



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

HENRIQUE DE ARAÚJO MARTINS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *COMPLEX TRAUMA
QUESTIONNAIRE* PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

**MANAUS – AM
2024**



HENRIQUE DE ARAÚJO MARTINS

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *COMPLEX TRAUMA QUESTIONNAIRE* PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marck de Souza Torres

**MANAUS – AM
2024**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M386a Martins, Henrique de Araújo
Adaptação transcultural e validação da Complex Trauma
Questionnaire para a população brasileira / Henrique de Araújo
Martins . 2024
68 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Marck de Souza Torres
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do
Amazonas.

1. Trauma psicológico. 2. Experiências adversas da infância. 3.
Psicometria. 4. Adaptação transcultural. I. Torres, Marck de Souza.
II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARTINS, H. A. Relações entre Trauma Complexo, Vivências de Experiências Adversas e Traços de Personalidade em Pessoas do Amazonas. 68 f.s. Dissertação Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 10/12/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marck de Souza Torres
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Gisele Cristina Resende
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Clarissa Pinto Pizarro de Freitas
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Consuelena Lopes Leitão (Suplente)
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Luísa Fernanda Habigzang (Suplente)
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais, amigos e professores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas, que, em Sua infinita misericórdia, concedeu-me a chance de realizar este curso de mestrado em Psicologia, concretizando um sonho antigo de prosseguir com meus estudos.

Ao meu pai, Raimundo Martins, e à minha mãe, Isis Martins, cujo exemplo de vida me ensinou o valor incomensurável da educação enquanto instrumento de transformação humana. Seus incentivos e conselhos foram alicerces indispensáveis nesta jornada.

À minha irmã, Hermione Laurena, que, com seu hábito de leitura cultivado na adolescência, despertou em mim o desejo de tornar-me um ávido leitor em busca de expandir meus horizontes de conhecimento.

À Daniela Fernandes e Erick Omena, amigos-irmãos, cuja busca pela excelência técnico-intelectual tem sido uma constante fonte de inspiração para que eu também siga trilhando esse caminho.

Ao meu orientador, o professor doutor Marck Torres, por receber-me como aluno e proporcionar-me um acompanhamento cuidadoso, crucial para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

À professora doutora Gisele Rezende, que, com humildade e vasto conhecimento, contribuiu para tornar o ambiente de ensino e pesquisa da universidade leve e intelectualmente instigante.

Ao professor doutor Breno Ferreira, que me introduziu ao mundo acadêmico das publicações periódicas e sempre acreditou em meu potencial, mesmo nos momentos em que minha autoconfiança estava fragilizada.

À professora doutora Ana Cristina Martins, pelo inestimável apoio pedagógico ao longo de minha trajetória de estudos na Psicologia, proporcionando-me bases sólidas para meu crescimento.

Às professoras doutoras Iolete Silva e Regina Pedroza, que carinhosamente ampliaram meu entendimento do mundo, possibilitando-me ver para além das minhas restrições de classe, gênero e raça.

Às professoras doutoras Dayse Albuquerque e Socorro Nina, por enriquecerem minha cosmovisão com os valiosos ensinamentos da Psicologia Ambiental.

Ao professor doutor Fábio Gomes, por demonstrar, na prática, como a didática e a síntese enriquecem o processo de ensino-aprendizagem, deixando marcas indelévels em minha formação.

Ao professor doutor José Humberto, por treinar-me para a pesquisa desde a graduação, incentivando meu desenvolvimento acadêmico.

À professora doutora Raquel Castro, cuja contribuição transcende o espaço de qualquer agradecimento escrito. Suas orientações e atenção no cuidado à minha saúde mental, ao longo desses anos, foi essencial para que eu pudesse lidar com meus processos inconscientes e me superar diariamente.

Aos meus colegas e amigos de turma, Ellen Nobre, Jakson Alves, Janaína Leia, Jane Paes, Jenniffer Aleoni, Jolorena de Paula, Laimara Oliveira, Letícia Moura, Monique Caldas, Paula Vitória, Vitor Ferreira e David Feroldi, agradeço pelas trocas enriquecedoras de conhecimento, pelos apoios mútuos em momentos desafiadores e pelas risadas que tornaram esta caminhada mais leve e significativa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGpsi-UFAM).

A vocês, minha sincera gratidão pelo apoio na realização deste sonho.

MARTINS, H. A. **Relações entre Trauma Complexo, Vivências de Experiências Adversas e Traços de Personalidade em Pessoas do Amazonas**. 68 f.s. Dissertação Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da escala *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ) para o português brasileiro, avaliando sua validade e confiabilidade no contexto local. A adaptação foi conduzida por meio de análises fatoriais confirmatórias, utilizando o método *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adequado para dados categóricos. A amostra foi composta por 150 indivíduos, recrutados em instituições da cidade de Manaus, incluindo o Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e cursos de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e da Universidade Paulista (UNIP). Os resultados obtidos indicaram que a versão adaptada do ComplexTQ apresentou índices de ajuste favoráveis (CFI = 0,9960, TLI = 0,995, SRMR = 0,090, RMSEA = 0,038; IC90%: 0,021–0,051), evidenciando validade e confiabilidade no contexto brasileiro. Os índices de ajuste mostraram, ainda, que a versão brasileira do instrumento apresentou maior robustez e desempenho, quando comparado com modelo original italiano. Além disso, a escala demonstrou sensibilidade para captar aspectos específicos do trauma complexo presentes em contextos de vulnerabilidade social no contexto brasileiro, como negligência emocional, material e falhas de proteção. Os índices de confiabilidade da versão adaptada também foram adequados. Medidos pelo coeficiente alfa de *Cronbach* (α), os valores obtidos para os cinco fatores da versão brasileira foram F1 – Negligência emocional: $\alpha = 0.89$, F2 – Falha na Proteção: $\alpha = 0.59$, F3 – Negligência Material: $\alpha = 0.62$; F4 – Abuso Psicológico/Rejeição: $\alpha = 0.83$ e F5 – Abuso Físico: $\alpha = 0.54$. O coeficiente alfa geral da escala foi $\alpha = 0.93$, indicando boa consistência interna. As relações entre os fatores da escala foram analisadas por meio de correlações de *Spearman*, devido à ausência de normalidade nos dados. As correlações revelaram magnitudes moderadas e associações positivas, confirmando que a escala aborda de forma consistente as dimensões relacionadas ao trauma complexo. Apesar dessa eficácia do instrumento para identificar traços de trauma complexo, os resultados sugerem que a robustez da amostra deve ser ampliada para garantir conclusões mais definitivas. A expansão do número de participantes é essencial para consolidar os achados. Dessa forma, os resultados apresentados devem ser considerados preliminares, representando uma tentativa inicial de adaptação transcultural da escala ComplexTQ. A aplicação da versão brasileira do ComplexTQ pode aprimorar diagnósticos e intervenções em saúde mental, além de contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais adequadas às necessidades locais, especialmente em regiões com alta vulnerabilidade psicossocial. A escala também pode ser implementada em escolas e serviços psicossociais, facilitando a identificação precoce de indivíduos em risco e fortalecendo redes de proteção. Em um contexto mais amplo, este estudo avança na pesquisa sobre trauma complexo, introduzindo uma ferramenta relevante para o Brasil, particularmente na Amazônia, onde os recursos em saúde mental são limitados. Este estudo representa um avanço no campo da psicologia, com implicações para a transformação dos cuidados em saúde mental no Brasil, alinhando as intervenções às especificidades culturais e sociais da população brasileira.

Palavras-chave: trauma psicológico; experiências adversas da infância; psicometria.

MARTINS, H. A. **The Relationship Between Complex Trauma, Adverse Life Experiences, and Personality Traits in Individuals from the State of Amazonas, Brazil.** 68 pp. Dissertation Federal University of Amazonas. Supervisor: Dr Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

ABSTRACT

This study aimed to carry out the cross-cultural adaptation of the Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ) to Brazilian Portuguese, evaluating its validity and reliability in the local context. The adaptation was conducted through confirmatory factor analyses, using the Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS) method, suitable for categorical data. The sample consisted of 150 individuals, recruited from institutions in the city of Manaus, including the Psychosocial Support Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD) and psychology courses at the Federal University of Amazonas (UFAM) and Paulista University (UNIP). The results indicated that the adapted version of the ComplexTQ presented favorable fit indices (CFI = 0.9960, TLI = 0.995, SRMR = 0.090, RMSEA = 0.038; 90% CI: 0.021–0.051), demonstrating validity and reliability within the Brazilian context. The fit indices further showed that the Brazilian version of the instrument presented greater robustness and performance when compared to the original Italian model. Additionally, in the Brazilian context, the scale proved sensitive to capturing specific aspects of complex trauma present in social vulnerability contexts, such as emotional neglect, material neglect, and protection failures. The reliability indices of the adapted version were also adequate. Measured by Cronbach's alpha (α), the values obtained for the five factors of the Brazilian version were as follows: F1 – Emotional Neglect: $\alpha = 0.89$, F2 – Protection Failure: $\alpha = 0.59$, F3 – Material Neglect: $\alpha = 0.62$, F4 – Psychological Abuse/Rejection: $\alpha = 0.83$, and F5 – Physical Abuse: $\alpha = 0.54$. The overall alpha coefficient of the scale was $\alpha = 0.93$, indicating good internal consistency. The relationships between the factors of the scale were analyzed through Spearman correlations due to the absence of normality in the data. The correlations revealed moderate magnitudes and positive associations, confirming that the scale consistently addresses dimensions related to complex trauma. Despite the instrument's effectiveness in identifying complex trauma traits, the results suggest that the sample's robustness should be expanded to ensure more definitive conclusions. Increasing the number of participants is essential to consolidate the findings. Therefore, the presented results should be considered preliminary, representing an initial attempt at the cross-cultural adaptation of the ComplexTQ scale. The application of the Brazilian version of ComplexTQ could enhance mental health diagnoses and interventions, as well as contribute to the development of more adequate public policies to meet local needs, especially in regions with high psychosocial vulnerability. The scale could also be implemented in schools and psychosocial services, facilitating the early identification of at-risk individuals and strengthening protective networks. In a broader context, this study advances research on complex trauma, introducing a relevant tool for Brazil, particularly in the Amazon region, where mental health resources are limited. This study represents a step forward in the field of psychology, with implications for transforming mental health care in Brazil by aligning interventions with the cultural and social specifics of the Brazilian population.

Keywords: psychological trauma; adverse childhood experiences; psychometrics.

