



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

LEONEL BRANDÃO LEAL DE MELO

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO COMPLEXO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador - BA

2024

LEONEL BRANDÃO LEAL DE MELO

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO COMPLEXO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientadora: Professora adjunta Dr^a. Caroline Alves Feitosa

Salvador - BA

2024

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	OBJETIVOS	9
2.1.	OBJETIVO GERAL	9
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3.	REVISÃO DE LITERATURA	10
4.	MÉTODOS	13
4.1.	DESENHO DO ESTUDO	13
4.2.	ESTRATÉGIA DE BUSCA	13
4.3.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	13
4.4.	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	13
4.5.	IDENTIFICAÇÃO, TRIAGEM E ELEGIBILIDADE	14
4.6.	COLETA DE DADOS	14
4.7.	PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	14
4.8.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	15
5.	RESULTADOS	16
6.	DISCUSSÃO	21
7.	CONCLUSÃO	24
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
9.	APÊNDICES	29
9.1.	TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS (PARTE 1)	29
9.2.	TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS (PARTE 2)	31
9.3.	TABELA 2 – FATORES DE RISCO DA INFÂNCIA (PARTE 1)	32
9.4.	TABELA 2 – FATORES DE RISCO DA INFÂNCIA (PARTE 2)	34
9.5.	TABELA 3 – FATORES DE RISCO EM MILITARES/POLICIAIS/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (PARTE 1)	36
9.6.	TABELA 3 – FATORES DE RISCO EM MILITARES/POLICIAIS/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (PARTE 2)	37
9.7.	TABELA 3 – FATORES DE RISCO EM MILITARES/POLICIAIS/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (PARTE 3)	38
9.8.	TABELA 3 – FATORES DE RISCO EM MILITARES/POLICIAIS/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (PARTE 4)	39
9.9.	TABELA 3 – FATORES DE RISCO EM MILITARES/POLICIAIS/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (PARTE 5)	40
9.10.	TABELA 3 – FATORES DE RISCO EM MILITARES/POLICIAIS/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (PARTE 6)	41
9.11.	TABELA 4 – FATORES DE RISCO RELACIONADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL	42
9.12.	TABELA 5 – FATORES DE RISCO SOCIODEMOGRÁFICOS (PARTE 1)	43
9.13.	TABELA 5 – FATORES DE RISCO SOCIODEMOGRÁFICOS (PARTE 2)	44
9.14.	TABELA 6 – DEMAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS (PARTE 1)	45

1. INTRODUÇÃO

A agregação de cada vez mais grupos de sintomas e apresentações clínicas possíveis para o Transtorno do Estresse Pós-traumático colocaram em pauta a validade desse diagnóstico e suas opções de tratamento, farmacológicas e psicoterapêuticas. Diante dessa perspectiva, a 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS) traz o diagnóstico distinto de Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C), compreendendo que a exposição contínua ou repetida a eventos traumáticos e estressores pode ter impacto significativo nos chamados “*self-organization related mechanisms*”¹. Assim, o diagnóstico de TEPT-C abrange, além dos três *clusters* de sintomas presentes no TEPT (comportamentos evitativos, revivência do trauma no presente e senso de ameaça constante), três clusters adicionais de sintomas: “prejuízo nas relações interpessoais”, “autoconceito negativo persistente” e “embotamento afetivo ou hiper-reatividade”².

O diagnóstico de TEPT-C, bem como o diagnóstico de TEPT, se dá por meio da utilização de instrumentos como o International Trauma Interview (ITI) e o International Trauma Questionnaire (ITQ). Enquanto o ITI consiste em uma entrevista administrada por um clínico capacitado, o ITQ é um questionário preenchido pelo paciente. Ao longo dos anos que seguiram a construção da CID-11, diversos instrumentos foram testados para a avaliação de transtornos relacionados ao trauma. Compreende-se que o ITQ é o instrumento com maior validação entre diferentes populações, além de possuir ampla disponibilidade em diversas línguas, sendo conveniente e adequado para o contexto clínico^{3,4}.

A literatura vigente sugere uma prevalência de TEPT-C entre 0.5 e 7.7% em populações adultas que não estão em tratamento clínico para transtornos mentais, e de até 36% em populações adultas em tratamentos relacionados à saúde mental¹. Todavia, percebe-se uma diferença expressiva entre estudos realizados em diferentes contextos. Um estudo realizado na Inglaterra entre pessoas privadas de liberdade apontou uma prevalência de 16,7%⁵, enquanto uma revisão da prevalência de TEPT-C entre refugiados apontou uma prevalência variando entre 16 e 38%⁶.

Além da breve história do TEPT-C enquanto entidade nosológica, essa dissonância entre os estudos de prevalência se deve ao método diagnóstico de escolha, ao nível

de amparo psicossocial da amostra analisada, sendo afetada por fatores como idade, sexo, condições socioeconômicas, entre outros fatores identificáveis na literatura².

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as variações na frequência de TEPT-C reportadas pelos estudos;

Comparar os estudos quanto ao local, população, desenho e instrumentos de avaliação;

Identificar os principais fatores de risco e de proteção associados ao TEPT-C, organizando-os segundo suas principais características e momento de exposição (infância/adolescência/vida adulta).

3. REVISÃO DE LITERATURA

Apesar da sua recente inclusão na 11^a revisão da Classificação Internacional das doenças (CID-11)⁷, o Transtorno do Estresse Pós-traumático Complexo foi proposto pela primeira vez por Herman, em 1992^{8,9}. Evidências empíricas à época apoiavam a teoria de que o Transtorno do Estresse Pós-traumático, como era compreendido até então, tinha sua validade limitada a eventos traumáticos circunscritos e finalizados, majoritariamente de episódio único. No entanto, pacientes apresentavam quadros clínicos distintos e particulares quando expostos à eventos traumáticos prolongados, repetidos ou de complexidade acentuada, como crianças vítimas de abuso sexual crônico, sobreviventes de campos de concentração e afins. Mesmo com as ditas evidências empíricas, a ideia foi descartada, e foi incluso no 4º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) apenas como um apêndice que mencionava “*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*” (DESNOS), o que não constituía um diagnóstico isolado⁸.

O conceito de DESNOS andou lado a lado com a consolidação do conceito de TEPT-C. Ainda dentro da perspectiva de que vítimas de traumas e estressores crônicos desenvolvem sintomas não compreendidos dentro do espectro do TEPT, autores holandeses¹⁰ desenvolveram um questionário (a partir de uma linha de raciocínio semelhante à que origina o ITQ) de 48 itens que avaliava a apresentação de DESNOS em sete clusters diferentes de apresentações clínicas. Nota-se aqui a semelhança com os clusters que compreendemos hoje no TEPT-C. Este questionário foi nomeado “*Structured Interview of Disorders of Extreme Stress*” (SIDES)^{8,10,11}.

No entanto, o diagnóstico de comorbidades no TEPT, principalmente relacionados a transtornos de personalidade e prejuízo nas relações interpessoais, continuou sendo um ponto de discussão para os critérios diagnósticos. Assim, no CID-10, a categoria diagnóstica “*Enduring Personality Change After Catastrophic Experience*” (EPCACE), foi utilizada para descrever a apresentação prolongada de impactos na estrutura de personalidade de vítimas de trauma complexo⁹ trazendo para o universo da CID as ideias já embrionárias do DESNOS no DSM-IV. Dito isso, essa categoria foi pouco utilizada não apenas por baixa aceitação, mas também por sua proximidade cronológica com o início do uso do conceito de TEPT-C.

Este embate acadêmico culmina na introdução do Transtorno do Estresse Pós-traumático Complexo na CID-11, se baseando fortemente em ambos os conceitos de

DESNOS e EPCACE, trazendo a estrutura inicialmente proposta por *Herman et al.*⁸ e aperfeiçoando-a.

O diagnóstico de TEPT-C requer a presença de um evento traumático/estressor prévio ao surgimento dos sintomas, definido pela CID-11 como um evento ou série de eventos de caráter extremamente ameaçador ou aterrorizantes, mais comumente de forma prolongada ou repetida sem possibilidade de escape. Tais eventos incluem, mas não estão limitados a: tortura, campos de concentração, escravidão, campanhas de genocídio e outras formas de violência organizada, violência doméstica prolongada e abuso físico ou sexual prolongado na infância^{1,8,9}.

