

JORDANA VERANO DE OLIVEIRA

**Impacto dos sintomas de TDAH maternos sobre a  
parentalidade no primeiro ano de vida**

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

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Vanoni  
Polanczyk

São Paulo

2020

JORDANA VERANO DE OLIVEIRA

**Impacto dos sintomas de TDAH maternos sobre a  
parentalidade no primeiro ano de vida**

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

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Vanoni  
Polanczyk

São Paulo

2020

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

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

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira, Jordana Verano de  
Impacto dos sintomas de TDAH maternos sobre a  
parentalidade no primeiro ano de vida / Jordana  
Verano de Oliveira. -- São Paulo, 2020.  
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Psiquiatria.  
Orientador: Guilherme Vanoni Polanczyk.

Descritores: 1.Transtorno do deficit de atenção  
com hiperatividade 2.Relações mãe-filho  
3.Parentalidade 4.Vulnerabilidade social

USP/FM/DBD-036/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Oliveira, Jordana Verano

Título: Impacto dos sintomas de TDAH maternos sobre a parentalidade no primeiro ano de vida.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Psiquiatria.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Às jovens mães vivendo em situação de  
vulnerabilidade do Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

À Doutora Maria das Graças Brasil por me instigar a aprofundar-me na beleza da infância.

À Doutora Maria Odila Buti de Lima por ampliar meus olhares para o mundo da família e dos afetos.

Ao Professor Doutor Guilherme Vanoni Polanczyk por me inspirar a sempre buscar o melhor tratamento para meus pacientes; por me ajudar a desvendar a linguagem da ciência e me mostrar o verdadeiro trajeto dos pesquisadores; por apostar em meu aprendizado e por estar próximo em momentos cruciais desse trabalho.

Ao Doutor Daniel Fatori Graça de Sá por ser mestre e amigo sempre presente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de minha bolsa de mestrado.

## RESUMO

Oliveira JV. *Impacto dos sintomas de TDAH maternos sobre a parentalidade no primeiro ano de vida* [dissertação]. Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo; 2020.

**Objetivo:** Investigar se os sintomas maternos de desatenção e hiperatividade/impulsividade no início da gravidez predizem uma parentalidade pior durante o primeiro ano de vida. **Métodos:** Oitenta adolescentes com idade entre 14 e 19 anos de idade e seus bebês foram incluídos em um estudo controlado randomizado, projetado para testar o efeito de um programa de visitas domiciliares para melhorar o desenvolvimento infantil. As jovens mães foram avaliadas durante a gravidez e aos 6 e 12 meses de vida do bebê para vários desfechos. Foram conduzidas regressões lineares multinível para dados longitudinais para testar o efeito dos sintomas do TDAH em quatro dimensões do cuidado materno, como senso de competência materna, apego à criança, organização do ambiente doméstico e maus-tratos. O papel da desatenção e dos sintomas de hiperatividade/impulsividade foi investigado separadamente. Os resultados foram controlados para o efeito de sintomas depressivos maternos, uso de álcool e maconha, temperamento da criança e para o efeito da intervenção. **Resultados:** Os sintomas de desatenção no início da gravidez predizeram pior senso de competência materna, apego menos seguro, maior desorganização do ambiente doméstico e maior frequência de maus-tratos ao bebê durante o primeiro ano de vida, independentemente do efeito dos sintomas depressivos maternos, uso de álcool e maconha e do temperamento da criança. Os sintomas de hiperatividade não foram preditivos de parentalidade pior. **Conclusão:** A investigação de sintomas de TDAH maternos é um componente importante para os programas de intervenção precoce.

**Descritores:** Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; Relações mãe-filho; Parentalidade; Vulnerabilidade social.

## ABSTRACT

Oliveira JV. *Impact of maternal ADHD symptoms on parenting in the first year of life* [dissertation]. "Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo"; 2020.

**Objective:** To investigate if maternal inattention and hyperactivity/impulsivity symptoms early on pregnancy predict worse parenting during the first year of life. **Methods:** Eighty adolescents 14-19 years of age and their babies were included in a randomized controlled study designed to test the effect of a home-visiting program to improve child development. Young mothers were assessed during pregnancy and at 6 and 12 months for several outcomes. Multilevel linear regression for longitudinal data was conducted to test the effect of ADHD symptoms over four dimensions of parenting: maternal sense of competence, attachment to the child, organization of home environment and childhood maltreatment. The role of inattention and hyperactive-impulsive symptoms were investigated separately, taking into account the effect of maternal depressive symptoms, alcohol and marijuana use, child temperament, and the effect of the intervention. **Results:** Inattentive symptoms early in pregnancy predicted worse maternal sense of competence, more insecure attachment, worse organization of the home environment, and higher frequency of childhood maltreatment during the first year of life regardless of the effect of maternal depressive symptoms, alcohol and marijuana use, and child's temperament. Hyperactivity symptoms were not predictive of worse parenting. **Conclusion:** Assessment of maternal ADHD symptoms is an important goal of early intervention programs.

**Descriptors:** Attention deficit disorder with hyperactivity; Mother-child relations; Parenting; Social vulnerability.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 PARENTALIDADE.....	13
2.1 DIMENSÕES DA PARENTALIDADE .....	14
2.1.1 ENVOLVIMENTO .....	14
2.1.2 APEGO .....	14
2.1.3 AMBIENTE DOMÉSTICO .....	16
2.1.4 SENSO DE COMPETÊNCIA PARENTAL.....	16
2.1.5 PRÁTICAS DISCIPLINARES.....	16
2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A PARENTALIDADE .....	17
2.2.1 PSICOPATOLOGIA MATERNA .....	18
2.2.1.1 TDAH e cuidados parentais .....	20
3 MÉTODOS.....	23
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	23
3.1.1 PARTICIPANTES .....	23
3.1.2 PROGRAMA PRIMEIROS LAÇOS .....	24
3.1.3 PROCEDIMENTOS .....	24
3.2 MEDIDAS DE INTERESSE .....	25
3.2.1 SINTOMAS DE TDAH .....	25
3.2.2 SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	26
3.2.3 USO DE SUBSTÂNCIAS.....	26
3.2.4 CUIDADO MATERNO.....	26
3.2.4.1 Competência materna.....	27
3.2.4.2 Apego .....	28
3.2.4.3 Ambiente doméstico.....	28
3.2.4.4 Maus-tratos.....	29
3.2.5 TEMPERAMENTO DA CRIANÇA .....	30
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
4 RESULTADOS .....	31
4.1 PSICOPATOLOGIA MATERNA .....	33

4.2 CUIDADO MATERNO.....	33
4.2.1 COMPETÊNCIA .....	34
4.2.2 APEGO .....	34
4.2.3 MAUS-TRATOS.....	35
4.2.4 AMBIENTE DOMÉSTICO .....	38
5 DISCUSSÃO.....	41
6 CONCLUSÕES FINAIS.....	45
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema nervoso começa a se formar nos humanos por volta do décimo oitavo dia de gestação, num processo chamado Neurulação. Células da parte mais interna do Tubo Neural, estrutura embrionária, começam a se proliferar exponencialmente e, após algum tempo, atingem o número necessário para constituir o cérebro do recém-nascido. No primeiro ano de vida, o volume intracraniano já corresponde a 75% do volume adulto. Mais tarde, durante as podas neuronais, parte dessas células sofre apoptose, ou morte celular programada, resultando no cérebro adulto, dotado de um número menor de neurônios. Há dois períodos na vida de grandes podas neuronais: durante a primeira infância e durante a adolescência (Rutter et al., 2008).

Por volta da vigésima terceira semana de gestação, começa a ocorrer a formação das primeiras sinapses, o ponto de contato entre dois neurônios. O pico de produção das sinapses em geral se dá no primeiro ano de vida, mas em algumas regiões do córtex pré-frontal acontece mais tardiamente, por volta do décimo quinto mês de vida.

A poda neuronal depende, em parte, das sinapses: as mais ativas tendem a ser reforçadas, enquanto as menos ativas têm maiores chances de serem eliminadas. São feitos ajustes quantitativos e qualitativos: redução no número total de sinapses e refinamento das conexões, respectivamente. Algumas regiões do córtex pré-frontal atingem o número adulto de sinapses apenas durante a adolescência, após a segunda poda neuronal.

O cérebro é, portanto, um órgão dinâmico; novas conexões são feitas ao longo de toda a vida. As experiências que vivenciamos atuam nessa plasticidade e o impacto delas sobre o desenvolvimento depende de uma série de fatores: 1) o estágio de desenvolvimento em que o cérebro se encontra à época da exposição; 2) a natureza da experiência; 3) o nível da experiência (ex.: exposição precoce a elevada ou limitada quantidade de estresse); 4) o envolvimento do organismo com a experiência; 5) a bagagem genética do indivíduo (Ornitz, 2002).

Quanto ao estágio do desenvolvimento, sabe-se que o cérebro da criança e do adolescente é mais vulnerável à experiência que o cérebro do adulto. Nessa fase da vida, a escassez de estímulos leva a pouca especificação dos circuitos e conexões errôneas. Isso explica por que crianças institucionalizadas, pouco estimuladas,

apresentam transtornos mentais em maior frequência do que aquelas nunca institucionalizadas (Rutter et al., 2008).

Além disso, algumas funções são mais dependentes de estímulos que outras e o *timing* perfeito para que as experiências de vida promovam um desenvolvimento saudável é diferente para cada função. Um estudo longitudinal conduzido por Zeanah e colaboradores ilustra bem isso. Os pesquisadores verificaram os efeitos da institucionalização precoce no desenvolvimento cerebral comparando três grupos de crianças: 1) aquelas que viveram em orfanatos até a idade adulta; 2) aquelas que passaram os primeiros anos de vida em orfanatos e que por volta dos 22 meses foram colocadas em foster-care; 3) crianças que viveram com suas famílias desde o nascimento. Verificaram que, na idade pré-escolar: os dois primeiros grupos apresentavam taxas muito maiores de transtornos mentais que o grupo 3; os dois primeiros grupos apresentavam taxas semelhantes de transtornos externalizantes, significativamente maiores que a do grupo 3; a incidência de transtornos internalizantes era estatisticamente diferente nos três grupos e aumentava progressivamente, de acordo com o tempo de institucionalização (quanto mais tempo vivido em abrigos, maior o risco para transtornos internalizantes). Esses resultados nos permitem inferir que os circuitos neurais relacionados a atenção e regulação emocional (subjacentes ao desenvolvimento de transtornos externalizantes) devem se estabelecer nos primeiros dois anos de vida. Já circuitos relacionados a humor e afeto (relacionados aos transtornos internalizantes) se estabelecem mais tardiamente e, por isso, nessa amostra sofreram influência da transição para o foster-care (Bos et al., 2011; Zeanah et al., 2009; Zeanah et al., 2003).

A maior vulnerabilidade às experiências também tornam o cérebro em desenvolvimento mais plástico; o cérebro do recém-nascido, por exemplo, tem muito mais neurônios e sinapses que o cérebro adulto e muitas delas ainda não estão comprometidas com circuitos ou funções particulares. Exemplo disso é que no desenvolvimento normal, o hemisfério esquerdo se especializa em linguagem; entretanto, quando atingido por algum dano pré ou perinatal, o hemisfério direito assume essa função. Já em adultos, danos cerebrais no hemisfério esquerdo geralmente levam a déficits de linguagem significativos e persistentes (Rutter et al., 2008).

Esses exemplos nos levam a refletir sobre a importância de garantirmos atenção adequada aos primeiros anos de vida, dada à elevada influência que as

experiências de vida têm sobre o neurodesenvolvimento nesse período e à incrível potencialidade que o cérebro infantil apresenta. A primeira infância constitui, portanto, o *timing* perfeito para a construção das bases neurobiológicas necessárias ao desenvolvimento saudável ao longo da vida.