MARTINS, H. A. **Relaciones entre Trauma Complejo, Vivencias de Experiencias Adversas y Rasgos de Personalidad en Personas del Amazonas**. 68 hjs. Tesis, Universidad Federal de Amazonas. Tutor: Prof. Dr. Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo realizar la adaptación transcultural del *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ) al portugués brasileño, evaluando su validez y fiabilidad en el contexto local. La adaptación se llevó a cabo mediante análisis factoriales confirmatorios, utilizando el método *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adecuado para datos categóricos. La muestra estuvo compuesta por 150 individuos, reclutados en instituciones de la ciudad de Manaus, incluyendo el Centro de Apoyo Psicosocial de Alcohol y Drogas (CAPS AD) y los cursos de Psicología de la Universidad Federal de Amazonas (UFAM) y la Universidad Paulista (UNIP). Los resultados obtenidos indicaron que la versión adaptada del ComplexTQ presentó índices de ajuste favorables (CFI = 0.9960, TLI = 0.995, SRMR = 0.090, RMSEA = 0.038; IC90%: 0.021–0.051), demostrando validez y fiabilidad en el contexto brasileño. Los índices de ajuste mostraron, además, que la versión brasileña del instrumento presentó mayor robustez y rendimiento en comparación con el modelo original italiano. Asimismo, en el contexto brasileño, la escala demostró sensibilidad para captar aspectos específicos del trauma complejo presentes en contextos de vulnerabilidad social, como la negligencia emocional, la negligencia material y las fallas de protección. Los índices de fiabilidad de la versión adaptada también fueron adecuados. Medidos por el coeficiente alfa de *Cronbach* (α), los valores obtenidos para los cinco factores de la versión brasileña fueron los siguientes: F1 – Negligencia emocional: $\alpha = 0.89$, F2 – Fallo en la protección: $\alpha = 0.59$, F3 – Negligencia material: $\alpha = 0.62$, F4 – Abuso psicológico/Rechazo: $\alpha = 0.83$ y F5 – Abuso físico: $\alpha = 0.54$. El coeficiente alfa general de la escala fue $\alpha = 0.93$, indicando buena consistencia interna. Las relaciones entre los factores de la escala fueron analizadas mediante correlaciones de *Spearman*, debido a la ausencia de normalidad en los datos. Las correlaciones revelaron magnitudes moderadas y asociaciones positivas, confirmando que la escala aborda de manera consistente las dimensiones relacionadas con el trauma complejo. A pesar de la eficacia del instrumento para identificar rasgos de trauma complejo, los resultados sugieren que la robustez de la muestra debe ampliarse para garantizar conclusiones más definitivas. La expansión del número de participantes es esencial para consolidar los hallazgos. Por lo tanto, los resultados presentados deben considerarse preliminares, representando un intento inicial de adaptación transcultural de la escala ComplexTQ. La aplicación de la versión brasileña del ComplexTQ podría mejorar los diagnósticos e intervenciones en salud mental, además de contribuir al desarrollo de políticas públicas más adecuadas a las necesidades locales, especialmente en regiones con alta vulnerabilidad psicosocial. La escala también podría implementarse en escuelas y servicios psicosociales, facilitando la identificación temprana de individuos en riesgo y fortaleciendo redes de protección. En un contexto más amplio, este estudio avanza en la investigación sobre trauma complejo, introduciendo una herramienta relevante para Brasil, particularmente en la región del Amazonas, donde los recursos en salud mental son limitados. Este estudio representa un avance en el campo de la psicología, con implicaciones para la transformación de los cuidados en salud mental en Brasil, alineando las intervenciones con las especificidades culturales y sociales de la población brasileña.

Palabras clave: trauma psicológico; experiencias adversas de la infancia; psicometría

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Estrutura e cargas fatorias do ComplexTQ.....	35
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índices de Ajuste do Modelo do ComplexTQ.....	36
Tabela 2. Matriz de Correlações de Spearman entre as Dimensões do ComplexTQ.....	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Trauma Complexo	14
2.2 Experiências adversas relacionadas com o trauma complexo	22
2.2.1 Negligência	22
2.2.2 Rejeição	23
2.2.3 Abuso psicológico	24
2.2.4 Abuso físico	25
2.2.5 Abuso sexual.....	25
2.2.6 Testemunho de violência doméstica	27
2.2.7 Inversão de papéis	28
2.2.8 Perdas e separações	28
3. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4. MÉTODO	30
4.1 Delineamento metodológico	30
4.2 Participantes	30
4.3 Instrumentos	30
4.3.1 Questionário de Dados Sociodemográficos.....	30
4.3.2 <i>Complex Trauma Questionnaire</i> (ComplexTQ):	30
4.4 Procedimentos para Adaptação Cultural	31
4.4.1 Primeira etapa – Tradução inglês-português	31
4.4.2 Segunda etapa – Síntese das Traduções.....	32
4.4.3 Terceira etapa – Análise das Traduções pelo Comitê de Juízes (especialistas)	32
4.4.4 Quarta etapa - Pré-teste do instrumento com o público-alvo	32
4.4.5 Quinta etapa – Retrotradução (português-inglês).....	32
4.5 Procedimentos Coleta de Dados	33
4.6 Procedimentos de Análise de dados	33
4.7 Procedimentos Éticos	34
5. RESULTADOS.....	34
6. DISCUSSÃO	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
8. REFERÊNCIA.....	44
9 APÊNDICES	55
9.1 – Quadro dos Itens da Escala ComplexTQ: Versão Brasileira (27 Itens)	55
10 ANEXOS.....	56
10.1 Anexo A – TCLE	56

10.2 Anexo B – TCLE dos pais	58
10.3 Anexo C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	61
10.4 Anexo D - Questionário sociodemográfico	62
10.5 ANEXO F – <i>Complex Trauma Questionnaire</i> (ComplexTQ)	65

1. INTRODUÇÃO

A compreensão clínica das consequências do trauma psicológico e das respostas sintomáticas evoluiu consideravelmente nos últimos anos. Inicialmente, o foco recaía sobre as reações diretas a eventos traumáticos específicos, como os sintomas de revivência do medo e cognições negativas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (American Psychiatric Association, 2023). No entanto, pesquisas avançadas revelaram a complexidade das repercussões imediatas e de longo prazo, particularmente em casos de trauma infantil.

Experiências como abuso emocional, negligência, abuso sexual, abuso físico e exposição a violência doméstica, racismo ou guerra podem comprometer a formação de um apego seguro entre a criança e seu cuidador, impactando profundamente o sistema de cuidado (Cook et al., 2005; Cyr et al., 2021; Su & Stone, 2020). Além disso, essas experiências desencadeiam respostas complexas que envolvem interações intrincadas nos domínios psicológico, neurobiológico e emocional do indivíduo (Ford, 2020; Maercker et al., 2022). Nesse contexto, o trauma passou a ser reconhecido como uma experiência multifacetada, levando à formulação de conceitos emergentes, como o trauma complexo.

O trauma complexo é uma condição que surge da exposição repetida e prolongada a eventos traumáticos em que a vítima tem pouca ou nenhuma possibilidade de escapar. Esses eventos, de natureza interpessoal e intencional, geralmente envolvem abusos emocionais, físicos, sexuais e negligências, muitas vezes cometidos por cuidadores ou figuras responsáveis pela proteção do indivíduo. O trauma complexo pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas é mais comum na infância, quando a vítima é mais vulnerável (Ford & Courtois, 2020; Singh et al., 2021).

Na maioria das vezes, o trauma complexo ocorre de forma contínua e acumulativa, causando um agravamento da necessidade de defesas que, em última análise, moldam a psique do sobrevivente. Dentre as principais alterações, destacam-se a dissociação, desregulação emocional, disfunção nos relacionamentos interpessoais e desregulação da autoimagem. Essas alterações podem durar a vida inteira, manifestando-se em sintomas como transtornos de ansiedade, depressão, comportamentos autodestrutivos e dificuldades persistentes em lidar com situações estressantes (Ford & Courtois, 2020).

Tendo por base principalmente os trabalhos de Herman (1992a), a noção de trauma complexo só recentemente vem sendo integrada aos sistemas de classificação de saúde mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu-o como uma entidade diagnóstica distinta em sua 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças, denominando-a "Transtorno de

Estresse Pós-Traumático Complexo" (11th ed.; *CID-11*; World Health Organization, 2019). Por outro lado, a Associação Americana de Psiquiatria, em sua 5ª edição do Manual de Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-5), optou por incorporá-lo à definição preexistente de "Transtorno de Estresse Pós-Traumático", expandindo essa definição para incluir os sintomas dissociativos característicos do trauma complexo como um subtipo distinto (American Psychiatric Association, 2023). Anteriormente a isso, outras denominações foram sugeridas para contemplar o construto trauma complexo, mas de maneira não tão específica, como Transtornos de Estresse Extremo Não Especificados de Outra Forma (DESNOS, sigla em inglês) e Transtorno do Trauma do Desenvolvimento (Ford & Courtois, 2020).

O trauma complexo assume uma relevância significativa como questão de saúde pública quando se observa sua prevalência na fase do desenvolvimento infantil. No período de 2017 a 2020, o Brasil registrou 179.277 casos de abuso sexual, compreendendo estupro e estupro de vulnerável, com vítimas até 19 anos (United Nations Children's Fund & Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021), resultando em uma média anual de cerca de 45 mil casos. Crianças com menos de 10 anos representaram um terço dessas vítimas, principalmente do sexo feminino (80% dos casos). Meninas enfrentaram alta incidência de abuso sexual aos 13 anos, enquanto meninos experimentaram maior índice entre 3 e 9 anos. A maioria desses crimes ocorreu no ambiente residencial da vítima, com 86% dos agressores sendo conhecidos. Informações sobre outras formas de abuso e negligência relacionadas ao trauma complexo são escassas, indicando uma possível subestimação da sua prevalência. Em crianças, especialmente quando o agressor é um membro da família ou figura de autoridade, a ausência de um protetor ou a presença de espectadores passivos é tão impactante quanto a presença do agressor, agravando-se pela negligência quando outros não percebem ou intervêm. As perturbações na vinculação, comumente relacionadas ao abuso na infância, são refletidas nas alterações patológicas nas relações e na identidade em situações de trauma repetido e prolongado.

A disponibilidade de uma ferramenta psicológica para identificar as sequelas do trauma complexo é crucial, permitindo a detecção precoce e facilitando intervenções terapêuticas específicas. O *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ), desenvolvido por Vergano et al. (2015), oferece uma abordagem para avaliar experiências adversas na infância em termos de manifestações e frequência. O questionário abrange diversas facetas do trauma complexo, abordando negligência infantil, rejeição, abuso psicológico, abuso físico, abuso sexual e inversão de papéis parentais.

O objetivo primordial do questionário é avaliar o histórico de trauma antes dos 15 anos, embasando-se em experiência clínica e revisão abrangente da literatura sobre abuso e

negligência infantil. Ao abordar comportamentos de cuidadores, incluindo ações ativas e omissões, o questionário destaca-se pela capacidade de distinguir experiências de acordo com o gênero do cuidador, abrangendo relações com a mãe, pai e outras figuras de apego.

Os coeficientes alfa de *Cronbach* por fator revelam consistência interna, sendo 0,74, 0,72, 0,73, 0,85 e 0,65 para os fatores associados à figura materna (inversão de papéis, abuso físico, abuso psicológico/rejeição, negligência emocional, falha na proteção, negligência material). Para os fatores relacionados à figura paterna, os valores correspondentes são 0,87, 0,99, 0,85, 0,75 e 0,78 para negligência emocional, falha na proteção, negligência material, abuso psicológico/rejeição e abuso físico, respectivamente.