Após a exposição ao evento traumático, o diagnóstico de TEPT-C requer a apresentação de pelo menos um sintoma de cada um dos seis *clusters* descritos a seguir, com duração de, no mínimo, várias semanas: (a) reviver o evento traumático no presente; (b) evitação de gatilhos que remetam ao evento traumático; (c) sensação de ameaça constante; (d) desregulação afetiva; (e) autoconceito negativo persistente e (f) dificuldades em formar e manter relações interpessoais⁷. Compreende-se ainda que, para confirmação do diagnóstico, a apresentação destes sintomas deve causar impacto significativo no funcionamento do indivíduo e na sua qualidade de vida.

Para avaliação destes aspectos, os instrumentos de escolha são o *International Trauma Questionnaire* (ITQ) e o *International Trauma Interview* (ITI)³. Apesar disso, é importante mencionar que existem outras propostas de instrumentos de avaliação, como o *Symptoms of Trauma Scale* (SOTS), o *Developmental Trauma Inventory* (DTI) e o *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ). Dito isso, estes instrumentos possuem menor validação metodológica e aceitação na comunidade científica, razão pela qual este estudo irá abordar majoritariamente trabalhos que utilizem o ITQ, por possuir uma escala própria e não necessitar de profissional capacitado para condução de entrevista.

O ITQ trata-se de um questionário autorreferido que avalia, por meio de questionamentos e afirmações simples e diretas, a presença dos sintomas referidos nos clusters do TEPT e TEPT-C. Nesse sentido, ele é estruturado em duas partes: a primeira, que compreende os itens (a), (b) e (c) previamente mencionados – avaliação do Transtorno do Estresse Pós-Traumático; e a segunda, que compreende os itens (d), (e) e (f) – avaliação de *Disturbances in Self Organization* (DSO). Percebe-se, então, que a presença de TEPT com DSO é o que chamamos de TEPT-C^{3,12}. Enquanto a avaliação dos sintomas de TEPT seguem recomendações e critérios

diagnósticos do 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e CID-11, o desenvolvimento dos itens para avaliação de DSO foi embasado fortemente nos testes de campo do DSM-IV, que elaboraram a discussão em torno do diagnóstico de DESNOS/EPCACE/TEPT-C⁴. Vale ressaltar ainda que, de acordo com princípios de *open science* adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o ITQ é de acesso público para quaisquer interessados, além de ser escrito em terminologias simples e acessíveis, facilitando a tradução e validação internacional do mesmo como instrumento de avaliação diagnóstica¹².

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

Este estudo se trata de uma revisão sistemática seguindo as recomendações do protocolo PRISMA¹³, visando proporcionar uma análise da literatura acerca do Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo e seus principais fatores de risco.

4.2. Estratégia de busca

A busca dos artigos será feita por meio das bases de dados e registros Cochrane, Scielo e Pubmed. Os descritores utilizados para as buscas ainda não estão indexados nas plataformas MeSH (Medical Subject Headings) ou DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Sendo assim, palavras-chaves dos principais artigos na área foram utilizadas para desenvolvimento do algoritmo de busca. Além disso, operadores booleanos foram utilizados para sistematização da pesquisa, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Descritores e operadores booleanos para a realização das buscas da revisão sistemática.

Estratégia de busca
("COMPLEX POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER" OR "COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER" OR "COMPLEX PTSD" OR "C-PTSD" OR "CPTSD") AND ("RISK FACTOR*")

4.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos sem restrição quanto ao ano de publicação, que associem fatores de risco ao desenvolvimento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo através de análise estatística, apresentando OR ou RR.

4.4. Critérios de exclusão

Foram descartados: relatos de caso; artigos de opinião; artigos de revisão; artigos que não avaliem fatores de risco para o TEPT-C; artigos que não diagnosticam o TEPT-C

de acordo com o CID-11; e artigos que não apresentem OR ou RR associadas ao desenvolvimento do TEPT-C.

4.5. Identificação, triagem e elegibilidade

Essa revisão contou com dois revisores independentes. Inicialmente, foram incluídos todos os artigos que abordam o Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo. Depois, foram excluídos artigos duplicados. Após isso, houve a exclusão de artigos com base na leitura do título e resumo, levando-se em conta os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, cada artigo selecionado na fase de triagem foi revisado de forma independente na íntegra pelo autor e pela autora para inclusão na síntese narrativa. Em ambas as fases, as divergências foram resolvidas por discussão. Para inclusão na análise quantitativa, os estudos foram selecionados por consenso entre os autores, sendo eleito um para desempate quando não houvesse consenso. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão da amostra foram triados a fim de definir a sua elegibilidade. Após essa triagem, os artigos foram acessados e lidos por inteiro, confirmando a sua inclusão na revisão sistemática.

4.6. Coleta de dados

Os artigos foram selecionados e os dados extraídos de forma padronizada. Os artigos foram organizados em planilha Excel, e selecionados a partir de leitura de título e resumo. Após primeira seleção, os artigos foram lidos na íntegra, sendo extraídas as seguintes variáveis: Ano, País, Desenho do Estudo, Amostra, Instrumentos de Avaliação do Desfecho, Prevalência/Frequência do Transtorno, Fatores Associados, Tipo de Análise e Medidas de Associação.

4.7. Plano de análise dos dados

Inicialmente, os artigos foram comparados de forma qualitativa, com um caráter descritivo e exploratório. Os fatores de risco foram apresentados em figura/resumo adaptada do trabalho de Strina e colaboradores¹⁴, sendo o tamanho dos círculos proporcional ao número de artigos que identificaram uma associação entre cada fator de risco com o desfecho. As frequências de TEPT-C foram extraídas diretamente dos artigos ou calculadas levando-se em consideração o número de casos de TEPT-C reportados divididos pela população, e apresentados em forma de percentual. Os

valores mínimo, máximo e as médias das frequências de TEPT-C segundo tipo de população foram organizadas e apresentadas em gráficos de ações. Gráficos e tabelas foram elaborados utilizando o software Microsoft Excel®.

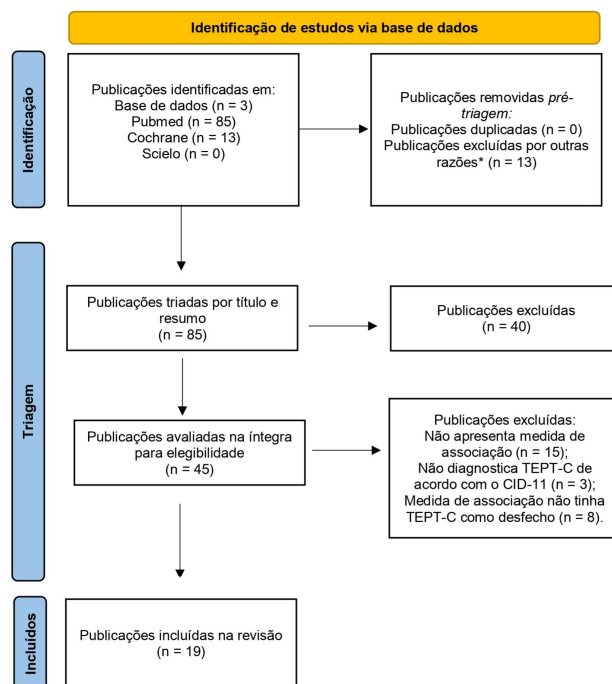
4.8. Considerações Éticas

Por se tratar de uma revisão sistemática com base documental, ambas trilhas se referem a legado analítico para domínio público. Os dados foram recolhidos de artigos previamente publicados e, portanto, não se faz necessária a submissão ao CEP/CONEP.

5. RESULTADOS

A busca de artigos foi realizada nos bancos de dados PubMed, SciELO e Cochrane de acordo com o algoritmo de busca previamente descritos. O resultado da busca foi submetido a triagem pelo título e resumo dos artigos, com análise subsequente do corpo do texto de publicações dentro do escopo para avaliação de elegibilidade. A plataforma PubMed apresentou 85 resultados; Scielo, 0 resultados; Cochrane, 13 resultados. Destes, as publicações da plataforma Cochrane foram prontamente excluídas, por serem *Cochrane Reviews* (revisões) ou *Cochrane Trials* ainda em andamento, ambas categorias de publicações inelegíveis para esta revisão. Não foram encontrados artigos duplicados. Na triagem, foram excluídas 40 publicações que fugiam ao tema ou que se tratavam de desenhos inelegíveis para esta revisão. Dos 45 trabalhos que passaram pela análise de elegibilidade, 26 foram excluídos da revisão: 15 por não apresentarem medida de associação; 3 por não diagnosticar o Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo de acordo com o CID-11; 8 por apresentarem medidas de associação que não tinham o TEPT-C como desfecho. Foram incluídas 19 publicações nesta revisão sistemática ao final da aplicação do protocolo PRISMA (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos da revisão sistemática.



