

ARTIGO DE PESQUISA

Parentalidade após uma história de maus-tratos na infância: uma revisão de escopo e um mapa de evidências no período perinatal

Catherine Chamberlain^{1,2,3*}, Graham Gee⁴, Stephen Sandra Campbell^{8,9}, Sue Brennan¹⁰, Yvonne Clark^{1,11,12}, Fiona Mensah^{2,13,14}, Kerry Arabena¹⁵, Helen Herrman^{16,17}, Stephanie Brown^{2,12,14,18}, para o grupo 'Curando o Passado Nutrindo o Futuro'[¶]



1 Judith Lumley Centre, La Trobe University, Melbourne, Victoria, Austrália, **2** Murdoch Children's Research Instituto, Melbourne, Victoria, Austrália, **3** Escola de Saúde Pública e Medicina Preventiva, Monash Universidade, Melbourne, Victoria, Austrália, **4** Victorian Aboriginal Health Service, Melbourne, Victoria, Austrália, **5** Unidade de Pesquisa Aborígine Wardliparingga, Saúde e Pesquisa Médica da Austrália do Sul Instituto, Adelaide, Austrália do Sul, Austrália, **6** Escola de Saúde Pública, Universidade de Adelaide, Adelaide, Austrália do Sul, Austrália, **7** Sansom Institute for Health Research, The University of South Austrália, Adelaide, Austrália do Sul, Austrália, **8** Centro de Prevenção de Doenças Crônicas, James Cook Universidade, Cairns, Queensland, Austrália, **9** Centro de Pesquisa sobre Equidade em Saúde Indígena, Central Universidade de Queensland, Cairns, Queensland, Austrália, **10** Escola de Saúde Pública e Medicina Preventiva, Monash University, Melbourne, Victoria, Austrália, **11** School of Psychology, University of Adelaide, Hughes, Adelaide, Austrália do Sul, Austrália, **12** Instituto de Pesquisa Médica e de Saúde da Austrália do Sul, Adelaide, Austrália do Sul, Austrália, **13** Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Austrália, **14** Departamento de Pediatria, Universidade de Melbourne, Melbourne, Victoria, Austrália, **15** Melbourne School of Population e Saúde Global, Universidade de Melbourne, Melbourne, Victoria, Austrália, **16** Centro de Saúde Mental Juvenil, Universidade de Melbourne, Melbourne, Victoria, Austrália, **17** Orygen, Centro Nacional de Excelência em Saúde Mental Juvenil, Melbourne, Victoria, Austrália, **18** Departamento de Clínica Geral, Universidade de Melbourne, Melbourne, Victoria, Austrália

¶ Endereço atual: Centre for Rural and Remote Health, James Cook University, Mount Isa Hospital Campus, Mount Isa, Queensland, Austrália ¶ A adesão completa ao grupo 'Healing the Past by Nurturing the Future' pode ser encontrada nos Agradecimentos * c . camareiro@latrobe.edu.au

ACESSO LIVRE

Citação: Chamberlain C, Gee G, Harfield S, Campbell S, Brennan S, Clark Y, et al. (2019) Parentalidade após uma história de maus-tratos na infância: uma revisão de escopo e um mapa de evidências no período perinatal. PLoS UM 14(3): e0213460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>

Editor: Stefano Federici, Università degli Studi di Perúgia, ITÁLIA

Recebido: 12 de outubro de 2018

Aceito: 21 de fevereiro de 2019

Publicado: 13 de março de 2019

Direitos autorais: © 2019 Chamberlain et al. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da [Licença Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

Declaração de disponibilidade de dados: Todos os dados relevantes estão no manuscrito e em seus arquivos de informações de apoio.

Financiamento: O trabalho nesta revisão foi apoiado por uma doação do Lowitja Institute Aboriginal e do Torres Strait Islander Health Cooperative Research Center (CRC). CC foi apoiado por um Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (NHMRC) Bolsa de início de carreira (1088813) e Australian Endeavor Award (2017). A FM foi apoiada por

Abstrato

Antecedentes e objetivos

Os maus-tratos infantis são uma prioridade de saúde global que afecta até metade de todas as crianças em todo o mundo, com impactos profundos e contínuos no bem-estar físico, social e emocional. O período perinatal (da gravidez até os dois anos pós-parto) é crítico para os pais com histórico de maus-tratos na infância. Os pais podem experimentar o “desencadeamento” de respostas traumáticas durante os cuidados perinatais ou ao cuidar do seu bebê em sofrimento. Os efeitos relacionais duradouros podem impedir a capacidade dos pais de nutrir os seus filhos e levar a ciclos intergeracionais de trauma. Por outro lado, o período perinatal oferece uma oportunidade única ao longo da vida para a cura parental e a prevenção de maus-tratos infantis. Esta revisão de escopo visa mapear evidências perinatais sobre teorias, caminhos intergeracionais, pontos de vista dos pais, intervenções e ferramentas de medição envolvendo pais com histórico de maus-tratos na própria infância.

Bolsa de Desenvolvimento de Carreira

NHMRC (1111160). SB foi apoiado por uma bolsa de pesquisa NHMRC (1103976). HH foi apoiado por uma bolsa australiana de praticantes do NHMRC (1080820). A pesquisa no MCRI é apoiada pelo Programa de Apoio à Infraestrutura Operacional do Governo de Victoria. Os financiadores não tiveram nenhum papel no desenho do estudo, na coleta e análise de dados, na decisão de publicação ou na preparação do manuscrito.

Interesses conflitantes: Os autores declararam que não existem interesses conflitantes.

Métodos e resultados

Pesquisamos Medline, Psychinfo, Cinahl e Embase até 30/11/2016. Seleccionamos 6.701 artigos e incluímos 55 estudos (74 artigos) envolvendo mais de 20.000 pais. A maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos (42/55) e envolveu apenas mães (43/55). As construções teóricas incluem: apego, aprendizagem social, sistemas de desenvolvimento relacional, sistemas familiares e teorias da raiva; 'trauma oculto', resiliência, crescimento pós-traumático; e 'Cura de Violência Sexual Infantil' e modelos socioecológicos. Estudos observacionais ilustram fatores sociodemográficos e de proteção à saúde mental e de risco que medeiam/moderam os caminhos intergeracionais para o bem-estar parental e infantil. Estudos qualitativos fornecem descrições ricas de experiências e opiniões dos pais sobre estratégias de cura e apoio. Não encontramos intervenções perinatais específicas para pais com histórico de maus-tratos na infância.

No entanto, várias intervenções parentais incluíram elementos que abordam a história parental, e estes relataram efeitos positivos no bem-estar dos pais. Encontramos vinte e duas ferramentas de avaliação para identificar o histórico ou impacto de maus-tratos parentais na infância.

Conclusões

Estão disponíveis evidências perinatais para informar o desenvolvimento de estratégias para apoiar os pais com histórico de maus-tratos infantis. No entanto, há escassez de evidências aplicadas e evidências envolvendo pais e pais indígenas.

Introdução

Os maus-tratos infantis são uma prioridade de saúde global que afecta 25 a 50% das crianças em todo o mundo [1] e podem ter impactos profundos e contínuos no bem-estar e desenvolvimento físico, social e emocional [2, 3]. Os sistemas conflitantes de apego e defesa do bebê (medo ou 'fuga, susto e congelamento') podem ser ativados em resposta aos maus-tratos infantis, o que pode levar à confusão interna e a respostas comportamentais que são uma tentativa de controlar o sofrimento e promover a autorregulação, mas também podem resultar em maior confusão e danos [4]. Essas respostas podem ser mantidas na idade adulta como parte de um conjunto de sintomas associados a critérios recentemente propostos para o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT complexo) [5]. O TEPT complexo, causado pela exposição cumulativa a experiências traumáticas que muitas vezes envolvem violação interpessoal dentro do sistema de cuidado de uma criança (às vezes referido como trauma de "desenvolvimento" ou "relacional"), pode ocorrer em famílias, dentro do contexto de instituições sociais [6], e ser exacerbado por experiências traumáticas cumulativas na idade adulta.

Associações de longo prazo com maus-tratos na infância incluem tabagismo, distúrbios alimentares, gravidez na adolescência [7] e gravidez não planejada [8], resultados adversos no nascimento [9] e uma série de morbididades físicas e psicológicas [10]. Criticamente, estes efeitos relacionais duradouros podem impedir a capacidade dos pais de nutrir e cuidar dos filhos, levando a "ciclos intergeracionais" de trauma [4]. As respostas de medo dos pais podem ser desencadeadas pela angústia do filho e muitas vezes são reexperimentadas como sensações e emoções conflitantes, e não como uma narrativa pensada [11]. Isto, por sua vez, pode dar origem a respostas hostis ou desamparadas às necessidades da criança em crescimento [12]. Além disso, a natureza íntima de algumas experiências perinatais associadas à gravidez, ao parto e à amamentação representa um elevado risco de desencadear respostas traumáticas

Por outro lado, a transição para a parentalidade durante o período perinatal (da gravidez até aos dois anos pós-parto) oferece uma oportunidade única ao longo da vida para melhorar a saúde [13], para a cura [3] e para o crescimento relacional [14]. A crescente investigação sobre a "neurobiologia do apego" demonstra que a cura pode ocorrer apesar de experiências graves de maus-tratos, restaurando uma sensação de segurança e bem-estar através de relacionamentos estimulantes e de apoio com os outros – uma transição por vezes referida como "segurança conquistada". Um foco positivo baseado em forças durante o período perinatal, muitas vezes otimista, tem o potencial de romper o 'ciclo vicioso' do trauma intergeracional em um 'ciclo virtuoso' que contém elementos de reforço positivo que promovem a cura [14].

Apesar da importância crítica do período perinatal para os pais que têm histórico de maus-tratos na própria infância; e contactos agendados frequentes com prestadores de serviços durante a gravidez, o parto e a parentalidade precoce; há orientação específica limitada para cuidados no período perinatal para pais que sofreram maus-tratos na própria infância [15]. Na Austrália, as Diretrizes Nacionais de Trauma enfatizam a necessidade de cuidados informados sobre traumas e apoio específico ao trauma para a população em geral [6], e as Diretrizes de Saúde Mental Perinatal recomendam que os prestadores de cuidados perinatais realizem uma avaliação psicossocial para as mães, incluindo histórico de maus-tratos na infância [16]. No entanto, há orientação limitada sobre cuidados específicos para traumas e intervenções de apoio no período perinatal para pais com histórico de maus-tratos na infância, o que é necessário para qualquer programa de triagem populacional [17].

Os maus-tratos infantis não são distribuídos aleatoriamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) usar uma estrutura socioecológica [18] para explicar por que algumas pessoas correm maior risco de sofrer violência interpessoal [19]. Os pais com histórico de maus-tratos na infância também têm maior probabilidade de enfrentar múltiplos desafios socioeconômicos, incluindo gravidezes indesejadas [8], depressão pré-natal e pós-natal [20], contato com o sistema judicial e baixo emprego [21]. Na Austrália, tem havido relatórios angustiantes que documentam altas taxas de maus-tratos e violência infantil entre as comunidades aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres (aborígenes) na Austrália [22]. As razões para isto são complexas e ultrapassam o âmbito desta revisão, mas são influenciadas por um legado de políticas governamentais passadas de remoção forçada de crianças aborígenes das suas famílias e comunidades aborígenes, pelos efeitos intergeracionais destas separações anteriores da família e da cultura, pela opressão contínua políticas, exclusão social, marginalização e pobreza [23, 24]. Assim, as Diretrizes Nacionais Australianas sobre Trauma enfatizam a necessidade de que a compreensão do trauma complexo seja contextualizada em ambientes socioecológicos [6].

O objetivo principal desta revisão de escopo é mapear evidências perinatais envolvendo pais com uma história de maus-tratos na infância. Nosso objetivo específico é identificar evidências relevantes para apoiar a concepção conjunta de estratégias para cuidados (conscientização), reconhecimento, avaliação e apoio informados sobre traumas perinatais para pais aborígenes com histórico de maus-tratos em suas próprias infâncias. Ilustramos brevemente como esta revisão de escopo está sendo incorporada ao processo de co-design na discussão, com um projeto liderado por nossa equipe [25]. Embora esta revisão tenha sido concebida para abordar um propósito prático direto, esperamos que ela tenha uma aplicabilidade mais ampla para aqueles que trabalham com pais que sofreram maus-tratos na sua própria infância e ajude a priorizar pesquisas futuras nesta área crítica. Um objetivo secundário é usar esta revisão de escopo para refinar a estratégia de pesquisa e desenvolver protocolos detalhados para revisões sistemáticas mais aprofundadas (ver [Apêndice S1](#) para uma visão geral das revisões planejadas).

As questões específicas para esta revisão de escopo da 'fase 1' são:

1. Que teorias são utilizadas durante o período perinatal para compreender e enquadrar o impacto de uma história parental de maus-tratos na infância?

2. Que factores de risco e de protecção são identificados nas provas epidemiológicas do ciclo de vida e dos percursos intergeracionais (mediadores/moderadores) entre uma história parental de maus-tratos na infância e os resultados comportamentais/de saúde para os pais e os seus bebés?
3. Quais são as experiências perinatais de pais com histórico de maus-tratos na infância?
E que estratégias perinatais estes pais relatam utilizar para curar e prevenir a transmissão intergeracional de traumas aos seus filhos?
4. Quais intervenções perinatais são descritas para apoiar os pais com histórico de infância maus-tratos para melhorar o bem-estar dos pais e das crianças?
5. Quais ferramentas foram relatadas no período perinatal para identificar pais com histórico de maus-tratos na infância e/ou avaliar sintomas de traumas complexos?

Métodos

As diretrizes PRISMA para revisões sistemáticas informaram o relatório desta revisão de escopo (ver [Apêndice S2](#) para lista de verificação) e o protocolo no qual ela se baseia ([Apêndice S3](#)). Também nos referimos às declarações de extensão para revisões de escopo [26] e revisões focadas em capital [27].

Critérios para inclusão

Participantes: Potenciais (pré-gravidez), grávidas e novos pais (mães e/ou pais) ou famílias que cuidam de crianças até dois anos após o nascimento. Nos casos em que apenas foram comunicadas idades médias (e não estava claro se as crianças tinham dois anos de idade ou menos), foram incluídos estudos que reportavam apenas uma idade média inferior a cinco anos (ou seja, idade pré-escolar). Também foram incluídos estudos que relataram uma proporção de participantes como pais de crianças com dois anos ou menos, errando no sentido da inclusão. Apesar do objetivo principal da pesquisa ser informar a concepção conjunta de estratégias para apoiar os pais aborígenes, não restringimos os critérios de inclusão aos pais aborígenes ou indígenas por várias razões. Em primeiro lugar, sabemos que haverá muito limitadas evidências publicadas específicas sobre os povos indígenas disponíveis. Em segundo lugar, incorporaremos evidências de outros grupos populacionais num processo abrangente de co-design que se baseia no conhecimento dos pais aborígenes e das principais partes interessadas, e permite que os pais aborígenes australianos considerem a relevância destas evidências para eles.

Intervenções/exposições: Qualquer relato dos pais sobre maus-tratos na infância. Não existe um consenso amplamente aceito sobre uma definição para TEPT complexo, e essa falta de consenso será refletida em estudos incluídos nesta revisão publicados anteriormente. Portanto, para efeitos desta revisão, utilizamos a definição da OMS de um antecedente chave, os maus-tratos infantis:

“Abuso e negligência que ocorrem com crianças menores de 18 anos. Inclui todos os tipos de maus tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência, negligência e exploração comercial ou outra, que resultem em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma criança. relação de responsabilidade, confiança ou poder. A exposição à violência praticada pelo parceiro íntimo também é por vezes incluída como uma forma de maus-tratos infantis.”

[1]

Incluimos também “medidas substitutivas”, tais como fundamentações de proteção infantil ou remoção de sua família de origem.

Tipo de estudo/comparações: Qualquer desenho de estudo, incluindo estudos randomizados controlados (ECRs), ECRs de cluster, estudos de coorte (incluindo estudos de medição/avaliação), estudos econômicos

avaliações ou estudos qualitativos (ver [Apêndice S1](#) para uma visão geral dos tipos de estudos considerados relevantes para cada questão). Excluímos revisões, diretrizes, artigos de discussão e opinião, relatórios governamentais e relatórios de estudos primários não revisados por pares. Artigos de revisão foram selecionados para estudos primários adicionais.

Resultados: Teorias; fatores de risco ou de proteção que medeiam ou moderam resultados; experiências, perspectivas e estratégias que os pais usam para curar ou prevenir a transmissão intergeracional de traumas; aceitabilidade, eficácia e custo das atuais intervenções perinatais; e ferramentas perinatais utilizadas para avaliar sintomas de trauma complexo ou exposição a maus-tratos na infância. Estudos que relataram apenas associações entre o histórico e os resultados de maus-tratos parentais na infância, sem qualquer investigação de fatores mediadores/moderadores, não foram incluídos nesta revisão, pois essas associações foram bem estabelecidas em outras revisões [28].

Métodos de pesquisa

Pesquisamos as seguintes bases de dados: Psychinfo, Medline, Cinahl e Embase até 30/11/2016. Os termos de pesquisa incluíram tesaurus (MeSH) e sinônimos de palavras-chave para 'abuso infantil' AND 'intergeracional' AND 'prevenção' AND 'pai', utilizando uma estratégia de busca desenvolvida e testada no Psychinfo (ver [Apêndice S4](#)) e posteriormente modificada para uso nas demais bases de dados. Verificamos listas de referências de revisões relevantes identificadas na busca por estudos primários adicionais potencialmente relevantes.