É relevante salientar, contudo, que o instrumento em questão ainda não se encontra disponível no cenário brasileiro, onde há uma escassez de ferramentas comparáveis para a avaliação das sequelas do trauma complexo. Assim, o objetivo primordial deste estudo consistiu em adaptar o ComplexTQ para a realidade brasileira.

Esta pesquisa é relevante em diversos âmbitos. Socialmente, contribui para a compreensão dos efeitos das experiências traumáticas prolongadas e repetitivas, permitindo o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e intervenção, com impacto positivo na saúde pública. Na esfera política, fornece embasamento para políticas públicas destinadas a reduzir a incidência de exposição ao trauma complexo, especialmente em populações vulneráveis, e a alocar recursos para apoio a longo prazo. Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa amplia o conhecimento existente sobre trauma complexo, oferecendo informações valiosas para aprimorar ferramentas de avaliação mais precisas e terapias culturalmente sensíveis, contribuindo para o avanço da psicologia clínica e da pesquisa em saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trauma Complexo

O termo "trauma" foi originalmente usado pela medicina no final do século XVII, inicialmente para indicar uma "ferida" ou "lesão" de natureza física. Derivado do grego antigo, posteriormente o termo foi adaptado e ampliado para incluir também lesões emocionais ou psicológicas em seu significado (Harper, 2015; University of Oxford, 2023). Essa expansão de significado estabeleceu as bases para estudos das reações emocionais intensas e duradouras que ocorrem em resposta a eventos ou experiências extremamente estressantes, ameaçadoras ou prejudiciais, compreendidas atualmente como trauma psicológico.

A pesquisa sobre trauma psicológico teve origem na observação dos efeitos de eventos extremos que excedem as capacidades de processamento psicológico dos indivíduos. A concepção científica desse fenômeno teve início no século XVIII, quando John Eric Erichsen associou as consequências do trauma psicológico à concussão espinhal durante colisões, estabelecendo uma correlação entre a gravidade desses traumas e o terror experimentado pelas pessoas afetadas (Langer et al., 2020). Jean-Martin Charcot, por sua vez, introduziu uma perspectiva distinta ao desenvolver sua teoria da histeria traumática com base na observação de que sintomas poderiam surgir após eventos traumáticos, mesmo sem danos físicos imediatos. Sua teoria enfatizava a necessidade de uma predisposição nos indivíduos afetados e introduziu o conceito de "agente provocador" para explicar como eventos externos desencadeiam sintomas, contribuindo para a noção contemporânea de síndrome pós-traumática na medicina (Pereira, 1999).

Hermann Oppenheim, em 1889, cunhou o termo "neurose traumática", atribuindo sua origem ao cérebro e relacionando as diferenças na resposta a uma disposição do sistema nervoso (Schestatsky et al., 2003). Sigmund Freud, posteriormente, localizou a origem das neuroses traumáticas na reinterpretação das experiências da primeira infância na vida adulta, concebendo isso como "posterioridade" (Nachträglichkeit) (Liebermann, 2015). Pierre Janet introduziu a tese da dissociação como consequência de uma experiência afetiva avassaladora, resultando na perda da função integradora da consciência, essencial para a teoria pós-traumática contemporânea (Langer et al., 2020).

Walter Cannon, pesquisador do estresse que desenvolveu a teoria da resposta de "luta ou fuga", abordou o trauma sob uma perspectiva fisiológica, concentrando-se nos efeitos do trauma psicológico nos processos físicos de cicatrização de feridas em soldados da Primeira Guerra Mundial. Abram Kardiner, considerado pioneiro no desenvolvimento da noção de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), explicou a neurose como um processo de adaptação ao ambiente em constante mudança, afastando-se da visão anterior de Freud, que a considerava um mecanismo de defesa (Langer et al., 2020).

Na atualidade, o trauma psicológico é compreendido como o resultado da exposição a estressores traumáticos, isto é, circunstâncias (eventos, experiências e exposições) que excedem significativamente a capacidade do indivíduo de controle, adaptação e resistência, causando, assim, danos psicofisiológicos significativos que podem ser extensos e duradouros. Essas circunstâncias incluem ameaça real ou percebida de morte, lesões graves ou violência sexual, vivenciadas diretamente, testemunhadas ou quando se tem conhecimento de danos

significativos delas a pessoas próximas; e exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos (Ford & Courtois, 2020).

Nas últimas três décadas, novas descobertas sobre o trauma psicológico vêm emergindo e variações complexas dela vem sendo conhecidas. Estudos como os de Herman (1992b), Ford (1999) e Zlotnick et al. (1996) sinalizaram a existência de uma síndrome traumática complexa afetando populações expostas a traumas prolongados e repetidos, mas que era insuficientemente abordada pelas características diagnósticas psiquiátricas disponíveis até o momento.

Terr (1991), pioneira na pesquisa sobre trauma na infância, observou dois tipos de resposta ao trauma em seus estudos: o Tipo I, envolvendo eventos únicos e breves, geralmente impessoais e inesperados; o Tipo II, abrangendo traumas interpessoais recorrentes e prolongados, incluindo intrusão física, sexual e emocional, que são antecipados e temidos. Embora ambos os tipos tenham a capacidade de induzir sintomas característicos de Transtorno de Estresse Agudo e TEPT em seus desdobramentos, o Tipo II incorpora dimensões adicionais que desencadeiam reações e sintomas que superam aqueles observados no contexto do TEPT clássico, como dissociação, raiva e comportamento autodestrutivo.

Com base nessas observações, Herman (1992a) sugeriu a formulação de um novo diagnóstico que integrasse essa nova sintomatologia e aventou a revisão de alguns diagnósticos atribuídos a vítimas de traumas prolongados e repetidos, mormente vítimas de abuso na infância. Para ela, muitos diagnósticos de transtorno de somatização, de personalidade borderline e de personalidade múltipla atribuídas a vítimas de abuso infantil nada mais são que diferentes efeitos desse trauma complexo e que foram moldados pela adaptação da vítima ao ambiente traumático na infância. A partir dessas observações, a noção de trauma complexo foi sendo elaborada.

O trauma complexo é uma forma de trauma que se distingue por uma série de fatores e dimensões que o tornam uma experiência profundamente impactante e intrusiva na vida de uma pessoa. Segundo Ford & Courtois (2020), os fatores e dimensões que o caracterizam são:

a) Fatores:

- a. Eventos estressores interpessoais: O trauma complexo envolve eventos estressores de natureza interpessoal, frequentemente caracterizados por traição nas relações.
- b. Recorrência e cronificação: Ele é marcado por eventos traumáticos recorrentes, prolongados e crônicos, o que amplifica o impacto.
- c. Envolvimento de cuidadores: O trauma complexo inclui o envolvimento de ataque direto, dano, negligência e abandono por parte de cuidadores ou

adultos responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes, podendo se estender a organizações e culturas que negam a ocorrência das circunstâncias traumáticas, não respondem adequadamente ou apoiam os perpetradores.

- d. Vulnerabilidade no desenvolvimento: Geralmente começa em momentos de vulnerabilidade no desenvolvimento da vítima, muitas vezes na infância precoce, e, em alguns casos, até mesmo durante o período pré-natal e na primeira infância.
- e. Comprometimento profundo do desenvolvimento: Tem a capacidade de comprometer profundamente a maturação física e psicológica da criança, além de minar ou reverter importantes conquistas de desenvolvimento em qualquer ponto da vida.

b) Dimensões:

- a) Atos interpessoais intencionais: O trauma complexo envolve atos interpessoais intencionais, nos quais a pessoa é alvo de ações deliberadas que causam danos.
- b) Impossibilidade de escapar: Frequentemente ocorre em situações nas quais a vítima não consegue escapar das agressões, criando uma sensação de aprisionamento.
- c) Danos potencialmente irreparáveis: As experiências traumáticas complexas têm o potencial de causar danos que são difíceis ou, por vezes, tidas por impossíveis de reparar.
- d) Intimidade: Esses eventos traumáticos são altamente íntimos, invadindo a esfera pessoal e privada do indivíduo.
- e) Intrusão: O trauma complexo é intrusivo, invadindo não apenas a mente, mas também o corpo do indivíduo.
- f) Ameaça iminente: Geralmente envolve uma ameaça iminente à integridade e bem-estar da pessoa.
- g) Deformações de identidade: O trauma complexo pode causar deformações na identidade da pessoa, afetando sua capacidade de integrar sua identidade e experiências.
- h) Disrupção nas relações interpessoais: Também interfere na capacidade do indivíduo de manter relacionamentos interpessoais íntimos e outros tipos de relações.

O trauma complexo ocorre frequentemente de maneira repetida e em camadas, o que favorece a ocorrência de outros fenômenos como polivitimização e a revitimização em quem o sofre. A polivitimização ocorre quando a vítima enfrenta diversos tipos de trauma, como abuso físico ou sexual, negligência, dano emocional ou outros eventos traumáticos, muitas vezes de maneira cumulativa e sobreposta, aumentando a necessidade de defesas psicobiológicas contínuas (Ford & Courtois, 2020; Lee et al., 2022; Wolfe, 2018). A revitimização costuma ocorrer em circunstâncias em que a vítima não consegue escapar da situação abusiva e é intimidada a permanecer em silêncio, como em contextos familiares ou sistemas fechados (Fereidooni et al., 2023; Walker & Wamser-Nanney, 2022). Ambos os fenômenos contribuem para o agravamento dos efeitos do trauma complexo.

Quando um indivíduo é exposto a situações de estresse ou adversidade, o corpo ativa mecanismos de resposta para enfrentar ou fugir, retornando ao estado de homeostasia após a superação da experiência. No entanto, em casos de estressores traumáticos, especialmente aqueles envolvendo perigo e insegurança persistentes, o corpo pode atingir um estado conhecido como alostasia. Nesse estado, o corpo não consegue mais restabelecer seu equilíbrio inicial e permanece cronicamente ativado, aumentando a vulnerabilidade a exaustão, colapso e doenças, tudo em busca de manter a estabilidade psicológica (Bobba-Alves et al., 2022; Finlay et al., 2022).

Essa resposta ao estresse crônico envolve mudanças no funcionamento do cérebro, onde as áreas relacionadas à sobrevivência, como o tronco cerebral e a amígdala, assumem o controle, temporariamente diminuindo ou desligando áreas responsáveis pelo aprendizado, pensamento consciente e julgamento, como as áreas pré-frontais do córtex (Giotakos, 2020). Em condições ideais, essas áreas executivas retomariam suas funções quando o perigo passasse. No entanto, em casos de traumas complexos, essas áreas executivas frequentemente permanecem inativas, e o cérebro passa a ser predominantemente controlado pelas áreas de sobrevivência e defesa. Consequentemente, o funcionamento do cérebro de aprendizagem, que permite aos indivíduos explorarem o mundo em busca de conhecimento, desenvolver relacionamentos e alcançar objetivos de vida, é interrompido. Isso resulta em labilidade emocional, pensamento impulsivo ou evitativo e comportamento dissociativo (Matte-Landry et al., 2022). Paralelamente, o corpo sofre com a carga alostática, levando à suscetibilidade a doenças, lesões e um ciclo de exposição contínua a traumas complexos e sintomas relacionados. A persistente dependência do cérebro nas respostas de sobrevivência e reflexos inconscientes pode diminuir a capacidade de autoproteção. Em última análise, o cérebro preso no modo de sobrevivência se torna uma segunda natureza, minando outras formas de autorregulação. Nesses

casos, os indivíduos estão presos à mercê de um cérebro que é altamente reativo (hiperexcitado), anestesiado, lento ou dissociativo (hipoexcitado), ou ambos. É esse dilema de estar preso no modo de sobrevivência, e não uma falta de inteligência, força de vontade ou caráter, que contribui para os efeitos do trauma complexo (Ford, 2020).