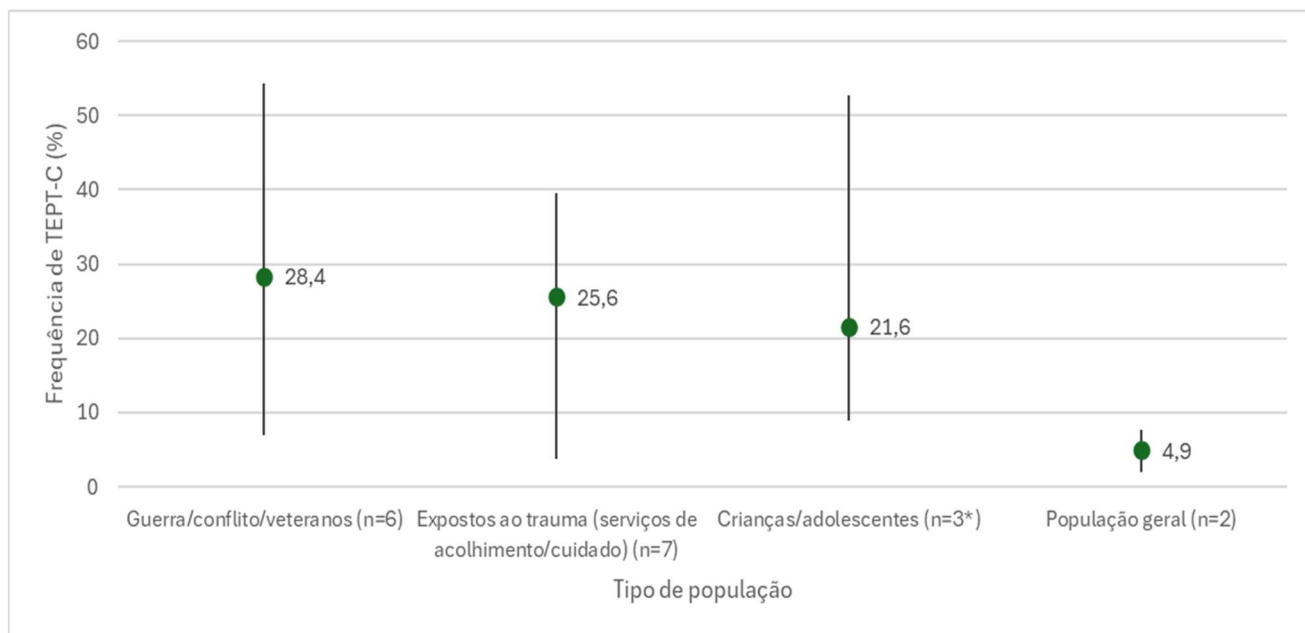
Fonte: elaboração própria (2024)

A revisão sistemática incluiu 19 estudos^{15–33} que investigaram fatores de risco associados ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C). Esses estudos analisaram diferentes populações, em países como Coreia do Sul, China, Espanha, Reino Unido, Lituânia, Estados Unidos e outros. As amostras variaram em idade média, desde 10.03 até 67.08 anos. Os estudos foram majoritariamente recortes transversais, à exceção de *Zerach et al.*¹⁶, que foi o único estudo longitudinal incluído nesta revisão. Houve destaque para estudos com veteranos militares e policiais, crianças expostas a diversos eventos adversos da infância, desde abuso sexual a negligência emocional e dificuldades financeiras, além de populações de adultos expostas a eventos traumáticos.

A frequência do transtorno não foi reportada em todos os estudos. *Li et al.*, por exemplo, determinou como uma limitação do seu estudo a incapacidade de trazer uma prevalência adequada do transtorno por indisponibilidade da versão para crianças e adolescentes do ITQ em mandarim, tendo sido utilizada a versão padrão para adultos. Apesar disso, nos estudos reportados, a prevalência do transtorno variou entre valores

mínimos em torno de 2 a 3%, em estudos de população geral, até valores em torno de 55% em estudos com populações traumatizadas específicas (Figura 2).

Figura 2 – Frequências de Transtorno do Stress Pós-traumático complexo (%) segundo tipo de população investigada (n=18*)

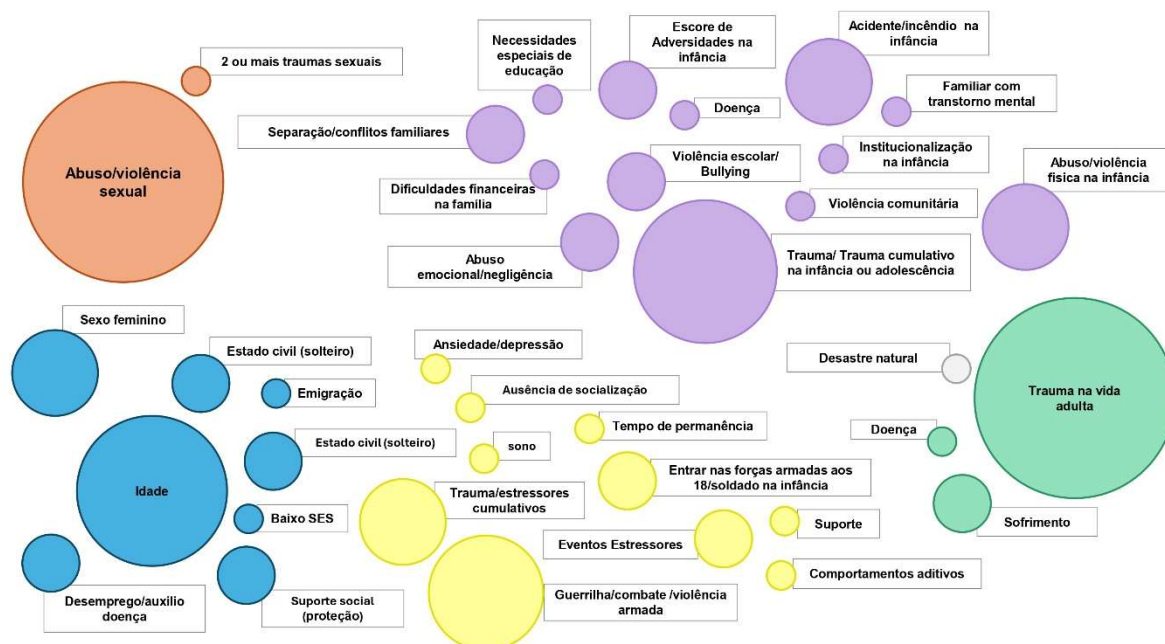


*Não foi possível calcular a frequência do estudo de Li (2021)

Fonte: Elaboração própria (2024).

Os fatores de risco variaram, sendo identificados, por exemplo, a exposição a combates, separação familiar e violências variadas, bem como fatores protetores, como a idade avançada e percepção de suporte social. Os principais fatores de risco identificados foram agregados em figura adaptada do trabalho de Strina e colaboradores¹⁴. (Figura 3)

Figura 3 – Principais fatores de risco identificados proporcionais à quantidade de citações nesta revisão



violência sexual e análogos; fatores sociodemográficos; populações infantis/eventos da infância; forças armadas/policiais; geral

Fonte: Elaboração própria (2024)

Entre os principais resultados, destaca-se a recorrência de estudos realizados em populações infantojuvenis, bem como a magnitude de efeito dos fatores de risco identificados em populações desta faixa etária e referentes a eventos ocorridos nessa faixa etária, ainda que estudados posteriormente em populações adultas, como trazido por *Cloitre et al.*²⁵ (trauma cumulativo na infância [≥ 4] (OR 24.07: 5.24-110.55)). As amostras incluíram crianças e adolescentes, variando em tamanho amostral desde 205 participantes até 3478. À exceção de *Daniunait et al.*²², que traz uma população de adolescentes de quase 70% do sexo feminino, as amostras foram relativamente balanceadas quanto a esta variável.

Os estudos com forças armadas e veteranos variaram em tamanho de amostra significativamente, desde 174 participantes até 2444. Apesar disso, houve uma recorrência de predominância de participantes do sexo masculino entre essas populações. Verificou-se ainda que, segundo *Murphy D et al.*³³, veteranos designados para combate apresentaram maior risco de desenvolver TEPT-C (OR 3.08: 1.53-6.21),

em comparação com aqueles sem histórico de combates, havendo recorrência na ampliação da magnitude de efeito do fator de risco que envolva violência armada e/ou uma posição de vulnerabilidade.