A forma como os pais cuidam de seus filhos no primeiro ano de vida integra o rol de experiências que a criança terá nesse momento da vida. Esse conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas adotados pelos pais ou cuidadores para criar uma criança é chamado parentalidade. Ela sofre influência de inúmeros fatores, dentre eles a saúde mental dos pais: ou seja, a presença de psicopatologia parental leva a perturbações no cuidado com os filhos e, conseqüentemente, ao seu desenvolvimento. No primeiro ano de vida a criança passa muito tempo com a mãe, de forma que a psicopatologia materna é um importante fator de risco ao neurodesenvolvimento nessa fase. Cada transtorno mental impacta o processo de forma diferente. Recentemente, muito tem sido estudado acerca dos prejuízos à criança devidos ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade materno. Pouco se sabe ainda sobre os impactos especificamente devidos às dimensões de desatenção e de hiperatividade/impulsividade, componentes desse quadro. Esse estudo se propõe a elucidar essa lacuna.

## 2 PARENTALIDADE

Parentalidade é o conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas adotados por pais ou cuidadores para criar uma criança (Steele & Steele, 2016). Os conhecimentos dizem respeito às informações que pais e cuidadores adquirem através da educação e que levam à compreensão da importância do cuidado com a criança. As atitudes refletem os pontos de vista de pais e cuidadores sobre aspectos da parentalidade e do desenvolvimento infantil, como quais julgam ser seus papéis e suas responsabilidades; relacionam-se à motivação dos indivíduos para desempenhar as diferentes funções parentais e a suas crenças culturais. E as práticas referem-se aos comportamentos e costumes dos pais e cuidadores que moldam a forma como a criança se desenvolve (Steele & Steele, 2016). A parentalidade, portanto, integra parte das experiências mais precoces da infância e cria as bases para a capacidade de aprendizado e a saúde emocional ao longo da vida (Organization; Ornitz, 2002).

Sabe-se, por exemplo, que pais que se mostram sensíveis às demandas de seus filhos e que promovem um apego seguro geram melhor desenvolvimento socioemocional em suas crianças e diminuem o risco delas apresentarem comportamentos internalizantes, preditores de ansiedade e depressão (Steele & Steele, 2016). O incentivo e o suporte que os pais dão às habilidades cognitivas de seus filhos (linguagem, comunicação, leitura, escrita, etc.) auxiliam-nos a desenvolverem auto regulação, função associada a melhores desfechos acadêmicos (Steele & Steele, 2016). Habilidades sociais básicas, como empatia, cooperação e capacidade de dividir, quando estimuladas pelos pais, geram melhores desfechos acadêmicos, ocupacionais, legais e emocionais na idade adulta (Steele & Steele, 2016).

Assim, a parentalidade também pode ser entendida como forma primária de socialização, através da qual, na relação com os pais, a criança entende as demandas do ambiente e descobre como enfrentá-las. Ou, ainda, como investimentos que os pais fazem nos filhos para garantir-lhes mais tarde bem-estar. O cuidado com aspectos físicos da criança, como garantir peso adequado para a faixa etária e vacinação em dia, faz parte desses investimentos, já que a saúde corporal é necessária para o desenvolvimento das habilidades emocionais e comportamentais (Steele & Steele, 2016).

## 2.1 DIMENSÕES DA PARENTALIDADE

O cuidado parental é, portanto, composto por diversas dimensões. Elas refletem as formas como ele pode se dar, como envolvimento, vinculação ou apego, organização de um ambiente doméstico com estímulos para a criança, autoconfiança na capacidade de cuidar dela, práticas disciplinares, entre outros.

### 2.1.1 Envolvimento

O envolvimento é um constructo que reflete tanto o tempo que os pais ou o cuidador principal disponibilizam para o cuidado da criança, como a qualidade desse cuidado; por isso, as escalas que medem o envolvimento materno o fazem quantificando a comunicação verbal, o contato visual e a atenção da mãe dirigidos à criança (Schermann-Eizirik, Hagekull, Bohlin, Persson, & Sedin, 1997). A importância desse constructo se justifica pelo fato dele desempenhar um efeito muito precoce sobre o desenvolvimento: entre 6 meses e 1 ano, crianças mais capazes elicitam mais atenção e encorajamento dos pais; no segundo ano de vida, pais que encorajam e desafiam mais seus filhos promovem o seu desenvolvimento (Steele & Steele, 2016).

### 2.1.2 Apego

John Bowlby, psicólogo, psiquiatra e psicanalista inglês definiu apego como a forte predisposição que a criança pequena tem para buscar proximidade e contato com uma figura específica, sobretudo em certas situações, como quando assustada, cansada ou doente. Normalmente, a figura de apego são os pais ou o cuidador principal da criança (Rutter et al., 2008).

O apego é, portanto, um constructo relacional, com grande importância no desenvolvimento infantil. A relação de apego é uma fonte de conforto para as angústias da criança: fornece calor emocional, empatia e carinho; representa a disponibilidade emocional do cuidador e uma garantia de proteção física e psicológica, favorecendo, em última instância, a regulação emocional da criança (Rutter et al., 2008).

A vinculação dos pais com os filhos começa ainda no período pré-natal. É comum os pais descreverem características do bebê e sentirem que já têm uma relação com ele mesmo antes do nascimento. Apesar disso, duas condições parecem ser necessárias para as crianças desenvolverem apego: primeiro, elas precisam ter uma quantidade significativa de interação com o cuidador de forma regular; segundo, elas precisam atingir o amadurecimento cognitivo típico da idade de sete a nove meses (Rutter et al., 2008).

Isso nos leva a concluir que a relação de apego nem sempre se constitui com os pais biológicos; entretanto, quando a criança vive com sua família biológica, é natural que esse vínculo se estabeleça mais facilmente com a mãe. Ainda que cada vez mais mulheres trabalhem fora, nas famílias formadas por pai e mãe, elas continuam a assumir a maior parte do trabalho doméstico, incluindo o cuidado com os filhos (McHale, Crouter, & Whiterman, 2003). Além disso, nos países em desenvolvimento existem cada vez mais famílias constituídas apenas por mãe e filhos. No Brasil, em 2005, essas famílias correspondiam a 25,8% do total de famílias com filhos; em 2010, esse percentual subiu para 26,8% (Velasco, 2017).

O aumento nesse percentual de arranjo familiar pode refletir aumento tanto da independência, como da vulnerabilidade feminina; isso só pode ser aclarado analisando-se caso a caso, considerando fatores como renda, taxa de fecundidade e tamanho da família (Velasco, 2017).

Quando a vinculação entre mãe e bebê se dá de forma adequada, a criança desenvolve um apego seguro, que é um fator de proteção para o seu desenvolvimento em ambientes com elevada vulnerabilidade. Quando há perturbações na vinculação entre mãe e filho, o apego pode constituir-se inseguro ou desorganizado; este último confere risco para psicopatologia, estando associado a prejuízos na sociabilidade, agressividade e comportamento disruptivo na idade escolar, baixa auto-estima e quadros dissociativos na adolescência (Rutter et al., 2008).

Diversas são as formas como o comportamento da mãe pode atrapalhar sua vinculação com o bebê, tais como: utilizar-se de ameaças como práticas disciplinares, mostrar-se com frequência frágil ou assustada, passar longos intervalos de tempo longe do filho ou ausentar-se nos momentos em que sua presença é necessária, transmitir mensagens contraditórias, ter dificuldades para se responsabilizar pelos cuidados com a criança (Rutter et al., 2008).



### 2.1.3 Ambiente doméstico

Microambiente é um conceito que se refere a variados aspectos das relações entre cuidadores e crianças e a aspectos espaciais não diretamente relacionados ao nível socioeconômico. Trata, principalmente, de fatores estressantes potencialmente encontrados nos ambientes domésticos, como ruídos, aglomerações e fluxo incessante de pessoas (número de indivíduos indo e vindo a todo tempo). O interesse pelo estudo desses aspectos do ambiente nasceu da observação de que em ambientes ruidosos e aglomerados os cuidadores tendem a se comportar de maneiras que prejudicam o desenvolvimento das crianças (sendo menos responsivos, falando menos com a criança e interferindo mais nas iniciativas dela). Há relações bem documentadas entre o ambiente doméstico e a competência cognitiva, a autoestima, a linguagem da criança e a relação de apego com o cuidador principal (Wachs, 1993).

### 2.1.4 Senso de competência parental

A partir do quanto os pais se sentem satisfeitos em desempenhar o papel de pais e do quanto se percebem capazes para fazê-lo se desenvolve sua autoestima ou seu senso de competência enquanto pais. A autoestima materna se associa a atos de carinho e afeto pela criança logo após o nascimento e durante os primeiros meses de vida; também está relacionada à promoção de um apego seguro. Além disso, pais que têm uma percepção ruim de sua efetividade no cuidado com a criança tendem a ser menos responsivos a ela e a ter mais reações negativas a comportamentos difíceis, favorecendo, em contrapartida, mais problemas de comportamento (Ohan, Leung, & Johnston, 2000). Diversos fatores podem interferir na formação adequada desse sentimento, dentre eles: elevada discordância entre pais ou cuidadores quanto à forma de criar a criança; vulnerabilidade social; psicopatologia; elevado número de filhos; baixo nível educacional; pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil; poucas habilidades para lidar com crianças e elevado criticismo (Abidin, 1995).

### 2.1.5 Práticas disciplinares

As práticas disciplinares impostas pelos pais são um componente essencial da parentalidade. Quando pais disciplinam seus filhos não estão apenas punindo maus comportamentos, mas sobretudo favorecendo o desenvolvimento da auto-regulação e da empatia. A instituição de disciplina efetiva requer um vínculo forte entre pais e filhos e delinea os comportamentos desses últimos ao longo da vida (Steele & Steele, 2016).

Como prática disciplinar adequada, destacam-se: a comunicação clara das expectativas sobre o comportamento da criança; dar modelo para os comportamentos desejados e reforçá-los positivamente quando ocorrerem; instituir rotinas para que a criança se sinta mais seguras (Steele & Steele, 2016).

Há extensa literatura revelando o impacto de práticas disciplinares inadequadas sobre o comportamento das crianças. Disciplina excessivamente rígida, permissividade e punição física associam-se a agressividade, comportamentos disruptivos e prejuízos cognitivos nas faixas etárias pré-escolar e escolar (Steele & Steele, 2016). Punição física severa é um tipo de abuso físico, fator de risco claro para o desenvolvimento de problemas de saúde mental na infância e na adolescência (Bordin et al., 2009). Crianças regularmente espancadas têm maiores chances de se tornarem também adultos agressivos (Steele & Steele, 2016).

Em um estudo realizado no Brasil, punição física severa se correlacionou a sintomas internalizantes e externalizantes comórbidos em crianças de 7 anos. A amostra vivia em áreas pobres e violentas, exposta a diversos outros fatores de risco ambientais; mesmo assim, o efeito independente do abuso físico pôde ser medido (Bordin et al., 2009).

## 2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A PARENTALIDADE

A parentalidade sofre influências de características das próprias crianças, como sexo, saúde física e temperamento, definido como diferenças constitucionais de reatividade e auto-regulação. A reatividade refere-se a respostas emocionais, motoras e atencionais que variam em limiar, latência, intensidade, tempo até o pico de intensidade e tempo de recuperação. A auto-regulação diz respeito a processos como a atenção, que podem servir para modular a reatividade (M. A. Gartstein & M. K. Rothbart, 2003).

A parentalidade também sofre influências do ambiente de forma ampla, como o contexto cultural e socioeconômico em que as famílias estão inseridas, a presença de outros familiares que auxiliem no cuidado com a criança e a existência de políticas públicas que suportem a parentalidade (Steele & Steele, 2016).

Em estruturas familiares multigeracionais, em que mães adolescentes moram junto com suas próprias mães, os níveis de estresse com a parentalidade tendem a ser menores. Isso advém tanto pelo auxílio financeiro, como pela possibilidade de divisão dos cuidados com a criança (Emery, Paquette, & Bigras, 2008). O apoio fornecido pela família, pelos amigos e pelo cônjuge é capaz de diminuir comportamentos como punição, restrição e disciplina inconsistente direcionados aos filhos (Rodgers, 1998; Spencer, Kalil, Larson, Spieker, & Gilchrist, 2002). Ao contrário, mães adolescentes que moram com suas mães mas que têm uma relação conflituosa com elas, apresentam maiores níveis de estresse e maior risco de apresentarem sintomas depressivos em algum momento da vida (Spencer et al., 2002).