Indivíduos submetidos a traumas complexos frequentemente demonstram um amplo espectro de respostas emocionais. Notadamente, reações intensas, tais como terror, raiva e vergonha debilitante, são proeminentes nesses casos. A desregulação emocional é uma característica distintiva, que varia desde emoções extremas até uma desconexão emocional, refletida em sentimentos de vazio e entorpecimento emocional. Essa desconexão compromete a capacidade das pessoas afetadas de identificar e expressar suas emoções de maneira saudável (Paulus et al., 2021).

As sequelas do trauma complexo frequentemente resultam em relações interpessoais tumultuadas e complexas, o que dificulta tanto o estabelecimento quanto a manutenção de relacionamentos saudáveis. As vítimas podem desenvolver uma autoimagem negativa, percebendo-se como danificadas ou contaminadas, afetando adversamente tanto a autoestima quanto o autoconceito e prejudicando a percepção de sua identidade pessoal (Ford & Courtois, 2020). A dissociação é uma reação recorrente diante do trauma complexo, envolvendo uma desconexão do *self*, do ambiente ou da situação traumática. Isso pode abranger sentimentos de despersonalização, desrealização e fragmentação do *self*. A presença de lembranças intrusivas e flashbacks dos eventos traumáticos é comum entre os sobreviventes de trauma complexo, podendo ser altamente angustiante e perturbadora (Fung et al., 2022; Nieuwenhove & Meganck, 2019).

Embora muitos estudos sobre o trauma complexo o investiguem em seu contexto inicial na infância, hoje já se sabe que ele pode continuar ou até mesmo iniciar-se na idade adulta em várias formas, como assédio sexual, violência doméstica, violência de gênero, sequestro, guerra, tortura, genocídio, bullying, tráfico humano e formas de aprisionamento ou escravidão (Cénat, 2023; Ford, 1999; Ford & Courtois, 2020; Silva et al., 2021; Pérez et al., 2023; Solomon et al., 2008). Além disso, ele frequentemente atravessa gerações, causado pela falta de reconhecimento ou resolução de traumas e perdas anteriores, bem como abusos recorrentes (Kizilhan et al., 2021; Robin et al., 2021; Scott & Copping, 2008). A opressão e o tratamento discriminatório com base em características como etnia, cor de pele, gênero, identidade e orientação sexual, classe social, idade, capacidade e status econômico podem levar à opressão e maus-tratos de famílias e comunidades inteiras, criando condições de trauma individual

cumulativo histórico, bem como trauma de grupo ou social (Cénat, 2023; Mills, 2021; Wamser-Nanney et al., 2018).

A elaboração de um diagnóstico abrangente para o trauma complexo é uma tarefa crucial, porém desafiadora. Isso decorre do reconhecimento de que diagnósticos como o TEPT clássico não conseguem capturar adequadamente as complexas ramificações do trauma complexo (Herman, 1992a). Como resultado, indivíduos expostos a traumas complexos frequentemente recebem diagnósticos descontextualizados, como transtornos de personalidade, transtornos dissociativos, transtornos psicóticos, transtornos somatoformes, transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Esses diagnósticos inadequados acarretam consequências prejudiciais, incluindo a desvalidação das experiências traumáticas, prolongamento do sofrimento, estigmatização e tratamentos ineficazes por não abordarem o trauma em questão. Além disso, a estigmatização interna e a discriminação são comuns entre aqueles que recebem diagnósticos inadequados, como o transtorno de personalidade borderline, que tem uma forte ligação com históricos de abuso na infância (Herman, 1992b; Price et al., 2019).

Para superar esse desafio, foram propostos diversos diagnósticos alternativos que visam capturar de maneira mais precisa o trauma complexo. Três categorias diagnósticas se destacam: Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C), Transtorno de Estresse Extremo Sem Outra Especificação (DESNOS) e Transtorno Traumático do Desenvolvimento (DTD). Cada uma dessas classificações leva em consideração a exposição ao trauma complexo e organiza os sintomas em categorias distintas, mas todas têm por base a relação com o construto Distúrbio de Organização do Self, marcado pela desregulação emocional, desregulação interpessoal e desregulação do self, que diferenciam o trauma complexo de outros tipos de trauma (Ford & Courtois, 2020).

O TEPT-C, em particular, obteve reconhecimento internacional e foi incorporado na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2019). O DSM-5 também incluiu algumas características do TEPT complexo, embora o considere como um subtipo do TEPT, e não como um diagnóstico independente (American Psychiatric Association, 2023). Além disso, o DTD enfatiza a importância de considerar as experiências traumáticas ao longo da vida (Morelli & Villodas, 2022; Spinazzola & Briere, 2020). Sem embargo, é importante notar que a complexidade inerente do trauma complexo torna desafiador enquadrá-lo em uma única estrutura diagnóstica.

A avaliação psicológica desempenha um papel essencial na definição do tratamento de pacientes, especialmente quando enfrentam sintomas pós-traumáticos complexos. A utilização

de avaliações estruturadas permite aos clínicos identificarem áreas de intervenção cruciais, resultando em tratamentos mais abrangentes e eficazes (Spinazzola & Briere, 2020). No entanto, no contexto brasileiro, há uma carência de instrumentos disponíveis para avaliar as reações pós-traumáticas complexas. Donat et al. (2019) realizou a adaptação transcultural do International Trauma Questionnaire (ITQ) para o português brasileiro com o propósito de identificar sintomas associados ao TEPT e ao TEPT-C. No entanto, dado o fenômeno da polivitimização que frequentemente ocorre em casos de traumas complexos, e observando que muitos instrumentos existentes se concentram em tipos específicos de abuso e negligência na infância, Vergano et al. (2015) propôs o desenvolvimento do Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ) com o objetivo de ampliar a capacidade de identificação de sintomas relacionados ao trauma complexo. Até o momento, o ComplexTQ ainda não foi disponibilizado para uso no contexto brasileiro.

O tratamento do trauma complexo, especificamente TEPT-C, envolve uma abordagem em três fases: avaliação, estabilização, processamento do trauma e transição para uma vida mais significativa. Existem diferentes diretrizes que enfatizam a segurança e a estabilização antes do processamento do trauma, enquanto outras são mais flexíveis e orientadas para o cliente (Ford & Courtois, 2020).

Em uma revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados, Karatzias et al. (2019) avaliaram intervenções psicológicas para o TEPT em pacientes com níveis clinicamente significativos de sintomas de TEPT-C, incluindo disfunção da regulação do afeto, autoimagem negativa e/ou relacionamentos perturbados. Os resultados revelaram que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a exposição isolada (EI) e a Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (DRMO) foram superiores ao tratamento usual para os sintomas de TEPT, com efeitos que variaram de $g = -0.90$ (TCC) a $g = -1.26$ (DRMO). Além disso, TCC, EI e EMDR demonstraram efeitos moderados a grandes na melhoria da autoimagem negativa e dos relacionamentos perturbados, sugerindo que essas intervenções podem servir como base para o desenvolvimento de tratamentos eficazes para o TEPT-C. Contudo, os benefícios foram menores em comparação com intervenções não específicas, o que sugere que o tratamento de trauma complexo é adaptativo e depende da avaliação clínica e das necessidades do cliente.

As particularidades de cada cliente se destacam no contexto das experiências adversas associadas ao trauma complexo, sendo estes múltiplos e com impactos cumulativos na saúde psicológica. Circunstâncias traumáticas, como abuso físico, sexual, emocional, negligência e instabilidade familiar, contribuem para a complexidade do trauma ao influenciar a manifestação

persistente de sintomas psicológicos. A compreensão dessa relação é essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes, uma vez que essas circunstâncias moldam a natureza e extensão dos desafios enfrentados pelos indivíduos expostos ao trauma complexo, oferecendo valiosos insights para a prática clínica e pesquisa em saúde mental.

2.2 Experiências adversas relacionadas com o trauma complexo

Atualmente, a prevalência de experiências adversas relacionadas ao trauma complexo, especialmente casos de violência e abuso, constitui um desafio de saúde pública global com impacto substancial em grupos vulneráveis, notadamente crianças e adolescentes. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que mais de um bilhão de crianças entre 2 e 17 anos tenham sido vítimas de violência física, sexual, psicológica ou negligência no último ano (World Health Organization, 2022). No Brasil, apenas no primeiro semestre de 2021, foram registradas 50.098 denúncias de violência contra crianças e adolescentes, sendo que 81% desses incidentes ocorreram no ambiente doméstico das vítimas (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2021). É importante ressaltar que a avaliação dessas situações, sobretudo no contexto brasileiro, continua enfrentando desafios de subnotificação e registros deficientes, o que pode sinalizar uma realidade ainda mais expressiva de eventos dessa natureza (United Nations Children's Fund, & Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

De acordo com Vergano et al. (2015), as experiências adversas associadas ao trauma complexo podem ser agrupadas em domínios operacionais, que incluem negligência, rejeição, abuso psicológico, abuso físico, abuso sexual, testemunho de violência doméstica, inversão de papéis, separações e perdas.

2.2.1 Negligência

A negligência infantil é caracterizada pela omissão das necessidades essenciais no contexto do cuidado de crianças, abarcando os âmbitos físico, emocional e educacional, e é a forma mais prevalente de abuso infantil (Avdibegović & Brkić, 2020; Pekarsky, 2022). A negligência física manifesta-se quando os cuidadores, sejam eles pais ou outros responsáveis, não conseguem fornecer de maneira adequada elementos vitais como alimentação, vestuário, higiene e cuidados básicos de saúde (Stickley et al., 2021). Por sua vez, a negligência emocional se evidencia pela ausência de afeto, amor ou apoio emocional por parte dos cuidadores (Ylittero et al., 2023). Já a negligência educacional ocorre quando a criança não é devidamente matriculada na escola, não frequenta regularmente um ambiente educacional convencional, seja público ou privado, ou não recebe educação em casa (Van Wert et al., 2018). Importa salientar

que a negligência se diferencia do abuso, pois, geralmente, os cuidadores não têm a intenção deliberada de prejudicar as crianças sob sua responsabilidade (Pekarsky, 2022).

A negligência infantil apresenta associações com diversos fatores de risco. De acordo com Souza et al. (2022), fatores socioeconômicos, como a condição de pobreza e a escassez de recursos desempenham um papel significativo na predisposição à negligência infantil. Em uma revisão meta-analítica, Mulder et al. (2018) identificaram que os fatores de risco vinculados aos cuidadores, destacando-se ter histórico de comportamento antissocial/criminal ($r = 0,372$), de problemas mentais/psiquiátricos ($r = 0,259$), de problemas mentais/físicos ($r = 0,207$) e de experiências de abuso na própria infância ($r = 0,182$) como correlações estatisticamente significativas.