O instrumento de avaliação mais utilizado para diagnóstico provável de Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo foi *International Trauma Questionnaire* (ITQ), utilizado em quase todos os estudos. Além deste instrumento, diversos outros instrumentos de avaliação de exposição a eventos traumáticos e escalas de avaliação de sintomas e comorbidades foram utilizadas, como o AUDIT, para abuso de álcool, *Child and Adolescent Trauma Screening* (CATS) como uma alternativa para populações de crianças e adolescentes, e o *Life Events Checklist* (LEC), que avalia exposição a eventos traumáticos específicos.

Tabelas contendo os dados coletados na íntegra poderão ser encontradas na seção “APÊNDICES” deste trabalho.

6. DISCUSSÃO

Os principais achados desta revisão ecoam a literatura vigente acerca dos principais fatores de risco para o Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C). Em primeira instância, pode-se observar que os estudos, ainda que ao analisarem grupos populacionais diversos, são desenhos de recortes transversais ($n=18$), à exceção de *Zerach et al.*¹⁶, que acompanhou longitudinalmente uma amostra de ex-prisioneiros de guerra. Considerando que a literatura existente acerca do TEPT-C enfatiza o impacto do trauma cumulativo no desenvolvimento do transtorno, reforça-se a necessidade de mais recortes longitudinais da literatura para que se compreenda o desenvolvimento deste transtorno com maior acurácia.

Ademais, os estudos foram realizados em países variados do continente europeu (Reino Unido, Irlanda, Espanha, Lituânia, Dinamarca), China, Coreia do Sul, Estados Unidos, Israel e Uganda. Nota-se aqui a ausência absoluta de estudos provenientes de países latino-americanos, o que demonstra uma falta de efetividade, até então, da comunidade científica em estudar essa população. Essa lacuna pode se originar de diversos paradigmas, como a falta de estrutura e investimento neste escopo científico, ou mesmo uma falha na abrangência dos serviços de saúde mental. No entanto, os países da América Latina sofrem profundamente as chagas da violência organizada, emigrações forçadas, violência doméstica³⁴ entre outros preditores fortemente associados ao desenvolvimento do TEPT-C. Nominalmente, esta revisão encontra “história de emigração”³⁰ e “violência sexual” e análogos^{15,25–27,32} como fatores de risco bem estabelecidos. Nesse sentido, é necessário que sejam realizados estudos nessas populações a fim de avaliar o verdadeiro impacto desses eventos no desenvolvimento do transtorno, já que a generalização dos fatores de risco para outros grupos populacionais pode ser frágil, considerando que este perpassa a complexidade do trauma mas também do sujeito, sua rede de apoio, suporte social e acesso à serviços de assistência protetiva (em casos de abuso ou violência doméstica, por exemplo) e assistência em saúde mental.

Os achados que concernem eventos traumáticos de caráter interpessoal estão em congruência à literatura existente acerca dos fatores de risco para TEPT-C. Em uma metanálise de preditores do TEPT-C, *Leiva-Bianchi et al.*³⁵ traz os principais eventos adversos identificados: abuso na infância - físico (OR 2.8: 2.0–4.0) e sexual (OR 2.880: 2.050–4.048); negligência emocional na infância (OR 2.510: 1.540–4.100), além de

eventos adversos como abuso físico na idade adulta (OR 2.149: 1.157–3.992). Nesta revisão, o fator “abuso sexual na infância” é identificado por *Cloitre et al.*²⁵ (OR 3.88: 1.95-7.70) e por *Kairyte et al.*²⁶ (OR 3.05: 1.18-7.85), também inclusos na metanálise de Leiva-Bianchi et al.; estes achados, além de estatisticamente impactantes, tem sua gravidade intensificada ao se compreender que o abuso sexual, especialmente na infância, costuma estar acompanhado de outros tipos de abuso, tanto físicos quanto emocionais³⁵. Apesar disto, “idade” foi um dos fatores avaliados pela maior parte dos estudos inclusos nesta revisão, produzindo resultados ambíguos: dois estudos reportaram como fator de risco e quatro estudos reportaram como fator de proteção, sendo coerente aprofundamento estatístico posterior para determinação de efeito final.

Ainda neste escopo amostral, outros fatores de risco identificados em populações infantojuvenis e/ou remetentes a eventos traumáticos da infância reforçam achados existentes sobre o impacto destes nesta faixa etária. *Li et al.*¹⁷ evidencia isso ao apresentar associações sólidas entre eventos traumáticos não-interpessoais em uma amostra de crianças e adolescentes, como “acidente de trânsito (OR 2.09: 1.67- 2.60)” e “incêndios e explosões (OR 1.53: 1.19-1.97)”, e o desenvolvimento do TEPT-C. Estes achados são congruentes à perspectiva de que a complexidade do evento traumático predispõe mas não determina o desenvolvimento do transtorno, uma vez que eventos de menor complexidade em uma população menos amparada psicossocialmente alcançaram significância estatística, enquanto nenhum dos estudos em populações adultas incluídos nesta revisão estabeleceu esta relação.

Foram identificados fatores de risco de caráter sociodemográfico importantes. Em primeiro plano, mais uma vez em congruência ao estado da arte, “sexo feminino” foi identificado como um fator de risco para o desenvolvimento do TEPT-C^{15,21,25}. Este achado é coerente com achados prévios que teorizam que mulheres se encontram de fato mais vulneráveis a diversos tipos de eventos traumáticos, incluindo abuso sexual (na infância e na idade adulta)³⁵. De forma complementar, *Choi et al.*²¹ realiza uma análise comparativa em regressão utilizando o grupo “TEPT-C” como desfecho e “Desregulação Emocional” (DE), que é um dos clusters de sintomas do TEPT-C, como referência, encontrando “sexo feminino (OR 0.48: 0.27–0.85)”. Este achado pode sugerir que pertencer ao sexo feminino implica um risco aumentado em se desenvolver um cluster específico de sintomas do TEPT-C, a DE, em comparação ao transtorno como um todo; isto impacta a perspectiva de apresentação do quadro

sintomático de mulheres com TEPT-C. Este achado é de relevância para possíveis elaborações acerca de intervenções terapêuticas, por exemplo, possibilitando maior efetividade na escolha de tratamento psicoterápico⁹.

Os fatores de proteção encontrados nesta revisão são escassos. À exceção de *Steel et al.*²⁰, que avalia diversos parâmetros de qualidade de vida e satisfação laboral, o “suporte social” foi encontrado por *Daniunaite et al.*²² (OR 0.26: 0.08–0.84) e *Simon et al.*¹⁹ (OR 0.78: 0.63-0.97) como fator de proteção. Estes achados embasam a perspectiva de que o efeito do suporte social na vida do indivíduo exposto à eventos traumáticos atenua o desenvolvimento de sintomas provenientes da sensação de desamparo e vulnerabilidade, especialmente relacionadas aos distúrbios da auto-organização. Este fator protetor levanta outra hipótese interessante concernente aos fatores de risco relacionados à falta de ocupação laboral, por desemprego atual (OR 2.21: 1.07-4.58)²⁴ ou auxílio-doença (OR 1.78: 1.03–3.08)²⁸, e falta de parceiro(a) íntimo (OR 1.79: 1.16–2.76)²⁸. Estes fatores de risco podem estar associados ao TEPT-C na medida em que denotam estruturas de sujeitos com baixa percepção de suporte social - seja pela socialização com colegas de trabalho ou pelo apoio do parceiro íntimo. Nesse sentido, *Steel et al.*²⁰ traz ainda que um menor nível de socialização semanal fora do ambiente de trabalho (OR 2.41: 1.29-4.50) está associado ao diagnóstico de TEPT-C.