O suporte social mais amplo, como acesso a programas sociais governamentais, atua como um moderador dos efeitos que o estresse desempenha no comportamento materno; ou seja, em famílias vulneráveis, o suporte social adequado reduz o impacto que a escassez de recursos socioeconômicos pode causar na relação mãe e filho e no desenvolvimento infantil (Emery et al., 2008; Rodgers, 1998). Baixos exposição a estresse e suporte social adequado aumentam as chances para a constituição de um apego seguro (Emery et al., 2008).

### 2.2.1 Psicopatologia materna

Dentre os fatores que afetam o cuidado parental, um dos mais bem estudados é a psicopatologia materna, especialmente a de ocorrência precoce, durante a gestação e primeiros anos de vida do bebê. Uma meta-análise recente mostrou que depressão e ansiedade maternas durante a gestação estão associadas a problemas socioemocionais nas crianças, como temperamento difícil e comportamentos disruptivos, até a idade de 18 anos. O efeito foi moderado pela gravidade do quadro e por piores condições socioeconômicas (Madigan et al., 2018). Sintomas depressivos mais graves e persistentes nesse período implicam em maior risco para o surgimento de sintomas internalizantes e externalizantes, mesmo considerando o efeito de outros

fatores, como idade e nível de escolaridade maternos, envolvimento no cuidado com a criança e o auxílio que recebe de seu companheiro nessa função (Giallo, Woolhouse, Gartland, Hiscock, & Brown, 2015; Kingston et al., 2018; Meaney, 2018).

Vários estudos investigam a influência de outros tipos de psicopatologia materna sobre cuidados parentais. Em um estudo de 2012, pesquisadores mostram que níveis não só de depressão, mas também de ansiedade e estresse têm um papel mais importante como fator de risco para prejuízos de regulação emocional e comportamentos disruptivos nos filhos do que outras características parentais, como níveis de emoção expressa negativa (Duncombe, Havighurst, Holland, & Frankling, 2012). Pré-escolares filhos de mulheres que vivenciaram elevados níveis de estresse no período pré-natal apresentam resposta deficiente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal a estresse, fator de risco bem estabelecido para transtornos de humor (Send et al., 2019).

Indivíduos com transtornos psicóticos têm dificuldades para garantir segurança e previsibilidade aos filhos, para organizar e participar da vida familiar, e, ainda, para se concentrar nas necessidades da criança. Essas características parecem associadas a sintomas específicos da doença, como alucinações auditivas, delírios, ansiedade e comprometimento cognitivo (Strand & Rudolfsson, 2020).

O transtorno por uso de substância também impacta a parentalidade de forma ampla e através de diversos mecanismos. Nos primeiros três anos de vida, ele se associa ao desenvolvimento de apegos inseguros e desorganizados; pais que fazem uso de substâncias psicoativas tendem a fornecer menos supervisão aos filhos e a adotar estilos parentais exigentes, coercitivos ou punitivos, às vezes atingindo o nível de abuso. Nos Estados Unidos, mães que fazem uso de substâncias psicoativas têm duas vezes mais chances de perder a custódia de seus filhos e, quando as crianças são levadas a serviços de proteção à infância, são menos propensas a colaborar e cumprir ordens judiciais, resultando em perda permanente de custódia (Neger & Prinz, 2015).

O uso de substâncias se associa a prejuízos de regulação emocional; mães que fazem uso frequente de substâncias psicoativas têm dificuldades para lidar com frustrações e tendem a reagir de forma impulsiva, hostil, diante de comportamentos disruptivos dos filhos. Além da dificuldade em regular seus próprios estados afetivos negativos, elas também têm dificuldades para entender e atender com precisão às emoções da criança; ou seja, têm dificuldades no funcionamento reflexivo, tendem a

atribuir intencionalidade negativa aos comportamentos infantis e, em consequência, a responder com hostilidade (Neger & Prinz, 2015).

Mães que fazem uso de substâncias psicoativas demonstram saber pouco sobre o desenvolvimento de seus filhos tanto por prejuízos cognitivos do quadro como por voltarem sua atenção para a busca pela droga de preferência. Isso acentua o comprometimento do cuidado com a criança. A longo prazo, a tolerância induzida pela substância psicoativa pode reduzir a capacidade da mulher experimentar outras fontes de prazer que não a droga, impedindo que ela sinta alegria na relação com a criança (Neger & Prinz, 2015).

#### 2.2.1.1 TDAH e cuidados parentais

Mais recentemente, um número crescente de publicações tem surgido sobre o impacto gerado por sintomas maternos de TDAH. Babinski e colaboradores verificaram que mães de adolescentes com TDAH também diagnosticadas com o transtorno apresentavam menor proximidade com os filhos, conheciam menos sua rotina e adotavam práticas disciplinares mais inconsistentes quando comparadas a mães sem o transtorno (Babinski et al., 2012). Sintomas de TDAH nos pais também já se mostraram associados à desorganização do ambiente doméstico, fator de risco independente para o desenvolvimento infantil (Wachs, 1993): os níveis de caos no ambiente doméstico parecem mediar a relação entre sintomas de TDAH maternos e comportamento agressivo em pré-escolares (Farbiash, Berger A Fau - Atzaba-Poria, Atzaba-Poria N Fau - Auerbach, & Auerbach, 2014), e, ainda, entre esses sintomas e piores práticas parentais (Mokrova, O'Brien, Calkins, & Keane, 2010). Não existem estudos sobre TDAH materno e ambiente doméstico que utilizem uma medida observacional deste último, como o inventário HOME (Bradley, 1994).

Mazursky-Horowitz e colaboradores encontraram uma associação entre desatenção e hiperatividade/impulsividade em mães e respostas excessivamente rígidas às emoções negativas expressas por filhos adolescentes (Mazursky-Horowitz et al., 2015). Entretanto, são escassos estudos que avaliem a co-ocorrência do diagnóstico de TDAH nos pais e violência física à criança. Em um raro exemplo, Tachibana acompanhou díades mães-bebês desde a gestação até 4 meses após o parto; verificou que sintomas maternos de TDAH no pós-parto prediziam maus-tratos

severos à criança aos 4 meses. No entanto, vários fatores ambientais que influenciam a parentalidade não puderam ser levados em conta, pois a amostra era constituída por mulheres com bom nível socioeconômico, de elevada escolaridade, que viviam com o pai de seus filhos (Tachibana, Takehara, Kakee, Mikami, & Inoue, 2017). Até o momento, não existem estudos que avaliem a interferência do TDAH materno em outras dimensões da parentalidade durante os primeiros anos de vida, tampouco que destrinchem o impacto gerado pela desatenção e pela hiperatividade/impulsividade separadamente.

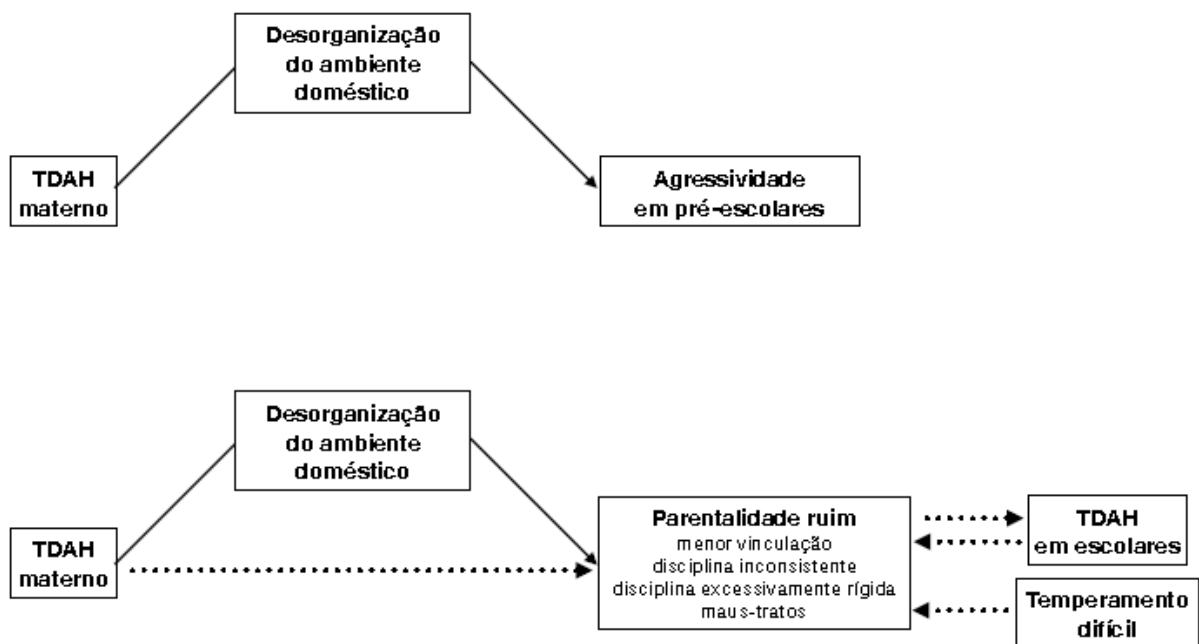
Os estudos acima citados sugerem que os prejuízos gerados pelo TDAH ao cuidado materno nem sempre ocorrem de forma direta. O mesmo é verdade para o efeito desse cuidado sobre a criança: ele pode funcionar também como mediador para a vulnerabilidade biológica representada pelos transtornos mentais. Em um estudo de 2018, Mulraney e colaboradores mostraram que estresse materno no período pós-parto predizia sintomas de TDAH na criança na faixa etária escolar, e que essa relação era mediada por uma parentalidade pior (Mulraney et al., 2018). Além disso, é preciso considerar também que características da própria criança influenciam sua vinculação com a mãe e como a parentalidade se dará. Por exemplo, comportamentos difíceis da criança, correlatos de psicopatologia, podem desencadear comportamentos disfuncionais nos pais. Esse aspecto se torna muito relevante quando falamos de TDAH materno: dada a elevada herdabilidade do transtorno, mães com altos níveis de desatenção e hiperatividade/impulsividade têm uma grande chance de terem filhos com o transtorno, que pode se manifestar nos primeiros anos de vida através de temperamento difícil (Thapar, Cooper, & Frcpsych, 2016). Assim, mesmo em estudos que avaliam amostras de pais com altos níveis desses sintomas, a sintomatologia da criança com frequência se mostra capaz de levar a pior parentalidade, independentemente do efeito que os sintomas parentais desempenhem (Wymbs et al., 2017).

Williamson e colaboradores, por exemplo, estudando uma amostra de pais e mães de crianças com idade entre 5 e 13 anos, verificou que os sintomas de desatenção maternos prediziam parentalidade negativa apenas quando os pais também apresentavam desatenção em altos níveis; em oposição, a hiperatividade materna era um problema apenas quando os pais possuíam poucos sintomas de hiperatividade/impulsividade; os sintomas de TDAH nas crianças, entretanto,

determinavam piores práticas parentais sempre, independente dos níveis de sintomas maternos ou paternos (Williamson, Johnston, Noyes, Stewart, & Weiss, 2017).

Como se vê, a relação entre TDAH materno, parentalidade, temperamento da criança e desenvolvimento é complexa e, em se tratando do primeiro ano de vida, ainda há muitas lacunas. A Figura 1 traz um resumo simplificado das associações descritas até o momento.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar o impacto dos sintomas de TDAH maternos sobre a parentalidade ao longo do primeiro ano de vida. Para isso, analisamos os dados gerados por um estudo randomizado controlado que investigou o efeito de um programa de visitação a jovens gestantes de classes sociais baixas para o fomento ao desenvolvimento precoce.



**Figura 1.** Associações descritas entre TDAH materno, parentalidade, temperamento da criança e desenvolvimento. Linhas sólidas indicam o caminho entre um preditor e um mediador, ou entre um mediador e o desfecho, enquanto linhas pontilhadas indicam o efeito direto de um preditor sobre o desfecho.