As referências foram baixadas em software de gerenciamento de referências bibliográficas (Endnote) e desduplicadas. Um revisor (CC) selecionou títulos e resumos de forma independente para identificar estudos potencialmente relevantes usando uma abordagem excessivamente inclusiva. Os textos completos de todos os estudos potencialmente relevantes foram avaliados de forma independente por dois revisores (CC/GG) para inclusão, com base nos critérios pré-especificados para inclusão. As discrepâncias foram resolvidas por discussão.

Extração de dados

Uma ferramenta de extração de dados foi desenvolvida e testada em Microsoft Excel por dois revisores (CC/SB). Dois revisores (CC & GG/SG/YV/SC/SB) extraíram independentemente os dados dos itens a seguir.

População: cenário de estudo; critério de seleção; processo de recrutamento e tamanho da amostra; paternidade estágio (pré-gravidez, gestação até seis semanas pós-parto, seis semanas a um ano pós-parto, um a dois anos pós-parto); tipo de trauma infantil relatado; características dos pais que se relacionam com critérios de progresso mais 'equidade' relevantes para esta população de revisão (status de 'risco', idade, local de residência, raça/etnia, gênero, idioma, religião, status socioeconômico, capital social (por exemplo, estado civil) e outros (por exemplo, doença mental)) [29].

A codificação detalhada da intervenção/estudo foi baseada na estrutura TIDIER [30]: objetivos; descrição breve; modo de entrega; quem conduziu o estudo/intervenção; duração e frequência dos contactos; base teórica; quadro de análise; alfaiataria individual; modificações/fidelidade; colaboração/engajamento.

Resultados: como foram avaliados (por exemplo, correio, pessoalmente); unidade de análise; resumo dos resultados; resumo da conclusão; resultados detalhados em cada uma das principais categorias de resultados (teorias; fatores mediadores/moderadores; experiências/percepções dos pais; intervenções; ferramentas de avaliação e "outros").

Avaliação do risco de viés nos estudos

Para cada estudo incluído, o risco de viés foi avaliado de forma independente por dois revisores usando domínios de uma das seguintes ferramentas, conforme apropriado para o desenho do estudo ([Apêndice S5](#)).

1. ECRs e ECRs de agrupamento: ferramenta Cochrane de risco de viés [31].
2. Estudos controlados: ferramenta Cochrane de risco de viés com termos EPOC adicionais [32].
3. Estudos de coorte/observacionais: ROBINS [33].
4. Estudos qualitativos: ferramenta CASP [34].
5. Estudos de precisão de ferramentas de avaliação/triagem: lista de verificação QUADAS [35].

A confiança geral nos resultados do estudo foi avaliada usando uma adaptação do GRADE abordagem (Apêndice S6). Isto fornece um método transparente e sistemático para incorporar informações sobre as limitações do estudo (risco de viés), a validade das medidas de resultados (indireto/relevância) e a adequação da amostra (imprecisão) em um resumo dos resultados para cada estudo. A avaliação geral foi conduzida por um revisor (CC), sendo os primeiros dez avaliações verificadas e discutidas com um segundo revisor (SB) antes de concluir as avaliações restantes. Todos os estudos começaram com uma avaliação de confiança "alta" e foram rebaixados em um nível para preocupações sérias ou em dois níveis para preocupações muito sérias sobre: estudo/limitações metodológicas; indiretividade/relevância; e imprecisão/adequação para atingir um resultado final avaliação de confiança alta, moderada, baixa ou muito baixa. Confiança geral em todo o estudo resultados (por exemplo, consistência e viés de publicação) não foram avaliados nesta revisão de escopo.

Síntese de dados

Os dados dos resultados foram sintetizados narrativamente em cada uma das principais categorias de resultados (teorias, fatores de risco e proteção, opiniões dos pais, intervenções, ferramentas de avaliação). Os resultados são resumidos apenas brevemente nesta revisão de escopo para mapear e ilustrar a amplitude das evidências, em vez de oferecer uma avaliação abrangente dos pontos fortes e limitações das evidências. Modelos de mapas de evidências foram gerados usando desfechos primários e secundários especificados no protocolo de revisão de escopo. Cada estudo que forneceu informações relevantes foi ilustrado numericamente no mapa/tabela, usando um número que corresponde a um número de identificação de estudo alocado em Tabela de Características dos Estudos Incluídos (COIS) (Tabela 1). A tabela COIS (Tabela 1) fornece informações resumidas em nível de estudo sobre o país, ambiente, número de participantes, parentalidade estágio, histórico de maus-tratos parentais na infância, tipo de estudo, objetivo do estudo, principais resultados e avaliação geral confiança nos resultados do estudo. Nas revisões sistemáticas subsequentes, utilizaremos métodos de síntese apropriado para desenhos de estudo específicos e explorar as respectivas evidências e pontos fortes e limitações das evidências com mais profundidade (Apêndice S1).

Resultados

A Figura 1 mostra o fluxo dos estudos em cada etapa da revisão. Dos 266 artigos em texto completo, foram incluídos 57 estudos (79 artigos). Os motivos para exclusão dos 187 restantes estão listados em S7 Apêndice.

Descrição dos estudos incluídos

Configurações: Mais de 20.000 pais/díades pais-filhos participaram dos 57 estudos incluídos. O a maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos (n = 44), com outros estudos na Austrália (n = 3), Canadá (n = 3), Alemanha (n = 1), Holanda (n = 2) e no Reino Unido (n = 4). A maioria dos estudos foi publicada na década mais recente (2010+) (n = 27), com menos estudos publicados nas décadas anteriores; 2000–2009 (n = 17), 1990–1999 (n = 11) e antes 1990 (n=2).

—	1	1	1	1	1	1
—	1 1	1	1	1	1	1
—	1 1 1 1	1	1	1 1 1	1	1
—	1	1 1	1	1	1	1
—	1 1 1	1	1 1 1	1	1 1 1	1 1
—	1	1	1	1 1	1	1 1 1 1
— —	1 1 1	1 1	1 1 1 1 1 1	1 1	1 1 1	1 1 1 1 1 1
— — — — —	1 1 1 1 1 1 1	1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

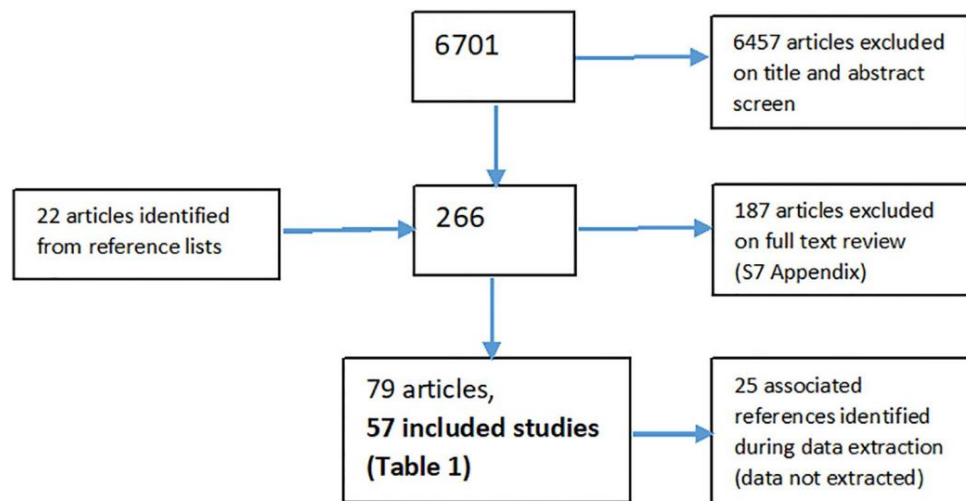


Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460.g001>

Os pais foram recrutados em uma ampla variedade de ambientes, incluindo; clínicas pré-natais/maternidades ($n = 12$), creches pediátricas/de cuidados especiais ($n = 2$), clínicas de saúde comunitária e de atenção primária ($n = 5$), comunidades em geral ($n = 7$), comunidades indígenas ($n = 1$), clínicas de saúde mental programas de saúde ($n = 5$), agências de bem-estar infantil ($n = 5$), programas para pais ($n = 4$), programas de assistência financeira ($n = 3$), programas de acolhimento de jovens ($n = 2$), escolas ($n = 2$), centro de apoio ao relacionamento ($n = 1$), grupo de autoajuda para pais ($n = 1$), centro correccional ($n = 1$), programa de visitas de saúde ($n = 1$) e centro de tratamento de dependência ($n = 1$). O cenário não estava claro em quatro estudos.

Participantes: Quarenta e cinco dos 57 estudos incluídos incluíam apenas mães e dez estudos incluíam ambos os pais. Nos dois estudos restantes não ficou claro se os participantes eram mães e/ou pais. Nenhum estudo incluiu apenas pais, familiares alargados, parceiros de casais do mesmo sexo ou outros cuidadores. Quarenta e oito estudos relataram características sociodemográficas dos participantes. A idade média dos pais foi de 28 anos, com faixa etária de 12 a 62 anos. Quarenta e três estudos relataram a etnia dos pais; 23 estudos relataram uma maioria (>50%) de pais caucasianos e 20 estudos relataram uma maioria de pais afro-americanos e/ou latinos.

Os pais indígenas foram identificados em seis estudos (<7%) e incluíram pais nativos americanos, da primeira nação canadense e aborígenes e australianos das ilhas do Estreito de Torres.

O nível de escolaridade dos pais foi relatado em 30/57 estudos. Em oito estudos, a maioria (>50%) dos pais tinha ensino superior, em 12 estudos a maioria tinha ensino médio e em 10 estudos a maioria relatou não ter concluído o ensino médio. Em 14 destes 30 estudos houve uma proporção relativamente elevada de pais (>20%) que não tinham concluído o ensino secundário. Uma medida do estatuto socioeconómico (SES) dos pais foi relatada em 35 estudos, e em 22 estudos a maioria dos pais relatou sofrer de desvantagem socioeconómica. O estado civil/relacional dos pais foi relatado em 34 estudos. A maioria (>50%) foi classificada como pais solteiros/solteiros em 14 estudos; com mais três estudos relatando mais de 20% dos pais como pais solteiros/solteiros.

Trinta e oito estudos identificaram pais durante o período perinatal (gravidez até dois anos pós-parto). Em 19 estudos a idade das crianças não era clara. Nenhum estudo incluiu explicitamente os pais antes da gravidez. Vinte e três estudos envolveram pais durante a gravidez e até seis semanas após o parto, 30 estudos envolveram pais desde 6 semanas pós-parto até 12 meses após o nascimento e 23 estudos envolveram pais entre 13 e 24 meses após o parto.

Trinta e cinco estudos incluíram pais com e sem histórico de maus-tratos na infância, 20 incluíram exclusivamente pais com histórico de maus-tratos na infância e dois foram pouco claro (relatos de traumas resolvidos e não resolvidos e maus-tratos na infância como um dos vários fatores de risco necessários para inclusão). Experiências de maus tratos na infância relatadas por pais incluídos; abuso emocional (17 estudos), abuso sexual (39 estudos), abuso físico (44 estudos), negligência (emocional (9 estudos), física (9 estudos) ou de outra forma não especificada (14 estudos)), exposição à violência doméstica/por parceiro íntimo (VPI) (14 estudos) ou testemunhar outros violência (2 estudos) e 'Experiências Adversas na Infância (ACEs)' (5 estudos). Experiências e as definições de maus-tratos infantis nos estudos incluídos também foram incorporadas; 'paternidade severa' (2 estudos), suicídio dos pais e 'punições bizarras' (1 estudo), disfunção doméstica (1 estudo), ter um tutor com problemas com a lei ou na prisão ou sem-teto (1 estudo), vivendo na pobreza ou longe dos pais antes dos 16 anos de idade (1 estudo), trauma não resolvido (1 estudo), e agressão sexual e/ou física em adultos (2 estudos) ou "trauma de evento único em adultos" (1 estudo). Cinco estudos basearam-se em relatórios retrospectivos de fundamentações de proteção infantil, e um estudo incluía exclusivamente os pais que tinham sido afastados das suas famílias de origem durante a infância.

Tipos de estudos: A maioria dos estudos utilizou um desenho descritivo quantitativo (36/57 estudos). Dos estudos restantes, 16 eram qualitativos, três eram ECRs de intervenções (e um artigo associado) e duas ferramentas de medição/avaliação avaliadas (um artigo associado).

Resultados relatados pelos estudos incluídos: a maioria dos resultados foi medida no nível de indivíduos (ou díades pais-bebês) (52 estudos), um estudo coletou resultados em uma família nível e em dois estudos isso não ficou claro. Apenas cinco estudos relataram resultados separadamente de acordo com fatores sociodemográficos (com base nos critérios de equidade PROGRESS-plus), incluindo idade materna (4 estudos), etnia (4 estudos), nível educacional (3 estudos), status de relacionamento (4 estudos), nível socioeconômico (2 estudos). No entanto, muitos estudos conduziram análises em quais as associações com os desfechos estimados foram ajustadas para fatores sociodemográficos. Consulte a [Tabela 1](#).

Um resumo das evidências de cada um dos principais resultados (teorias, fatores de risco e proteção, opiniões dos pais, intervenções e ferramentas de avaliação) é descrito brevemente abaixo para fornecer um 'mapa de evidências'. As evidências serão sintetizadas em detalhes usando métodos apropriados para cada tipo de estudo em revisões sistemáticas abrangentes subsequentes ([Apêndice S1](#)).

1. Referenciais teóricos

Dezesseis referenciais teóricos diferentes foram identificados em 14 estudos nesta revisão. A uma breve descrição das principais teorias está listada na [Tabela 2](#) e descrita narrativamente abaixo.

A teoria do apego [138] foi a teoria mais comum identificada entre os estudos neste revisão [45, 129, 132]. A teoria do apego foi usada para tentar compreender os efeitos da adversidade e fatores protetores na continuação ou interrupção de ciclos intergeracionais de maus-tratos [41, 72, 73, 132]. Iyengar et al. [86] examinou o papel da reorganização do apego, onde os pais estavam mudando ativamente sua compreensão das experiências passadas e presentes e movendo-se em direção à 'segurança de apego conquistada' e 'trauma resolvido' conforme avaliado no Adulto Entrevista de Apego (AAI) e descobriram que todas as mães que estavam 'reorganizando' tinham filhos com fixação segura. Lyons-Ruth e Block [94] encontraram bebês com apego inseguro nascidos de mães com histórico de maus-tratos na infância apresentaram apego predominantemente desorganizado, enquanto bebês com apego inseguro nascidos de mães sem histórico dos maus-tratos na infância apresentaram estratégias predominantemente evitativas. Madigan et al. [96] examinou a estabilidade do apego desorganizado em uma amostra de mães adolescentes

Tabela 2. Construtos teóricos identificados nos estudos incluídos: Mapa de evidências.

Construto teórico (referência)	Características da mesa de estudo incluída (Tabela 1) ID do estudo
Teoria do apego (Bowlby, 1969)	6, 9, 25a, 25b, 34, 40a, 41a, 55a, 55d
Modelo sociológico de Belsky (Belsky, 1978)	8a, 9, 55c
Fantasmas no berçário (Fraiberg et al., 1975) e Anjos no berçário (Alicia F. Lieberman et al., 2005)	2, 39, 47i
Teorias do desenvolvimento relacional (JD Bartlett & Easterbrooks, 2015) 8a	
Teoria das relações objetais (Westen, 1991)	9
Teorias e estruturas de resiliência	8a, 16, 44
Teoria da aprendizagem social (Albert Bandura & Huston, 1961)	9, 16, 25a, 25b
O modelo de sistemas familiares	33, 47a
Modelo Teórico de Cura de Violência Sexual Infantil (CSA)	24, 47d
Teorias da raiva	51

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460.t002>

transição para a paternidade e concluíram que os adolescentes pareciam ter mais dificuldade em reorganizar apego e “resolver traumas” do que as mães mais velhas.

O modelo sociológico de Belsky [139] foi usado em vários estudos como estrutura teórica para investigar a natureza dinâmica dos fatores que afetam a descontinuidade e a continuidade da infância maus-tratos [43, 45, 132].

Uma metáfora de fantasmas no berçário [140] foi usada para descrever a maneira como os pais reencenam suas histórias de infância a partir de experiências relacionais precoces não lembradas [37].

Malone et al. [111] sugeriu que as teorias relacionais fornecem suporte para como os “fantasmas” do passado se desenvolvem e podem se tornar uma presença persistente em relacionamentos futuros. Eles sugerem que será necessário um relacionamento de apoio seguro ou um “ambiente de apoio” antes que os pais podem começar a refletir sobre como o abuso na sua própria infância influencia as suas vidas agora, e argumenta intervenções que ajudam os pais a reconhecer e resolver as experiências negativas do seu passado permitirá a formação de um relacionamento positivo com seu filho [111]. Esses esquemas, ou modelos de trabalho internos, inicialmente desenvolvidos por meio de interações interpessoais com cuidadores, incluindo experiências de perda e abuso [138], e são então mantidos fora da consciência por estratégias defensivas que protegem um indivíduo.