A negligência infantil recorrente e prolongada tem muitas consequências no desenvolvimento psicossocial da criança. Privação dos direitos humanos, problemas de saúde, fenômenos de dissociação, modelagem inadequada de relacionamentos, vínculo afetivo comprometido são algumas consequências que podem se estender a longo prazo (Brand, 2024; Souza et al., 2022; Haslam & Taylor, 2022).

2.2.2 Rejeição

A rejeição compreende as convicções, tanto em crianças quanto em adultos, de que suas figuras de apego, como pais, responsáveis ou parceiros íntimos, carecem de afeição ou preocupação para com eles, sem que haja, necessariamente, manifestações comportamentais evidentes de negligência, falta de afeto ou agressividade por parte dessas figuras (Rohner, 2004).

Indivíduos que vivenciaram a percepção de rejeição por parte de seus pais, tendem de maneira generalizada a relatar um conjunto específico de desajustes psicológicos. Esses desajustes compreendem sete características distintas, a saber: (a) manifestações de hostilidade, agressão ou problemas associados à gestão desses comportamentos; (b) expressão de dependência ou independência defensiva, variando de acordo com a forma, frequência, duração e intensidade da rejeição percebida; (c) comprometimento da autoestima; (d) prejuízo na autoadequação; (e) ausência de respostas emocionais; (f) instabilidade emocional; e (g) adoção de uma perspectiva negativa em relação ao mundo (Khaleque & Rohner, 2002).

Estudos recentes abordando a temática da rejeição parental e suas implicações psicológicas têm contribuído significativamente para a compreensão desses fenômenos. Mendo-Lázaro et al. (2019) conduziram uma análise que revelou uma clara associação entre a rejeição parental percebida por adolescentes e a instabilidade emocional, evidenciando que tanto a crítica e rejeição maternas no início da adolescência quanto a crítica e rejeição paternas

na adolescência média estiveram relacionadas a esse desajuste emocional. Esses resultados corroboram a ideia de uma interligação entre o ajuste emocional de crianças e adolescentes e a dinâmica familiar. Além disso, Rohner et al. (2020), em um estudo multicêntrico fundamentado na teoria da aceitação-rejeição interpessoal (IPARTheory), constataram que as recordações de rejeição materna e paterna na infância predisseram, de maneira significativa e independente, os sentimentos de solidão na vida adulta. Destaca-se que a recordação da rejeição paterna apresentou uma relação mais marcante com esses sentimentos em comparação com as recordações da rejeição materna. Esses achados reforçam a importância de considerar as experiências de rejeição parental ao analisar as realidades psicológicas de indivíduos, enfatizando as diferentes nuances desse fenômeno ao longo do desenvolvimento.

2.2.3 Abuso psicológico

O abuso psicológico é um fenômeno complexo presente em várias dinâmicas relacionais. Ele se manifesta por meio de críticas maldosas, acusações, xingamentos, ofensas, desprezo, ironia, ameaças veladas, silêncio como forma de punição, controle excessivo sobre os passos da vítima, bem como por frases proferidas com o propósito de causar confusão, sendo tais comportamentos repetidos ao longo do tempo, resultando na perda do equilíbrio necessário para uma vida plena por parte da pessoa abusada (Teodoro, 2020). Na literatura, o abuso psicológico é também denominado como violência psicológica ou abuso emocional (Piolanti & Foran, 2022; Rached et al., 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 no Brasil revela que o abuso psicológico é a forma mais prevalente de abuso entre adultos, com uma taxa de 17,4% (IC95% 16,9–17,9), superando a violência física (4,1%; IC95% 3,9–4,4) e a violência sexual (0,8%; IC95% 0,7–0,9) (Mascarenhas et al., 2021). É relevante observar que o abuso psicológico é frequentemente subnotificado, especialmente entre adolescentes, conforme destacado por Rizvi e Najam (2014), que apontam a associação significativa entre o abuso psicológico perpetrado pelos pais e problemas de saúde mental em adolescentes.

A importância do abuso psicológico nas relações conjugais, particularmente direcionado às mulheres, é ressaltada por Heise et al. (2019). Este tipo de abuso está associado a impactos negativos na saúde das mulheres, muitas vezes sendo percebido como mais prejudicial do que a violência física ou sexual. A Lei 14.188, promulgada em 28 de julho de 2021, marca um avanço significativo ao reconhecer a violência psicológica contra a mulher como crime e definir seu conceito. Conforme a legislação, a violência psicológica consiste em causar dano emocional à mulher, prejudicando e perturbando seu pleno desenvolvimento, visando degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, por meio de ameaça,

constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação (Brasil, 2021). O abuso psicológico emerge como um fator de risco para depressão e aumento do risco de suicídio (Huang & Hou, 2023).

2.2.4 Abuso físico

O abuso físico refere-se a qualquer comportamento que cause lesão ou dano à integridade física ou à saúde de outra pessoa (Brasil, 2006). Esta forma de abuso implica no uso de objetos ou partes do corpo por parte de um indivíduo com o intuito de prejudicar fisicamente a outrem e/ou controlar suas ações. Exemplos incluem tapas, palmadas, empurrões, socos, chutes, estrangulamento, queimaduras, agressões com armas ou objetos (United Nations Children's Fund, 2014). No contexto da população feminina brasileira, mais de 20% das mulheres relataram ter vivenciado violência física em algum momento de suas vidas, com mais de 10% relatando essa experiência no ano anterior (Nakamura et al., 2023).

O abuso físico pode acarretar consequências adversas a longo prazo, incluindo distúrbios físicos e psicológicos, podendo, em casos extremos, resultar em óbito (Ekawati et al., 2022). A exposição a castigos físicos e abuso está associada a níveis mais elevados de agressão, depressão e a uma menor regulação do comportamento acadêmico em adolescentes (Ma et al., 2022; Zhou & Zhen, 2022). Em adultos que fazem uso de drogas ilícitas, a prevalência de abuso físico na infância atingiu 34,8%. Análises multivariadas revelaram uma associação significativa entre o abuso físico na infância e uma elevada probabilidade de vitimização violenta na vida adulta (AOR = 1,34, IC95%: 1,23-1,46) (Sagram et al., 2021).

O estudo com idosos de Gardezi et al. (2022) constatou que 13% dos idosos vítimas de abuso físico apresentaram fraturas ao procurar serviços de pronto-socorro. Idosos que sofreram abuso eram mais propensos a serem mulheres, pertencerem a quartis de renda mais baixos, possuírem diagnóstico de transtornos mentais, demência e deficiência intelectual, além de serem mais jovens quando comparados a outros pacientes com fraturas. A regressão multivariada revelou uma associação mais provável entre abuso físico e fraturas de crânio e costelas.

2.2.5 Abuso sexual

O abuso sexual é qualquer atividade sexual que ocorre sem consentimento (Brasil, 2013). Também conhecido como agressão sexual ou violência sexual, esse fenômeno, caracterizado por sua complexidade intrínseca, manifesta-se de diversas formas e adquire configurações específicas nas esferas das relações individuais, sociais, políticas ou culturais,

predominantemente impulsionadas por dinâmicas de poder (Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente & Ministério da Saúde, 2023).

O abuso sexual é um problema global que afeta indivíduos de diferentes idades, classes sociais, etnias e culturas. Pesquisas em diversos países indicam que as taxas de abuso sexual são mais elevadas entre mulheres em comparação com homens (Borumandnia et al., 2020; Dworkin et al., 2021). No Brasil, de 2015 a 2021, foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, com maior incidência em 2021, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente & Ministério da Saúde, 2023). A distribuição desses casos revela que 41,2% envolveram crianças e 58,8% adolescentes, sendo 76,9% das notificações relacionadas a meninas (N = 64.230). Na faixa etária mais afetada (de 5 a 9 anos), a prevalência foi de 53,6% para meninas e 60,1% para meninos. A incidência foi mais expressiva em indivíduos negros, representando 42,1% para pardos (N = 35.216) e 7,0% para pretos (N = 5.831). Mais de um terço dos casos foi recorrente (35,0% para meninas, 34,4% para meninos), com a maioria ocorrendo em ambientes residenciais (72,4% para meninas, 65,9% para meninos). Miranda et al. (2020) apontam que a violência sexual tem maior probabilidade de ocorrer em vítimas do sexo feminino (Odds Ratio = 11,39), principalmente em suas residências (Odds Ratio = 1,96) e tendo o pai por agressor mais provável (Odds Ratio = 8,97). O consumo de álcool pelo agressor eleva a chance do desfecho (Odds Ratio = 2,26).

A exposição ao abuso sexual resulta em diversas consequências, conforme evidenciado em estudos recentes. Lima et al. (2022) observaram modificações cerebrais significativas, indicando alterações no volume, conectividade funcional e composição bioquímica em vítimas de abuso sexual infantil. Em sua revisão de escopo, Iloson et al. (2021) identificaram a relação entre o abuso sexual e sintomas de somatização, embora os sintomas não fossem específicos. Além disso, a alta exposição ao abuso sexual está associada ao aumento no uso de substâncias, persistindo desde a adolescência até a idade adulta jovem, independentemente do risco genético, segundo Mishra (2024). E a pesquisa de Brokke et al. (2022), que abordou a relação entre abuso sexual, dissociação e comportamento suicida em pacientes psiquiátricos com ideação suicida, destacou que vítimas de abuso sexual apresentam maior dissociação, iniciaram pensamentos suicidas precocemente, são mais propensas a autolesões e tem maior probabilidade de tentativas de suicídio, realizando um número significativamente superior destas em relação a não vítimas. A análise de mediação desse estudo revelou que a dissociação desempenha um papel crucial na relação entre abuso sexual e tentativas de suicídio, mediando 68% dessa associação, ressaltando

a importância da avaliação e tratamento do abuso sexual e sintomas correlacionados na prevenção do comportamento suicida.

2.2.6 Testemunho de violência doméstica

No contexto brasileiro, a violência doméstica, segundo os termos estabelecidos pela Lei nº 11.340/2006, engloba toda ação ou omissão contra a mulher, com base no gênero, que resulte em morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral ou patrimonial. Tal abrangência aplica-se a espaços de convívio permanente, unidades domésticas com ou sem vínculo familiar, a comunidade familiar, e qualquer relação íntima de afeto, independentemente da coabitação (Brasil, 2006).

Em todo o mundo, crianças e adolescentes têm sido expostos a um aumento significativo na violência doméstica, impactando profundamente suas vidas como os membros mais vulneráveis da sociedade (Ferrara et al., 2021). Quando residem em lares onde testemunham esse abuso entre parceiros, são frequentemente considerados como vítimas secundárias (Black & Newman, 2000).