### 3 MÉTODOS

Para investigar o impacto que sintomas de TDAH maternos provocam à parentalidade ao longo do primeiro ano de vida, procedeu-se a uma análise de dados longitudinais gerados por um estudo randomizado controlado que investigou o efeito do Programa Primeiros Laços de visitação domiciliar.

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Utilizou-se a amostra de um ensaio clínico randomizado desenvolvido para testar o efeito do Programa Primeiros Laços de visitação domiciliar, cujo objetivo é melhorar o cuidado materno e garantir melhor desenvolvimento infantil (Registro do [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02807818): NCT02807818). As visitas começaram ainda durante a gestação e se seguiram durante todo o primeiro ano do bebê.

##### 3.1.1 Participantes

Oitenta primigestas com idade entre 14 e 20 anos pertencentes às classes socioeconômicas C,D e E (ABEP, 2019) foram identificadas a partir de teste de gravidez positivo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região oeste de São Paulo, no Brasil. Trata-se de um local marcadamente pobre, constituído principalmente por favelas, com acesso deficitário a saneamento básico e elevada criminalidade, sobretudo devido ao tráfico de drogas. As gestantes que desejassem participar eram convidadas a assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); se fossem menores de idade, o TCLE era assinado por seus responsáveis legais. Os critérios de inclusão foram: estar grávida pela primeira vez, entre a oitava e a décima sexta semana de gestação; ter entre idade entre 14 e 19 anos; viver na região oeste de São Paulo e pertencer a classes socioeconômicas baixas (C, D e E). Os critérios de exclusão foram: ser portadora de deficiência mental, visual ou auditiva ou de doença crônica que se associe a alterações do desenvolvimento fetal; a gestação ser de alto risco. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em



Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP).

### 3.1.2 Programa Primeiros Laços

O programa de visitação foi desenvolvido a partir das teorias bioecológica (Bronfenbrenner, 1986), da auto-eficácia (Bandura, 1977) e do apego (Bowlby, 1982) e tinha como objetivo atuar nos seguintes domínios: (1) saúde física da mãe e do bebê: informar sobre nutrição, higiene, cuidados domésticos, doenças comuns da infância, vacinação, prevenção de acidentes e desenvolvimento infantil; (2) saúde do ambiente doméstico e comunitário: ajudar a identificar recursos que garantem condições de vida adequadas, como moradia segura, acesso a creche, escolas e serviços de saúde; (3) planejamento e desenvolvimento de curso de vida: ajudar os participantes a alcançar objetivos pessoais, como terminar o ensino médio, encontrar um emprego, planejar o nascimento do segundo filho, ter acesso a programas sociais; (4) desenvolvimento de parentalidade adequada: promover um cuidado materno sensível e responsivo; (5) mapeamento de rede de suporte social: apoiar o auxílio da família estendida e dos amigos às funções parentais. As visitas eram realizadas semanalmente ou quinzenalmente por enfermeiras treinadas, supervisionadas semanalmente pelos desenvolvedores do Programa. O grupo controle recebeu assistência pré-natal e puericultura usuais, oferecidas pela UBS (Fracolli, Reticena, Abreu, & Chiesa, 2018; Pinheiro et al., 2018).

### 3.1.3 Procedimentos

A partir da triagem, oitenta jovens gestantes foram randomizadas e alocadas para dois grupos: (1) Programa Primeiros Laços e (2) cuidados usuais de saúde. Enfermeiras treinadas pelos pesquisadores principais visitaram as gestantes do grupo intervenção, iniciando entre a oitava e a décima sexta semana de gestação e concluindo aos vinte e quatro meses de vida da criança. Cada díade mãe-bebê deveria receber entre sessenta e sessenta e quatro visitas ao longo desse período.

As avaliações de desfecho do estudo Primeiros Laços ocorreram em sete momentos distintos: no 1º trimestre de gestação entre a oitava e a décima sexta semanas de gestação (*baseline*), trigésima semana gestacional, durante o parto, aos três, seis, doze e vinte e quatro meses de vida da criança. Para a presente análise, foram utilizados dados coletados em três tempos: entre a oitava e a décima sexta semanas de gestação, aos seis e aos doze meses após o parto.

Informações sociodemográficas, como escolaridade, renda familiar e acesso a benefícios sociais, foram colhidas durante a gestação. As variáveis de interesse foram medidas por meio de instrumentos validados e padronizados, aplicados por entrevistadores treinados. A maioria das avaliações foi realizada na sede do estudo na comunidade; instrumentos que exigiam observação direta do ambiente doméstico foram aplicados no domicílio das díades.

## 3.2 MEDIDAS DE INTERESSE

Cada uma das medidas de interesse do estudo pertencia a uma das seguintes dimensões: psicopatologia materna, cuidado materno ou parentalidade, e temperamento da criança.

### 3.2.1 Sintomas de TDAH

Os sintomas de TDAH foram investigados através do *Adult Self-Report Scale* (ASRS *screener - symptom checklist*) (Adler et al., 2006), traduzido para o português (Mattos et al., 2006), respondido pelas gestantes. Trata-se de um instrumento desenvolvido pela OMS para o rastreio de sintomas de TDAH em adultos. É constituído por 18 questões correspondentes aos critérios do DSM-IV para TDAH. As nove primeiras se referem a desatenção, enquanto as últimas avaliam sintomas de hiperatividade/impulsividade. O sujeito pontua a frequência de cada sintoma numa escala que varia de 0 a 4 (em que 0= “nunca”, 1= “raramente”, 2= “às vezes”, 3= “frequentemente” e 4= “muito frequentemente”), produzindo um escore total que varia de 0 a 90, um escore de desatenção (0 a 36) e um escore de hiperatividade/impulsividade (0 a 36). As gestantes responderam sobre sintomas de

TDAH no 1º trimestre de gestação. Nesse trabalho, foram utilizados os escores de desatenção e de hiperatividade/impulsividade.

### 3.2.2 Sintomas depressivos

Os sintomas depressivos foram avaliados por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI): trata-se de uma escala constituída de 21 itens que acessam a presença de sintomas depressivos nas últimas duas semanas; cada item apresenta 4 possibilidades de resposta, variando em um crescente de intensidade; o instrumento produz um escore de elevada correlação com depressão avaliada clinicamente ( $r=.72$ ), além de boa consistência interna em amostras clínicas ( $\alpha=.86$ ) e comunitárias ( $\alpha=.81$ ) (Beck & Steer, 1987; Gomes-Oliveira, Gorenstein, Lotufo Neto, Andrade, & Wang, 2012; Gorenstein & Andrade, 1998). As gestantes responderam sobre sintomas depressivos aos seis e aos doze meses após o parto.

### 3.2.3 Uso de substâncias

Uso de álcool e maconha foram avaliados com perguntas através das quais posteriormente foram construídas variáveis de frequência de uso (padrão de uso semanal ou inferior a isso) na vida e no período entre avaliações. As gestantes responderam sobre uso de substâncias na vida no 1º trimestre de gestação e sobre uso de substâncias no período entre avaliações aos seis e aos doze meses após o parto.

### 3.2.4 Cuidado materno

O cuidado materno pode ser definido como a tarefa de preparar os filhos para vivenciar as experiências típicas da vida em sociedade e da cultura; economistas e especialistas em desenvolvimento descrevem a parentalidade como um investimento na promoção do bem-estar social, econômico e psicológico dos filhos, auxiliando-os a regular seu funcionamento biológico, cognitivo e socioemocional (Steele & Steele, 2016). Trata-se, portanto, de um constructo multifacetado e composto por diferentes

dimensões. Neste estudo, avaliamos a percepção materna sobre a sua competência e capacidade de estabelecer relação de apego com a criança, práticas punitivas que configuram situações de maus-tratos e adequação do ambiente doméstico para os cuidados da criança. Todas essas dimensões foram avaliadas aos 6 e 12 meses de vida da criança.

#### 3.2.4.1 Competência materna

As mães responderam à *Parent Stress Index – IV* (PSI-IV) (Abidin, 1995). Trata-se de um questionário composto por 120 itens que avaliam o “estresse parental”, aquele percebido no relacionamento entre pais e filhos. Os itens são classificados em uma escala de 5 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. Os itens são agrupados em 16 subescalas, que compõem 3 domínios diferentes: *Child Domain*, *Parent Domain* e *Life Stress*. *Child Domain*, refere-se às características temperamentais e comportamentais individuais de cada criança que a tornam fácil ou difícil de cuidar. *Parent Domain* refere-se às percepções e sentimentos que os pais têm sobre seus filhos, com base nas interações que mantêm com eles, ou seja, se as mesmas fazem-nos se sentir satisfeitos ou felizes. O domínio *Life Stress* é constituído por itens que contemplam situações de estresse referentes à vida cotidiana e à família, como divórcio, dificuldades financeiras e problemas no trabalho. Os estudos de teste-reteste e consistência interna produziram boas estimativas de confiabilidade. As subescalas *competence* e *attachment* pertencem ao *Parent Domain* (Costa, Weems, Pellerin, & Dalton, 2006).

Os itens da subescala *competence* refletem o quanto a mãe avaliada considera cuidar adequadamente de seu bebê. Nesse sentido, guarda semelhança com o conceito de senso de competência materno (Mash & Johnston, 1983). Entretanto, muitos itens refletem também o quanto a mãe consegue se organizar numa rotina de cuidados com a criança; exemplos desses itens são: “ser mãe é mais difícil do que eu pensava que seria”; “eu me sinto capaz e no controle das coisas quando eu estou cuidando do meu filho”; “eu não consigo tomar decisões sem ajuda”; “tenho tido mais problemas criando o meu filho do que eu esperava”.

### 3.2.4.2 Apego

A subescala *attachment* da PSI-IV (Abidin, 1995) avalia a sensação de proximidade que a mãe tem com o filho e sua habilidade de observar, compreender e responder adequadamente às necessidades dele. A falta de proximidade entre a díade está associada a baixos níveis de monitoração e vigilância da criança pela mãe, pouca disponibilidade materna para a parentalidade, abuso de álcool e outras drogas, além de traços antissociais na criança (Eisengart, Singer, Fulton, & Baley, 2003; Fite, Greening, & Stoppelbein, 2008).

### 3.2.4.3 Ambiente doméstico

Também aos seis e aos doze meses de vida da criança foi aplicado no domicílio dos sujeitos o inventário HOME. Trata-se de um instrumento de observação direta que tenta medir fatores ambientais e da interação que se associam ao bem-estar da criança, sendo uma medida válida também do desenvolvimento infantil. Maiores escores refletem um ambiente doméstico mais favorável ao desenvolvimento infantil. Para essa amostra foi utilizada a versão inicial do inventário (*Infant/Toddler Home Observation and measurement of the environment*) (Andrade et al., 2005; Bradley, 1994; de Oliveira, Barros, Anselmi, & Piccinini, 2006; Lima et al., 2004), desenvolvida para aplicação em casas de crianças de zero a três anos de idade, e composto por 45 itens subdivididos nas seguintes subescalas: responsividade emocional e verbal da mãe, ausência de punição e restrição, organização do ambiente físico e temporal, envolvimento materno com a criança e oportunidade de variação na estimulação diária.

O inventário HOME foi desenvolvido por Caldwell e Bradley, em 1984, em Arkansas. Dedicou-se à medida de fatores do ambiente doméstico e das interações que nele ocorrem, pois, acredita-se, estão associados ao bem estar da criança. Seu foco, portanto, é esta última, vista como um depositário do que advém de suas relações com objetos e pessoas do meio, sobretudo de suas relações com a própria família (Bradley, Mundfrom, Whiteside, Casey, & Barrett, 1994).

O racional por trás de seus itens vem das teorias de desenvolvimento infantil, pesquisas e informações advindas de uma série de profissionais acostumados a lidar

com crianças e seus familiares, como pediatras, educadores e assistentes sociais (Bradley et al., 1994).