Uma metáfora dos Anjos no berçário [93] foi proposta para reformular ‘fantasmas no berçário’ para considere também fatores positivos. Lieberman et al. descreveram as maneiras pelas quais as primeiras experiências benevolentes com os cuidadores podem funcionar como forças de proteção, mesmo diante de um trauma avassalador, e como examiná-los conscientemente pode ser usado como uma poderosa ferramenta de cura, colocando os sinais traumáticos dentro da perspectiva mais ampla de experiências nutritivas e promotoras de crescimento [93].

As teorias do desenvolvimento relacional foram usadas para considerar múltiplos aspectos de um desenvolvimento sistema (por exemplo, história individual, relações sociais e contexto ambiental), bem como o contexto social atual dos pais. Estas podem ser particularmente importantes dado que os pais com uma história de maus-tratos na infância pode recorrer a menos redes de apoio e experiência níveis mais elevados de estresse parental [43].

A teoria das relações objetais foi usada para ajudar a compreender aspectos do funcionamento psicológico que apoiam o desenvolvimento relacional adaptativo [45]. Baumgardner sugere que isto é, em essência, o que Bowlby [138] chamou de ‘modelo de trabalho interno’, uma estrutura cognitiva compreendendo representações mentais para a compreensão do mundo, de si mesmo e dos outros [45].

Teorias e estruturas de resiliência [141] foram usadas como uma forma de compreender fatores associados a descontinuidades na transmissão intergeracional de trauma [43, 57, 101]. Os autores argumentaram que a compreensão dos fatores de risco é apenas metade da questão, e

compreender os fatores associados à resiliência e às exceções é fundamental para projetar intervenções e políticas eficazes [43, 57]. Bysom sugeriu que estes podem ser vistos como existindo em um continuum, com variabilidade exibida ao longo da vida [57].

A **teoria da aprendizagem social** [142] foi usada para explicar como alguns pais replicam o comportamento de seus próprios pais [45, 57, 72, 73]. No entanto, Bysom [57] argumentou que era limitado em sua capacidade de explicar as exceções e discrepâncias vistas pela maioria dos pais com histórico de maus-tratos infantis e a **teoria cognitiva social** sugerida [143] pode ser mais útil para distinguir e explicar alguns desses. exceções, mas é inadequada para explicar a resiliência.

O **modelo de sistemas familiares** [85] foi usado em um estudo [85, 108] para ajudar a explicar as diferenças entre famílias que maltratam e não maltratam em um ambiente de creche de cuidados especiais, com a 'diferenciação de si mesmo' identificada como um fator importante na descontinuação do ciclo da violência.

Um **Modelo Teórico de Cura de Violência Sexual Infantil (ACS)** foi construído a partir de pesquisa [71]. Ao desenvolver o modelo, os autores também se basearam na literatura sobre o crescimento pós-traumático, argumentando que os sobreviventes não apenas enfrentam, mas também se envolvem em processos dinâmicos que incluem crescimento e recuperação. Seu modelo incorpora construtos da psicologia positiva, incluindo autoeficácia percebida, controle pessoal, altruísmo e empatia, e espiritualidade. Fava et al. [14] exploraram temas de mudança pós-traumática e descobriram que os relatos dos pais sobre mudanças pós-traumáticas durante o período pós-parto (quatro a 18 meses) eram mais propensos a serem exclusivamente positivos, em comparação com outros períodos do curso de vida quando pós-parto. -as mudanças traumáticas provavelmente incluíam mudanças negativas e positivas.

As **teorias da raiva** foram exploradas em um estudo qualitativo para ajudar a compreender o papel da raiva na trajetória de cura dos maus-tratos na infância [125]. Os autores construíram uma tipologia que descreve cinco tipos de raiva, que vão desde o comportamento improdutivo de autocastração e deslocamento até a raiva indignada, autoprotetora e justa que permitiu às mulheres se protegerem de novos abusos e defenderem crianças vítimas de abuso [125].

2. Ciclo de vida e percursos intergeracionais (fatores de risco e de proteção)

Trinta e oito estudos descreveram fatores de risco e proteção que mediam e/ou moderam os caminhos desde uma história parental de maus-tratos na infância até os resultados parentais e infantis no período perinatal. Eles são brevemente descritos abaixo e representados na [Figura 2](#), que inclui os números de identificação do estudo para a [Tabela 1](#) do COIS.

Os **fatores de risco distais** incluíram **privação sociodemográfica** [42, 105], **idade parental jovem** [68, 69], **isolamento social ou mau funcionamento social** [49, 57, 74, 133, 135], **uso de substâncias** [50, 82, 92], **uso de álcool** [136], **tabagismo** [52, 123, 128], **intimidade violência entre parceiros** [61, 68, 69, 111, 122], **relacionamentos ruins** [38], **falta de conhecimento sobre desenvolvimento infantil** [119], **saúde mental precária** [46, 68, 69, 135], **estresse** [9, 38, 52, 73, 74, 137], **depressão/afeto neutro** [56, 68, 69, 109, 110, 132, 133, 135] e **TEPT ou sintomas de dissociação** [38, 54, 94, 109, 110, 117, 129].

Estes foram associados a **fatores de risco proximais**, como **diminuição da autoeficácia parental em resposta ao choro do bebê** [87], **problemas de sono dos pais** [117, 118], **estresse parental** [92, 105, 135], **representações mentais negativas do bebê** [37, 46, 69], **práticas parentais inadequadas** [69, 92, 121, 133], **baixo calor parental** [50, 119, 120], **comportamentos negativos de enfrentamento, como dormir demais, comer demais e trabalhar demais** [128] e **valorizar o castigo corporal** [60].

Esses fatores foram associados; **genótipo da prole** [53] e **alterações no cortisol** [54], **baixo peso ao nascer e nascimento prematuro** [9, 123, 136], **apego e vínculo inseguros** [37, 94, 109, 110, 118, 129, 133, 137], **vitimização infantil** [49, 50, 68, 69, 73, 74, 111, 122, 129, 132] e **fraco desenvolvimento socioemocional infantil** [37, 53, 74, 118].

Houve uma série de **fatores de proteção distais** que mediam e/ou moderam os caminhos para os resultados perinatais após uma história parental de maus-tratos na infância. Estes incluídos;

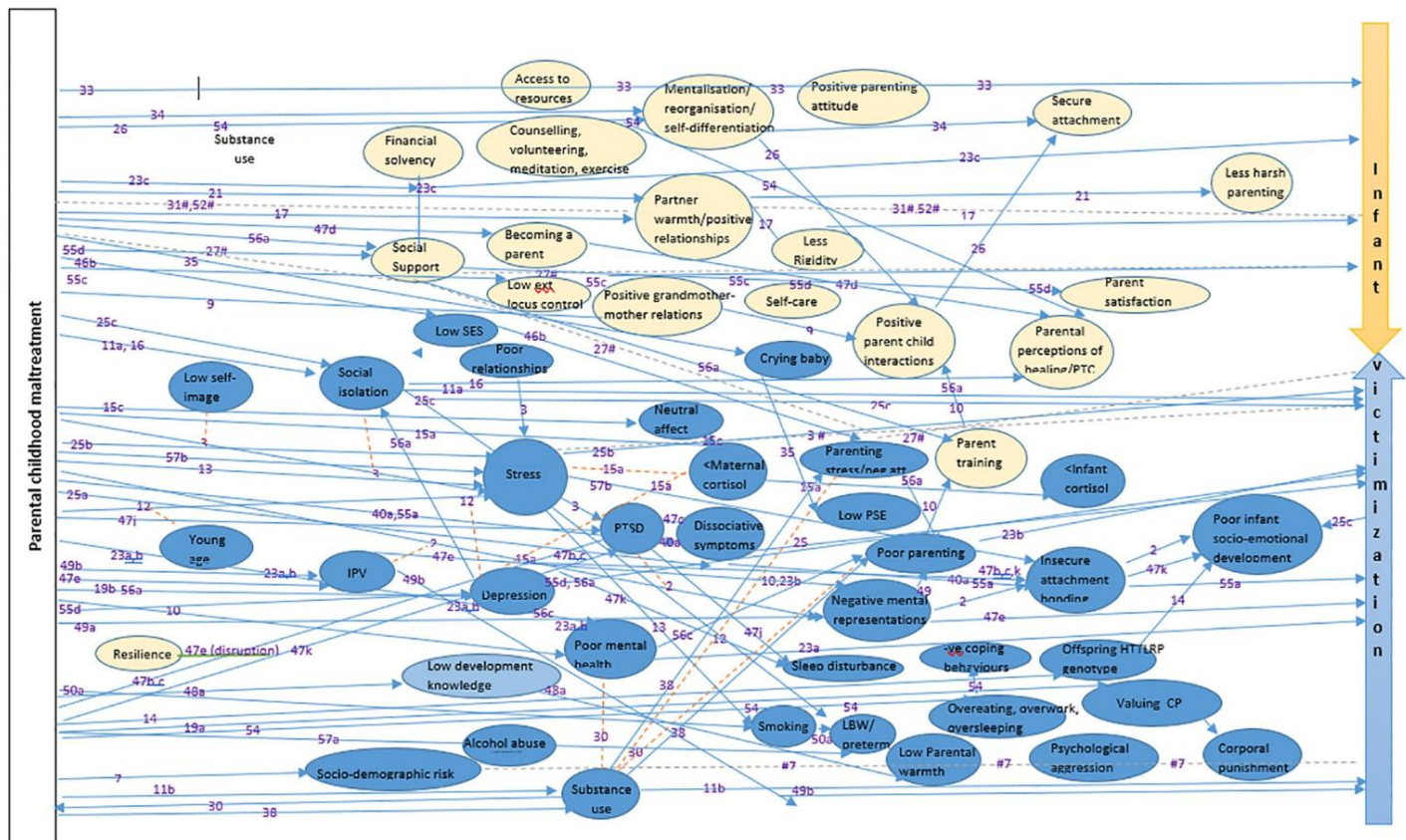


Fig 2. Resumo dos fatores de risco e proteção que medeiam/moderam o curso de vida e os caminhos intergeracionais após a história parental da infância maus-tratos.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460.g002>

resiliência [111], solvência financeira [70], acesso a recursos [85], apoio social e familiar [45, 70, 131-133], calor do parceiro e relacionamentos positivos [58, 66], um 'locus externo baixo de controle' [131], menos rigidez [58], praticando autocuidado [132], frequentando aconselhamento, meditação, voluntariado ou exercício [75, 128], mentalização, reorganização de apego ou autodiferenciação [40, 75, 85, 86, 128] e treinamento de pais [46, 133].

Estes foram associados a **fatores de proteção proximais**, incluindo; **interações pais-filhos mais positivas** [45, 46, 57, 75], **satisfação dos pais** [132], **uma atitude parental positiva** [85], **percepções parentais de cura** [14, 57, 128], **apego seguro** [75, 86, 133], **menos 'educação parental severa'** [66] e **taxas mais baixas de maus-tratos infantis** [58, 70, 85, 132]. Vários estudos examinaram, mas relataram resultados nulos para apoio social [76] e relacionamentos de apoio [83, 126] como fatores de proteção.

3. Experiências perinatais descritas por pais com história de infância maus tratos e estratégias utilizadas durante o período perinatal para curar maus-tratos na infância e/ou prevenir a transmissão intergeracional de trauma

Onze estudos descreveram experiências e/ou estratégias perinatais de pais com histórico de maus tratos na infância. Um estudo descreveu a cura materna após CSA [71] e seis estudos relatar as percepções dos pais sobre os fatores que influenciam a cura e/ou a capacidade de 'quebrar o

Tabela 3. Vivências dos pais no período perinatal: Mapa de evidências de estudos qualitativos.

	ID do estudo COIS (Tabela 1)	
	Descrições dos pais sobre 'quebrar o ciclo' de trauma infantil	Descrições dos pais sobre o cuidado perinatal após Violência Sexual Infantil (CSA)
Experiências descritas pelos pais sobre os efeitos do trauma infantil no período perinatal		
Crescimento pós-traumático	24	
Ser pai é uma oportunidade de cura/viver o legado familiar	24	
O processo de cura é complexo, incluindo a transição parental	4,24	
A jornada de nascimento e parentalidade é difícil para a maioria dos sobreviventes de CSA		4
A divulgação nem sempre é benéfica/estigma	22,24	
Medo das agências de proteção infantil	4	
Sentimento de falta de conhecimentos/habilidades parentais	44	
Sentido negativo de autoestima (incluindo culpa/vergonha)	4,44	
Falta de controle	44	
Falta de confiança levando a desafios de amizade/relacionamento terapêutico	22,44	4,32
Dificuldade em negociar limites, incluindo falta de cuidado consigo mesmo e assumir a responsabilidade pelo comportamento dos outros (incluindo crianças)	44	
Sentimentos de perda e abandono Muitos	44	32
aspectos do cuidado traumatizantes Descrença/		32,45a
traição de confiança/invalidação de experiências Experimentando respostas		32
punitivas à automutilação por parte dos prestadores de cuidados Gatilhos inesperados		32
de procedimentos íntimos, dor, encontros com estranhos, falta de controle, amamentação		45a, 20
A amamentação é importante para ajudar a melhorar o apego materno-infantil após CSA (mas pode desencadear respostas traumáticas)		20
A capacidade de amamentar valida o corpo como "bom ou mau"		20
Barreiras aos cuidados a nível do sistema (falta de serviços, acesso deficiente)		32
Estratégias que os pais descreveram usar para curar e/ou quebrar ciclos de trauma		
Compreensão, competência intelectual, criação de significado e narrativa, incluindo determinar a sexualidade	22,24,44,54	
Utilizar estratégias conscientes para enfrentar os efeitos (por exemplo, deixar parceiros violentos)	24,32	
Determinação para os pais de forma diferente (incluindo considerar segurança e comunicação sensível)	4,22,32,42a,44	
Espiritualidade/religião	16,24,54	
Ajudar os outros/voluntariado/defesa	24,51,54	
Reduzir o isolamento e aumentar o apoio (relacionamento e social)	4,16, 22, 32 44	
Autocuidado/intervalo/meditação/leitura/exercício	4,16,54	
Psicoterapias (respostas mistas sobre valor)	4,54	
Falando para se fortalecer	22	
Experiências parentais críticas, juntamente com acesso a recursos 'no caminho certo tempo'	44	
Comer demais, trabalho compulsivo, dormir demais	54	
Fumar	54	
Raiva	51	

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460.t003>

ciclo 'de trauma intergeracional [39, 57, 67, 71, 98, 101, 128]. Dois estudos relataram mulheres experiências de serviços perinatais [84, 102, 103] e um relatou experiências de amamentação [65], especificamente entre mulheres que sofreram CSA. Um breve resumo dos principais temas estão resumidos e mapeados para o número do estudo COIS Tabela 1 na Tabela 3 abaixo.

Experiências dos pais. Os pais descreveram experiências de **crescimento pós-traumático** [71] e as oportunidades únicas **de cura** através da paternidade para adolescentes em transição

acolhimento [39]. Os pais também descreveram **desafios relacionados à divulgação de agressão sexual infantil** [71] e maus-tratos infantis, tais como; **estigma**, consciência das pressões de tempo sobre o pessoal dos serviços de maternidade [67], **medo das agências de proteção infantil** [39], **falta de conhecimentos e competências parentais e problemas de saúde física e mental** [101]. Os pais descreveram **dificuldades em negociar limites**, o que foi percebido como uma contribuição para a incapacidade de prestar atenção ao autocuidado e de assumir a responsabilidade pelo comportamento dos outros, especialmente dos filhos [101].

Os pais descreveram o impacto de ter um **senso negativo de autoestima** na criação dos filhos [101], que incluía **sentimentos de culpa e vergonha** que foram moldados por experiências anteriores [39].

Experimentar a **falta de controle** no contexto da parentalidade foi identificado como um dos aspectos mais traumatizantes dos cuidados perinatais e da amamentação [65, 103]. Ganhar uma sensação de controle foi visto como fundamental para superar esses tipos de estressores [65, 103]. As sobreviventes da CSA descreveram como **a amamentação poderia validar as suas opiniões sobre os seus corpos como “boas” ou “más”**, dependendo do “sucesso” da sua amamentação [65].

A **falta de confiança nos relacionamentos** era um problema comum que afetava a capacidade dos pais de fazer amigos, o que frequentemente levava a sentimentos de isolamento [67]. Estas dificuldades em confiar nos outros também tiveram impacto no desenvolvimento de relações terapêuticas com prestadores de cuidados perinatais [39], muitas vezes exacerbadas por receios das agências de proteção infantil [84]. Os pais também descreveram desafios relacionados a lidar com sentimentos de perda e abandono [101], que também impactaram nas experiências de cuidados de maternidade [84].

Os pais descreveram como algumas experiências podem ser traumatizantes novamente [84, 103]. Estes incluíam encontrando **respostas de descrença e invalidação de suas experiências passadas, respostas punitivas à automutilação e traição de confiança** [84]. As mulheres descreveram uma série de **desencadeamentos inesperados de respostas traumáticas** no nascimento e na criação dos filhos, incluindo procedimentos íntimos, encontros com estranhos, dor pélvica [103] e angústia por serem incapazes de acalmar o choro do bebê [84].