7. CONCLUSÃO

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo já se encontra bem estabelecido enquanto diagnóstico dentre a comunidade científica. Conclui-se por meio desta revisão que algumas lacunas ainda carecem ser abordadas, tais como estudos em populações vulneráveis, a exemplo de povos latino-americanos, e estudos de desenho longitudinal. Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do TEPT-C estiveram em consonância à literatura vigente, levantando alertas quanto à magnitude das ORs apresentadas. Futuros trabalhos levando em consideração os achados desta revisão poderão elaborar acerca de propostas terapêuticas direcionadas, políticas públicas em saúde mental que busquem abarcar essa população de pessoas expostas à eventos traumáticos e desde já orientar a prática clínica dos profissionais da área.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Seminar Complex post-traumatic stress disorder [Internet]. Vol. 400, www.thelancet.com. 2022. Disponível em: www.thelancet.com
2. Maercker A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. Vol. 8, Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. BioMed Central Ltd; 2021.
3. Seiler N, Davoodi K, Keem M, Das S. Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1º de setembro de 2023;27(3):292–300.
4. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 1º de dezembro de 2018;138(6):536–46.
5. Facer-Irwin E, Karatzias T, Bird A, Blackwood N, MacManus D. PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychol Med*. 12 de outubro de 2022;52(13):2794–804.
6. de Silva U, Glover N, Katona C. Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: systematic review. *BJPsych Open*. novembro de 2021;7(6).
7. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). 2018.
8. Lewis Herman J. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. Vol. 5, *Journal of Traumatic Stress*.
9. Nestgaard Rød Å, Schmidt C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? Vol. 12, *European Journal of Psychotraumatology*. Taylor and Francis Ltd.; 2021.
10. Jongedijk RA, Carlier IVE, Schreuder BJN, Gersons BPR. Brief Report Complex Posttraumatic Stress Disorder: An Exploratory Investigation of PTSD and DES NOS Among Dutch War Veterans. Vol. 9, *Journal of Traumatic Stress*. 1996.

11. Błaż-Kapusta B. Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)- a case study. Vol. 2, Barbara Błaż-Kapusta: Public Health Center in Rzeszów, Center for Prophylaxis and Addiction Therapy in. 2008.
12. Redican E, Nolan E, Hyland P, Cloitre M, McBride O, Karatzias T, et al. A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. Vol. 79, *Journal of Anxiety Disorders*. Elsevier Ltd; 2021.
13. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. junho de 2015;24(2):335–42.
14. Strina A, Barreto ML, Cooper PJ, Rodrigues LC. Risk factors for non-atopic asthma/wheeze in children and adolescents: A systematic review. Vol. 11, *Emerging Themes in Epidemiology*. BioMed Central Ltd.; 2014.
15. Redican E, Hyland P, Cloitre M, McBride O, Karatzias T, Murphy J, et al. Prevalence and predictors of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex PTSD in young people. *Acta Psychiatr Scand*. 1º de agosto de 2022;146(2):110–25.
16. Zerach G, Shevlin M, Cloitre M, Solomon Z. Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: a 24-year longitudinal study. *Eur J Psychotraumatol*. 1º de janeiro de 2019;10(1).
17. Li J, Wang W, Hu W, Yuan Z, Zhou R, Zhang W, et al. Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in Chinese children as per the ICD-11 proposals using the International trauma questionnaire. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1).
18. Choi H, Kim N, Lee A. ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among organized violence survivors in modern South Korean history of political oppression. *Anxiety Stress Coping*. 2021;34(2):203–14.
19. Simon N, Roberts NP, Lewis CE, van Gelderen MJ, Bisson JI. Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *Eur J Psychotraumatol*. 1º de janeiro de 2019;10(1).
20. Steel C, Tehrani N, Lewis G, Billings J. Risk factors for complex posttraumatic stress disorder in UK police. *Occup Med (Chic Ill)*. 1º de novembro de 2021;71(8):351–7.

21. Choi H, Lee W, Hyland P. Factor structure and symptom classes of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in a South Korean general population sample with adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl.* 1º de abril de 2021;114.
22. Daniunaite I, Cloitre M, Karatzias T, Shevlin M, Thoresen S, Zelviene P, et al. PTSD and complex PTSD in adolescence: discriminating factors in a population-based cross-sectional study. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1).
23. Fernández-Fillol C, Pitsiakou C, Perez-Garcia M, Teva I, Hidalgo-Ruzzante N. Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1).
24. Hyland P, Vallières F, Cloitre M, Ben-Ezra M, Karatzias T, Olf M, et al. Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1º de abril de 2021;56(4):649–58.
25. Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, Brewin CR, Roberts NP, Karatzias T, et al. ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *J Trauma Stress.* 1º de dezembro de 2019;32(6):833–42.
26. Kairyte A, Kvedaraite M, Kazlauskas E, Gelezelyte O. Exploring the links between various traumatic experiences and ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A cross-sectional study. *Front Psychol.* 15 de setembro de 2022;13.
27. Kvedaraite M, Gelezelyte O, Kairyte A, Roberts NP, Kazlauskas E. Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian general population. *International Journal of Social Psychiatry.* 1º de dezembro de 2022;68(8):1727–36.
28. Folke S, Karstoft KI, Andersen SB, Karatzias T, Nissen LR, Nielsen ABS. Risk factors, comorbidity and social impairment of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Danish treatment-seeking military veterans. *J Psychiatr Res.* 1º de julho de 2023;163:247–53.
29. Tian Y, Li W, Wu X, Cheng X. Complex PTSD in Chinese Adolescents Exposed to Childhood Trauma: A Latent Profile Analysis. *J Interpers Violence.* 1º de novembro de 2022;37(21–22):NP20190–211.
30. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a

- trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety*. 1º de setembro de 2019;36(9):887–94.
31. Murphy S, Elklit A, Dokkedahl S, Shevlin M. Testing the validity of the proposed ICD-11. PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *Eur J Psychotraumatol*. 8 de setembro de 2016;7.
 32. Dokkedahl S, Kristensen TR, Murphy S, Elklit A. The complex trauma of psychological violence: cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1).
 33. Murphy D, Karatzias T, Busuttil W, Greenberg N, Shevlin M. ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: risk factors and comorbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1º de julho de 2021;56(7):1289–98.
 34. Abaya M, Lesley B, Williams C, Chaves-Gnecco D, Flores G. Forcible Displacement, Migration, and Violence Against Children and Families in Latin America. Vol. 68, *Pediatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2021. p. 371–87.
 35. Leiva-Bianchi M, Nvo-Fernandez M, Villacura-Herrera C, Miño-Reyes V, Parra Varela N. What are the predictive variables that increase the risk of developing a complex trauma? A meta-analysis. Vol. 343, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2023. p. 153–65.

9. APÊNDICES

9.1. Tabela 1 – Características dos estudos incluídos (Parte 1)

Autor, Ano de publicação	População	País	Desenho de Estudo	Amostra (n)	Masculino (n %)	Feminino (n %)	idade em anos (desvio padrão)	TEPT-C n (%)
Murphy D, 2021	Veteranos (militares) contemplados por uma instituição de caridade voltada para a saúde mental	Reino Unido	Transversal	177	169 (95,1%)	8 (4,9%)	<35 anos (6.7%) 35-44 anos (14,9%) 45-54 anos (31,7%) 55+ anos (46,8%) **	96 (54,3%)
Redican E, 2022	Cohort "NI Youth Wellbeing Prevalence Survey (YWS-NI, 2020)"	Irlanda do Norte	Transversal	503	271 (53,5%)	236 (46,5%)	15,29 (2.51)	44 (3,4%)
Zerach G, 1019	Veteranos isrealitas, judeus, homens, prisioneiros de guerra em 1973 (guerra de Yom Kippur)	Israel	Longitudinal	T1 - 164 T2 - 183 T3 - 158	T1 - 164 (100%) T2 - 183 (100%) T3 - 158 (100%)	0	63.8 (3.4)	75 (42.37%)
Li J, 2021	Crianças expostas ao trauma	China	Transversal	3478	1981 (57.42%)	1469 (42.58%)	10.03 (0.76)	*
Choi H, 2021	Ex-integrantes/sobreviventes da violência organizada	Coreia do Sul	Transversal	236	190 (80.5%)	46 (19.5%)	67.08 (10.93)	35 (14,8%)
Simon N, 2019	Pacientes previamente diagnosticados com TEPT	Reino Unido	Transversal	246	123 (50%)	123 (50%)	47.37 (12.57)	94 (38,2%)
Steel C, 2021	Programa "Noreen Tehrani Associates Psychological Screening" (NTAPS) para policiais britânicos	Reino Unido	Transversal	2444	1288 (53%)	1156 (47%)	39.5 (9.5)	165 (7%)
Choi H, 2021	Recorte nacional representativo sulcoreano exposto à pelo menos um ACE	Coreia do Sul	Transversal	800	410 (51.25%)	390 (48,75%)	40.74 (10.92)	211 (26.4 %)
Danunait I, 2021	First wave of the ongoing longitudinal study Stress and Resilience in Adolescence (STAR-A)	Lituânia	Transversal	205	62 (31,20%)	143 (69.8%)	14.4 (1.2)	108 (52,7%)