A aplicação do inventário é feita por um entrevistador treinado que vai até a casa da criança e observa interações da mesma com a mãe ou cuidador primário. Embora os constructos avaliados pelo inventário se correlacionem a fatores socioeconômicos, não se restringem a eles.

Em nosso meio, Lima *et al* verificaram numa amostra de crianças de zona urbana do Nordeste que aquelas com menores índices de desenvolvimento mental na Escala *Bayley* de Desenvolvimento Infantil aos 12 meses apresentavam também menores índices no inventário HOME à mesma época. A grande maioria das famílias observadas tinha baixo nível socioeconômico. Neste estudo, os fatores ambientais estiveram muito mais associados aos desfechos de desenvolvimento mental que os fatores puramente biológicos, como peso ao nascer, concentração sérica de hemoglobina, índices de amamentação e morbidade (Lima et al., 2004).

Um segundo estudo, de Andrade *et al*, encontrou achados semelhantes: em um estudo transversal de uma amostra de crianças entre 17 e 42 meses de idade de Salvador (BA), verificou-se que maiores escores no HOME associavam-se a melhores índices de desenvolvimento mental na escala *Bayley* (Andrade et al., 2005).

#### 3.2.4.4 Maus-tratos

*Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) foi aplicada aos seis e aos doze meses de vida da criança (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998). Esse instrumento mede a violência dentro da família, perpetrada pelos pais contra os filhos. É constituído por 22 itens divididos em três escalas: disciplina não violenta, agressão psicológica e agressão física. Esta última é dividida em três subescalas de acordo com a gravidade, chamadas respectivamente de punição corporal, maus-tratos físicos e maus-tratos físicos graves. Pontua-se a frequência do comportamento violento no último ano (“nunca”, “uma vez” ou “mais de uma vez”); assim, escores maiores indicam que as crianças sofreram mais maus-tratos. O questionário também contém escalas suplementares sobre métodos disciplinares, negligência e abuso sexual na última semana. Para o presente estudo, foi utilizada a versão traduzida e validada para o

português (Reichenheim & Moraes, 2006). As escalas suplementares não foram aplicadas.

### 3.2.5 Temperamento da Criança

Como se sabe, o temperamento da criança influencia o comportamento materno (Bridgett et al., 2009; Micalizzi, Wang, & Saudino, 2017; Moe, von Soest, Fredriksen, Olafsen, & Smith, 2018; Stright, Gallagher, & Kelley, 2008); por isso, foi considerado covariável neste trabalho, e medido através do *Infant Behavior Questionnaire – Revised* (IBQ-R): seus 91 itens descrevem comportamentos do bebê, cuja frequência na última semana é pontuada numa escala que vai de 1 a 7; cada item faz parte de uma dentre 14 dimensões distintas de temperamento, de modo que o somatório dos itens que representam uma mesma dimensão produz escores. Essas 14 escalas são, ainda, combinadas entre si para dar origem a 3 dimensões mais amplas do temperamento infantil: *Positive Emotionality/Surgency*, *Negative Affectivity* e *Orienting/Regulation*. Tais dimensões estão correlacionadas a conceitos teóricos bem estabelecidos no campo de estudo da personalidade (*Extroversion*, *Neuroticism* e *Control/Constraint/Conscientiousness*, respectivamente) (Maria A. Gartstein & Mary K. Rothbart, 2003). O temperamento da criança foi respondido pela mãe na avaliação de 12 meses.

### 3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Utilizou-se regressões lineares multiníveis para dados longitudinais para avaliar o efeito dos sintomas maternos de TDAH sobre medidas de cuidado materno. Inicialmente, construiu-se um modelo de regressão com intercepto aleatório para cada variável de desfecho, afim de calcular a correlação intraclasse (ICC). A ICC é a divisão da variância entre sujeitos pela soma das variâncias entre e intra-sujeitos de uma dada variável de desfecho, e indica a porcentagem de variância dessa variável que pode ser explicada pela variável de grupo (nesse caso, por características individuais dos sujeitos de pesquisa). Em seguida, construiu-se um novo modelo, a que todas as variáveis de interesse foram adicionadas: randomização (grupo controle ou grupo

intervenção), sintomas de desatenção maternos (ASRS - escore de desatenção), sintomas de hiperatividade/impulsividade maternos (ASRS - escore de hiperatividade/impulsividade), sintomas depressivos maternos (BDI), uso de álcool e de maconha pela mãe (variáveis binárias) e dimensões do temperamento do bebê (IBQ-R – escores de *Positive Emotionality/Surgency*, *Negative Affectivity* e *Orienting/Regulation*). Os sintomas depressivos maternos, o uso de álcool e o uso de maconha pela mãe assumiram valores diferentes (*time variant*) em cada ocasião de medida (aos seis e aos doze meses de vida da criança), enquanto as demais variáveis assumiram valores fixos (*time invariant*) para cada indivíduo (randomização e sintomas de TDAH maternos medidos durante a gestação e temperamento do bebê aferido aos doze meses). Utilizando o método *stepwise backwards*, a variável com maior valor de p foi excluída do modelo, e outra análise foi realizada; esse procedimento foi repetido até que restassem apenas variáveis com  $p < 0,10$ . A randomização foi incluída em todos os modelos, independentemente de seu valor de p.

Ao chegarmos ao modelo final, foi calculada a ICC residual, que mede a proporção de variância da variável de desfecho explicada por características individuais maternas na presença das variáveis adicionadas ao modelo. Assim, a ICC residual é sempre menor que a ICC do modelo inicial, e a diferença entre elas indica a proporção de variância que as variáveis adicionadas conseguem explicar. Variáveis com  $p < 0,05$  nos modelos finais foram consideradas preditores significativos dos desfechos estudados.

Os dados foram coletados por meio do sistema REDCap, uma ferramenta eletrônica para gerenciamento e armazenamento de dados de pesquisa (Harris et al., 2009). Para as análises estatísticas utilizou-se o comando *meglm* do software STATA (versão 13), método de estimativa por máxima verossimilhança e especificações padrão para regressões lineares multinível (família gaussiana, função de ligação identidade e método de Gauss-Hermite com 7 pontos de integração). Intervalos de confiança foram reportados nas Tabelas 2 e 3, adiante.



## 4 RESULTADOS

A idade média das jovens gestantes foi de  $17.1 \pm 1.2$  anos. Os dados socioeconômicos confirmaram se tratar de uma população em vulnerabilidade: 15% delas tinha menos de 5 anos de estudo; menos da metade (43.8%) estava frequentando a escola; 37.5% pertencia às classes econômicas C e D (muito pobre); 17.5% tinha renda familiar de até 250 dólares por mês; 26.3% tinha acesso a algum benefício social; 22.5% das mães dessas gestantes eram analfabetas e quase metade (46.3%) tinha menos de 5 anos de estudo (Tabela 1).

**Tabela 1: Características demográficas e problemas de saúde mental maternos**

	1º trimestre gestação*	6 meses bebê	12 meses bebê
<b>Idade</b>	17.1 (1.2)		
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeta, n (%)	1 (1.3%)		
Fundamental incompleto, n (%)	11 (13.8%)		
Fundamental, n (%)	60 (75%)		
Ensino médio, n (%)	8 (10%)		
<b>Frequentando escola, n (%)</b>	35 (43.8%)		
<b>Escolaridade da avó materna</b>			
Analfabeta, n (%)	18 (22.5%)		
Fundamental incompleto, n (%)	19 (23.8%)		
Fundamental, n (%)	17 (21.3%)		
Ensino médio, n (%)	23 (28.8%)		
Graduação, n (%)	3 (3.8%)		
<b>Renda familiar</b>			
US\$ 0-250,00 , n (%)	14 (17.5%)		
US\$250,00 ou mais	59 (73.8%)		
Não sabe	7 (8.8%)		
<b>Classe econômica, muito pobre (D, E), n (%)</b>	30 (37.5%)		
<b>Acesso a benefícios sociais, n (%)</b>	21 (26.3%)		

(continua)

(continuação)

	1º trimestre gestação*	6 meses bebê	12 meses bebê
<b>ASRS</b>			
Escore total, média (DP)	24,4 (11,5)		
Escore de desatenção, média (DP)	12 (6,1)		
Escore de hiperatividade, média (DP)	12,4 (6,8)		
<b>BDI – escore total, média (DP)</b>	12,3 (7,9)	8,7 (7,8)	8,7 (6,6)
<b>Uso de álcool – na vida<sup>a</sup> – n (%)</b>	31 (38,8%)		
<b>Uso de canabinóides – na vida<sup>a</sup> – n (%)</b>	14 (17,5%)		
<b>Uso de álcool<sup>b</sup> - n (%)</b>		3 (4,3%)	4 (6,2%)
<b>Uso de canabinóides<sup>b</sup> - n (%)</b>		1 (1,5%)	1 (1,6%)
<b>Abuso sexual<sup>c</sup> - n (%)</b>	10 (12,5)		
<b>Exposição a violência - n (%)</b>		5 (7,5%)	5 (7,5%)

ASRS=ADHD Self-report scale, BDI=Beck Depression Inventory, DP=desvio padrão

<sup>a</sup>menos uma vez por semana, por um período de tempo    <sup>b</sup>pelo menos uma vez por semana

<sup>c</sup>vivenciou violência pelo menos uma vez desde a última avaliação

#### 4.1 PSICOPATOLOGIA MATERNA

As médias dos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade foram de 12 e 12,4, respectivamente, ambas entre os percentis 50 e 75. A média dos escores do Inventário de Depressão de Beck durante a gestação ficou acima de 9, na faixa de “depressão leve”, e foi sublimiar, com valores próximos a 9, aos 6 e aos 12 meses de vida da criança (Tabela 1). Durante o *baseline*, 38.8% e 17.5% da amostra referiram já ter apresentado padrão de uso semanal de álcool e maconha, respectivamente, em algum momento da vida. As medidas de frequência de uso dessas substâncias aos 6 e aos 12 meses de vida do bebê, entretanto, atingiram níveis bem mais baixos.

## 4.2 CUIDADO MATERNO

Pôde ser observado um efeito dos sintomas de desatenção maternos em todas as medidas de parentalidade.

### 4.2.1 Competência

A média dos escores da subescala *competence* da PSI-IV aos 6 meses foi de 32 (DP=5.1), e de 32.1 (DP=5.3) aos 12 meses de vida da criança. O modelo final de regressão indica que sintomas maternos de desatenção ( $\beta=.36$ , IC=.16-.57,  $p=0.001$ ) e de hiperatividade ( $\beta=-.19$ , IC=-.35--.02,  $p=0.029$ ) no 1º trimestre da gestação e sintomas depressivos maternos ( $\beta=.14$ , IC=.01-.27,  $p=0.036$ ) entre 6 e 12 meses após o parto predizem competência materna aos 6 e 12 meses de vida da criança (Tabela 2). Maiores níveis de sintomas de desatenção e de hiperatividade predizem pior sentimento de competência materna, enquanto maiores níveis de sintomas de hiperatividade predizem maior competência. Uso de substâncias e temperamento da criança não predizem senso de competência materna. A ICC residual para esse modelo foi de .50 (DP= .10, 95% CI: .30-.69).

### 4.2.2 Apego

A média dos escores da subescala *attachment* da PSI-IV aos 6 meses foi de 12.41 (DP=3.14), e de 12.97 (DP=3.53) aos 12 meses de vida da criança. O melhor modelo associativo para o estresse materno relacionado à vinculação com o bebê (subescala *attachment* da PSI-IV, Tabela 2) identificou apenas 2 covariáveis com papel independente e estatisticamente significativo sobre o desfecho: sintomas de desatenção maternos e sintomas de hiperatividade maternos. As relações foram semelhantes às que essas covariáveis estabeleceram com o desfecho descrito anteriormente, de forma que quanto maior o escore de desatenção na ASRS, maiores os níveis de estresse maternos relacionados à vinculação com a criança ( $\beta= .18$ ; 95% CI: .049-.32;  $p= 0.008$ ); em contrapartida, quanto mais sintomas de hiperatividade as mães apresentaram, menores foram as chances de desenvolverem preocupações

excessivas acerca de sua vinculação com o bebê ( $\beta = -.13$ ; 95% CI:  $-0.24$ -.02;  $p = 0.026$ ). A ICC residual para o modelo foi de .48 (DP= .11, 95% CI: .28-.69).