Uma série de **barreiras ao nível do sistema** também foram identificadas, incluindo; falta de serviços (especialmente psicoterapia), problemas de acesso (falta de transporte e cuidados infantis), sessões pouco frequentes com horários de funcionamento limitados, contratos de curto prazo para o pessoal, utilização de listas de espera e longos tempos de espera nas clínicas [84]. Houve relatos mistos sobre o valor das terapias psicológicas [39, 128] e preocupações sobre a falta de abordagens alternativas à terapia (como a arte-terapia).

O estigma e a vida caótica de alguns pais foram identificados como barreiras a nível individual [39].

Monaghan-Blout [101] sugeriu que experiências parentais críticas muitas vezes aumentavam a motivação para a mudança e, se combinadas com o acesso a recursos “no momento certo”, poderiam ajudar a apoiar a cura positiva.

Estratégias que os pais descrevem usar para curar ou quebrar o ciclo de trauma. Compreender a **experiência do trauma, 'narrar' e 'construir significado'** foram estratégias comuns usadas pelos pais para curar e prevenir a transmissão intergeracional do trauma [67, 71, 128], conceituadas por Draucker et al. [71] como uma fase de cura específica. Outras fases envolveram **a implementação de estratégias conscientes para lidar com os efeitos do trauma** [71], como deixar parceiros violentos para garantir a segurança infantil [84] e promover a comunicação positiva [67]. Draucker et al. [71] descreveram uma fase final de cura em que os pais assumem o **compromisso de não transmitir os efeitos do trauma** aos filhos. Os próprios pais que sofreram maus-tratos relataram consistentemente um forte desejo e **determinação de cuidar de maneira diferente** de seus próprios filhos [39, 67, 71, 84, 98, 101, 103]. No entanto, alguns pais continuaram a revelar comportamentos prejudiciais, apesar de expressarem essas intenções [57, 98].

Reduzir o isolamento e aumentar o apoio social também foi identificado como fundamental para a cura [67]. Os pais relataram que um aspecto importante do apoio social era aumentar a conscientização sobre métodos alternativos de parentalidade, e que o apoio social sem julgamento era o mais útil [57]. Os pais também destacaram as **formas** como questões como a falta de confiança e uma atitude negativa

senso de autoestima pode contribuir para dificuldades em estabelecer e manter amizades [101]. Uma importante fonte de apoio para os pais que tinham relacionamentos difíceis com parceiros íntimos ou com a sua família de origem era ter uma "família de amigos". Também importantes foram as relações interpessoais de apoio [67, 101] e mentores [39].

Espiritualidade, autocuidado e 'centramento em si mesmo' foram identificados como aspectos-chave da cura [57, 71, 128]. As atividades de autocuidado incluíam "tempo livre" [39], meditação, exercícios e leitura [128].

Os pais também descreveram **ajudar os outros e o voluntariado** como tendo um efeito curativo [71, 128].

Thomas et al. [125] explorou o papel da **raiva** na cura e sugeriu que a 'raiva justa' poderia ajudar na cura, pois muitas vezes motivava as pessoas a ajudar outras pessoas. A raiva 'autoprotetora' e 'indignada' foi vista como positiva, enquanto a raiva autocastigadora e deslocada foi considerada prejudicial [125]. Houve consenso de que 'agarrar-se' a qualquer tipo de raiva era prejudicial [125]. Os pais também relataram que falar sobre o trauma pode aumentar a auto-capacitação [67].

4. Intervenções perinatais para apoiar pais com histórico de maus-tratos na infância

Onze estudos forneceram avaliações ou descrições de estratégias/intervenções para apoiar pais com histórico de maus-tratos na própria infância. Os principais resultados desses estudos estão brevemente descritos abaixo e resumidos na [Tabela 4](#). Detalhes sobre o cenário, a população e a confiança geral nos resultados do estudo estão resumidos na [Tabela 1](#) do COIS. Inclui uma síntese detalhada dos resultados do estudo e avaliação da heterogeneidade, barreiras e facilitadores ([Apêndice S1](#)). Nenhuma avaliação econômica foi encontrada.

Um estudo analisou dados transversais de uma intervenção de um programa parental e descobriu altas taxas de exposição ao trauma entre os pais participantes. Os prestadores de serviços consideraram o processo de rastreio associado viável e benéfico. Três estudos formativos perguntaram aos pais se gostariam de apoio e/ou que tipo de apoio seria útil. Adams [36] entrevistou por correio 89 mães de primeira viagem nos EUA e descobriu que dos 15 por cento que revelaram um histórico de maus-tratos na infância, dois terços manifestaram interesse em receber apoio. Muzik et al. [108] realizaram entrevistas qualitativas com 52 mães expostas ao trauma e descobriram que, embora as mulheres fossem muitas vezes ambivalentes e ansiosas em receber ajuda formal, elas expressavam consistentemente um desejo de cura e esperança. As mulheres no estudo identificaram a necessidade de apoio experiente, sem julgamentos e com conhecimentos, que incluía serviços formais integrados de saúde mental e física, e oportunidades para conhecer outros pais informalmente num ambiente não estigmatizante e amigo da criança. A construção de relacionamentos positivos, o respeito e a segurança foram descritos como elementos-chave de apoio para neutralizar os efeitos da vergonha e da desconfiança relacionados ao trauma [108]. Foram analisadas entrevistas aprofundadas com sete membros de um grupo de auto-ajuda de "pais anônimos" [101] para desenvolver recomendações para "construir uma aliança de ajuda" dentro de grupos de auto-ajuda de pais. Estas incluíam ajudar os pais a compreender como os maus-tratos na infância podem interferir no estabelecimento de relações positivas e permitir o acesso ao "apoio certo" durante períodos críticos [101].

Os efeitos de cinco intervenções perinatais foram avaliados em ECRs. No entanto, nenhum destes as intervenções parentais foram projetadas especificamente para pais com histórico de maus-tratos na infância e os resultados aqui relatados representam resultados apenas de análises de subgrupos. Armstrong et al. [40] avaliaram uma intervenção **de visita domiciliar de uma enfermeira** australiana em comparação com serviços comunitários de saúde infantil padrão (a partir de 6 semanas após o parto) com 181 "pais vulneráveis", que incluíam 33% de mães e 17% de pais com histórico de maus-tratos na infância. Não foram relatadas diferenças entre os grupos quanto ao início ou duração da amamentação, conhecimento da SMSL ou utilização de serviços de saúde. Aqueles que receberam visitas domiciliares de enfermeiras foram relatados como

Tabela 4. Intervenções perinatais para apoiar pais com histórico ou maus-tratos infantis: Mapa de evidências.

	Visita domiciliar da enfermeira	Programas parentais (por exemplo Anos Incríveis; Começar na frente; Mães Seguras, Crianças Seguras)	Cognitivo Comportamental Terapia (TCC) para parar de fumar	Breve interpessoal de psicoterapia (IPT-B)	Terapia (geral)	Grupos de autoajuda para pais	Perinatais Suporte' de outra forma não especificado
Bem-estar dos pais medidos							
Depressão pós-parto	5, 56a	18	13b	29a			
Ansiedade/estresse parental	5, 56c			29a			
Sintomas de trauma		18					
Satisfação e experiências do programa^						44	
Participação no programa		10					
Autoeficácia/confiança parental^							
Uso de substâncias (incluindo fumar)^		10	13b				
Amamentação	5						
Morte Súbita Infantil	5						
Conhecimento da síndrome (SIDs)							
Função psicossocial/social	56a,c		29a		37		
Problemas interpessoais			29a				
Percepções dos pais sobre o que ajudou ou atrapalhou a cura						44	
Interações entre pais e filhos	5	10			37		
Competências parentais	56a,c	10					
Anexo seguro					37		
Relacionamento/ajuste de casal^							
Violência por parceiro íntimo (IPV)^							
Medidas de bem-estar infantil							
Maus tratos infantis/denúncias à proteção infantil^							
Hospitalizações/utilização de serviços de saúde							
Síndrome Alcoólica Fetal^							
Desempenho escolar medidas ^							
Outro							
Resultados adversos/não intencionais consequências ^							
Violência comunitária^							
Custo, custo-benefício^							
Revelação de maus-tratos infantis							1
Viabilidade da avaliação de maus-tratos infantis (opiniões do fornecedor)		18					

(Continuo)

Tabela 4. (Continuação)

	Visita domiciliar da enfermeira	Programas parentais (por exemplo Anos Incríveis; Começar na Infância; Mães Seguras, Crianças Seguras)	Cognitivo Comportamental Terapia (TCC) para parar de fumar	Breve interpessoal de psicoterapia (IPT-B) (geral)	Terapia	Autoajuda dos pais grupos	Perinatais Suporte' de outra forma não especificado
Expressão de interesse em suporte/preferências de suporte							1,47a
Ambiente doméstico	5						
Reflexões do terapeuta					6,43		

Os números correspondem ao ID do estudo no COIS [Tabela 1](#)

yResultados primários do protocolo

yResultado secundário do protocolo de revisão

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460.t004>

tendo melhores pontuações para depressão, estresse parental, interações pais-bebê e ambiente doméstico em comparação com o grupo de comparação [40]. Ammerman et al [133] examinaram os efeitos moderadores do histórico de maus-tratos infantis sobre a depressão, o funcionamento social e a parentalidade em mães que participaram de um ensaio de visita domiciliar para mães com depressão nos Estados Unidos. Eles encontraram uma série de efeitos principais nos quais experiências de diferentes tipos de trauma foram associadas a um pior funcionamento dos pais, independentemente de estarem ou não recebendo a intervenção de visita domiciliar, sugerindo a necessidade de estratégias específicas para apoiar os pais que sofreram maus-tratos infantis. Um estudo que avaliou os efeitos do ' **programa Incredible Years Parenting**' em comparação com o currículo regular 'Head Start' (Puget Sound, EUA) com 421 pais, relatou habilidades parentais básicas mais baixas entre pais com histórico de maus-tratos na infância, e apresentou resultados cruzados -dados seccionais sugerindo que esta história não teve impacto nas taxas de participação no programa [46]. Os pais que receberam a intervenção demonstraram melhorias significativas nos comportamentos parentais em comparação com aqueles que receberam o currículo padrão 'Head Start' [46]. Um ECR que avaliou os efeitos da **terapia cognitivo-comportamental (TCC)** com o objetivo de apoiar a cessação do tabagismo durante a gravidez relatou melhorias nos escores de depressão pós-parto, mas não houve diferenças na cessação do tabagismo para mulheres que receberam TCC em comparação com a educação em saúde padrão [52]. No entanto, análises de subgrupos sugerem que mulheres com histórico de maus-tratos na infância tinham maior probabilidade de experimentar melhorias na depressão e menos probabilidade de parar de fumar do que mulheres sem [52]. Finalmente, um ECR de **terapia interpessoal breve (IPT-B)** para pais com histórico de maus-tratos na infância relatou melhorias na depressão pós-parto, ansiedade, disfunção social, problemas interpessoais e apego inseguro entre os pais que receberam a intervenção, em comparação com os pais alocados para o grupo de controle que recebeu 'cuidados habituais' [20].

Três artigos descreveram estudos de caso de participantes individuais que receberam **psicoterapia**. Leifer e Smith [91] apresentaram dados quantitativos sugerindo melhorias no funcionamento psicossocial materno, nas interações pais-bebê e no apego seguro após a terapia. Dois estudos de caso qualitativos apresentaram descrições ricas que demonstram a complexidade da psicoterapia de adultos após traumas graves na infância, com reflexões cuidadosas do terapeuta sobre a jornada compartilhada, incluindo desafios para o terapeuta [41, 100].

5. Ferramentas utilizadas durante o período perinatal para identificar pais com histórico de maus-tratos e/ou efeitos na infância

Encontramos 22 ferramentas utilizadas para identificar pais com histórico de maus-tratos na infância. Estes são brevemente descritos abaixo e resumidos na [Tabela 5](#). Uma avaliação mais detalhada

Tabela 5. Ferramentas utilizadas durante o período perinatal para identificar pais com histórico de maus-tratos infantis e/ou avaliar efeitos: Mapa de evidências.

Ferramenta de avaliação (número de ferramentas de estudos identificadas em)	Principais domínios medidos	Característica incluída Tabela de estudos 1 IDs de estudo
a. Ferramentas para reconhecer apenas a exposição a eventos traumáticos		
Questionário de Trauma Infantil (n = 9)	Abuso emocional, físico e sexual, e abuso emocional e físico negligência.	2, 13a&b, 15bÿ, 29a, 41a, 46b, 47a/b/c/d/e/f/j/k, 48a, 56a,c
Avaliando ambientes III-História da infância dos pais experiências parentais (n = 2)	Escala de parentalidade severa e abusiva; escala de punição física.	10, 28a
Questionário de Experiências Adversas na Infância (n = 3)	Dez formas de abuso, negligência e disfunção doméstica antes da idade de 18.	19 a&b, 35ÿ, 46aÿb&c
Experiência de cuidado e abuso na infância (n = 1)	CSA, abuso físico, abuso psicológico, antipatia e negligência.	36aÿ
Breve Questionário de Abuso Físico e Sexual (n = 1)	Quantifica a gravidade do histórico de trauma violento materno. 38 itens	49a/b
Escala de Abuso e Trauma Infantil (n = 1)	sobre a frequência e extensão da infância negativa experiências, incluindo a atmosfera geral de sua casa e o forma como se sentiram tratados na infância pelos cuidadores.	30
Formulário de autorrelato do inventário de trauma precoce (n = 1)	Trauma geral e abuso físico, emocional e sexual.	50a
Entrevista de Tabela de Histórico de Trauma (n = 1)	Tipo, frequência, duração e identidade do perpetrador para qualquer criança maus-tratos sofridos antes dos 16 anos.	47c
Lista de verificação de eventos de vida (n = 1)	Uma lista de verificação de 17 itens cobrindo uma série de eventos potencialmente traumáticos de desastres naturais a acidentes, perdas repentinas em combate e eventos violentos interpessoais.	49a&b
Lista de verificação de estressores de vida (n = 1)	Abuso físico, abuso sexual, estupro consumado, abuso emocional e negligência física ocorrida antes dos 16 anos.	47c
Questionário de História da Infância (n = 1)	Presença e frequência de abuso físico, bem como testemunho de abuso.	16
Questionário de Experiências Antecedentes (n = 1)	Violência infantil, negligência ou experiências de abuso com classificações de gravidade. 48#	
Seção de trauma da utilização de serviços dos índios americanos e Fatores de Risco e Proteção em Epidemiologia Psiquiátrica (AI-SUPERPPF) (n = 1)	Pergunta sobre 16 traumas; com que frequência e em que idade(s). Infância (como oposição ao adolescente) abuso físico e sexual foram definidos como experiências ocorridas antes dos 13 anos de idade.	38
b. Ferramentas para reconhecer a exposição a eventos traumáticos como parte de uma avaliação psicossocial mais ampla		
Questionário de Avaliação de Necessidades de Brisbane (n = 1)	História de abuso infantil de qualquer um dos pais faz parte de uma série de riscos fatores.	5
Questionário de Índice de Necessidade (n = 1)	Pede aos pais que identifiquem se "você ou seu parceiro estavam fisicamente e/ou abusada sexualmente quando criança".	23a, b&c
c. Ferramentas para avaliar sintomas de trauma		
Seção de TEPT da SCID (n = 3)	Exposição a situações que envolvam morte real ou ameaça, ferimentos graves, ameaça à integridade física de alguém ou testemunhar a morte de outra pessoa ou gravemente ferido.	12, 15c, 49a e b
Escala de Diagnóstico de Estresse Pós-Traumático (n = 1)	Exposição a eventos traumáticos e sintomas de trauma, com muitos itens correspondente à seção PTSD do SCID.	18ÿ
Entrevista de apego adulto (n = 6)	Avalia as relações infantis com figuras de apego, geralmente pais.	26, 34#, 35ÿ, 40a, 41aÿ, 46aÿ,
d. Ferramentas para avaliar sintomas de trauma entre pais		
Trauma Significado Fazendo Entrevista (n = 1)	Avalia mudanças pós-traumáticas e explora experiências de maus-tratos e sentimentos, com perguntas adicionadas sobre o impacto percebido de seus experiências de maus tratos infantis ao se tornar pai e pai – relacionamento infantil.	47c
Escala tática de conflitos entre pais e filhos/escala tática de conflitos (PC-CTS) (n = 3)_	Tipos de disciplina que os pais receberam quando crianças, e se algum dia sofreu 11 ações disciplinares ou negligentes dos pais.	11a&b, 53
Questionário de Mudança Conceitual (CCQ) (n = 1)	Avalia como os pais conceituam o abuso	54
e. Outro		
Inventário de Potencial de Abuso Infantil (n = 1)	Questionário de 160 itens elaborado para auxiliar na avaliação da condição física denúncias de abuso infantil.	17

ydados primários de validação

#modificações

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460.t005>

os valores psicométricos, as populações nas quais as ferramentas foram validadas (incluindo os pais) e as barreiras e facilitadores para a utilização das ferramentas serão abordados numa revisão abrangente subsequente ([Apêndice S1](#)). As ferramentas são categorizadas como aquelas que; (a) avaliar exclusivamente uma experiência de histórico de evento traumático (ou seja, exposição), (b) avaliar a experiência de histórico de evento traumático como parte de uma avaliação mais ampla de necessidades psicossociais, (c) avaliar o impacto da experiência de histórico de evento traumático como sintomas, (d) avaliar o impacto da experiência da história de eventos traumáticos na parentalidade, ou (e) 'outros'. **a) Ferramentas que avaliam**

exclusivamente a experiência do histórico de eventos traumáticos (ou seja, exposição).

