4):597-603.

83. Wilbur MB, Marani JE, Appugliese D, Woods R, Siegel JA, Cabral HJ, et al. Socioemotional effects of fathers' incarceration on low-income, urban, school-aged children. *Pediatrics*. 2007;120(3):e678-85.
84. Haskins AR. Paternal incarceration and child-reported behavioral functioning at age 9. *Soc Sci Res*. 2015;52:18-33.
85. Dunn EC, Nishimi K, Neumann A, Renaud A, Cecil CAM, Susser ES, et al. Time-Dependent Effects of Exposure to Physical and Sexual Violence on Psychopathology Symptoms in Late Childhood: In Search of Sensitive Periods in Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(2):283-95 e4.
86. Miranda JK, de la Osa N, Granero R, Ezpeleta L. Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse Negl*. 2011;35(9):700-11.
87. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol*. 2012;24(2):335-44.
88. Rutter M. Annual Research Review: Resilience--clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(4):474-87.
89. Hornor G. Resilience. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(3):384-90.
90. Fogarty A, Woolhouse H, Giallo R, Wood C, Kaufman J, Brown S. Promoting resilience and wellbeing in children exposed to intimate partner violence: A qualitative study with mothers. *Child Abuse Negl*. 2019;95:104039.
91. Graham-Bermann SA, Gruber G, Howell KH, Girz L. Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse Negl*. 2009;33(9):648-60.
92. Kamza A, Putko A. Attachment security, verbal ability, and inhibitory control in middle childhood. *BMC Psychol*. 2021;9(1):24.
93. Lee YE, Seo S. Interparental Conflict and Korean Children's Inhibitory Control: Testing Emotional Insecurity as a Mediator. *Front Psychol*. 2021;12:632052.
94. McCoy D. Early Violence Exposure and Self-Regulatory Development: A Bioecological Systems Perspective. *Human Development*. 2013;56:254-73.

95. Samuelson KW, Krueger CE, Wilson C. Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive functioning in families exposed to intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2012;27(17):3532-50.
96. Spruijt AM, Dekker MC, Ziermans TB, Swaab H. Attentional control and executive functioning in school-aged children: Linking self-regulation and parenting strategies. *J Exp Child Psychol*. 2018;166:340-59.
97. Gustafsson HC, Coffman JL, Cox MJ. Intimate Partner Violence, Maternal Sensitive Parenting Behaviors, and Children's Executive Functioning. *Psychol Violence*. 2015;5(3):266-74.
98. Greene CA, Chan G, McCarthy KJ, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Psychological and physical intimate partner violence and young children's mental health: The role of maternal posttraumatic stress symptoms and parenting behaviors. *Child Abuse Negl*. 2018;77:168-79.
99. Chiesa AE, Kallechey L, Harlaar N, Rashaan Ford C, Garrido EF, Betts WR, et al. Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2018;80:285-300.
100. Brown ED, Ackerman BP, Moore CA. Family adversity and inhibitory control for economically disadvantaged children: preschool relations and associations with school readiness. *J Fam Psychol*. 2013;27(3):443-52.
101. Maasalo K, Lindblom J, Kiviruusu O, Santalahti P, Aronen ET. Longitudinal associations between inhibitory control and externalizing and internalizing symptoms in school-aged children. *Dev Psychopathol*. 2021;33(3):843-55.