#### 4.2.3 Maus-tratos

Dentre todas as covariáveis examinadas, apenas os sintomas de desatenção maternos desempenharam papel significativo sobre a frequência de maus-tratos às crianças (Tabela 2). O coeficiente positivo da relação indicou que maiores níveis de desatenção predizem maior frequência de comportamento agressivo da mãe contra o filho ( $\beta = .17$ ; 95% CI: .07-.26;  $p = 0.001$ ; ICC residual= .0.11, DP= .12, 95% CI: .01-.59).

**Tabela 2. Modelos de regressão logística inicial e final, identificando os melhores modelos longitudinais para dimensões do cuidado materno**

Variáveis independentes por domínio	Modelo I Estresse Relacionado a Competência Materna				Modelo II Estresse Relacionado ao Apego			
	Inicial		Final		Inicial		Final	
	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef.	p
<b>Mãe</b>								
<b>ASRS – escore de desatenção</b>	.38 (.17-.59)	<b>0.000</b>	.36 (.16-.57)	<b>0.001</b>	.18 (.04-.32)	<b>0.011</b>	.18 (.05-.32)	<b>0.008</b>
<b>ASRS – escore de hiperatividade</b>	-.13 (-.30-.04)	0.136	-.19 (-.35--.02)	<b>0.029</b>	-.12 (-.24--.01)	<b>0.034</b>	-.13 (-.24-.02)	<b>0.026</b>
<b>BDI – escore total</b>	.15 (.02-.28)	<b>0.024</b>	.14 (.01-.27)	<b>0.036</b>	.05 (-.04-.14)	0.254		--
<b>Uso de álcool*</b>	-.69 (-3.97-2.58)	0.677	--	--	-.43 (-2.65-1.79)	0.703		--
<b>Uso de canabinóides*</b>	.09 (-7.92-8.10)	0.982	--	--	.13 (-5.18-5.44)	0.963		--
<b>Criança</b>								
<b>IBQ - Surgency</b>	-1.15 (-2.88-.58)	0.194	--	--	-.73 (-1.88-.42)	0.212		--
<b>IBQ - Negativity</b>	.15 (-1.19-1.49)	0.831	--	--	.41 (-.49-1.30)	0.372		--
<b>IBQ - Regulation</b>	.92 (-.58-2.43)	0.230	--	--	.42 (-.57-1.42)	0.404		--
<b>Intervenção</b>	.53 (-1.48-2.54)	0.605	.81 (-1.13-2.76)	0.413	.06 (-1.27-1.40)	0.925	.32 (-1.02-1.67)	0.638

\*pelo menos uma vez na semana

--: variável excluída do modelo

Modelo I: ICC= .62, DP=.08, 95% CI: .45-.77/ ICC residual= .50, DP= .10, 95% CI: .30-.69

Modelo II: ICC= .54, DP= .10, 95% CI: .35-.72/ ICC residual= .48, DP= .11, 95% CI: .28-.69

Modelo III: ICC= .18, DP= .12, 95% CI: .04-.53/ ICC residual= .11, DP= .12, 95% CI: .01-.59

(continua)

(continuação)

Variáveis independentes por domínio	Modelo III Maus-tratos			
	Inicial		Final	
	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p
<b>Mãe</b>				
<b>ASRS – escore de desatenção</b>	.14 (.03-.25)	<b>0.017</b>	.17 (.07-.26)	<b>0.001</b>
<b>ASRS – escore de hiperatividade</b>	-.01 (-.11-.08)	0.794	--	--
<b>BDI – escore total</b>	.09 (.01-.17)	<b>0.025</b>	--	--
<b>Uso de álcool*</b>	.65 (-1.77-3.08)	0.597	--	--
<b>Uso de canabinóides*</b>	-3.79 (-8.04-.46)	0.080	--	--
<b>Criança</b>				
<b>IBQ - Surgency</b>	-.36 (-1.27-.58)	0.466	--	--
<b>IBQ - Negativity</b>	.66 (-.07-1.36)	0.077	--	--
<b>IBQ - Regulation</b>	.24 (-.57-1.05)	0.564	--	--
<b>Intervenção</b>	-.45 (-1.53-.63)	0.415	.27 (-.87-1.40)	0.646

\*pelo menos uma vez na semana

--: variável excluída do modelo

Modelo I: ICC= .62, DP=.08, 95% CI: .45-.77/ ICC residual= .50, DP= .10, 95% CI: .30-.69

Modelo II: ICC= .54, DP= .10, 95% CI: .35-.72/ ICC residual= .48, DP= .11, 95% CI: .28-.69

Modelo III: ICC= .18, DP= .12, 95% CI: .04-.53/ ICC residual= .11, DP= .12, 95% CI: .01-.59

#### 4.2.4 Ambiente doméstico

Os escores do inventário HOME variaram entre 15 e 41. Os sintomas de desatenção maternos mostraram efeito significativo sobre as subescalas “envolvimento materno” ( $\beta = -.04$ ; 95% CI:  $-.08-.01$ ;  $p = 0.024$ ; ICC residual =  $.07$ , DP =  $.14$ , 95% CI:  $.00-.82$ ) e “oportunidade de variação na estimulação diária” ( $\beta = -.04$ ; 95% CI:  $-.07-.01$ ;  $p = 0.009$ ; ICC residual =  $.34$ , DP =  $.12$ , 95% CI:  $.15-.59$ ) do inventário HOME (Tabela 3). Os coeficientes negativos indicam que quanto maiores os níveis de desatenção da mãe, piores eram seu envolvimento com o bebê e sua capacidade de prover experiências variadas e diferentes para ele. Envolvimento materno diz respeito a atitudes como: garantir monitoração adequada; procurar conversar frequentemente com a criança; desafiá-la a desenvolver novas habilidades, encorajá-la e prover a organização necessária para isso. Oportunidade de variação na estimulação diária refere-se ao investimento de incluir estímulos diferentes à rotina da criança. Efeito semelhante dos sintomas de desatenção foi verificado sobre o escore total do HOME, mas com significância apenas marginal ( $\beta = -.15$ ; 95% CI:  $-.30-.00$ ;  $p = 0.053$ ). As demais subescalas do instrumento não sofreram influência significativa dos sintomas de desatenção maternos, e os sintomas de hiperatividade não mostraram qualquer impacto sobre o inventário.

Tabela 3. Modelos de regressão logística inicial e final, identificando os melhores modelos longitudinais para subescalas do Inventário HOME

Variáveis independentes por domínio	IV Responsividade Materna				V Ausência de Punição e Restrição				VI Organização do Ambiente			
	Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef.	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p
<b>Mãe</b>												
ASRS – escore de desatenção	-.05 (-.13-.02)	0.175	.36 (.16-.57)	--	.00 (-.04-.04)	0.900	--	--	-.01 (-.05-.03)	0.593	--	--
ASRS – escore de hiperatividade	.02 (-.04-.08)	0.539	-.19 (-.35--.02)	--	-.00 (-.04-.03)	0.829	--	--	.00 (-.03-.03)	0.846	--	--
BDI – escore total	-.04 (-.08-.01)	0.139	-.04 (-.08-.01)	0.117	.00 (-.03-.03)	0.838	--	--	.00 (-.03-.02)	0.865	--	--
Uso de álcool*	1.04 (-.18-2.26)	0.095	--	--	.13 (-.72-.97)	0.772	--	--	-.32 (-1.08-.45)	0.421	--	--
Uso de canabinóides*	.02 (-2.78-2.82)	0.987	--	--	-.41 (-1.89-1.06)	0.584	--	--	.46 (-.98-1.89)	0.535	--	--
<b>Criança</b>												
IBQ - Surgency	.59 (-.02-1.20)	0.056	.47 (.05-.86)	0.029	.13 (-.20-.45)	0.438	--	--	-.17 (-1.15-.48)	0.301	.28 (.06-.49)	<b>0.012</b>
IBQ - Negativity	.22 (-.25-.69)	0.352	--	--	-.18 (-.43-.07)	0.153	--	--	.00 (-.24-.25)	0.975	--	--
IBQ - Regulation	-.26 (-.78-.27)	0.337	--	--	-.27 (-.55-.01)	0.062	-.21 (-.40--.01)	<b>0.036</b>	.12 (-.16-.39)	0.400	--	--
Intervenção	.79 (.09-1.50)	<b>0.028</b>	.81 (.10-1.52)	<b>0.025</b>	.23 (-.16-.61)	0.227	.19 (-.17-.56)	0.304	.01 (-.35-.38)	0.946	-.07 (-.44-.29)	0.704

\*pelo menos uma vez na semana

--: variável excluída do modelo

IV: ICC= .59, DP=.09, 95% CI: .41-.75/ ICC residual= .46, DP= .11, 95% CI: .27-.66

V: ICC= .54, DP= .14, 95% CI: .00-.91/ ICC residual= .02, DP= .14, 95% CI: 1.10 x 10<sup>-8</sup>-1.00

VI: ICC= .17, DP= .13, 95% CI: .04-.54/ ICC residual= .12, DP= .13, 95% CI: .01-.59

VII: ICC= .16, DP= .14, 95% CI: .02-.60/ ICC residual= .07, DP= .14, 95% CI: .00-.82

VIII: ICC= .41, DP= .11, 95% CI: .22-.63/ ICC residual= .34, DP= .12, 95% CI: .15-.59

(continua)



Tabela 3. Modelos de regressão logística inicial e final, identificando os melhores modelos longitudinais para subescalas do Inventário HOME

Variáveis independentes por domínio	IV Disponibilidade de Materiais				V Envolvimento Materno				VI Oportunidade de Variação			
	Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p	Coef. [95%CI]	p
<b>Mãe</b>												
<b>ASRS – escore de desatenção</b>	-0.09 (-.17--0.01)	<b>0.031</b>	-0.05 (.16-.01)	0.081	-0.04 (-.09-.00)	0.061	-0.04 (-.08--0.01)	<b>0.024</b>	-0.04 (-.08--0.00)	<b>0.037</b>	-0.04 (-.07--0.01)	<b>0.009</b>
<b>ASRS – escore de hiperatividade</b>	.03 (-.03-.10)	0.341	--	--	.01 (-.02-.05)	0.460	--	--	.01 (-.02-.04)	0.586	--	--
<b>BDI – escore total</b>	-0.01 (-.06-.05)	0.899	--	--	-0.02 (-.05-.01)	0.260	--	--	.01 (-.02-.03)	0.644	--	--
<b>Uso de álcool*</b>	1.00 (-.70-2.70)	0.249	--	--	.18 (-.72-1.08)	0.691	--	--	-0.09 (-.77-.59)	0.792	--	--
<b>Uso de canabinóides*</b>	4.26 (1.27-7.25)	<b>0.005</b>	4.51 (1.58-7.45)	<b>0.003</b>	.00 (-1.62-1.62)	0.998	--	--	1.35 (-.11-2.81)	0.069	--	--
<b>Criança</b>												
<b>IBQ - Surgency</b>	.32 (-.33-.98)	0.336	--	--	.32 (-.04-.67)	0.081	.29 (-.03-.62)	0.080	-0.08 (-.40-.23)	0.610	--	--
<b>IBQ - Negativity</b>	-0.20 (-.70-.31)	0.447	--	--	-0.11 (-.39-.16)	0.415	--	--	-0.10 (-.35-.14)	0.412	--	--
<b>IBQ - Regulation</b>	-0.28 (-.85-.29)	0.334	--	--	-0.26 (-.57-.04)	0.094	-0.25 (-.55-.04)	0.093	.22 (-.05-.50)	0.114	--	--
<b>Intervenção</b>	.74 (-.02-1.51)	0.057	.70 (-.04-1.44)	<b>0.063</b>	.28 (-.14-.69)	0.191	.22 (-.19-.63)	0.296	.43 (.06-.80)	<b>0.023</b>	.30 (-.06-.66)	0.098

\*pelo menos uma vez na semana

--: variável excluída do modelo

IV: ICC= .59, DP=.09, 95% CI: .41-.75/ ICC residual= .46, DP= .11, 95% CI: .27-.66

V: ICC= .54, DP= .14, 95% CI: .00-.91/ ICC residual= .02, DP= .14, 95% CI: 1.10 x 10<sup>-8</sup>-1.00

VI: ICC= .17, DP= .13, 95% CI: .04-.54/ ICC residual= .12, DP= .13, 95% CI: .01-.59

VII: ICC= .16, DP= .14, 95% CI: .02-.60/ ICC residual= .07, DP= .14, 95% CI: .00-.82

VIII: ICC= .41, DP= .11, 95% CI: .22-.63/ ICC residual= .34, DP= .12, 95% CI: .15-.59

(continua)

## 5 DISCUSSÃO

Utilizando uma amostra de jovens gestantes em situação de vulnerabilidade, este estudo longitudinal mostrou que sintomas de desatenção maternos identificados no início da gestação impactam negativamente diversas dimensões da parentalidade (senso de competência materno, vinculação e envolvimento com o bebê, prática de maus-tratos e organização do ambiente doméstico) no primeiro ano de vida, independentemente do efeito que sintomas depressivos, uso de álcool e maconha e o temperamento da criança tenham sobre o cuidado materno.