O **Questionário de Trauma Infantil (CTQ)** foi relatado em nove estudos (20 artigos) e mede abuso emocional, físico e sexual e domínios de negligência emocional e física [\[14, 20, 37, 51–53, 96, 105, 108–110, 113, 117, 118, 133, 135, 144, 145\]](#). Blalock et al. [\[51\]](#) cita o uso da ferramenta em populações psiquiátricas, comunitárias, usuárias de substâncias, adolescentes e adultas.

A confiabilidade teste-reteste desde o nascimento até cinco anos após o parto também foi relatada [\[55\]](#).

A ferramenta **Avaliação de Ambientes III - História das Experiências Parentais na Infância dos Pais** [\[146\]](#) foi usado em dois estudos [\[46, 77\]](#). Baydar et al. [\[46\]](#) descreveram o uso de uma 'escala de parentalidade severa' (7 itens) e uma 'escala de parentalidade abusiva' (10 itens), enquanto Fornberg [\[77\]](#) relatou o uso de uma 'escala de punição física'.

O questionário do estudo **Adverse Childhood Experiences (ACE)** [\[147\]](#) foi usado em três estudos (5 artigos) nesta revisão [\[61, 87, 104–106\]](#). Avalia retrospectivamente a exposição a dez formas de abuso, negligência e disfunção doméstica antes dos 18 anos. Foi adaptado e utilizado em conjunto com a AAI num estudo [\[104–106\]](#), com correlações relatadas entre ACEs e a categoria de trauma não resolvido, da AAI [\[87, 104\]](#).

A **Experiência Infantil de Cuidado e Abuso (CECA)** [\[148\]](#) foi usada em um estudo [\[88\]](#) para comparando medidas do Parental Bonding Instrument (PBI) e inclui avaliações de CSA, abuso físico, abuso psicológico, antipatia e negligência. O **Questionário Breve sobre Abuso Físico e Sexual (BPSAQ)** [\[149\]](#) foi usado em um estudo [\[122, 150\]](#) para quantificar a gravidade do histórico de trauma violento materno. A **Escala de Abuso e Trauma Infantil (CATS)** [\[151\]](#) foi usada em um estudo [\[82\]](#) e consiste em 38 itens sobre a frequência e extensão das experiências negativas na infância, incluindo a atmosfera geral de sua casa e a maneira como eles sentiram que foram tratados na infância pelos cuidadores. O **Early Trauma Inventory Self Report Short Form (ETI-SF)** [\[151\]](#) foi usado em um estudo [\[123\]](#) e inclui avaliação de trauma geral e abuso físico, emocional e sexual.

A **Trauma History Table Interview (THTI)** foi desenvolvida para o projeto Maternal Anxiety in Childbearing Years (MACY) [\[108–110\]](#) e avalia informações sobre o tipo, frequência, duração e identidade do perpetrador para qualquer mau trato infantil sofrido antes da idade. 16 anos [\[14\]](#). A **Lista de Verificação de Eventos de Vida** [\[152\]](#), conforme usada em um estudo [\[122, 150\]](#), é uma lista de verificação de 17 itens que cobre uma série de eventos potencialmente traumáticos, desde desastres naturais a acidentes, perdas repentinas em combate e eventos violentos interpessoais. A **Lista de Verificação de Estressores de Vida** [\[153\]](#) foi usada em um estudo [\[110\]](#) para avaliar o histórico de trauma. Foi concebido para ser utilizado com mulheres e inclui cinco itens sobre maus-tratos na infância (abuso físico, abuso sexual, violação consumada, abuso emocional e negligência física ocorridos antes dos 16 anos). O **Questionário de História da Infância (CHQ)** [\[154\]](#) foi usado por Bysom [\[57\]](#) para avaliar a presença e frequência de abuso físico, bem como testemunhar abuso. O **Antecedent Experiences Questionnaire** [\[155\]](#) foi usado por um estudo [\[94\]](#) com uma versão adaptada do AAI.

A seção **Trauma da entrevista do Projeto de Fatores de Risco e Proteção de Epidemiologia Psiquiátrica e Utilização de Serviços de Índios Americanos (AI-SUPERPPF)** [\[156\]](#) foi usada em um estudo com uma comunidade de índios nativos americanos [\[92\]](#) e pergunta sobre 16 traumas; com que frequência ocorreram e em que idade(s).

(b) Ferramentas que avaliam experiências de história de eventos traumáticos como parte de uma avaliação mais ampla das necessidades psicossociais. O **questionário Índice de Necessidade** desenvolvido e utilizado em um estudo [68–70], pede aos pais que identifiquem se “você ou seu parceiro estavam fisicamente e/ou sexualmente abusada quando criança”. O **Questionário de Avaliação de Necessidades de Brisbane** foi usado em outro estudo [40] e inclui perguntas de triagem de maus-tratos na infância.

(c) Ferramentas que avaliam os sintomas do trauma. A **seção Transtorno de Estresse Pós-Traumático A aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID)** foi usada em conjunto com outras ferramentas em três estudos (quatro artigos) [9, 56, 122, 150] e avalia a exposição e os efeitos de eventos envolvendo morte real ou ameaça de morte, ferimentos graves, ameaça à integridade física de alguém ou testemunho de outra pessoa ser morta ou gravemente ferida. Juul et al. [56] cita estudos usando a ferramenta com pacientes de saúde mental [157], estudantes universitários e pacientes de cuidados primários [158].

A **Escala de Diagnóstico de Estresse Pós-Traumático (PDS)** [159] foi usada em um estudo que relatou carga de triagem e utilidade da ferramenta [59]. O PDS mede a exposição ao trauma e sintomas relacionados ao trauma, com muitos itens correspondentes à seção PTSD da SCID.

A **Entrevista de Apego Adulto (AAI)** [160] foi identificada em seis estudos [75, 86, 87, 94, 96, 97, 104]. A AAI avalia as relações infantis com figuras de apego, geralmente pais. Também é dada atenção às experiências de perda, abuso ou outros traumas, e à falta de resolução do trauma. Madigan et al. [96] avaliaram a estabilidade das representações de apego da AAI em três momentos perinatais (no pré-natal, na idade infantil de 6 a 9 meses e na idade infantil de 12 anos). a 15 meses) e encontrou consistência interna relativamente baixa para relatar as mesmas experiências de perda, mas maior consistência para relatar experiências de trauma.

(d) Ferramentas que avaliam o impacto do histórico de maus-tratos na infância na parentalidade. O **A Trauma Meaning Making Interview (TMMI)** [161] foi usada em um estudo [14] para avaliar mudanças pós-traumáticas e explorar maus-tratos em experiências e sentimentos infantis, com perguntas adicionadas sobre o impacto percebido de suas experiências de maus-tratos infantis. A **Escala de Táticas de Conflito Pai-Filho (PC-CTS)** [162] foi usada em três estudos [49, 50, 58] e inclui perguntas sobre os tipos de disciplina que os pais receberam quando crianças e se alguma vez experimentaram qualquer uma das 11 ações disciplinares ou negligentes dos pais. O **Questionário de Mudança Conceitual (CCQ)** (1999) foi usado em um estudo [128] para avaliar como os pais conceituam o abuso.

e. Outras ferramentas. O **inventário do Potencial de Abuso Infantil (CAP)** [163] foi usado em um estudo [58] e é um questionário de 160 itens elaborado para auxiliar na avaliação da capacidade física da criança denúncias de abuso.

Discussão

Localizamos 57 estudos realizados com participantes durante o período perinatal envolvendo mais de 20.000 pais. A maioria dos estudos foi realizada nos EUA e envolveu apenas mães. Não os estudos envolveram exclusivamente pais, outros membros da família ou parceiros diversos do mesmo sexo/gênero, e poucos incluíram pais indígenas. Mais de 75% dos estudos foram categorizados como estudos 'observacionais descritivos' e não encontramos intervenções perinatais especificamente projetado para pais com histórico de maus-tratos na infância e/ou traumas complexos.

As teorias identificadas em nossa revisão são semelhantes àquelas descritas em uma revisão clínica para profissionais por [164]. No entanto, nossa revisão incluiu construções adicionais que incorporaram modelos socioecológicos para ajudar a explicar algumas das interações e diferenças nos resultados parentais. Os estudos desta revisão descobriram que as alterações pós-traumáticas foram percebidas pelos pais como predominantemente positivas durante o período perinatal [14], apoiando estudos anteriores que sugerem a transição parental [165] oferece uma janela de oportunidade para transformar o 'ciclo vicioso do trauma' em um 'ciclo virtuoso de cura' [166]. A maioria dos pais com histórico de infância

os maus-tratos são capazes de fornecer ambientes estimulantes para seus filhos [44] e examinar esses “ciclos de descontinuidade” é um lugar promissor de exploração para iluminar estratégias inovadoras para apoiar os pais [4]. Estratégias que os pais relataram usar para apoiar a cura incluíram; compreensão e “construção de significado”, estratégias conscientes para manter as crianças seguras e “pais de forma diferente”, aumentando o apoio social, a espiritualidade e ajudando os outros. Houve relatos mistos sobre o valor da psicoterapia e alguns pais expressaram o desejo de um melhor acesso a terapias mais alternativas. O foco nestes aspectos positivos e o uso cuidadoso de uma linguagem baseada nos pontos fortes também podem ajudar a neutralizar algumas das preocupações sobre o estigma, a falta de confiança e a vergonha relacionadas pelos pais nesta revisão.

Os estudos desta revisão reforçaram as recomendações da Diretriz Nacional de Trauma [6], enfatizando a importância de considerar os maus-tratos na infância e as sequelas de traumas complexos dentro de um contexto socioecológico. Isto parece particularmente importante para os povos indígenas com histórias de colonização e discriminação contínua. A nossa análise também destacou uma série de barreiras contextuais a nível do sistema (por exemplo, falta de serviços, falta de transporte, horários de funcionamento limitados, utilização de listas de espera e longos tempos de espera nas clínicas) e individual (por exemplo, medo das agências de protecção da criança).

Nossas descobertas apoiam as de revisões anteriores que identificaram a importância do período perinatal na transmissão de trauma intergeracional em relação aos efeitos do estresse [167], e uma ampla gama de fatores de protecção que estão fora da relação mãe-filho [168]. Os estudos da nossa revisão também têm semelhanças com outras revisões de transmissão intergeracional de capacidades de autorregulação e desenvolvimento de habilidades de funcionamento executivo no primeiro ano de vida [169, 170]. Embora grande parte do foco dos maus-tratos na infância esteja no impacto das experiências dentro da família, alguns estudos sugerem que há estágios específicos de desenvolvimento em que as crianças são mais vulneráveis ao trauma de pessoas fora da família imediata [171]. Há também a necessidade de compreender o impacto do trauma cumulativo à medida que as crianças começam a explorar e a procurar aceitação fora da família, na comunidade e na sociedade em geral, e à medida que se tornam pais; e as interseções entre experiências parentais de maus tratos na infância ou traumas complexos e racismo social que agravam o trauma [172].

Não foram encontrados estudos de intervenção perinatal especificamente concebidos para pais com histórico de maus-tratos na infância. No entanto, as nossas descobertas são consistentes com revisões não específicas do período perinatal ou de pais com histórico de maus-tratos na infância, que sugerem que as intervenções parentais podem melhorar as interações entre pais e filhos e a segurança do apego [173–175]. Estudos de intervenção sobre visitas domiciliares de enfermeiras, programas parentais, IPT-B e TCC sugeriram efeitos positivos no bem-estar dos pais. No entanto, é necessária uma meta-análise mais abrangente dos resultados numa revisão sistemática completa para articular estimativas do tamanho do efeito e explorar fontes de heterogeneidade.

Os pais com histórico de maus-tratos na infância enfrentam frequentemente desafios sociais e emocionais específicos durante o período perinatal, e esta compreensão do bem-estar social e emocional é fortemente moldada pela cultura. Assim, é essencial que ferramentas para medir e avaliar o bem-estar sejam desenvolvidas e validadas entre as populações pelas quais se destinam a ser utilizadas.

Há uma escassez de ferramentas apropriadas para medir conceitos de bem-estar social e emocional entre os povos indígenas [176]. Muitas vezes, a compreensão indígena da saúde e do bem-estar enfatiza fortemente o coletivo e o relacional, incorporando dimensões de ligação à família, comunidade, cultura, país e espiritualidade; juntamente com o bem-estar físico e mental [177]. Encontramos apenas uma ferramenta de medição e estudo observacional envolvendo povos indígenas [177]. Também não encontramos estudos envolvendo apenas pais [178] ou familiares alargados. Há também a necessidade de considerar a validade, a confiabilidade durante todo o período perinatal e a utilidade [179]. Existem vários domínios para medir, mas as considerações práticas incluem viabilidade [180], custo, tempo de administração, facilidade de pontuação e sensibilidade das perguntas [181]. Deveríamos também

considere aceitabilidade [181], percepções dos pais [182], preferências [182], barreiras e facilitadores [183, 184].

Até onde sabemos, esta é a primeira revisão a mapear evidências específicas para o período perinatal envolvendo pais com histórico de maus-tratos na infância. Utilizamos métodos sistemáticos, incluindo triagem dupla de todos os artigos de texto completo, extração dupla de dados e avaliação do risco de viés para informar o desenvolvimento de protocolos abrangentes para revisões aprofundadas na segunda fase deste trabalho (Apêndice S1). Os resultados desta revisão de escopo permitiram o desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa direcionada para revisões futuras. Mapeou todos os termos de índice dos estudos incluídos, pesquisou estudos semelhantes no PubMed e desenvolveu árvores de palavras a partir dos resumos e títulos incluídos. Esta revisão de escopo forneceu um “mapa de evidências” resumido para todos os tipos de estudo, o que não é característico de revisões direcionadas de desenhos de estudo únicos.

É importante ressaltar que, embora as revisões sistemáticas completas levem vários anos, esta revisão de escopo forneceu informações oportunas importantes que incorporamos em um processo de co-design para o desenvolvimento de estratégias perinatais para identificar e apoiar pais aborígenes australianos com histórico de maus-tratos infantis e/ou problemas complexos. trauma. Por exemplo, resumimos em cartões os factores de protecção e de risco dos estudos epidemiológicos e os temas das experiências e estratégias dos pais. Após grupos de discussão interativos com idosos e pais como parte de uma estrutura de Mapeamento de Intervenção [185], os resumos dos cartões foram compartilhados com uma explicação de que essas questões surgiram de estudos com pais em outros grupos populacionais, e pediu aos pais que identificassem questões que podem ser relevantes para eles. Além disso, extraímos e sintetizamos construtos das 22 ferramentas de medição que informaram uma atividade de workshop interativa com as principais partes interessadas. No ambiente da oficina, discutimos o grau de importância de cada um dos principais construtos, bem como questões associadas a perguntar aos pais que sofreram maus-tratos na infância sobre eles durante o período perinatal. Outro ponto forte desta revisão é a inclusão dos povos aborígenes em todas as fases do processo de revisão para garantir uma visão culturalmente relevante, em alinhamento com a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNDRIP) e a conduta ética na investigação com os aborígenes. Povos e comunidades das ilhas do Estreito de Torres e do Estreito de Torres [186] e, de maneira importante, equilibrar as visões de mundo indígenas com a ciência ocidental.

Existem limitações para esta revisão de escopo. Primeiro, a nossa pesquisa pode ter perdido a intervenção estudos que avaliam estratégias de apoio aos pais que estão incorporadas em programas parentais gerais. Em segundo lugar, apenas um revisor realizou a triagem preliminar do título e do resumo, o que aumenta a probabilidade de erro. Terceiro, não poderíamos incluir sínteses detalhadas de resultados específicos para cada desenho de estudo, por exemplo, síntese temática de estudos qualitativos e análises agrupadas de estudos epidemiológicos e de intervenção com análise de sensibilidade para identificar fontes de heterogeneidade ou análises de subgrupos para examinar efeitos diferenciais para subpopulações. Nosso objetivo é abordar essas limitações quando realizamos revisões sistemáticas aprofundadas (Apêndice S1).

Há poucas evidências que demonstrem a aplicação das intervenções perinatais existentes para pais com histórico de maus-tratos na infância. Os serviços de cuidados perinatais precisam ser “informados” (conscientes) sobre o trauma para minimizar os riscos de “desencadear” respostas ao trauma em pais com histórico de maus-tratos na infância. O período perinatal oferece uma “janela de oportunidade” única ao longo da vida para reconhecer e avaliar os pais que sofreram maus-tratos na infância (e/ou traumas complexos) e permitir o acesso a apoio específico ao trauma durante contactos frequentes programados com serviços de saúde. Para muitos jovens predominantemente saudáveis, constituir família pode ser o primeiro contacto com os serviços de saúde desde a sua infância. É também um período importante para o desenvolvimento relacional, quando muitos pais estão motivados a fazer mudanças positivas em benefício dos seus filhos, e o desenvolvimento de uma relação carinhosa com o bebé pode gerar respostas positivas que reforçam a cura e a “segurança conquistada”.