A exposição de crianças à violência doméstica resulta em sérias consequências, direta e indiretamente afetando a saúde física e psicológica, bem como o cotidiano das vítimas. Sintomas preponderantes de depressão, insegurança e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), classificados como internalizantes, foram observados em 75,8% dos 122 estudos analisados por Lourenço et al. (2013). Sintomas externalizantes, envolvendo problemas de ajustamento e conduta agressiva, foram identificados em 32,6% da amostra. Um impacto adverso no desempenho escolar e participação em situações de bullying também foram evidenciados em 20% dos artigos. No contexto da exposição de crianças à violência doméstica, as manifestações incluíram violência física, sexual, psicológica, econômica, abandono ou negligência, violência emocional e verbal, além de violência patrimonial.

Segundo Roberts et al. (2010), homens que presenciam violência entre parceiros íntimos na infância têm maior probabilidade de cometer atos semelhantes na vida adulta, em comparação com aqueles que não testemunham tais eventos. Os dados indicam uma associação robusta entre o testemunho de violência entre parceiros íntimos na infância e a perpetração na vida adulta (para testemunho de qualquer violência entre parceiros íntimos, razão de risco [RR] = 2,6 [intervalo de confiança de 95% = 2,1–3,2]; para testemunho frequente ou grave de violência, 3,0 [2,3–3,9]). Resultados semelhantes foram observados no estudo de Forke et al. (2018), que identificou que testemunhar a perpetração de violência doméstica por homens adultos está associada a uma maior tendência à perpetração em rapazes e uma maior incidência de vitimização/perpetração combinada em moças adolescentes. A observação da prática de

crimes por mulheres adultas, seja como únicas perpetradoras ou em uma relação mutuamente violenta com um homem adulto, aumenta o risco de vitimização/perpetração combinada em adolescentes do sexo masculino e feminino.

2.2.7 Inversão de papéis

A inversão dos papéis parentais, também conhecida como parentalização dos filhos, é um processo dentro da dinâmica familiar no qual uma criança assume responsabilidades parentais incompatíveis com seu estágio de desenvolvimento para compensar a conduta regressiva dos seus progenitores (Lecompte & Moss, 2014; Mello et al., 2015). Nessas situações, as necessidades imediatas dos pais são priorizadas em detrimento das necessidades dos filhos.

A inversão de papéis parentais pode ocorrer por diversas razões, que vão desde a fragilização de um dos pais por luto ou trauma, até transtornos de personalidade do tipo Borderline, nos quais a mãe ou o pai não demonstra sensibilidade às necessidades da criança, demandando que a dinâmica seja revertida (Hoffman & Shrira, 2019; Macfie et al., 2017; Meier & Bureau, 2018).

Lecompte e Moss (2014) identificaram uma associação significativa entre a inversão de papéis parentais e o comportamento de adolescentes. Adolescentes inicialmente classificados como desorganizados durante a idade escolar apresentaram maior autorrelato de sintomas externalizantes, sendo mais propensos a interações mãe-filho caracterizadas por inversão de papéis. A inversão precoce de papéis e o desamparo no cuidado durante a adolescência foram identificados como mediadores parciais na associação entre controle precoce-apego punitivo e sintomas externalizantes relatados pelos adolescentes, destacando a importância dessas dinâmicas na desorganização do apego e sua relação com problemas externalizantes.

2.2.8 Perdas e separações

Perda e separação dos cuidadores primários podem ter um impacto profundo na saúde mental de crianças pequenas. A perda traumática refere-se à perda súbita e inesperada de um ente querido devido à morte, dano, doença ou abandono (Briggs-Gowana et al., 2019). E muitos dos efeitos negativos podem ser significativos (Crenshaw, 2006).

Em estudo conduzido por Briggs-Gowana et al. (2019), a perda/separação esteve significativamente associada a sintomas de TEPT, transtorno de apego reativo, incluindo outros traumas. Transtornos psiquiátricos eram aproximadamente 2,5 vezes mais prováveis em crianças que haviam experimentado múltiplas separações/perdas, após considerar a relação com violência interpessoal, que também foi significativa.

A compreensão do impacto das experiências adversas na saúde mental é crucial para pesquisa e prática clínica. O questionário de Vergano et al. (2015) é uma ferramenta relevante que utiliza perguntas dicotômicas para avaliar o contato com experiências adversas, oferecendo uma visão clara da exposição a eventos traumáticos. Ao medir a frequência dessas experiências em uma escala de 1 a 4, o questionário proporciona uma avaliação quantitativa da ocorrência específica desses eventos. A identificação da figura cuidadora, seja o pai, a mãe ou outra, adiciona uma dimensão importante para compreender os contextos relacionais. A mensuração da intensidade do impacto, utilizando uma escala de 1 a 5, contribui para uma avaliação refinada da gravidade dos efeitos psicológicos. Este instrumento possibilita uma análise precisa e diferenciada do impacto na saúde mental, destacando-se como uma ferramenta valiosa para pesquisa e intervenção clínica.

A exposição a eventos traumáticos, como mencionado, não apenas gera respostas emocionais imediatas, mas também influencia os traços de personalidade ao longo do tempo. Compreender a dinâmica dessa influência é crucial, pois tais eventos podem catalisar a emergência e moldar a evolução de traços de personalidade ao longo da vida. Uma análise abrangente da interação entre eventos traumáticos e traços de personalidade é essencial para desenvolver estratégias terapêuticas eficazes que abordem as complexidades dessa relação e ofereçam suporte integral ao indivíduo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Realizar a adaptação transcultural do instrumento ComplexTQ, desenvolvido por Vergano et al. (2015), para o português brasileiro.

3.2 Objetivos específicos

- a) Adaptar semanticamente o instrumento ComplexTQ, desenvolvido por Vergano et al. (2015), para o português brasileiro.
- b) Avaliar as propriedades psicométricas de validade, precisão/fidedignidade e estrutura fatorial da versão adaptada para o português brasileiro.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento metodológico

Trata-se de uma adaptação transcultural acompanhada por análise fatorial confirmatória para avaliar a estrutura interna do instrumento.

4.2 Participantes

O estudo contou com a participação de 150 pessoas, com idades entre 17 e 59 anos ($M=27,6$; $DP=9,9$), sendo 64% mulheres, 32,7% homens, 2,7% pessoas não-binárias e 0,7% mulheres transgênero. Quanto à raça/etnia, 66,7% se autodeclararam negras(os), 30,7% brancas(os), 2% indígenas e 0,7% amarelas(os). Em relação à formação acadêmica, 45,3% possuíam ensino médio completo, 39,3% estavam cursando graduação, 10% eram mestres, 4% haviam concluído pós-graduação *lato sensu*, e 1,3% possuíam doutorado. No que tange à vivência de eventos traumáticos na infância, 84,7% dos participantes relataram ter passado por alguma experiência traumática, enquanto 15,3% indicaram não ter vivenciado tais eventos. Em relação ao atendimento psicológico, 55,3% afirmaram já terem recebido atendimento, e 44,7% responderam negativamente. Sobre diagnóstico psiquiátrico, 75,3% dos participantes não possuíam nenhum diagnóstico, enquanto 24,7% afirmaram ter recebido diagnóstico. Finalmente, 97,3% dos participantes eram provenientes do estado do Amazonas, 1,3% do Pará, e 0,7% de São Paulo e Minas Gerais.

4.3 Instrumentos

4.3.1 *Questionário de Dados Sociodemográficos*

Este instrumento coletou informações sobre características sociodemográficas, como gênero, idade, estado civil, nível de escolaridade, localização geográfica, orientação sexual e outros dados relevantes (Anexo C).

4.3.2 *Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ)*:

O ComplexTQ, desenvolvido por Vergano et al. (2015), é um instrumento que avalia experiências adversas ocorridas na infância e sua relação com o trauma complexo. Ele abrange múltiplas formas de maus-tratos, como negligência, rejeição, abuso psicológico, abuso físico, abuso sexual, testemunho de violência doméstica, inversão de papéis, separação e perda. O seu objetivo é investigar, retrospectivamente, as experiências traumáticas vivenciadas pela pessoa, adolescente ou adulto, antes dos seus 15 anos de idade.

A formulação dos itens do ComplexTQ baseia-se em ampla revisão da literatura e em experiência clínica, garantindo sua fundamentação teórica e prática. Eles avaliam quatro dimensões principais. A primeira investiga se a ação adversa ocorreu durante a infância, com respostas dicotômicas (sim ou não). A segunda mensura a frequência desses eventos por meio de uma escala *Likert* de 4 pontos (1 = nunca; 4 = frequentemente). A terceira identifica o perpetrador da ação, seja a figura materna, paterna ou outra pessoa. Por fim, a quarta dimensão avalia o impacto percebido do evento na vida do sujeito, utilizando uma escala *Likert* de 5 pontos (1 = nada; 5 = muito).

O instrumento é composto por 70 itens organizados em dois modelos específicos. O Modelo 1, com 33 itens e seis fatores, refere-se às ações realizadas pela mãe, enquanto o Modelo 2, com 29 itens e cinco fatores, avalia as ações realizadas pelo pai. Itens da lista original de 70 itens que não apresentaram carga fatorial significativa não foram excluídos, pois os autores do instrumento ressaltam a necessidade de estudos adicionais para determinar sua relevância em outras amostras.

A consistência interna do instrumento, avaliada por alfa de *Cronbach*, apresenta valores satisfatórios. Para fatores relacionados à mãe, os coeficientes são: 0,74 para inversão de papéis, 0,72 para abuso físico, 0,73 para abuso psicológico/rejeição, 0,85 para negligência emocional, 0,65 para falha na proteção e 0,65 para negligência material. Para fatores relacionados ao pai, os coeficientes são: 0,87 para negligência emocional, 0,99 para falha na proteção, 0,85 para negligência material, 0,75 para abuso psicológico/rejeição e 0,78 para abuso físico. A aplicação do instrumento requer aproximadamente 15 a 20 minutos.

4.4 Procedimentos para Adaptação Cultural

Os procedimentos para a adaptação transcultural do *ComplexTQ*, baseados em Borsa et al. (2012), seguiram cinco etapas.

4.4.1 Primeira etapa – Tradução inglês-português

Nesta etapa inicial, a escala foi traduzida do idioma original (inglês) para o português brasileiro por dois tradutores independentes. O primeiro tradutor não possuía formação em Psicologia, enquanto o segundo era psicólogo. Ambos apresentavam proficiência avançada em inglês e disponibilidade para realizar a tradução do instrumento. Cada tradutor recebeu um protocolo contendo o instrumento original e elaborou um documento com sua respectiva tradução, o que resultou na produção de dois documentos distintos: Tradução 1 e Tradução 2.

4.4.2 Segunda etapa – Síntese das Traduções

A fase seguinte consistiu na síntese das duas traduções efetuadas na etapa anterior. Essas duas traduções foram submetidas a uma análise comparativa pelo pesquisador principal e seu orientador. O objetivo foi identificar e resolver eventuais inconsistências entre as traduções. O resultado foi a elaboração de uma versão consolidada, denominada Tradução 1-2.

4.4.3 Terceira etapa – Análise das Traduções pelo Comitê de Juízes (especialistas)

Na terceira fase do procedimento, buscou-se constituir um comitê de especialistas composto por profissionais com doutorado em áreas relacionadas à violência sexual ou trauma psicológico, proficientes em inglês e português, e que não fizessem parte das etapas anteriores do processo de adaptação. O convite foi inicialmente enviado a dez especialistas; no entanto, apenas uma manifestou disponibilidade para participar. A especialista designada recebeu, então, um protocolo contendo o instrumento original, a tradução síntese e um campo para anotar suas observações relevantes.