9.2. Tabela 1 – Características dos estudos incluídos (Parte 2)

Autor, Ano de publicação	População	País	Desenho de Estudo	Amostra (n)	Masculino (n %)	Feminino (n %)	idade em anos (desvio padrão)	TEPT-C n (%)
Fernández-Filliol C, 2021	mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo	Espanha	Transversal	162	0 (0%)	162 (100%)	41.42 (11.55)	64 (39,5%)
Hyland P, 2021	recorte representativo nacional de adultos	Irlanda	Transversal	1020	500 (49%)	520 (51%)	43.10 (15.12)	79 (7,7%)
Cloitre M, 2019	recorte representativo nacional de adultos expostos ao trauma	Estados Unidos	Transversal	1839	833 (48%)	1006 (52%)	44.55 (14.89)	70 (3,8%)
Kairyte A, 2022	Adultos expostos ao trauma	Lituânia	Transversal	158	23 (14,6%)	135 (85,4%)	33.61 (9.73)	59 (37,3%)
karatzias T, 2019	Veteranos expostos ao trauma	Dinamarca	Transversal	599	563 (93.8%)	36 (6,2%)	39.9 (9.7)	188 (31,4%)
Tian Y, 2022	adolescentes expostos à experiências traumáticas na infância	China	Transversal	478	203 (42,5%)	263 (55%)	17.46 (0.61)	42 (8,86%)
Kvedaraite M, 2022	População geral adulta	Lituânia	Transversal	885	324 (36,6%)	561 (63,4%)	37.96 (14.67)	16 (1,8%)
Karatzias T, 2019	população geral adulta exposta ao trauma	Reino Unido	Transversal	1051	31,60%	719 (68,4%)	47.18 (15.00)	136 (12,9%)
Dokkedahl S, 2021	mulheres residentes de abrigos após IPV/Violência familiar	Dinamarca	Transversal	147	0 (0%)	147 (100%)	34.6 (10.1)	31 (21,2%)
Murphy S, 2016	jovens adultos da região Norte da Uganda - civis e/ou ex-soldados na infância	Uganda	transversal	314	154 (49%)	160 (51%)	18-25**	65 (20,8%)

9.3. Tabela 2 – Fatores de risco da infância (Parte 1)

Autor/Ano		Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Grupo de Referência	Instrumentos de Avaliação
Murphy D, 2021		alto nível de adversidade na infância (OR 2.35: 1.05–5.25)	sem diagnóstico	ITQ, questionário próprio de adversidades militares e da infância
Redican E, 2022		<i>Análise I</i> necessidades especiais de educação (OR 3.14: 1.31-7.49) <i>Análise II</i> necessidades especiais de educação (OR 3.69: 1.53-8.92)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ-CA, CATS
Li J, 2021		<i>Análise I</i> separação (OR 2.66: 2.07-3.40) doença que ameaça a vida (OR 1.79: 1.37-2.34) abuso e negligência (OR 2.49: 1.28-4.82) acidente de trânsito (OR 2.09: 1.67-2.60) incêndios e explosões (OR 1.53: 1.19-1.97) violência escolar (OR 7.40: 5.62-9.75) violência na comunidade (OR 2.35: 1.42-3.88) <i>Análise II</i> separação (OR 1.44: 1.10-1.88) acidente de trânsito (OR 1.43: 1.13-1.80) violência escolar (OR 3.02: 2.30-3.96)	I - sem diagnóstico II - TEPT	questionário próprio de exposição ao trauma, ITQ
Choi H, 2021		<i>Análise I</i> score total ACE (OR 1.55: 1.39–1.72) score total LEC (OR 1.20: 1.05–1.36) <i>Análise II</i> score total ACE (OR 1.37: 1.19–1.58) score total LEC (OR 1.31: 1.05–1.64) <i>Análise III</i> score total ACE (OR 1.35: 1.18–1.55) score total LEC (OR 1.37: 1.17–1.61)	I - sem diagnóstico II - distúrbio da auto-organização III - desregulação emocional IV - TEPT	ITQ, questionário ACEs, LEC-5, PHQ-9 (DEPRESSÃO), PHQ-15 (SOMATIZAÇÃO), PHQ-PD (TRANSTORNO DO PÂNICO), Dissociative Symptoms Scale, Traumatized identity Questionnaire (TIQ)
Daniunaite I, 2021		difficultades financeiras na família (OR 4.36: 1.02–18.63) conflitos constantes na família (OR 3.14: 1.59-6.20) bullying na escola (OR 2.53: 1.29–4.94)	TEPT	CATS, ITQ-CA, questionário medindo funcionamento familiar, questionário medindo problemas na escola, questionário medindo suporte social.
Hyland P, 2021		<i>Análise I</i> institucionalização na infância (OR 8.45: 3.66-19.52) crescer com um familiar com transtorno mental (OR 3.63: 2.26-5.81) número de traumas na infância (OR 1.58: 1.41-1.78) número de traumas na adolescência (OR 1.39: 1.25-1.55) <i>Análise II</i> número de traumas na infância (OR 1.50: 1.30-1.72) número de traumas na adolescência (OR 1.17: 1.02-1.35)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	International Trauma Exposure Measure (ITEM), ITQ, PHQ-9, GAD-7, questionário história de vida

9.4. Tabela 2 – Fatores de risco da infância (Parte 2)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Grupo de Referência	Instrumentos de Avaliação
Cloitre M, 2019	<i>Análise I</i> trauma cumulativo na infância [>3] (OR 13.56: 2.81-65.51) trauma cumulativo na infância [≥ 4] (OR 24.07: 5.24-110.55) acidente sério na infância (OR 2.05: 1.05-4.02) agressão física por alguém que não o cuidador (OR 1.98: 1.08-3.61) abuso físico na infância (OR 4.65: 2.62-8.24) <i>Análise II</i> trauma cumulativo na infância [>3] (OR 12.39: 2.54-60.34) trauma cumulativo na infância [≥ 4] (OR 21.91: 4.73-101.51) acidente sério na infância (OR 2.24: 1.09-4.60) agressão física por alguém que não o cuidador (OR 1.92: 1.02-3.64) abuso físico na infância (OR 4.40: 2.40-8.07) score total ACE (OR 1.57: 1.23-1.54)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, LEC, ACE questionnaire, PHQ-8, GAD-7, WHO-5
Tian Y, 2022	abuso emocional (OR 1.251)	TEPT	Childhood Trauma Questionnaire, ITQ
Karatzias T, 2019	<i>Análise II</i> trauma interpessoal na infância (OR 1.52: 1.27-1.83)	sem diagnóstico	ITQ, LEC-5, PHQ-9, GAD-7, AUDIT-C, questionário medindo suicidalidade, Charlson Comorbidity Index modified
Kairyte A, 2022	<i>Análise I</i> abuso físico na infância (OR 2.71: 1.02-7.26) <i>Análise II</i> abuso físico na infância (OR 4.20: 1.05-16.83)	I - sem diagnóstico II - TEPT	LEC-R, ITQ

9.5. Tabela 3 – Fatores de risco em militares/policiais/vítimas de violência (parte 1)

Autor/Ano		Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referência	Instrumento de Avaliação
Murphy D, 2021		ter sido designado para o combate (OR 3.08: 1.29–7.36) se juntar às forças armadas após 18 anos de idade (OR 2.59: 1.10–6.08)	sem diagnóstico	ITQ, questionário próprio de adversidades militares e da infância
Redican E, 2022		2 ou mais traumas violentos(OR 7.21: 2.35-21.61)	sem diagnóstico	ITQ-CA, CATS
Folke S, 2023		ANÁLISE I guerrilha ou combate (OR 1.30: 1.08–1.57) ANÁLISE II guerrilha ou combate (OR 1.27: 1.04–1.56)	sem diagnóstico	ITQ, questionário sociodemográfico, Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ), questionário medindo problemas de atenção na infância, Depression Anxiety Stress Scales (DASS), AUDIT-C, questionário medindo abuso de outras substâncias, questionário avaliando uso de medicações psicotrópicas, Euro Multicentre Study of Suicidal Behavior, WHO-5, saúde auto-reportada
Kvedaraitė M, 2022		violência armada (OR 4.58: 1.54–13.62)	sem diagnóstico	ITQ, LEC-R, Disclosure of Trauma Questionnaire
Murphy S, 2016		status de soldado na infância (OR 5.43: 2.44-12.09)	sem diagnóstico	African Youth Psychosocial Assessment Instrument (APAI), UNICEF War Trauma Screening Scale, ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ Version 1.4)