Especialistas em saúde identificaram os maus-tratos infantis como um grande desafio de saúde pública na saúde mental [187], com efeitos semelhantes aos do tabaco na saúde física [188]. Além de associações significativas com comportamentos de risco, é provável que os efeitos dos maus-tratos infantis nos critérios propostos para o TEPT complexo (ou seja, desregulação afetiva, autoconceito negativo e distúrbios interpessoais) [5], tenham um impacto diferencial e importante . impactar a eficácia do programa de saúde pública. Isto inclui a forma como os programas são recebidos, envolvidos e a capacidade ou agência que os indivíduos têm para responder aos conselhos de saúde pública. Há uma necessidade urgente de que todos os profissionais de saúde pública considerem o impacto dos maus-tratos infantis na saúde e nas desigualdades na saúde de forma mais ampla [189].

Conclusões

Estão disponíveis evidências e teorias observacionais e qualitativas crescentes para informar o desenvolvimento de serviços perinatais baseados em traumas, reconhecimento, avaliação e apoio específico ao trauma para pais que sofreram maus-tratos na infância e/ou traumas complexos. Há um interesse contínuo no desenvolvimento de construções teóricas para explicar fenômenos, evidências crescentes de factores de protecção e de risco e descrições ricas das experiências dos pais e das estratégias que utilizam. No entanto, faltam provas que envolvam pais, famílias alargadas, parceiros do mesmo sexo ou de géneros diversos e povos indígenas. Tem havido pouca atividade na aplicação das evidências existentes para apoiar os pais no período perinatal. A incorporação de contextos socioecológicos e culturais parece essencial para informar estratégias perinatais eficazes para reconhecer e apoiar os pais durante esta janela crítica de oportunidade. Dada a escassez de evidências aplicadas, é fundamental que as estratégias sejam desenvolvidas em colaboração com as famílias e as comunidades, especialmente para os povos indígenas e os pais. As estratégias de concepção e avaliação dos programas devem incorporar ciclos curtos de reflexão e abordagens de avaliação flexíveis para permitir a detecção precoce de circunstâncias imprevistas e a adaptação para responder às necessidades e reduzir os riscos de danos para os pais vulneráveis.

Informações de apoio Apêndice S1.

Conscientização perinatal, reconhecimento, avaliação e apoio aos pais que sofreram maus-tratos na própria infância: Visão geral das revisões.

(DOCX)

Apêndice S2. Lista de verificação PRISMA 2009: Parentalidade após uma história de maus-tratos na infância: uma revisão de escopo e mapa de evidências no período perinatal.

(DOC)

Apêndice S3. Curar o passado nutrindo o futuro: Apoio precoce para pais que sofreram traumas complexos na infância – Um protocolo de revisão de escopo.

(DOCX)

Apêndice S4. Estratégia de pesquisa PsychInfo.

(DOCX)

Apêndice S5. Critérios de avaliação de risco de viés.

(DOCX)

Apêndice S6. Avaliação da confiança do estudo utilizando critérios GRADE modificados.

(DOCX)

Apêndice S7. Tabela de estudos excluídos e motivos de exclusão.

(DOCX)

Agradecimentos

Reconhecemos os membros da equipe de investigadores 'Healing the past by nurturing the future' no desenvolvimento da estrutura para esta revisão (#Judy Atkinson, Jan Nicholson, Deirdre Gartland, Karen Glover, Amanda Mitchell, Caroline Atkinson, Helen McLachlan, Shawana Andrews, Tanja Hirvoven, Naomi Ralph e Danielle Dyall). Agradecemos à Sra. Poh Chua pela sua assistência no desenvolvimento da estratégia de pesquisa. Agradecemos ao pessoal do Centro de Coordenação de Evidências para Políticas e Práticas (University College London) pelos comentários sobre o rascunho do protocolo para esta revisão de escopo.

Contribuições do autor

Conceitualização: Catherine Chamberlain, Graham Gee, Sue Brennan, Helen Herrman, Ste-Fanie Brown.

Curadoria de dados: Catherine Chamberlain, Graham Gee, Stephen Harfield, Sandra Campbell, Sue Brennan, Yvonne Clark.

Análise formal: Catherine Chamberlain.

Aquisição de financiamento: Catherine Chamberlain.

Investigação: Catherine Chamberlain.

Metodologia: Catherine Chamberlain, Sue Brennan, Fiona Mensah, Stephanie Brown.

Administração do projeto: Catherine Chamberlain.

Recursos: Catherine Chamberlain.

Programas: Catherine Chamberlain.

Supervisão: Catherine Chamberlain.

Validação: Catherine Chamberlain.

Visualização: Catherine Chamberlain.

Redação – rascunho original: Catherine Chamberlain.

Redação – revisão e edição: Catherine Chamberlain, Graham Gee, Stephen Harfield, Sandra Campbell, Sue Brennan, Fiona Mensah, Kerry Arabena, Helen Herrman, Stephanie Brown.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Ficha informativa sobre maus-tratos infantis Genebra: OMS; 2016. [http://www.who.int/mediacentre/fichas técnicas/fs150/pt/](http://www.who.int/mediacentre/fichas_técnicas/fs150/pt/) Acessado em 09/02/2016.
2. De Bellis MD, Zisk A. Os efeitos biológicos do trauma infantil. *Psiquiatria Infantil Adolescente Clin N Am*. 2014; 23(2):185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002> PMID: 24656576
3. McCrory C, Dooley C, Layte R, Kenny RA. O legado duradouro da adversidade infantil para o risco de doenças na vida adulta. *Psicóloga da Saúde*. 2015; 34(7):687–96. <https://doi.org/10.1037/hea0000147> PMID: 25150540
4. Alexandre PC. Ciclos intergeracionais de trauma e violência: uma perspectiva de apego e sistemas familiares. (2015) Ciclos intergeracionais de trauma e violência: uma perspectiva de apego e sistemas familiares xi, 370 pp Nova York, NY, EUA: WW Norton & Co; NÓS. 2015.
5. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguindo PTSD, PTSD complexo e transtorno de personalidade limítrofe: uma análise de classe latente. *Eur J Psicotraumatol*. 2014; 5: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097> PMID: 25279111
6. Kezelman C, Stavropoulos P. Diretrizes Práticas para Tratamento de Traumas Complexos e Cuidados e Prestação de Serviços Informados sobre Traumas. Sydney: Adultos Sobrevivendo ao Abuso Infantil, 2012.

7. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Abuso sexual infantil e gravidez na adolescência: uma meta-análítica atualizar. *J Pediatr Psychol*. 2009; 34(4):366–78. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn098> PMID: 18794188 Bellis MA,
8. Hughes K, Leckenby N, Perkins C, Lowey H. Pesquisa domiciliar nacional sobre experiências adversas na infância e sua relação com a resiliência a comportamentos prejudiciais à saúde na Inglaterra. *BMC Med Informar Decis Mak*. 2014; 12(1):72. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-72> PMID: 24886026
9. Blackmore ER, Putnam FW, Pressman EK, Rubinow DR, Putnam KT, Matthieu MM, et al. Os efeitos da história de trauma e dos sintomas afetivos pré-natais nos resultados obstétricos. *J Trauma Estresse*. 2016; 29 (3):245–52. <https://doi.org/10.1002/jts.22095> PMID: 27276162
10. Font SA, Maguire-
Jack K. Caminhos do abuso infantil e outras adversidades aos riscos para a saúde dos adultos: O papel das condições socioeconômicas dos adultos. *Abuso Infantil Negl*. 2016; 51:390–9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.013> PMID: 26059537
11. Amos J, Furber G, Segal L.
Compreendendo mães maltratadas: uma síntese do trauma relacional, desorganização do apego, dissociação estrutural da personalidade e evitação experiencial. *J Dissociação do Trauma*. 2011; 12(5):495–509. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.593259> PMID: 21967177
12. Amos J, Segal L, Cantor C. Mãe aprisionada, criança aprisionada: modo agônico, hierarquia e apaziguamento no abuso e negligência intergeracional. *J Criança Fam Stud*. 2015; 24(5):1442–50. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9950-3>
13. Braveman P. O que é equidade na saúde: e como uma abordagem ao longo da vida nos leva adiante nessa direção? *Saúde Materno Infantil J*. 2014; 18(2):366–72. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1226-9> PMID: 23397099
14. Fava NM, Simon VA, Smith E, Khan M, Kovacevic M, Rosenblum KL, et al. Percepções de mudanças pós-traumáticas gerais e específicas dos pais entre mães pós-parto com histórias de maus-tratos na infância. *Abuso Infantil Negl*. 2016; 56:20–9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.007> PMID: 27131270
15. DeGórgio LJ. Transmissão intergeracional de abusos: implicações para as intervenções parentais numa perspectiva neuropsicológica. *Traumatologia*. 2013; 19(2):158–66. <https://doi.org/10.1177/1534765612457219>
16. Austin MP, Highet N e Grupo de Trabalho de Especialistas. Cuidados de Saúde Mental no Período Perinatal: Diretrizes de Prática Clínica Australianas. Melbourne: Centro de Excelência Perinatal, 2017.
17. Wilson J, Jungner G. Princípios e prática de triagem de doenças. Artigo de Saúde Pública Número 34. Genebra: OMS; 1968.
18. Dahlberg L, Krug E. Violência – um problema global de saúde pública Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2002 [10/10/2018]. 1–56. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap1.pdf.
19. Aliança para a Prevenção da Violência. O quadro ecológico Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2016 [09/09/2016]. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/en/>.
20. Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, Geibel SL, Swartz HA, Frank E, et al. Impacto do trauma infantil nos resultados de um estudo de depressão perinatal. *Depressir a ansiedade*. 2012; 29(7):563–73. <https://doi.org/10.1002/da.21929> PMID: 22447637
21. Dierkhising CB, Ko SJ, Woods-Jaeger B, Briggs EC, Lee R, Pynoos RS. Histórias de trauma entre jovens envolvidos na justiça: descobertas da Rede Nacional de Estresse Traumático Infantil. *Eur J Psicotraumatol* 2013; 4: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20274> PMID: 23869252
22. Atkinson J, Nelson J, Atkinson C. Trauma, transferência transgeracional e efeitos no bem-estar da comunidade. In: Purdie N, Dudgeon P, Walker R, editores. *Trabalhando juntos: práticas e princípios de saúde mental e bem-estar dos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres*. Camberra: Departamento de Saúde e Envelhecimento; 2010.
23. Atkinson C. O continuum da violência: violência masculina aborígine australiana e pós-traumático geracional estresse mático. Austrália: Universidade Charles Darwin; 2008.
24. Scott D. A prevalência de abuso e negligência infantil. Melbourne: Instituto Australiano de Estudos da Família, 2013.
25. Universidade LaTrobe. Curar o passado nutrindo o futuro: Universidade La Trobe; 2018 [09/07/2018]. <https://www.latrobe.edu.au/jlc/research/healing-the-past>.
26. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. Extensão PRISMA para revisões de escopo (PRISMA-ScR): lista de verificação e explicaçãoA declaração PRISMA-ScR. *Ann Interna Médica*. 2018; 169(7):467–73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
27. Welch V, Petticrew M, Petkovic J, Moher D, Waters E, White H, et al. Estendendo a declaração PRISMA a revisões sistemáticas focadas na equidade (PRISMA-E 2012): explicação e elaboração. *Int J Equidade Saúde*. 2015; 14:92. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0219-2> PMID: 26450828

28. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. As consequências para a saúde a longo prazo do abuso físico infantil, abuso emocional e negligência: uma revisão sistemática e meta-análise. *PLoS Med.* 2012; 9(11):e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349> PMID: 23209385
29. O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Aplicar uma perspectiva de equidade às intervenções: a utilização do PROGRESS garante a consideração de factores de estratificação social para iluminar as desigualdades na saúde. *J Clin Epidemiol.* 2014; 67(1):56–64. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.005> PMID: 24189091
30. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Melhor relato de intervenções: modelo para lista de verificação e guia de descrição e replicação de intervenções (TIDieR). *BMJ.* 2014; 348:g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687> PMID: 24609605
31. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Ju'ni P, Moher D, Oxman AD, et al. A ferramenta da Colaboração Cochrane para avaliar o risco de viés em ensaios randomizados. *BMJ.* 2011; 343:d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
32. Prática Eficaz e Organização de Cuidados Cochrane (EPOC). Critérios de risco de viés sugeridos para revisões do EPOC: EPOC; 2017 [01/02/2018]. <http://epoc.cochrane.org/resources/epoc-resources-review-authors>.
33. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: uma ferramenta para avaliar risco de viés em estudos não randomizados de intervenções. *BMJ.* 2016; 355:i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919> PMID: 27733354
34. Programa de Habilidades de Avaliação Crítica. Lista de verificação qualitativa CASP Universidade de Oxford: CASP; 2017 [02/01/2018]. http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf.
35. Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: uma ferramenta revisada para avaliação da qualidade de estudos de precisão diagnóstica. *Ann Interna Médica.* 2011; 155(8):529–36. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00009> PMID: 22007046
36. Adams J. Maus-tratos autoidentificados quando crianças por gestantes: uma oportunidade para prevenção. *J Reprod Infantil Psicol* 1996; 14(1):37–44.
37. Ahlfs-Dunn S. O impacto do trauma interpessoal materno no desenvolvimento socioemocional infantil: O papel crítico das representações maternas perturbadas da criança. Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 2016; 77(2-B(E)).
38. Altemeier WA, O'Connor S, Sherrod KB, Tucker D, Vietze P. Resultado do abuso durante a infância entre mulheres grávidas de baixa renda. *Abuso Infantil Negl.* 1986; 10(3):319–30. PMID: 3742277
39. Aparício EM. 'Eu quero ser melhor que você:' experiências vividas de prevenção intergeracional de maus-tratos infantis entre mães adolescentes dentro e fora dos lares adotivos. *Trabalho Social da Família Infantil* 2016; 22(2): cfs.12274.
40. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. Um ensaio randomizado e controlado de visitas domiciliares de enfermeiras a famílias vulneráveis com recém-nascidos. *J Paediatr Saúde Infantil* 1999; 35(3):237–44. PMID: 10404442
41. Arons J. "Em um buraco negro": O espaço (negativo) entre saudade e pavor: Psicoterapia domiciliar com uma mãe traumatizada e seu filho bebê. *Estudo Psicanalista Infantil.* 2005; 60:101–27. PMID: 16649677
42. Barrett B. O impacto do abuso sexual infantil e outras formas de adversidades infantis na paternidade na idade adulta. *J Abuso sexual infantil.* 2009; 18(5):489–512. <https://doi.org/10.1080/10538710903182628> PMID: 20183414
43. Bartlett JD, Easterbrooks MA. O efeito moderador dos relacionamentos no risco intergeracional para negligência infantil por parte de mães jovens. *Abuso Infantil Negl* 2015; 45:21–34. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.018> PMID: 25823793
44. Bartlett JD. Mães jovens, negligência infantil e descontinuidades nos ciclos intergeracionais de maus-tratos. Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 2012; 73(6-B):3984.
45. Baumgardner B. Potenciais vias de transmissão de traumas entre mães adolescentes e seus bebês em um contexto de 3 gerações. Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 2007; 68(6-B):4122.
46. Baydar N, Reid MJ, Webster-Stratton C. O papel dos fatores de saúde mental e envolvimento do programa na eficácia de um programa parental preventivo para mães do Head Start. *Criança Dev.* 2003; 74 (5):1433–53. PMID: 14552407
47. Webster-Stratton C, Hammond M. Depressão materna e sua relação com o estresse da vida, percepções de problemas de comportamento infantil, comportamentos parentais e problemas de conduta infantil. *J Abnorm Psicol Infantil.* 1988; 16(3):299–315. PMID: 3403812
48. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Habilidades sociais e treinamento para resolução de problemas para crianças com problemas de conduta de início precoce: quem se beneficia? *J Psiquiatria Psicológica Infantil.* 2001; 42(7):943–52. PMID: 11693589