Nessa etapa, a especialista avaliou três aspectos essenciais: a) equivalência semântica, referente ao significado das palavras; b) equivalência idiomática, relacionada a expressões coloquiais ou idiomáticas que apresentam dificuldades de tradução para o português; e c) equivalência conceitual, que se refere a termos com significados conceituais semelhantes. A especialista registrou, ainda, eventuais ressalvas ou considerações sobre itens do instrumento traduzido ou sobre o processo de tradução em geral.

O resultado da apreciação da especialista foi a elaboração de uma nova versão traduzida do instrumento, que foi revisado pelo pesquisador principal e pelo professor orientador, com o objetivo de ser usado na etapa subsequente.

4.4.4 Quarta etapa - Pré-teste do instrumento com o público-alvo

Nesta etapa, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a avaliação da compreensibilidade dos itens do instrumento para a população-alvo foi realizada concomitantemente ao procedimento de coleta de dados, dada a sensibilidade do tema e para evitar perder amostra. Os participantes foram questionados sobre a facilidade de compreensão dos itens, fornecendo suas opiniões acerca da clareza e qualidade da redação. Os termos mostraram-se adequadamente utilizados, não exibindo falhas na adaptação linguística.

4.4.5 Quinta etapa – Retrotradução (português-inglês)

A versão obtida na etapa anterior foi retrotraduzida do português para o inglês para verificar a consistência entre a tradução realizada e o instrumento original. Esta retrotradução foi realizada por um tradutor que fala inglês como língua nativa e que possui fluência em

português brasileiro. Posteriormente, a nova versão retrotraduzida será enviada aos autores do instrumento original para sua avaliação.

4.5 Procedimentos Coleta de Dados

A coleta de dados foi por meio de participantes voluntários recrutados por conveniência. Esse recrutamento se deu por contato com várias instituições como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e faculdades de Psicologia na cidade de Manaus, como a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e a Universidade Paulista (UNIP). A abordagem para estabelecer contato foi presencial. Os critérios de inclusão envolviam ser nascido no Brasil, acima de 14 anos. Os critérios de exclusão foram não desejar participar da pesquisa, a presença de diagnósticos graves que impossibilitassem a participação, como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno depressivo maior com características psicóticas, transtorno obsessivo-compulsivo grave; e transtornos com comprometimento neurocognitivo significativo, como autismo com deficiência intelectual.

Os voluntários foram convidados formalmente e apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para darem seu consentimento de participação na pesquisa. Todas as questões éticas relacionadas à pesquisa, incluindo o respeito à integridade e autonomia dos participantes, a participação voluntária com liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento, a garantia de privacidade e confiabilidade dos dados, e a promoção do bem-estar dos participantes sem causar danos, segundo os padrões éticos estabelecidos pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram abordadas e respeitadas.

4.6 Procedimentos de Análise de dados

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória com o objetivo de avaliar a plausibilidade da consistência interna da escala *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ; Vergano, 2015). A análise foi implementada utilizando o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adequado para dados categóricos (DiStefano & Morgan, 2014; Li, 2016).

Os índices de ajuste utilizados foram: χ^2 ; χ^2/gl ; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Valores de χ^2 não devem ser significativos; a razão χ^2/gl deve ser $\leq$ que 5 ou, preferencialmente, $\leq$ que 3; Valores de CFI e TLI devem ser $\geq$ que 0,90 e, preferencialmente acima de 0,95; Valores de RMSEA devem ser $\leq$ que 0,08 ou,

preferencialmente $\leq$ que 0,06, com intervalo de confiança (limite superior) $\leq$ 0,10 (Brown, 2015). Os dados foram analisados no software JASP 0.18.1 (Jasp Team, 2023).

4.7 Procedimentos Éticos

Este estudo foi avaliado pela Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, e foi aprovado sob o parecer nº 6.765.863.

5. RESULTADOS

Na fase confirmatória (n=150), buscou-se investigar que modelo de ComplexTQ melhor se ajustava à matriz de correlação policórica dos itens, se de cinco ou de seis fatores, tomando-se por referência os modelos originais. A análise foi implementada utilizando o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Distefano & Morgan, 2014; Li, 2016).

Com base no exposto, três modelos de medida foram testados na busca de melhores índices de ajuste: modelo 1 original (mãe), modelo 2 original (pai) e o modelo 3 (brasileiro) gerado nesta pesquisa. Os seguintes fatores resultaram da análise separada para experiências com a mãe e o pai: a) Experiências com a Mãe: F1 - Inversão de papéis (7 itens): A mãe depende da criança para suas necessidades emocionais ou físicas, expondo-a a conflitos e violência doméstica; F2 - Abuso físico (5 itens): Comportamentos agressivos, como bater ou gritar de forma intimidante; F3 - Abuso psicológico/rejeição (6 itens): Críticas, insultos e rejeição emocional; F4 - Negligência emocional (7 itens): Indiferença ou falta de suporte emocional; F5 - Falha de proteção (3 itens): Incapacidade de proteger a criança de abusos perpetrados por outros cuidadores e F6 - Negligência material (5 itens): Falta de cuidado físico, educacional ou supervisão; b) Experiências com o Pai: F1 - Negligência emocional (8 itens): Falta de apoio ou envolvimento emocional; F2 - Falha de proteção (2 itens): Similar ao fator identificado para a mãe; F3 - Negligência material (7 itens): Falta de provisão para necessidades físicas e sociais; F4 - Abuso psicológico/rejeição (5 itens): Semelhante ao fator identificado para a mãe; e F5 - Abuso físico (7 itens): Comportamentos agressivos físicos e intimidações

No modelo 3, obtido a partir da amostra brasileira, a análise fatorial confirmatória indicou que a escala tinha 27 itens e 5 fatores (ver Figura 1): F1 – Negligência Emocional (9 itens), F2 – Falha na Proteção (3 itens), F3 – Negligência Material (4 itens), F4 – Abuso Psicológico/Rejeição (7 itens) e F5 – Abuso Físico (4 itens).

Figura 1

Estrutura e cargas fatoriais do ComplexTQ

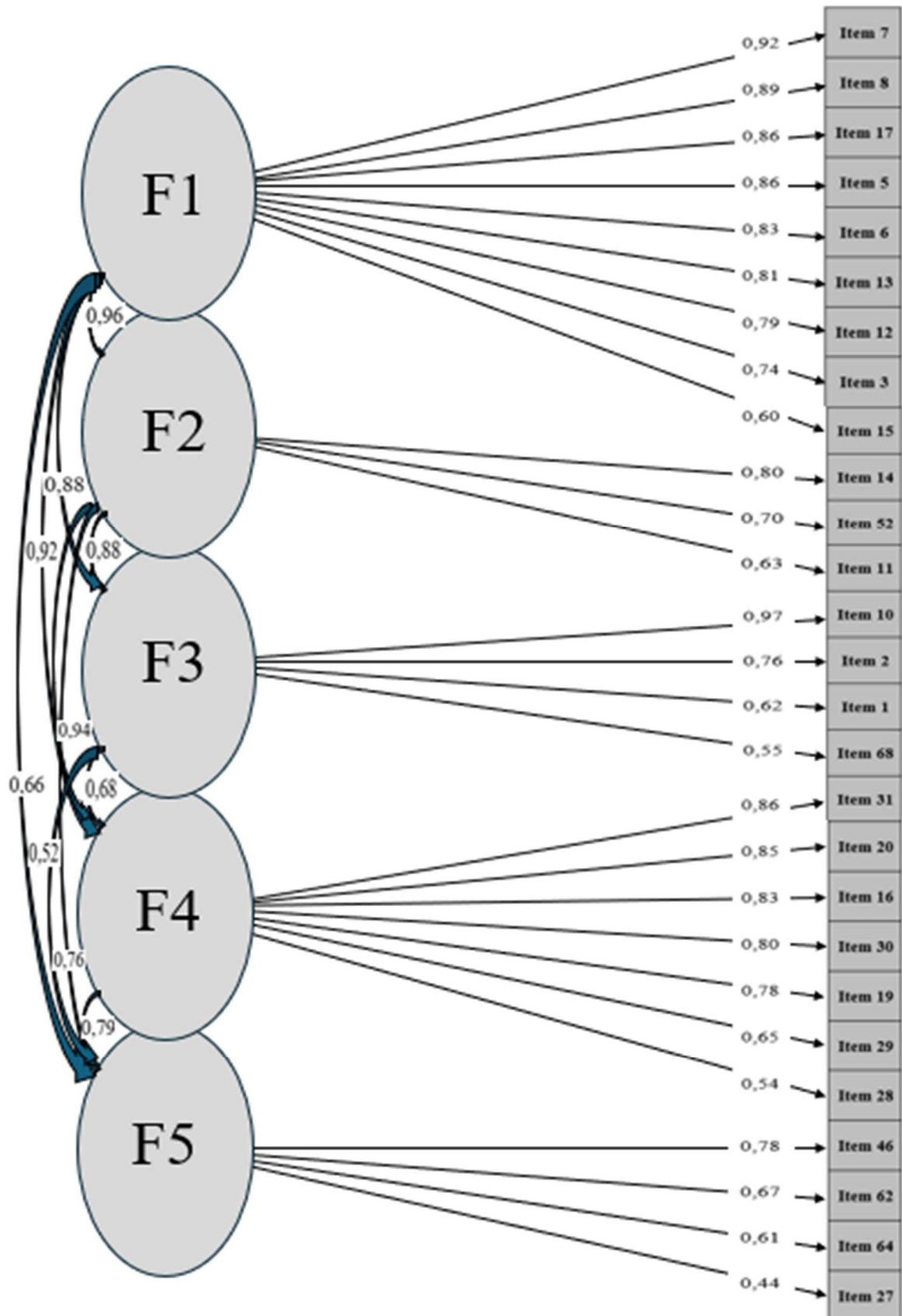


Tabela 1*Índices de Ajuste do Modelo do ComplexTQ*

Modelo	X²(gl)	X²/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90%IC)
Modelo 1 (6 fatores)	965,95** (579)	1,7	0,9840	0,982	0,106	0,067 (0,059-0,074)
Modelo 2 (5 fatores)	702,73** (485)	1,4	0,9900	0,989	0,100	0,055 (0,046-0,064)
Modelo 3 (5 fatores – brasileiro)	380,13** (314)	1,2	0,9960	0,995	0,090	0,038 (0,021-0,051)

Nota: χ^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; ** p < 0,001

Tabela 2*Matriz de Correlações de Spearman entre as Dimensões do ComplexTQ*

Fatores	M	DP	1	2	3	4	5
F1	17,9	7,6	-	0.72** [.63,.79]	0.64** [.53,.72]	0.78** [.70,.85]	0.48** [.35,.60]
F2	5.43	2.4	-	-	0.57** [.45,.67]	0.62** [.50,.72]	0.45** [.32,.57]
F3	5.57	2.3	-	-	-	0.44** [.30,.56]	0.34** [.17,.49]
F4	13.5	5.5	-	-	-	-	0.55** [.43,.65]
F5	7.5	2.8	-	-	-	-	-

Nota: M = Média, DP = Desvio padrão, [] = valores entre colchetes indicam o intervalo de confiança de 95% para cada correlação, * = p < 0,05. ** = p < 0,01.