Embora haja um número crescente de estudos sobre o impacto que sintomas de TDAH geram à parentalidade, poucos avaliaram o impacto das dimensões de desatenção e hiperatividade/impulsividade separadamente. Em um raro exemplo, Williamson *et al.* verificou em uma amostra de pais, mães e crianças com idade entre 5 e 13 anos que os sintomas de desatenção maternos prejudicavam os cuidados com a criança apenas quando os pais também apresentavam altos níveis de desatenção; e que a hiperatividade só causava problemas quando as mães apresentavam altos e os pais baixos níveis desses sintomas. Sintomas de TDAH nas crianças e sintomas depressivos maternos também tiveram papel significativo sobre a parentalidade (Williamson et al., 2017). Nossos resultados revelaram uma influência importante dos sintomas de desatenção sobre o cuidado materno, mas não apontaram efeito negativo dos sintomas de hiperatividade/impulsividade. O impacto da desatenção materna se manteve mesmo levando em conta a presença de sintomas depressivos e o temperamento da criança que, sabemos, influenciam o comportamento materno (Giallo et al., 2015; Huang, Roberts, Costeines, & Kaufman, 2019; Kim, Chow, Bray, & Teti, 2017; Kingston et al., 2018). Este é o primeiro estudo a avaliar o impacto dos sintomas de TDAH maternos, em dimensões separadas, durante o primeiro ano de vida.

O fato de não termos encontrado um efeito importante dos sintomas de hiperatividade/impulsividade está em acordo com a literatura. Farbiash *et al.*, estudando uma amostra de pais, mães e seus filhos pré-escolares, verificou que os sintomas de desatenção maternos contribuíam diretamente para os níveis de agressividade das crianças; que os sintomas de desatenção paternos contribuíam de

forma indireta para a agressividade; e que os sintomas de hiperatividade maternos e paternos não tinham qualquer relação com a agressividade dos filhos. A partir desses achados, os autores desenvolvem a hipótese de que os sintomas de desatenção trariam mais prejuízos às funções parentais que os sintomas de hiperatividade/impulsividade; ou, ainda, que criar crianças pequenas demande muito da função atencional (por envolver estruturação de rotinas, organização do ambiente, realizar tarefas em tempo hábil, lembrar de compromissos, etc.). Como essa demanda recai principalmente sobre as mães (Farbiash et al., 2014), a desatenção tem um impacto mais importante sobre elas em comparação aos pais.

Nosso estudo também é o primeiro a avaliar a influência que cada uma dessas dimensões têm sobre maus-tratos à criança durante o primeiro ano de vida. Os trabalhos de *Fujiwara et al.* e *Tachibana et al.* mostraram que a presença de sintomas de TDAH na mãe aumenta o risco dela perpetrar maus-tratos ao seu filho no primeiro ano após o parto; embora apresentem dados longitudinais, nesses estudos não há variáveis que se repitam em momentos distintos, o que limita a capacidade de fazerem inferências de causa e efeito (Fujiwara, Kasahara, Tsujii, & Okuyama, 2014; Y. Tachibana et al., 2017). Além disso, nenhum desses resultados é controlado para o efeito do temperamento do bebê.

Reconhecemos algumas limitações de nossos resultados. Embora o estudo tenha sido conduzido na comunidade, se trata de uma amostra de alto risco e os resultados encontrados não podem ser extrapolados para outras populações. Na avaliação inicial, realizada no 1º trimestre de gestação, 38.8% e 17.5% das gestantes referiram ter apresentado padrão de uso semanal de álcool e maconha, respectivamente, em algum momento da vida; esses são valores altos, quando comparados com as médias encontradas entre adolescentes no Brasil (Matsuura, 2016). Entretanto, as medidas de uso dessas substâncias caíram substancialmente após o nascimento do bebê, o que pode refletir um efeito indireto do estudo, ou a tendência das mulheres de sub-relatarem este comportamento. O fato das avaliações de desfecho serem realizadas de forma cega, por entrevistadores independentes que não participam da intervenção, teria a função de amenizar distorções do relato. Esse fato, aliado ao pequeno tamanho da amostra, pode ter diminuído as chances de encontrarmos efeito significativo dessas medidas sobre os desfechos.

De início, esperávamos encontrar escores elevados nas subescalas da PSI-IV, por se tratar de um instrumento medindo primariamente estresse, em uma população

de jovens mães de classes econômicas baixas (Huang et al., 2019; Spencer et al., 2002). Em nossa amostra, entretanto, os escores da PSI (subescalas *competence* e *attachment*) ficaram em torno do percentil 33 (muito abaixo do percentil 90, que sugere níveis de estresse significativos). Grande parte dessas jovens morava com a mãe, e uma hipótese para esse achado é que o suporte das avós nos cuidados com a criança pode ter ajudado essas mulheres a se sentirem mais competentes na função. Considerando isso, uma limitação importante é não termos controlado os resultados para o fato da gestante viver com a própria mãe ou com o pai da criança.

Em relação ao desenho do estudo, embora o desenho longitudinal permita estabelecer a ordem temporal dos eventos e, por isso, confira robustez aos achados, evidências consistentes de causalidade requerem a integração dessa metodologia com outros modelos estatísticos cuja aplicação requer amostras maiores (King et al., 2018). Para estudar os diferentes impactos da desatenção e da hiperatividade/impulsividade sobre as práticas maternas, essas dimensões foram tratadas como preditores diferentes dentro do modelo estatístico, assim como as diferentes dimensões do temperamento das crianças. Por se tratar de constructos altamente relacionados entre si, essas estratégias podem ter aumentado a chance de multicolinearidade e, em consequência, levado à exclusão de bons preditores (erro tipo II) e à limitação dos valores dos coeficientes (Field, 2009). Acreditamos que não tenha sido o caso, pois a correlação mais alta entre preditores foi de 0.6, entre as dimensões do temperamento *Positive Emotionality/Surgency* e *Orienting/Regulation*, aos 12 meses. Além disso, reconhecemos que a realização de análises com diferentes domínios de parentalidade mantendo nível de significância em 5% aumentaria a chance de achados espúrios; embora essa seja uma possibilidade, achamos improvável, considerando o padrão consistente de resultados encontrados. As diferenças entre a ICC inicial e a ICC residual dos modelos nos indicam que os preditores explicam apenas uma pequena porcentagem da variância dos desfechos, o que é condizente com os resultados de outros trabalhos sobre prejuízos à parentalidade decorrentes do TDAH (Thapar et al., 2016).

Como ponto forte desse estudo, destaca-se o fato de que desenhos longitudinais vêm sendo cada vez mais utilizados para estudar desenvolvimento e saúde mental, pois são capazes de lidar com constructos que variem ao longo do tempo (como ocorre frequentemente em psicopatologia), além de melhor inferirem relações de causa e efeito que desenhos transversais. Além disso, há que se ressaltar

que nossa amostra é representativa de grande parte da população brasileira e de outros países em desenvolvimento vivendo nas periferias das grandes cidades com renda familiar muito baixa (Bordin et al., 2009; Goodman, Fleitlich-Bilyk, Patel, & Goodman, 2007). O relatório da UNICEF *Advantage or Paradox: The Challenge for children and young people growing up urban* aponta que há cerca de 300 milhões de crianças em todo o mundo vivendo em favelas. Embora as áreas urbanas apresentem melhores indicadores de bem-estar infantil, esses valores são médias e mascaram grandes disparidades existentes dentro de uma mesma cidade. Assim, em países em desenvolvimento, com elevada desigualdade socioeconômica, as crianças mais pobres e vulneráveis se saem pior que seus pares em áreas rurais (UNICEF, 2018).

Os baixos escores do Inventário HOME, já reportados na literatura para outras amostras brasileiras (Andrade et al., 2005), chamam a atenção novamente para a vulnerabilidade de nossa amostra e para o fato das crianças pertencentes a ela terem um risco elevado de não se desenvolverem adequadamente, já que esse instrumento mede justamente o potencial de estimulação que o ambiente doméstico oferece ao desenvolvimento inicial. Amostras populacionais americanas pontuam em torno do percentil 90 (Wulbert, Inglis, Kriegsmann, & Mills, 1975). Por se tratar de um instrumento de observação direta, não está sujeito a vieses do relato dos sujeitos de pesquisa, aumentando a confiabilidade desse dado.

Em síntese, nossos achados mostraram, portanto, que os sintomas de desatenção maternos constituem um fator de risco importante para a parentalidade e, conseqüentemente, para o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. Esse diagnóstico chama a atenção para a necessidade de criar políticas públicas visando avaliação e intervenção sobre esses sintomas durante a gestação.

## 6 CONCLUSÕES FINAIS

O nosso estudo revela, em uma população com elevada vulnerabilidade, o impacto específico dos sintomas de desatenção materno sobre a parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança. Populações assim raramente são estudadas sistematicamente; quando estudadas, muitas vezes é difícil separar o efeito dos fatores socioeconômicos e das questões de saúde mental materna sobre o desenvolvimento infantil (Evans, Gonnella, Marcynyszyn, Gentile, & Salpekar, 2005; Vernon-Feagans, Garrett-Peters, Willoughby, & Mills-Koonce, 2012). Nosso estudo mostra que o efeito da desatenção se estende a diversos aspectos relacionados à parentalidade, como o estresse, o senso de competência, a vinculação e o envolvimento com o bebê, a prática de maus-tratos e a organização do ambiente ambiente doméstico. Todos esses aspectos estão correlacionados a desfechos posteriores importantes da criança, como comportamentos internalizantes, agressividade, auto-regulação, habilidades sociais e cognitivas (Steele & Steele, 2016). Isso traz implicações importantes para a concepção de políticas públicas voltadas à promoção de um bom desenvolvimento infantil entre essas populações: atentar para a presença de sintomas de desatenção ainda durante a gestação pode garantir intervenção eficaz sobre esses sintomas, o que aumentaria a possibilidade de desempenhar a o cuidado materno de forma mais adequada.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (Third ed.). London: NFER-Nelson.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of Pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry, 18*(3), 145-148.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N. d., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública, 39*(4), 1-6.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2019). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, SP: Autor.
- Babinski, D. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Wymbs, B. T., . . . Kuriyan, A. B. (2012). Maternal ADHD, Parenting, and Psychopathology Among Mothers of Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*(5), 458-468. doi:10.1177/1087054712461688
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev, 84*(2), 191-215.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization, 87*(5), 336-344.
- Bos, K., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Drury, S. S., McLaughlin, K. A., & Nelson, C. A. (2011). Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. *Harv Rev Psychiatry, 19*(1), 15-24. doi:10.3109/10673229.2011.549773
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry, 52*(4), 664-678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Bradley, R. H. (1994). The Home Inventory: review and reflections. *Adv Child Dev Behav, 25*, 241-288.
- Bradley, R. H., Mundfrom, D. J., Whiteside, L., Casey, P. H., & Barrett, K. (1994). A factor analytic study of the infant-toddler and early childhood versions of the HOME Inventory administered to white, black, and Hispanic american parents of children born preterm. *Child Dev, 65*(3), 880-888. doi:10.1111/j.1467-8624.1994.tb00790.x
- Bridgett, D. J., Gartstein, M. A., Putnam, S. P., McKay, T., Iddins, E., Robertson, C., . . . Rittmueller, A. (2009). Maternal and contextual influences and the effect of