49. Berlim LJ, Appleyard K, Dodge KA. Continuidade intergeracional nos maus-tratos infantis: mecanismos mediadores e implicações para a prevenção. *Criança Dev* 2011; 82(1):162–76. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x> PMID: 21291435
50. Appleyard K, Berlim LJ, Rosanbalm KD, Dodge KA. Prevenindo maus-tratos infantis na primeira infância: Implicações de um estudo longitudinal do histórico de abuso materno, problemas de uso de substâncias e vitimização dos filhos. *Ciência Anterior*. 2011; 12(2):139–49. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0193-2> PMID: 21240556
51. Blalock JA, Nayak N, Wetter DW, Schreindorfer L, Minnix JA, Canul J, et al. A relação do trauma infantil com a dependência da nicotina em grávidas fumantes. *Comportamento de viciado em psicologia*. 2011; 25(4):652–63. <https://doi.org/10.1037/a0025529> PMID: 21928869
52. Blalock JA, Minnix JA, Mathew AR, Wetter DW, McCullough JP Jr, Cinciripini PM. Relacionamento de trauma infantil à depressão e resultados do tabagismo em fumantes grávidas. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81(5):821–30. <https://doi.org/10.1037/a0033381> PMID: 23750463
53. Bouvette-Turcot AA, Fleming AS, Wazana A, Sokolowski MB, Gaudreau H, Gonzalez A, et al. Adversidade materna na infância e temperamento infantil: uma associação moderada pelo genótipo 5-HTTLPR da criança. *Genes Cérebro Comportamento*. 2015; 14(3):229–37. <https://doi.org/10.1111/gbb.12205> PMID: 25688466
54. Marca SR, Brennan PA, Newport DJ, Smith AK, Weiss T, Stowe ZN. O impacto do abuso materno infantil na função do eixo HPA materno e infantil no período pós-parto. *Psiconeuroendocrinologia*. 2010; 35(5):686–93. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.10.009> PMID: 19931984
55. Cammack AL, Hogue CJ, Drews-Botsch CD, Kramer MR, Pearce BD, Knight BT, et al. Confiabilidade teste-reteste da exposição materna auto-relatada retrospectiva ao abuso e negligência na infância. *Arch Saúde Mental Feminina*. 2016; 19(2):415–21. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0536-x> PMID: 25971853
56. Juul SH, Hendrix C, Robinson B, Stowe ZN, Newport D, Brennan PA, et al. Trauma materno no início da vida e estilo parental afetivo: o papel mediador da função do eixo HPA. *Arch Saúde Mental Feminina*. 2016; 19(1):17–23. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0528-x> PMID: 25956587
57. Bysom TL. Exceções à transmissão intergeracional da violência: O papel da percepção social apoiar. *Resumos de dissertações Seção Internacional A: Ciências Humanas e Sociais*. 2001; 61(11-A):4564.
58. Caliso JA, Milner JS. História de abuso na infância e triagem de abuso infantil. *Abuso Infantil Negl*. 1992; 16(5):647–59. PMID: 1393725
59. Chemtob CM, Griffing S, Tullberg E, Roberts E, Ellis P. Triagem para exposição a traumas e transtorno de estresse pós-traumático e sintomas de depressão entre mães que recebem serviços preventivos de bem-estar infantil. *Bem estar Infantil*. 2011; 90(6):109–27. PMID: 22533045
60. Chung EK, Mathew L, Rothkopf AC, Elo IT, Coyne JC, Culhane JF. Atitudes parentais e infantis palmadas: a influência das experiências da infância. *Pediatria*. 2009; 124(2):e278–86. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3247> PMID: 19620204
61. Chung EK, Mathew L, Elo IT, Coyne JC, Culhane JF. Sintomas depressivos em mulheres desfavorecidas em acompanhamento pré-natal: a influência de experiências adversas e positivas na infância. *Ambul Pediatr*. 2008; 8(2):109–16. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.12.003> PMID: 18355740
62. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Culhane JF. Os cuidados pré-natais em centros de saúde comunitários resultam em cuidados primários infantis nesses locais? *Ambul Pediatr*. 2006; 6(1):25–31. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2005.08.002> PMID: 16443180
63. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Sintomas depressivos maternos e práticas de saúde infantil entre mulheres de baixa renda. *Pediatria*. 2004; 113(6):e523–9. PMID: 15173532
64. Culhane JF, Rauh V, McCollum KF, Hogan VK, Agnew K, Wadhwa PD. O estresse materno está associado à vaginose bacteriana na gravidez humana. *Saúde Materno Infantil J*. 2001; 5(2):127–34.
65. Coles J. Estudo qualitativo da amamentação após agressão sexual na infância. *J Hum Lact*. 2009; 25(3):317–24. <https://doi.org/10.1177/0890334409334926> PMID: 19414736
66. Conger RD, Schofield TJ, Neppl TK, Merrick MT. Perturbar a continuidade intergeracional na criação de filhos dura e abusiva: a importância de um relacionamento estimulante com um parceiro romântico. *J Saúde do Adolescente*. 2013; 53(4 Suplemento):S11–7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.014> PMID: 24059934
67. Dijkstra S. Duas mães abusadas quando crianças na criação dos filhos. *Fazendo um apelo por uma abordagem diferenciada*. *Abuso Infantil Rev*. 1995; 4(4):291–7.
68. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Fatores de risco de pais abusados quando crianças: Uma análise mediacional da continuidade intergeracional de maus-tratos infantis (Parte I). *J Psiquiatria Psicológica Infantil* 2005; 46(1):47–57. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x> PMID: 15660643
69. Dixon L, Hamilton-Giachritsis C, Browne K. Atribuições e comportamentos de pais abusados quando crianças: Uma análise mediacional da continuidade intergeracional dos maus-tratos infantis (Parte II). *J Psiquiatria Infantil*. 2005; 46(1):58–68. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00340.x> PMID: 15660644

70. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Padrões de fatores de risco e proteção na intergeração ciclo nacional de maus-tratos. *J Fam Violência*. 2009; 24(2):111–22.
71. Draucker CB, Martsolf DS, Roller C, Knapik G, Ross R, Stidham AW. Cura do abuso sexual infantil: um modelo teórico. *J Abuso sexual infantil*. 2011; 20(4):435–66. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.588188> PMID: 21812546
72. Egeland B, Susman-Stillman A. Dissociação como mediador de abuso infantil através de gerações. *Criança Abuso Negl*. 1996; 20(11):1123–32. PMID: 8958463
73. Egeland B, Jacobvitz D, Sroufe LA. Quebrando o ciclo de abuso. *Criança Dev*. 1988; 59(4):1080–8. PMID: 3168615
74. Bosquet Enlow M, Englund MM, Egeland B. História de maus-tratos maternos na infância e saúde mental infantil: Mecanismos nos efeitos intergeracionais. *J Clin Criança Adolescente Psicol*. 2016:1–16. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1144189> PMID: 27070479
75. Ensink K, Normandin L, Plamondon A, Berthelot N, Fonagy P. Caminhos intergeracionais de reflexão funcionamento ativo para o apego infantil através da parentalidade. *Pode J Behav Sci* 2016; 48(1):9–18.
76. Esaki N. O efeito do abuso materno na infância na atitude e comportamento dos pais. Resumos de dissertações Seção Internacional A: Ciências Humanas e Sociais. 2008; 69(4-A):1540.
77. Fornberg JM. A criança abusada como mãe: mudando as percepções de seu bebê. Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 1996; 57(5-B):3431.
78. Gara MA, Allen LA, Herzog EP, Woolfolk RL. A criança abusada como pai: a estrutura e o conteúdo das percepções das mães abusadas fisicamente sobre seus bebês. *Abuso Infantil Negl*. 2000; 24(5):627–39. PMID: 10819095
79. Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E. Um ensaio clínico randomizado de psicoterapia interpessoal breve e culturalmente relevante para depressão perinatal. *Psiquiatria Servi*. 2009; 60 (3):313–21. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.3.313> PMID: 19252043
80. Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ, Carson K, Curran M, Galvin E, et al. Serviços de tratamento culturalmente relevantes para depressão perinatal em mulheres socioeconomicamente desfavorecidas: O desenho do estudo MOM-Care. *Ensaio Contemp Clin*. 2014; 39(1):34–49. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.07.001> PMID: 25016216
81. Grote NK, Katon WJ, Russo JE, Lohr MJ, Curran M, Galvin E, et al. Cuidados colaborativos para depressão perinatal em mulheres socioeconomicamente desfavorecidas: um ensaio randomizado. *Depress*. 2015; 32(11):821–34. <https://doi.org/10.1002/da.22405>
82. Harmer AL, Sanderson J, Martin P. Influência de experiências negativas na infância no funcionamento psicológico, apoio social e parentalidade para mães em recuperação do vício. *Abuso Infantil Negl*. 1999; 23(5):421–33. PMID: 10348379
83. Herrenkohl TI, Klika JB, Brown EC, Herrenkohl RC, Leeb RT. Testes dos efeitos atenuantes das relações de carinho e apoio no estudo da disciplina abusiva ao longo de duas gerações. *J Saúde do Adolescente*. 2013; 53(4 Suplemento):S18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.04.009> PMID: 24059935
84. Hooper CA, Koprowska J. As vulnerabilidades das crianças cujos pais foram abusados sexualmente na infância: Rumo a uma nova estrutura. *Br J Soc Trabalho* 2004; 34(2):165–80.
85. Hunter RS, Kilstrom N. Quebrando o ciclo em famílias abusivas. *Sou J Psiquiatria*. 1979; 136(10):1320–2. <https://doi.org/10.1176/ajp.136.10.1320> PMID: 484730
86. Iyengar U, Kim S, Martinez S, Fonagy P, Strathearn L. Trauma não resolvido em mães: intergeneracionais efeitos nacionais e o papel da reorganização. *Psicol Frontal*. 2014; 5:966. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00966> PMID: 25225490
87. Kunseler FC, Oosterman M, de Moor MH, Verhage ML, Schuengel C. Resiliência enfraquecida na autoeficácia parental em mulheres grávidas que foram abusadas na infância: um teste experimental. *PloS um*. 2016; 11(2):e0141801. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141801> PMID: 26848573
88. Lancaster G, Rollinson L, Hill J. A medição de um grande risco de depressão na infância: comparação entre o Instrumento de Vínculo Parental (PBI) 'Cuidado Parental' e a Experiência de Cuidado e Abuso na Infância (CECA) 'Negligência Parental'. *J Afeta Desordem*. 2007; 101(1–3):263–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.12.010> PMID: 17239957
89. Hill J, Davis R, Byatt M, Burnside E, Rollinson L, Fear S. Abuso sexual na infância e sintomas afetivos em mulheres: um estudo da população geral. *Psicol Med*. 2000; 30(6):1283–91. PMID: 11097069
90. Hill J, Pickles A, Burnside E, Byatt M, Rollinson L, Davis R, et al. Abuso sexual infantil, cuidados parentais inadequados e depressão em adultos: evidências de diferentes mecanismos. *Ir J Psiquiatria*. 2001; 179:104–9. PMID: 11483470
91. Leifer M, Smith S. Rumo à quebra do ciclo de abuso intergeracional. *Sou J Psicoter*. 1990; 44 (1):116–28. <https://doi.org/10.1176/appi.psicoterapia.1990.44.1.116> PMID: 2327514

92. Libby AM, Orton HD, Beals J, Buchwald D, Manson SM, Equipe AS. Abuso infantil e resultados posteriores dos pais em duas tribos indígenas americanas. *Abuso Infantil Negl.* 2008; 32(2):195–211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.006> PMID: 18304630
93. Lieberman AF, Padron E, Van Horn P, Harris WW. Anjos no berçário: a transmissão intergeracional de influências parentais benevolentes. *Saúde Mental Infantil J.* 2005; 26(6):504–20. <https://doi.org/10.1002/imhj.20071> PMID: 28682485
94. Lyons-Ruth K, Bloco D. O sistema de cuidado perturbado: Relações entre trauma infantil, cuidado materno e afeto e apego infantil. *Saúde Mental Infantil J.* 1996; 17(3):257–75.
95. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein S. Bebês em risco social: depressão materna e serviços de apoio familiar como mediadores do desenvolvimento infantil e da segurança do apego. *Criança Dev.* 1990; 61(1):85–98. PMID: 2307048
96. Madigan S, Vaillancourt K, Plamondon A, McKibbin A, Benoit D. O curso de desenvolvimento de estados mentais não resolvidos/desorganizados em uma amostra de adolescentes em transição para a paternidade. *J pode Comportamento científico.* 2016; 48(1):19–31.
97. Madigan S, Vaillancourt K, McKibbin A, Benoit D. Trauma e perda traumática em adolescentes grávidas-centavos: o impacto da terapia cognitivo-comportamental focada no trauma em estados maternos não resolvidos de mente e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Anexe Hum Dev.* 2015; 17(2):175–98. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1006386> PMID: 25703488
98. McWey LM, Pazdera AL, Vennun A, Wojciak AS. Padrões intergeracionais de maus-tratos em famílias corre risco de receber assistência social. *J Família Marital Ther.* 2013; 39(2):133–47.
99. McWey LM, Humphreys J, Pazdera AL. Avaliação orientada para a ação de um programa de terapia familiar domiciliar programa para famílias em risco de colocação em lares adotivos. *J Família Marital Ther.* 2011; 37(2):137–52. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00165.x> PMID: 21457280
100. Mohler E, Resch F, Cierpka A, Cierpka M. O aparecimento precoce e transmissão intergeracional de experiências traumáticas maternas no contexto da interação mãe-bebê. *Psicóloga Infantil Int J.* 2001; 27(3):257–71.
101. Monaghan-Blout SM. Um tipo diferente de pai: Resistindo ao legado intergeracional de maus-tratos. Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 1999; 60(2-B):0838.
102. Montgomery E, Pope C, Rogers J. A reconstrução do abuso sexual infantil na maternidade: uma estudo qualitativo. *Gravidez e parto do BMC.* 2015; 15:194. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9> PMID: 26306798
103. Montgomery E, Pope C, Rogers J. Um estudo narrativo feminista das experiências de cuidados de maternidade de mulheres que foram abusadas sexualmente na infância. *Obstetrícia.* 2015; 31(1):54–60. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.010> PMID: 24929272
104. Murphy A, Steele M, Dube SR, Bate J, Bonuck K, Meissner P, et al. Experiências adversas na infância Questionário (ACEs) e Entrevista de Apego Adulto (AAI): implicações para o relacionamento entre pais e filhos. *Abuso Infantil Negl.* 2014; 38(2):224–33. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004> PMID: 24670331
105. Steele H, Bate J, Steele M, Dube SR, Danskin K, Knafo H, et al. Experiências adversas na infância, pobreza e estresse parental. *Pode J Behav Sci.* 2016; 48(1):32–8.
106. Steele M, Murphy A, Steele H. Identificando ação terapêutica em uma intervenção centrada no apego com famílias de alto risco. *Clin Soc Work J.* 2010; 38(1):61–72.
107. Murphy A, Steele M, Steele H. Fora da vista, longe da mente, à vista e na mente: Melhorando as capacidades reflexivas em uma intervenção baseada no apego em grupo. Bettmann Joanna Ellen [Ed]; Friedman Donna Demetri [Ed] (2013) Trabalho clínico baseado no apego com crianças e adolescentes (pp 237–257) viii, 287 pp Nova York, NY, EUA: Springer Science + Business Media; NÓS. 2013:237–57.
108. Muzik M, Ads M, Bonham C, Rosenblum KL, Broderick A, Kirk R. Perspectivas sobre trauma informado cuidado de mães com histórico de maus-tratos na infância: um estudo qualitativo. *Abuso Infantil Negl.* 2013; 37(12):1215–24. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.014> PMID: 23978576
109. Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, et al. Prejuízo no vínculo mãe-bebê nos primeiros 6 meses pós-parto: a primazia da psicopatologia em mulheres com histórias de abuso e negligência na infância. *Arch Saúde Mental Feminina.* 2013; 16(1):29–38. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0312-0>
110. Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. História de abuso infantil, pós-traumático transtorno de estresse, saúde mental pós-parto e vínculo: um estudo de coorte prospectivo. *J Obstetrícia Saúde da Mulher.* 2013; 58(1):57–68. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00237.x> PMID: 23374491
111. Malone JC, Levendosky AA, Dayton CJ, Bogat GA. Compreendendo os “fantasmas na creche” de gestantes em situação de violência doméstica: representações maternas no pré-natal e histórias de maus-tratos na infância. *Saúde Mental Infantil J.* 2010; 31(4):432–54. <https://doi.org/10.1002/imhj.20264>