9.6. Tabela 3 – Fatores de risco em militares/policiais/vítimas de violência (parte 2)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referência	Instrumento de Avaliação
Steel C, 2021 (a)	ANÁLISE I satisfação com a companhia (OR 0.90: 0.89-0.91) esgotamento (OR 1.10: 1.07-1.13) fadiga da companhia (OR 1.17: 1.15-1.19) sentido (OR 0.79: 0.76-0.81) compreensibilidade (OR 0.77: 0.75-0.79) capacidade de gestão (OR 0.73: 0.70-0.76) suporte operacional [área de trabalho] (OR 0.11: 0.03-0.47) desconhecido [área de trabalho] (OR 6.98: 4.87-9.99) tempo de permanência: 7-12 meses (OR 4.44: 1.22-16.09) 13-18 meses (OR 5.73: 1.59-20.56) 19-24 meses (OR 10.98: 3.15-38.31) 2-3 anos (OR 5.68: 1.60-20.20) 3-4 anos (OR 10.87: 3.13-37.70) 4-5 anos (OR 8.34: 2.29-30.41) 5-6 anos (OR 5.73: 1.34-24.49) mais de 6 anos (OR 11.91: 3.71-38.22) exposição percebida a material traumático no trabalho: alta (OR 1.83: 1.14-2.95) intenções de deixar a função: média (OR 2.09: 1.32-3.32) alta (OR 3.24: 2.02-5.19) percepção de saúde: boa (OR 0.22: 0.15-0.32) excelente (OR 0.11: 0.07-0.17)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, QUESTIONÁRIO Dube SR para ACEs, QUESTIONÁRIO Post Office Employee Support Service para traumas, Goldberg Anxiety/Depression Scale, Professional Quality of Life (ProQOL), Sense of Coherence (SoC), NTAPS lifestyle para álcool + socialização + sono, Emotional Literacy Questionnaire (ELQ)

9.7. Tabela 3 – Fatores de risco em militares/policiais/vítimas de violência (parte 3)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referência	Instrumento de Avaliação
Steel C, 2021 (b)	capacidade de trabalho: boa (OR 0.20: 0.14-0.30) excelente (OR 0.03: 0.02-0.07) estresse no trabalho: alto (OR 5.14: 3.09-8.55) suporte percebido do gerente: bom (OR 0.27: 0.17-0.43) muito bom (OR 0.16: 0.10-0.24) excelente (OR 0.16: 0.10-0.26) idade (anos) (OR 1.03: 1.01-1.05) ansiedade (OR 2.07: 1.87-2.30) depressão (OR 2.27: 2.04-2.53) histórico pessoal: eventos da infância (OR 1.30: 1.20-1.41) eventos na vida adulta (OR 1.79: 1.64-1.96) eventos recentes (OR 1.54: 1.31-1.82) comportamentos aditivos (OR 2.46: 1.95-3.11) total (OR 1.31: 1.25-1.37) consciência emocional: dissociação (OR 0.51: 0.47-0.56) sensibilidade emocional (OR 0.81: 0.72-0.90) consciência sensorial (OR 0.53: 0.49-0.58) empatia (OR 0.52: 0.46-0.58) sensibilidade interpessoal (OR 0.53: 0.49-0.57) resiliência emocional (OR 0.52: 0.48-0.56) unidades de álcool (n por semana): 15 ou mais (OR 2.93: 1.90-4.53) socialização fora do trabalho (n por semana): 0 vezes (OR 3.51: 1.99-6.21) sono (horas por noite): 5-6 (OR 4.69: 3.16-6.95) menos de 5 (OR 23.26: 16.87-47.34)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, QUESTIONÁRIO Dube SR para ACES, QUESTIONÁRIO Post Office Employee Support Service para traumas, Goldberg Anxiety/Depression Scale, Professional Quality of Life (ProQOL), Sense of Coherence (SoC), NTAPS lifestyle para álcool + socialização + sono, Emotional Literacy Questionnaire (ELQ)

9.8. Tabela 3 – Fatores de risco em militares/policiais/vítimas de violência (parte 4)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referência	Instrumento de Avaliação
Steel C, 2021 (c)	ANÁLISE II satisfação com a companhia (OR 0.92: 0.91-0.94) esgotamento (OR 1.06: 1.03-1.10) fadiga da companhia (OR 1.15: 1.12-1.17) sentido (OR 0.81: 0.78-0.84) compreensibilidade (OR 0.80: 0.77-0.82) capacidade de gestão (OR 0.76: 0.73-0.79) suporte operacional [área de trabalho] (OR 0.11: 0.03-0.44) desconhecido [área de trabalho] (OR 8.67: 5.91-12.72) tempo de permanência: 0-6 meses (OR 6.80: 1.83-25.21) 7-12 meses (OR 10.75: 2.88-40.15) 13-18 meses (OR 12.95: 3.50-47.95) 19-24 meses (OR 22.63) 2-3 anos (OR 11.62: 3.18-42.40) 3-4 anos (OR 20.26: 5.65-72.65) 4-5 anos (OR 16.75: 4.44-63.21) 5-6 anos (OR 9.74: 2.19-43.29) mais de 6 anos (OR 18.96: 5.79-62.09) intenções de deixar a função: alta (OR 1.94: 1.14-3.30)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, QUESTIONÁRIO Dube SR para ACES, QUESTIONÁRIO Post Office Employee Support Service para traumas, Goldberg Anxiety/Depression Scale, Professional Quality of Life (ProQOL), Sense of Coherence (SoC), NTAPS lifestyle para álcool + socialização + sono, Emotional Literacy Questionnaire (ELQ)

9.9. Tabela 3 – Fatores de risco em militares/policiais/vítimas de violência (parte 5)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referência	Instrumento de Avaliação
Steel C, 2021 (d)	crenças de saúde: boa (OR 0.35: 0.23-0.53) excelente (OR 0.25: 0.15-0.40) capacidade de trabalho: boa (OR 0.41: 0.26-0.63) excelente (OR 0.08: 0.04-0.18) suporte percebido do gerente: bom (OR 0.35: 0.20-0.60) muito bom (OR 0.23: 0.14-0.38) excelente (OR 0.23: 0.13-0.40) idade (anos) (OR 1.03: 1.01-1.05) ansiedade (OR 1.88: 1.68-2.09) depressão (OR 2.08: 1.86-2.33) histórico pessoal: eventos da infância (OR 1.22: 1.11-1.33) eventos na vida adulta (OR 1.58: 1.43-1.74) eventos recentes (OR 2.14: 1.64-2.80) comportamentos aditivos (OR 2.46: 1.95-3.11) total (OR 1.23: 1.17-1.28) consciência emocional: dissociação (OR 0.61: 0.55-0.69) sensibilidade física (OR 1.18: 1.05-1.33) consciência sensorial (OR 0.65: 0.58-0.72) empatia (OR 0.73: 0.65-0.83) sensibilidade interpessoal (OR 0.61: 0.55-0.68) resiliência emocional (OR 0.57: 0.51-0.63)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, QUESTIONÁRIO Dube SR para ACES, QUESTIONÁRIO Post Office Employee Support Service para traumas, Goldberg Anxiety/Depression Scale, Professional Quality of Life (ProQOL), Sense of Coherence (SoC), NTAPS lifestyle para álcool + socialização + sono, Emotional Literacy Questionnaire (ELQ)

9.10. Tabela 3 – Fatores de risco em militares/policiais/vítimas de violência (parte 6)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referência	Instrumento de Avaliação
Steel C, 2021 (e)	unidades de álcool (n por semana): 15 ou mais (OR 2.17: 1.30-3.62) socialização fora do trabalho (n por semana): 0 vezes (OR 2.41: 1.29-4.50) sono (horas por noite): 5-6 (OR 3.81: 2.51-5.79) menos de 5 (OR 13.40: 7.52-23.89)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, QUESTIONÁRIO Dube SR para ACEs, QUESTIONÁRIO Post Office Employee Support Service para traumas, Goldberg Anxiety/Depression Scale, Professional Quality of Life (ProQOL), Sense of Coherence (SoC), NTAPS lifestyle para álcool + socialização + sono, Emotional Literacy Questionnaire (ELQ)
Choi H, 2021	ANÁLISE I estressores sociais cumulativos [>20] (OR 7.79: 2.24-25.01) estressores traumáticos cumulativos [>10] (OR 3.27: 1.10-9.75) ANÁLISE II estressores sociais cumulativos [>20] (OR 4.84: 1.41-16.63)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, questionário personalizado (exposição à violência organizada), Korean General Health Problems (K-GHQ)