- temperament development during infancy on parenting in toddlerhood. *Infant Behav Dev*, 32(1), 103-116. doi:10.1016/j.infbeh.2008.10.007
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Costa, N. M., Weems, C. F., Pellerin, K., & Dalton, R. (2006). Parenting Stress and Childhood Psychopathology: An Examination of Specificity to Internalizing and Externalizing Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 10.
- de Oliveira, E. A., Barros, F. C., Anselmi, L. D. d. S., & Piccinini, C. A. (2006). The Quality of Home Environment in Brazil: An Ecological Model. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 631-642.
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Holland, K. A., & Frankling, E. J. (2012). The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(5), 715-733. doi:10.1007/s10578-012-0290-5
- Eisengart, S. P., Singer, L. T., Fulton, S., & Baley, J. E. (2003). Coping and psychological distress in mothers of very low birth weight young children. *Parenting: Science and Practice*, 3(49), 49-72.
- Emery, J., Paquette, D., & Bigras, M. (2008). Factors predicting attachment patterns in infants of adolescent mothers. *Journal of Family Studies*, 14(1), 25.
- Evans, G. W., Gonnella, C., Marcynyszyn, L. A., Gentile, L., & Salpekar, N. (2005). The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychol Sci*, 16(7), 560-565. doi:10.1111/j.0956-7976.2005.01575.x
- Farbiash, T., Berger A Fau - Atzaba-Poria, N., Atzaba-Poria N Fau - Auerbach, J. G., & Auerbach, J. G. (2014). Prediction of preschool aggression from DRD4 risk, parental ADHD symptoms, and home chaos. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 489-499.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics with SPSS* (L. Viali, Trans. 2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fite, P. J., Greening, L., & Stoppelbein, L. (2008). Relation between parenting stress and psychopathic traits among children. *Behav Sci Law*, 26(2), 239-248. doi:10.1002/bsl.803
- Fracolli, L. A., Reticena, K. O., Abreu, F. C. P., & Chiesa, A. M. (2018). The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. *Rev Esc Enferm USP*, 52, e03361. doi:10.1590/s1980-220x2017044003361



- Fujiwara, T., Kasahara, M., Tsujii, H., & Okuyama, M. (2014). Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: a prospective study in Japan. *Child Abuse and Neglect*, *38*(8), 1283-1289.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Gartstein MA , Rothbart MK . Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire . Infant Be .... Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *26*(October 2017), 64-86. doi:10.1016/S0163-6383(02)00169-8
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior & Development*, *26*, 12.
- Giallo, R., Woolhouse, H., Gartland, D., Hiscock, H., & Brown, S. (2015). The emotional-behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *European Child and Adolescence Psychiatry*, *24*(10).
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *34*, 389-394.
- Goodman, A., Fleitlich-Bilyk, B., Patel, V., & Goodman, R. (2007). Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *46*(4), 448-456. doi:10.1097/chi.0b013e31803065b5
- Gorenstein, C., & Andrade, L. H. S. G. d. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português *Revista de Psiquiatria Clínica*, *25*(5), 245-250.
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics*, *42*(2), 377-381.
- Huang, C. Y., Roberts, Y. H., Costeines, J., & Kaufman, J. S. (2019). Longitudinal Trajectories of Parenting Stress Among Ethnic Minority Adolescent Mothers. *J Child Fam Stud*, *28*(5), 1368-1378. doi:10.1007/s10826-019-01356-1
- Kim, B. R., Chow, S. M., Bray, B., & Teti, D. M. (2017). Trajectories of mothers' emotional availability: relations with infant temperament in predicting attachment security. *Attach Hum Dev*, *19*(1), 38-57. doi:10.1080/14616734.2016.1252780
- King, K. M., Littlefield, A. K., McCabe, C. J., Mills, K. L., Flournoy, J., & Chassin, L. (2018). Longitudinal modeling in developmental neuroimaging research: Common challenges, and solutions from developmental psychology. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *33*, 54-72. doi:<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.11.009>

- Kingston, D. A.-O., Kehler, H., Austin, M. P., Mughal, M. K., Wajid, A., Vermeyden, L., . . . Giallo, R. (2018). Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *P. LoS One*, *13*(4).
- Lima, M. C., Eickmann, S. H., Lima, A. C., Guerra, M. Q., Lira, P. I., Huttly, S. R., & Ashworth, A. (2004). Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brazil. *Acta Paediatr*, *93*(7), 969-975.
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., . . . Tarabulsky, G. M. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. (1527-5418 (Electronic)).
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., . . . Tarabulsky, G. M. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(9), Pages 645–657.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol*, *51*(1), 86-99.
- Matsuura, S. (2016). Uso de drogas aumenta entre os adolescentes no país. *O Globo*.
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). **Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *33*(4), 188-194.
- Mazursky-Horowitz, H., Felton Jw Fau - MacPherson, L., MacPherson L Fau - Ehrlich, K. B., Ehrlich Kb Fau - Cassidy, J., Cassidy J Fau - Lejuez, C. W., Lejuez Cw Fau - Chronis-Tuscano, A., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(1), 121-131.
- McHale, S. M., Crouter, A. C., & Whiterman, S. D. (2003). The Family Contexts of Gender Development in Childhood and Adolescence. *Social Development*(12), 125-148.
- Meaney, M. J. (2018). Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health. *Am J Psychiatry*, *175*(11), 1084-1093. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17091031
- Micalizzi, L., Wang, M., & Saudino, K. J. (2017). Difficult temperament and negative parenting in early childhood: a genetically informed cross-lagged analysis. *Dev Sci*, *20*(2). doi:10.1111/desc.12355

- Moe, V., von Soest, T., Fredriksen, E., Olafsen, K. S., & Smith, L. (2018). The Multiple Determinants of Maternal Parenting Stress 12 Months After Birth: The Contribution of Antenatal Attachment Style, Adverse Childhood Experiences, and Infant Temperament. *Frontiers in psychology, 9*.
- Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S., & Keane, S. (2010). Parental ADHD Symptomology and Ineffective Parenting: The Connecting Link of Home Chaos. *Parenting, science and practice, 10*(2), 119-135. doi:10.1080/15295190903212844
- Mulraney, M. A.-O. h. o. o., Giallo, R., Efron, D., Brown, S., Nicholson, J. M., & Sciberras, E. (2018). Maternal postnatal mental health and offspring symptoms of ADHD at 8-9 years: pathways via parenting behavior. *European Child and Adolescence Psychiatry, 1-10*.
- Neger, E. N., & Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: conceptual and methodological considerations. *Clin Psychol Rev, 39*, 71-82. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.004
- Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence Scale: Evidence of a Stable Factor Structure and Validity. *Canadian Journal of Behavioural Science, 32*(4), 10.
- Organization, W. H. 10 facts about early child development as a social determinant of health. Retrieved from [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/development/10facts/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/en/)
- Ornitz, E. M. (2002). Section I. Normal Development. In M. Lewis (Ed.), *Child and Adolescence Psychiatry: a Comprehensive Textbook* (Third ed.). New Haven, Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pinheiro, D. G. M., Coelho, T. P. B., da Silva, C. F. A., da Silva, L. A., Chiesa, A. M., & Fracoli, L. A. (2018). CONTENT VALIDATION OF A HOME VISIT PROGRAM FOR MOTHERS AND CHILDREN. *Cogitare Enfermagem, 23*(2). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54055>
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2006). Psychometric properties of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales: Parent-child Version (CTSPC) used to identify child abuse. *Cad Saude Publica, 22*(3), 503-515. doi:10.1590/s0102-311x2006000300005
- Rodgers, A. Y. (1998). Multiple Sources of Stress and Parenting Behavior. *Children and Youth Services Review, 20*(6), 21.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*: Blackwell Publishing Limited.

- Schermann-Eizirik, L., Hagekull, B., Bohlin, G., Persson, K., & Sedin, G. (1997). Interaction between mothers and infants born at risk during the first six months of corrected age. *Acta Paediatr*, *86*(8), 864-872.
- Send, T. S., Bardtke, S., Gilles, M., Wolf, I. A. C., Sutterlin, M. W., Kirschbaum, C., . . . Deuschle, M. (2019). Stress reactivity in preschool-aged children: Evaluation of a social stress paradigm and investigation of the impact of prenatal maternal stress. *Psychoneuroendocrinology*, *101*, 223-231.
- Spencer, M. S., Kalil, A., Larson, N. C., Spieker, S. J., & Gilchrist, L. D. (2002). Multigenerational coresidence and childrearing conflict: links to parenting stress in teenage mothers across the first two years postpartum. *Applied Developmental Science*, *6*(3), 151-170.
- Steele, H., & Steele, M. (2016). Parenting Matters. In (Vol. 8, pp. 214-234).
- Strand, J., & Rudolfsson, L. (2020). Mental Health Professionals' Perceptions of Parenting by Service Users with Psychosis. *Community Ment Health J*. doi:10.1007/s10597-020-00548-0
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl*, *22*(4), 249-270.
- Stright, A. D., Gallagher, K. C., & Kelley, K. (2008). Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child Dev*, *79*(1), 186-200. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.01119.x
- Tachibana, Y., Takehara, K., Kakee, N., Mikami, M., & Inoue, E. (2017). Maternal impulse control disability and developmental disorder traits are risk factors for child maltreatment. (October), 1-12. doi:10.1038/s41598-017-14666-5
- Tachibana, Y., Takehara, K., Kakee, N., Mikami, M., Inoue, E., Mori, R., . . . Kubo, T. (2017). Maternal impulse control disability and developmental disorder traits are risk factors for child maltreatment. *Sci Rep*, *7*(1), 15565. doi:10.1038/s41598-017-14666-5
- Thapar, A., Cooper, M., & Frcpsych, M. R. (2016). Personal View Neurodevelopmental disorders. *0366*(16), 1-8.
- UNICEF. (2018). *Advantage or Paradox? The challenge for children and young people of growing up urban*. Retrieved from Velasco, C. (2017). Em 10 anos, Brasil ganha mais de 1 milhão de famílias formadas por mães solteiras. *G1*.
- Vernon-Feagans, L., Garrett-Peters, P., Willoughby, M., & Mills-Koonce, R. (2012). Chaos, Poverty, and Parenting: Predictors of Early Language Development. *Early Child Res Q*, *27*(3), 339-351. doi:10.1016/j.ecresq.2011.11.001

- Wachs, T. D. (1993). Nature of relations between the physical and social microenvironment of the two-year-old child. *Infant and Child Development*, 2(2), 81-87. doi:<https://doi.org/10.1002/edp.2430020202>
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Mothers and Fathers: Family Level Interactions in Relation to Parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 485-500.
- Wulbert, M., Inglis, S., Kriegsman, E., & Mills, B. (1975). Language delay and associated mother-child interactions. *Developmental Psychology*, 11(1), 61-70. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0076125>
- Wymbs, B. T., Dawson, A. E., Egan, T. E., Sacchetti, G. M., Tams, S. T., & Wymbs, F. A. (2017). ADHD and Depression Symptoms in Parent Couples Predict Response to Child ADHD and ODD Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 45(3), 471-484.
- Zeanah, C. H., Egger, H. L., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., Marshall, P. J., & Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Am J Psychiatry*, 166(7), 777-785. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08091438
- Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S. W., & Koga, S. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest Early Intervention Project. *Dev Psychopathol*, 15(4), 885-907. doi:10.1017/s0954579403000452