112. Malone JA. Correlatos de Rorschach da história de incesto infantil em mulheres adultas em psicoterapia. Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 1996; 56(9-B):5176.
113. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. Os papéis da resiliência e da história do trauma infantil: efeitos principais e moderadores na saúde mental e funcionamento materno pós-parto. *J Afeta Desordem*. 2015; 174:562–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.036> PMID: 25560192
114. Sexton MB, Davis MT, Menke R, Raggio GA, Muzik M. As interações mãe-filho aos seis meses pós-parto não são previstas por histórias maternas de abuso e negligência ou tipo de maus-tratos. *Trauma Psicológico*. 2017; 9(5):622–626. <https://doi.org/10.1037/tra0000272> PMID: 28481563
115. Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Prevalência, história de trauma e risco de pós-trau-
trastorno de estresse pós-traumático entre mulheres nulíparas na maternidade. *Obsteto Ginecol*. 2009; 114(4):839–47. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b8f8a2> PMID: 19888043
116. Malone JC, Dayton CJ. O que é o recipiente/contido quando há fantasmas no berçário?: Juntando-se a Bion e Fraiberg em intervenções diádicas com mãe e bebê. *Saúde Mental Infantil J*. 2015; 36 (3):262–74. <https://doi.org/10.1002/imhj.21509> PMID: 25931380
117. Swanson LM, Hamilton L, Muzik M. O papel do trauma infantil e do TEPT nos distúrbios do sono pós-parto. *J Trauma Estresse*. 2014; 27(6):689–94. <https://doi.org/10.1002/jts.21965> PMID: 25403425
118. Hairston IS, Waxler E, Seng JS, Fezzey AG, Rosenblum KL, Muzik M. O papel do sono infantil na transmissão intergeracional de trauma. *Dormir*. 2011; 34(10):1373–83. <https://doi.org/10.5665/SLEEP.1282> PMID: 21966069
119. Nuttall AK, Valentino K, Wang L, Lefever JB, Borkowski JG. História materna de parentificação e capacidade de resposta calorosa: o papel mediador do conhecimento do desenvolvimento infantil. *J Fam Psychol* 2015; 29(6):863–72. <https://doi.org/10.1037/fam0000112> PMID: 26236957
120. Nuttall AK, Valentino K, Borkowski JG. História materna de parentificação, capacidade de resposta calorosa materna e comportamento externalizante dos filhos. *J Fam Psicol*. 2012; 26(5):767–75. <https://doi.org/10.1037/a0029470> PMID: 22888779
121. Schechter DS, Coates SW, Kammer T, Coots T, Zeanah CH, Davies M, et al. Representações mentais maternas distorcidas e comportamento atípico em uma amostra clínica de mães expostas à violência e seus filhos pequenos. *J Dissociação do Trauma*. 2008; 9(2):123–47. <https://doi.org/10.1080/15299730802045666> PMID: 18985165
122. Schechter DS, Willheim E, McCaw J, Turner JB, Myers MM, Zeanah CH. A relação de pais violentos, mães com estresse pós-traumático e crianças sintomáticas em uma amostra de clínica pediátrica em idade pré-escolar no centro da cidade. *J Interpers Violência*. 2011; 26(18):3699–719. <https://doi.org/10.1177/0886260511403747> PMID: 22170456
123. Smith MV, Gotman N, Yonkers KA. Adversidades na primeira infância e resultados da gravidez. *Saúde Materno Infantil J*. 2016; 20(4):790–8. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1909-5> PMID: 26762511
124. Yonkers KA, Norwitz ER, Smith MV, Lockwood CJ, Gotman N, Luchansky E, et al. Depressão e tratamento com inibidores da recaptação de serotonina como fatores de risco para parto prematuro. *Epidemiologia*. 2012; 23 (5):677–85. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31825838e9> PMID: 22627901
125. Thomas SP, Bannister SC, Hall JM. A raiva na trajetória de cura dos maus-tratos infantis. *Enfermeira Psiquiatria Arqui*. 2012; 26(3):169–80. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.09.003> PMID: 22633579
126. Thornberry TP, Henry KL, Smith CA, Irlanda TO, Greenman SJ, Lee RD. Quebrar o ciclo de maus-tratos: o papel dos relacionamentos seguros, estáveis e estimulantes. *J Saúde do Adolescente*. 2013; 53(4 Suplemento): S25–31. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.04.019> PMID: 24059936
127. Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. Transmissão intergeracional de abuso e negligência infantil: viés real ou de detecção? *Ciência*. 2015; 347(6229):1480–5. <https://doi.org/10.1126/science.1259917> PMID: 25814584
128. Wilkes G. Criança abusada por pai não abusivo: resiliência e mudança conceitual. *J Clin Psychol* 2002; 58(3):261–76. PMID: 11836708
129. Zuravin S, McMillen C, DePanfilis D, Risley-Curtiss C. O ciclo intergeracional de maus-tratos infantis: Continuidade versus descontinuidade. *J Interpers Violência*. 1996; 11(3):315–34.
130. Zuravin SJ. Gravidez não planejada, problemas de planejamento familiar e maus-tratos infantis. *Família Relat*. 1987; 36(2):135–9.
131. Banyard VL. Maus-tratos na infância e saúde mental de mulheres de baixa renda. *Am J Orthopsychi* uma tentativa. 1999; 69(2):161–71. PMID: 10234382
132. Banyard VL, Williams LM, Siegel JA. O impacto do trauma complexo e da depressão na parentalidade: uma exploração dos fatores mediadores de risco e proteção. *Maltrato Infantil*. 2003; 8(4):334–49. <https://doi.org/10.1177/1077559503257106> PMID: 14604179

133. Ammerman RT, Peugh JL, Teeters AR, Putnam FW, Van Ginkel JB. História de maus-tratos infantis e resposta ao tratamento de TCC em mães deprimidas que participam de visitas domiciliares. *J Interpers Violência*. 2016; 31(5):774–91. <https://dx.doi.org/10.1177/0886260514556769>. PMID: 25395221
134. Ammerman RT, Putnam FW, Chard KM, Stevens J, Van Ginkel JB. TEPT em mães deprimidas em visita domiciliar. *Trauma Psicológico*. 2012; 4(2):186–95. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023062>.
135. Ammerman RT, Shenk CE, Teeters AR, Noll JG, Putnam FW, Van Ginkel JB. Impacto da depressão e traumas infantis em mães que recebem visita domiciliar. *J Criança Fam Stud*. 2012; 21(4):612–25. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-011-9513-9>. PMID: 23710123
136. Noll JG, Schulkin J, Trickett PK, Susman EJ, Breech L, Putnam FW. Caminhos diferenciais para o parto prematuro para mulheres abusadas sexualmente e mulheres de comparação. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(10):1238–48. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm046> PMID: 17569710
137. Kwako LE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. Abuso sexual e apego na infância: uma perspectiva intergeracional. *Clin Psiquiatria Psicológica Infantil*. 2010; 15(3):407–22. <https://doi.org/10.1177/1359104510367590> PMID: 20603427
138. Bowlby J. Apego e perda. Vol. Eu: Apego. Londres: Penguin Books; 1969.
139. Belsky J. Três modelos teóricos de abuso infantil: uma revisão crítica. *Abuso Infantil Negl*. 1978; 2(1):37–49. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(78\)90005-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(78)90005-4).
140. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Fantasmas no berçário. *J Am Acad Psiquiatria Infantil*. 1975; 14(3):387–421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4) PMID: 1141566
141. Rutter M. Conceitos e descobertas de resiliência: implicações para a terapia familiar. *J Fam Ther*. 1999; 21(2):119–44. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
142. Bandura A, Huston AC. A identificação como processo de aprendizagem incidental. *J Abnorm Soc Psychol*. 1961; 63(2):311–8. <https://doi.org/10.1037/h0040351>
143. Bandura A. Agência humana na teoria social cognitiva. *Sou Psicol*. 1989; 44(9):1175–84. EPUB 1989/01/09. PMID: 2782727
144. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Confiabilidade inicial e validade de uma nova medida retrospectiva de abuso e negligência infantil. *Sou J Psiquiatria*. 1994; 151(8):1132–6. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132> PMID: 8037246
145. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluwalia T, et al. Desenvolvimento e validação de uma versão breve de triagem do Childhood Trauma Questionnaire. *Abuso Infantil Negl*. 2003; 27(2):169–90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0). PMID: 12615092
146. Berger AM, Knutson JF, Mehm JG, Perkins KA. O autorrelato de experiências punitivas na infância de jovens e adolescentes. *Abuso Infantil Negl*. 1988; 12(2):251–62. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90033-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90033-6) . PMID: 3395899
147. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relacionamento da Criança-Abuso de capuz e disfunção doméstica são muitas das principais causas de morte em adultos. *Sou J Prev Med*. 1998; 14(4):245–58. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8) PMID: 9635069
148. Bifulco A, Brown GW, Harris TO. Experiência de cuidado e abuso na infância (CECA): uma medida de entrevista retrospectiva. *J Psiquiatria Psicológica Infantil*. 1994; 35(8):1419–35. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01284.x> . PMID: 7868637
149. Marshall RD, Schneier FR, Fallon BA, Knight CB, Abbate LA, Goetz D, et al. Um ensaio aberto de paroxetina em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático crônico não relacionado ao combate. *J Clin Psychopharmacol*. 1998; 18(1):10–8. Epub 1998/02/24. PMID: 9472837
150. Schechter DS, Coates SW, Kaminer T, Coots T, Zeanah CH Jr., Davies M, et al. Representações mentais maternas distorcidas e comportamento atípico em uma amostra clínica de mães expostas à violência e seus filhos pequenos. *J Dissociação do Trauma*. 2008; 9(2):123–47. <https://doi.org/10.1080/15299730802045666> PMID: 18985165
151. Sanders B, Becker-Lausen E. A medição dos maus-tratos psicológicos: primeiros dados sobre o escala de abuso e trauma infantil. *Abuso Infantil Negl*. 1995; 19(3):315–23. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(94\)00131-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(94)00131-6) . PMID: 9278731
152. Johnson JH, McCutcheon SM. Avaliando o estresse da vida em crianças e adolescentes: conclusões preliminares da Lista de Verificação de Eventos de Vida. In: Sarason IG, Spielberger CD, editores. *Estresse e ansiedade*. 7. Washington, DC: Hemisfério; 1980. pág. 111–25.
153. Wolfe J, Kimerling R. Questões de gênero na avaliação de transtornos de estresse pós-traumático. In: Wilson J, Keane T, editores. *Avaliação de trauma psicológico e TEPT*. Nova York: Guilford Press; 1997. pág. 192–238.
154. Milner JS, Robertson KR, Rogers C. História de abuso na infância e potencial de abuso de crianças adultas. *J Fam Violência*. 1990; 5(1):15–34.

155. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Trauma de infância no transtorno de personalidade borderline. *Sou J Psiquiatria*. 1989; 146(4):490–5. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490> PMID: 2929750 **156.** Beals J, Novins DK, Whitesell NR, Spicer P, Mitchell CM, Manson SM. Prevalência de transtornos mentais e utilização de serviços de saúde mental em duas populações de reservas indígenas americanas: disparidades de saúde mental em um contexto nacional. *Sou J Psiquiatria*. 2005; 162(9):1723–32. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1723> PMID: 16135633
157. Franklin CL, Sheeran T, Zimmerman M. Triagem para histórias de trauma, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e TEPT subliminar em pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Avaliação psicológica*. 2002; 14 (4):467–71. PMID: 12501572
158. Elhai JD, Franklin CL, Gray MJ. Tela de trauma do módulo SCID PTSD: validade com duas amostras na detecção de histórico de trauma. *Depressão e ansiedade*. 2008; 25(9):737–41. <https://doi.org/10.1002/da.20318> PMID: 17541975
159. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. A validação de uma medida de autorrelato de transtorno de estresse pós-traumático: A Escala de Diagnóstico Pós-Traumático. *Avaliação Psicológica*. 1997; 9(4):445–51. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
160. Crittenden PM, Landini A. Avaliando o apego adulto: Uma abordagem dinâmica e maturacional do discurso análise. Nova York, NY, EUA: WW Norton & Co; 2011.xi, 424–xi, p.
161. Simon VA, Feiring C, Kobielski McElroy S. Dando sentido a eventos traumáticos: as estratégias dos jovens para processar o abuso sexual infantil estão associadas ao ajustamento psicossocial. *Maltrato Infantil*. 2010; 15(3):229–41. <https://doi.org/10.1177/1077559510370365> PMID: 20498128
162. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identificação de maus-tratos infantis com as escalas de táticas de conflito entre pais e filhos: desenvolvimento e dados psicométricos para uma amostra nacional de pais americanos. *Abuso Infantil Negl*. 1998; 22(4):249–70. PMID: 9589178 **163.** Milner JS. Avaliando o risco de abuso físico infantil: O inventário potencial de abuso infantil. *Clínica Psicol Rev*. 1994; 14(6):547–83. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)90017-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90017-5).
164. Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW. Revisão do profissional: Aplicações clínicas da teoria do apego e pesquisa para bebês e crianças pequenas. *J Psiquiatria Psicológica Infantil*. 2011; 52(8):819–33. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02399.x> PMID: 21554304
165. Green-Miller SN. Experiências parentais intergeracionais e implicações para intervenções eficazes de mulheres em recuperação. *Resumos de Dissertações Seção Internacional A: Humanidades e Ciências Sociais*. 2012; 73(5-A):1926.
166. Segal L, Dalziel K. Investindo para proteger nossos filhos: Usando a economia para derivar uma estratégia baseada em evidências. *Abuso Infantil Rev*. 2011; 20(4):274–89. <https://doi.org/10.1002/car.1192>
167. Biaggi A, Pariante C. Transmissão intergeracional de estresse: Fatores de risco e mecanismos subjacentes ismos. *Jornal de Psicopatologia*. 2015; 21(1):40–7.
168. Langeland W, Dijkstra S. Quebrando a transmissão intergeracional do abuso infantil: além da relação mãe-filho. *Abuso Infantil Rev*. 1995; 4(1):4–13.
169. Bridgett DJ, Burt NM, Edwards ES, Deter-Deckard K. Transmissão intergeracional de autorregulação: Uma revisão multidisciplinar e estrutura conceitual integrativa. *Touro Psicológico*. 2015; 141(3):602–54. <https://doi.org/10.1037/a0038662> PMID: 25938878
170. Siegel JP. Quebrando os vínculos na violência intergeracional: uma perspectiva de regulação emocional. *Processo familiar*. 2013; 52(2):163–78. <https://doi.org/10.1111/famp.12023> PMID: 23763678
171. Ogle CM, Rubin DC, Siegler IC. O impacto do momento de desenvolvimento da exposição ao trauma nos sintomas de TEPT e no funcionamento psicossocial entre adultos mais velhos. *Dev Psicol*. 2013; 49(11):2191–200. <https://doi.org/10.1037/a0031985> PMID: 23458662
172. Bernard C. Dando voz às experiências: maus-tratos parentais a crianças negras no contexto da sociedade tal racismo. *Trabalho social da família infantil*. 2002; 7(4):239–51.
173. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. Psicoterapia pai-infantil para melhorar saúde mental dos pais e dos bebês. *Sistema de banco de dados Cochrane Rev*. (1):CD010534. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010534.pub2/abstract>. PMID: 25569177
174. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Papel da visita domiciliar em melhorar a parentalidade e a saúde em famílias em risco de abuso e negligência: resultados de um ensaio multicêntrico randomizado controlado e avaliação econômica. *Arco Dis Criança*. 2007; 92(3):229–33. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.095117> PMID: 17068074
175. Barlow J, Smallagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Programas de treinamento de pais baseados em grupo para melhorar a saúde psicossocial dos pais. *Sistema de banco de dados Cochrane Rev*. (5):CD002020. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002020.pub4/abstract>.

176. Le Grande M, Ski CF, Thompson DR, Scuffham P, Kularatna S, Jackson AC, et al. Social e emocional instrumentos nacionais de avaliação de bem-estar para uso com indígenas australianos: uma revisão crítica. *Soc Sci Med.* 2017; 187:164–73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.046> PMID: 28689090
177. Gee G, Dudgeon P, Schultz C, Hart A, Kelley K. Compreendendo o bem-estar social e emocional e a saúde mental a partir de uma perspectiva aborígine e das ilhas do Estreito de Torres. In: Dudgeon P, Milroy H, Walker R, editores. *Trabalhando juntos: Princípios e práticas de saúde e bem-estar dos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres* Segunda ed. Canberra: Conselho Australiano para Pesquisa em Educação e Instituto Telethon para Pesquisa em Saúde Infantil, Escritório de Saúde dos Aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres, Departamento de Saúde e Envelhecimento do Governo Australiano; 2014.
178. Eshed Bar-Sade I. Existe uma construção de resiliência em pais que foram negligenciados na infância e não maltrataram os próprios filhos? Resumos de dissertações internacionais: Seção B: Ciências e Engenharia. 2008; 69(4-B):2622.
179. Austin MP, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. O questionário de risco pré-natal (ANRQ): aceitabilidade e uso para avaliação de risco psicossocial no ambiente de maternidade. *Nascimento de Mulheres.* 2013; 26(1):17–25. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.002> PMID: 21764399
180. Kingston D, McDonald S, Biringer A, Austin MP, Hegadoren K, McDonald S, et al. Comparando a viabilidade, aceitabilidade, clínica e custo-benefício da triagem eletrônica de saúde mental com a triagem baseada em papel na detecção de depressão, ansiedade e risco psicossocial em mulheres grávidas: um protocolo de estudo de um estudo randomizado e paralelo grupo, ensaio de superioridade. *Ensaio.* 2014; 15:3. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-3> PMID: 24383441
181. DeVoe ER, Kantor GK. Questões de medição em programas de maus-tratos infantis e prevenção da violência familiar gramas. *Trauma Violência Abuso.* 2002; 3(1):15–39.
182. Kingston DE, Biringer A, McDonald SW, Heaman MI, Lasiuk GC, Hegadoren KM, et al. Preferências para triagem de saúde mental entre gestantes: um estudo transversal. *Sou J Prev Med.* 2015; 49(4):e35–43. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.026> PMID: 26143952
183. Kingston D, Austin MP, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, et al. Barreiras e facilitadores do rastreio de saúde mental na gravidez. *J Afeta Desordem.* 2015; 186:350–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.029> PMID: 26281038
184. Kingston DE, Biringer A, Toosi A, Heaman MI, Lasiuk GC, McDonald SW, et al. Divulgação durante a triagem de saúde mental pré-natal. *J Afeta Desordem.* 2015; 186:90–4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.003> PMID: 26233318
185. Bartolomeu Eldridge LK, Markham CM, Ruiters RAC, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. *Planejamento programas de promoção da saúde: uma abordagem de mapeamento de intervenção* (4ª ed.). Hoboken, NJ: Wiley; 2016.
186. Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica. *Valores e Ética - Diretrizes para Conduta Ética na Pesquisa em Saúde dos Aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres.* Canberra: Comunidade da Austrália; 2003.
187. Sara G, Lappin J. Trauma infantil: o maior desafio de saúde pública da psiquiatria? *Lancet Saúde Pública.* 2017; 2(7):e300–e1. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30104-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30104-4) PMID: 29253454
188. Lieberman AF, Chu A, Van Horn P, Harris WW. Trauma na primeira infância: evidências empíricas e implicações clínicas. *Dev Psicopatol.* 2011; 23(2):397–410. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000137> PMID: 23786685
189. Brent DA, Silverstein M. Lançando luz sobre a longa sombra da adversidade infantil. *JAMA.* 2013; 309 (17):1777–8. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.4220> PMID: 23632718