9.11. Tabela 4 – Fatores de risco relacionados à violência sexual

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Referencial	Instrumento de Avaliação
Redican E, 2022	2 ou mais traumas sexuais (OR 22.59: 3.31-153.93)	sem diagnóstico	ITQ-CA, CATS
Cloitre M, 2019	<i>Análise I</i> abuso sexual na infância (OR 4.42: 2.35-8.31) <i>Análise II</i> abuso sexual na infância (OR 3.88: 1.95-7.70)	sem diagnóstico	ITQ, LEC, ACE questionnaire, PHQ-8, GAD-7, WHO-5
Kairyte A, 2022	<i>Análise I</i> abuso sexual na infância (OR 3.05: 1.18-7.85) assalto sexual (OR 2.31: 19.62) <i>Análise II</i> experiências sexuais indesejadas (OR 7.12: 1.81-27.94)	I - sem diagnóstico II - PTSD	LEC-R, ITQ
Kedaraitė M, 2022	violência sexual (OR 7.30: 1.93-27.67) outra experiência sexual indesejada (OR 6.40: 2.24-18.24)	sem diagnóstico	ITQ, LEC-R, Disclosure of Trauma Questionnaire
Dokkedahl S, 2021	Abuso sexual na infância (OR 1.77: 1.65, 4.81)	TEPT	ITQ, Conflict Tactic Scale (CTS2), Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI-short), questionário medindo trauma prévio, Harvard Trauma Questionnaire, WHO-5, Revised Trauma Symptoms Checklist (TSC-26)

9.12. Tabela 5 – Fatores de risco sociodemográficos (Parte 1)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Grupo de Referência	Instrumento de Avaliação
Redican E, 2022	<i>Análise I</i> idade (OR 1.23: 1.06-1.41) sexo feminino (OR 3.32: 1.67-6.62) <i>Análise II</i> idade (OR 1.20: 1.03-1.39) sexo feminino (OR 3.17: 1.45-6.88)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ-CA, CATS
Zerach G, 2019	idade (OR 0.77 :0.62–0.97)	sem diagnóstico	PTSD inventory, Symptom Checklist-90, Brief Symptom Inventory, questionário personalizado (sofrimento psicológico)
Simon N, 2019	percepção de suporte social (OR 0.78: 0.63-0.97)	TEPT	Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), Clinician Administred PTSD Scale-5, ITQ, MSPSS
Choi H, 2021	<i>ANÁLISE I</i> idade (OR 0.97: 0.95–0.99) <i>ANÁLISE II</i> status econômico [baixo] (OR 0.29: 0.10–0.82) estado civil [solteiro] (OR 0.42: 0.21–0.81) <i>ANÁLISE III</i> sexo feminino (OR 0.48: 0.27–0.85)	I - sem diagnóstico II - distúrbio da auto-organização III - desregulação emocional IV - TEPT	ITQ, questionário ACEs, LEC-5, PHQ-9 (DEPRESSÃO), PHQ-15 (SOMATIZAÇÃO), PHQ-PD (panic disorder), Dissociative Symptoms Scale, Traumatized identity Questionnaire (TIQ)
Daniunaitė I, 2021	suporte social (OR 0.26: 0.08–0.84)	TEPT	CATS, ITQ-CA, questionário measuring family functioning, questionário medindo problemas na escola, questionário medindo social support.

9.13. Tabela 5 – Fatores de risco sociodemográficos (Parte 2)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	Grupo de Referência	Instrumento de Avaliação
Hyland P, 2021	<i>Análise I</i> idade (OR 0.96: 0.94-0.98) desemprego atual (OR 2.31: 1.21-4.39) <i>Análise II</i> idade (OR 0.97: 0.95-0.99) desemprego atual (OR 2.21: 1.07-4.58)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	International Trauma Exposure Measure (ITEM), ITQ, PHQ-9, GAD-7, questionário história de vida
Cloitre M, 2019	<i>Análise I</i> sexo feminino (OR 1.82: 1.10-3.01) <i>Análise II</i> sexo feminino (OR 2.27: 1.28-4.23)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico	ITQ, LEC, ACE questionnaire, PHQ-8, GAD-7, WHO-5
Folke S, 2023	<i>Análise II</i> idade (OR 1.03: 1.01–1.06) estado civil solteiro [preferência: em um relacionamento] (OR 1.79: 1.16–2.76) estado empregatício "recebendo auxílio-doença" [preferência: trabalhando] (OR 1.78: 1.03–3.08)	II - sem diagnóstico	ITQ, questionário sociodemográfico, Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ), questionário medindo problemas de atenção na infância, Depression Anxiety Stress Scales (DASS), AUDIT-C, questionário medindo abuso de outras substâncias, questionário avaliando uso de medicações psicotrópicas, Euro Multicentre Study of Suicidal Behavior, WHO-5, saúde auto-reportada
Karatzias T, 2019	<i>Análise I</i> idade (OR 0.96: 0.94-0.97) história de emigração (OR 1.62: 1.03-2.54) <i>Análise II</i> idade (OR 0.97: 0.95-0.98)	sem diagnóstico	ITQ, LEC-5, PHQ-9, GAD-7, AUDIT-C, questionário medindo suicidalidade, Charlson Comorbity Index modified

9.14. Tabela 6 – Demais fatores de risco identificados (parte 1)

Autor/Ano		Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)		GRUPO DE REFERÊNCIA		INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	
Redican E, 2022	<i>Análise I</i> score de trauma total (OR 1.58: 1.28-1.95)	sem diagnóstico		ITQ-CA, CATS			
Zerach G, 2019	sofrimento psicológico (OR 3.00: 1.13-7.95)	sem diagnóstico		PTSD inventory, Symptom Checklist-90, Brief Symptom Inventory, questionário personalizado (sofrimento psicológico)			
Fernández-Fillol C, 2021	alto score de supressão expressiva (OR 1.15: 1.04-1.26)	TEPT		entrevista sociodemográfica e de relacionamento violento, escala Likert para medo, ITQ, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)			
Hyland P, 2021	<i>Análise I</i> número de traumas na vida adulta (OR 1.22: 1.08-1.38) trauma index foi interpessoal (OR 2.51: 1.53-4.10) trauma index ocorreu a <1 ano (OR 2.36: 1.34-4.15) <i>Análise II</i> número de traumas na vida adulta (OR 1.31: 1.14-1.50) número de exposições ao trauma índice (OR 0.91: 0.83-0.99) trauma index foi interpessoal (OR 2.49: 1.42-4.38)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico		International Trauma Exposure Measure (ITEM), ITQ, PHQ-9, GAD-7, questionário história de vida			
Cloitre M, 2019	<i>Análise I</i> trauma cumulativo na vida adulta [≥ 4] (OR 4.96: 1.72-14.30) <i>Análise II</i> trauma cumulativo na vida adulta [≥ 4] (AOR 7.02: 2.29-21.54)	I - sem diagnóstico II - sem diagnóstico		ITQ, LEC, ACE questionnaire, PHQ-8, GAD-7, WHO-5			

9.15. Tabela 6 – Demais fatores de risco identificados (parte 2)

Autor/Ano	Fatores de Risco (M.A.: 95% I.C.)	GRUPO DE REFERÊNCIA	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
Kairytė A, 2022	<i>Análise I</i> trauma cumulativo (OR 0.23: 0.08-0.65) <i>Análise II</i> desastres naturais (OR 0.06: 0.01-0.55)	I - sem diagnóstico II - TEPT	LEC-R, ITQ
Folke S, 2023	<i>Análise I</i> trauma na vida adulta (OR 1.28: 1.06–1.56) <i>Análise II</i> trauma ocorreu há 10 anos ou mais [referência: até 12 meses atrás] (OR 2.95: 1.49–5.85)	sem diagnóstico	ITQ, questionário sociodemográfico, Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ), questionário medindo problemas de atenção na infância, Depression Anxiety Stress Scales (DASS), AUDIT-C, questionário medindo abuso de outras substâncias, questionário avaliando uso de medicações psicotrópicas, Euro Multicentre Study of Suicidal Behavior, WHO-5, saúde auto-reportada
Kvedaraitė M, 2022	doença ou lesão que ameaça a vida (OR 2.80: 1.13–7.57) sofrimento humano severo (OR 8.47: 2.39–30.04) soma de eventos traumáticos totais (OR 1.24: 1.06–1.45)	sem diagnóstico	ITQ, LEC-R, Disclosure of Trauma Questionnaire
Karatzias T, 2019	<i>Análise II</i> trauma interpessoal na idade adulta (OR 1.20: 1.01-1.43)	sem diagnóstico	ITQ, LEC-5, PHQ-9, GAD-7, AUDIT-C, questionário medindo suicidalidade, Charlson Comorbidity Index modified