O modelo 3 (brasileiro) demonstrou vários pontos positivos. Os índices de ajuste desse modelo mostraram-se superiores em comparação aos modelos 1 e 2 originais da escala (ver Tabela 1). E os índices de confiabilidade foram adequados, conforme medido pelo coeficiente alfa de Cronbach (α). Os valores obtidos para os cinco fatores da ComplexTQ adaptado à

amostra brasileira foram: F1 ($\alpha = 0.89$), F2 ($\alpha = 0.59$), F3 ($\alpha = 0.62$), F4 ($\alpha = 0.83$) e F5 ($\alpha = 0.54$). O coeficiente alfa geral da escala foi $\alpha = 0.93$, indicando boa consistência interna.

As relações entre as dimensões foram examinadas por meio de correlações de Spearman, devido à ausência de normalidade nos dados. As correlações apresentaram magnitude moderada e associações positivas, indicando que a escala investiga dimensões associadas ao trauma complexo (ver Tabela 2).

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural do *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ) para o contexto brasileiro. A escolha pela adaptação de um instrumento validado foi motivada pela possibilidade de realizar comparações mais robustas entre diferentes amostras e contextos, preservando a estrutura teórica e metodológica original, o que oferece vantagens em relação à criação de um novo instrumento (Borsa et al., 2012; Borsa & Seize, 2017). Desenvolvido por Vergano et al. (2015), o ComplexTQ foi selecionado por sua relevância na avaliação de traumas relacionais precoces e sua utilidade na investigação dos impactos de experiências adversas na infância e início da adolescência. A adaptação ao Brasil visou colaborar para um diagnóstico culturalmente sensível e ampliar a compreensão das especificidades do trauma complexo na população brasileira.

O ComplexTQ representa uma das primeiras escalas a serem validadas nacionalmente para a avaliação específica do trauma complexo. Embora outros instrumentos de investigação retrospectiva de maus-tratos e traumas na infância tenham sido adaptados ao contexto brasileiro (Barros et al., 2018; Donat et al., 2019; Fiszman et al., 2005; Grassi-Oliveira et al., 2006; Grassi-Oliveira et al., 2014; Kluwe-Schiavon et al., 2016; Mello et al., 2010), o ComplexTQ destaca-se por aprofundar a análise de múltiplos aspectos da experiência traumática e permitir a comparação dos impactos de formas específicas de trauma (Vergano et al., 2015). Sua relevância é ainda mais evidente frente aos altos índices de eventos adversos na infância, relatados por 84,7% da amostra estudada.

A análise fatorial confirmatória (AFC) realizada neste estudo teve como objetivo avaliar a validade estrutural da versão brasileira da escala ComplexTQ, corroborando com a fundamentação teórica da versão original.

A comparação dos modelos avaliados revelou que o modelo brasileiro obteve índices de ajuste superiores aos modelos originais (ver Tabela 1). O Modelo 1, correspondente ao original com seis fatores, apresentou um CFI de 0,9840, TLI de 0,982 e um RMSEA de 0,067, sugerindo

um bom ajuste, mas necessitando de refinamento. O Modelo 2, com cinco fatores, apresentou avanços, com CFI de 0,9900, TLI de 0,989 e RMSEA de 0,055, representando uma estrutura mais parcimoniosa. O modelo brasileiro, Modelo 3, ajustado ao contexto local, obteve desempenho superior, com CFI de 0,9960, TLI de 0,995 e RMSEA de 0,038 (IC90%: 0,021–0,051), valores que são considerados excelentes, segundo a literatura (Brown, 2015; Damásio, 2021; França, 2023). A razão $\chi^2/\text{gl} = 1,2$ reforçou a parcimônia e plausibilidade do modelo.

A versão brasileira da escala ComplexTQ revelou uma estrutura de cinco fatores bem definidos, com cargas fatoriais variando de 0,44 a 0,97 (ver Figura 1). Os domínios identificados foram: Negligência Emocional (F1), Falha de Proteção (F2), Negligência Material (F3), Abuso Psicológico/Rejeição (F4) e Abuso Físico (F5).

A consistência interna em fatores como Negligência Emocional (F1, $\alpha = 0.89$) e Abuso Psicológico/Rejeição (F4, $\alpha = 0.83$) sugerem relevância e universalidade dos temas que eles discutem. O F1, por exemplo, inclui itens que refletem a falta de suporte emocional e validação, experiências que costumam ser destacadas como pilares na literatura sobre traumas complexos (Ford & Courtois, 2020). Essa coesão temática contribui para altas correlações entre os itens, evidenciando o impacto significativo e relativamente constante dessas experiências em diferentes contextos.

A elevada consistência interna dos fatores, juntamente com a adequação teórica dos 27 itens, evidencia que a versão adaptada proporciona uma análise culturalmente contextualizada do trauma complexo à realidade brasileira, considerando a amostra utilizada, preservando a robustez teórica e a validade psicométrica.

O fator Negligência Emocional, composto por nove itens, destacou-se como o mais robusto entre os fatores examinados. Ele reflete a importância do suporte afetivo no desenvolvimento infantil, abordando situações de indiferença, desatenção e indisponibilidade psicológica às necessidades emocionais da criança (Ylitzerv et al., 2023). Itens como "*O(a) cuidador(a) não estava preocupado(a) com meus problemas*" (Item 7) e "*O(a) cuidador(a) não me dava apoio ou segurança quando estava com medo*" (Item 8) obtiveram cargas fatoriais muito altas (acima de 0,80), refletindo a forte presença de negligência emocional na percepção dos respondentes brasileiros. O item "*O(a) cuidador(a) demonstrava favoritismo em relação aos meus irmãos*" (Item 15) também demonstrou que o favoritismo dos cuidadores é mais relevante para a avaliação de negligência emocional no Brasil que nos modelos originais. Segundo Pasian et al. (2020), a pobreza, mesmo não sendo um fator determinante, cria um ambiente favorável para a manifestação da negligência emocional no Brasil.

O fator Falha de Proteção, composto por três itens, reflete a ausência de um ambiente seguro e a falha das figuras parentais em defender a criança em situações de abuso. O item "*Eu achava que o(a) cuidador(a) era extremamente difícil de agradar*" (Item 14) apresentou alta carga no modelo brasileiro (0,80), sugerindo sua relevância no contexto cuidador-criança no Brasil. A carga significativa dos itens deste fator sugere que a falha em oferecer proteção é aspecto fundamental no trauma complexo, alinhando-se à literatura que destaca a ausência de um protetor ou a passividade de observadores como tão impactantes quanto a presença do próprio agressor (United Nations Children's Fund & Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). A relevância desse fator é reforçada ainda pela alta prevalência de violência doméstica e comunitária no país (World Health Organization, 2022), onde o papel dos cuidadores é central na promoção da resiliência em contextos adversos (Gee & Cohodes, 2023).

O fator Negligência Material, composto por quatro itens, refere-se à privação de recursos básicos, como alimentação, vestuário e cuidados médicos (Stickley et al., 2021). O item "*O(a) cuidador(a) não se preocupava e não me acalmava ou tentava fazer com que eu me sentisse melhor quando estava doente*" (Item 10) apresentou carga alta (0,97) sugerindo que a negligência no cuidado da saúde é vista como um indicativo muito forte de negligência material no Brasil. A carga dos itens sugere que, embora a negligência material seja relevante, ela é menos central do que a negligência emocional e a falha de proteção.

O fator Abuso Psicológico/Rejeição, composto por sete itens, aborda experiências de hostilidade emocional e desvalorização interpessoal. Este fator está fortemente relacionado a riscos elevados de depressão, solidão e suicídio na vida adulta (Huang & Hau, 2023; Rohner et al., 2020). Itens como "*Eu me sentia indesejado(a) ou rejeitado(a) pelo(a) cuidador(a)*" (Item 20) e "*O(a) cuidador(a) me difamou e me humilhou*" (Item 8) obtiveram cargas fatoriais muito altas (acima de 0,80), indicando a prevalência significativa do abuso psicológico/rejeição na percepção dos respondentes brasileiros. Com boas cargas fatoriais, o abuso psicológico/rejeição se destaca como um fator chave no trauma complexo, evidenciando sua relevância na adaptação da escala para o Brasil.

O fator Abuso Físico, composto por quatro itens, reflete comportamentos que causam lesões físicas ou danos à saúde mental de uma pessoa (Brasil, 2006). O item "*O(a) cuidador(a) me batia*" (Item 46) apresentou uma carga maior no modelo brasileiro (0,78) quando comparado aos modelos originais (0,50 e 0,57). Isso sugere que, no Brasil, esse comportamento foi mais associado ao abuso percebido do que nos modelos originais. Não obstante, a carga deste fator, apesar de significativa, sugere um impacto inferior ao dos fatores relacionados ao abuso psicológico e à negligência emocional no contexto brasileiro.

Vários itens não apresentaram carga fatorial no modelo brasileiro, sugerindo uma possível divergência cultural ou de interpretação. Itens como "*O(a) cuidador(a) não se preocupava e não me acalmava quando estava machucado/ferido*" (Item 9) e "*O(a) cuidador(a) me forçava a infringir a lei*" (Item 38) não apresentaram relevância no modelo brasileiro, o que pode indicar diferenças na percepção ou vivência dos respondentes sobre esses comportamentos.

A análise dos resultados permitiu identificar que os fatores detectados refletem de forma consistente as experiências traumáticas vividas no contexto brasileiro. Dimensões como negligência emocional e abuso psicológico/rejeição destacaram-se como elementos centrais no modelo, ressaltando a relevância dessas categorias para a compreensão do trauma complexo no Brasil. Esses achados corroboram a validade cultural do instrumento, evidenciando sua sensibilidade ao cenário brasileiro. Contudo, considerando o tamanho e a especificidade da amostra utilizada, os dados devem ser considerados preliminares. O instrumento demonstra confiabilidade, mas requer estudos adicionais em amostras maiores, mais diversificadas e provenientes de diferentes regiões do país, a fim de confirmar e expandir os resultados obtidos nesta pesquisa.

A validação do modelo enfatiza sua importância tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica. Ao identificar especificidades da realidade brasileira, a escala ComplexTQ amplia sua aplicabilidade no campo da Psicologia, ensejando a identificação mais precisa dos impactos associados ao trauma complexo. Com isso, o ComplexTQ possibilita o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes para as demandas singulares da população, fomentando estratégias de cuidado que atendem tanto às vítimas quanto ao fortalecimento das redes de apoio. Ademais, seus achados podem subsidiar a criação de políticas públicas alinhadas às necessidades da população, contribuindo na promoção de uma saúde mental mais abrangente, sobretudo no Amazonas onde esse serviço é mais escasso. Ao integrar avaliação, intervenção e políticas públicas, o ComplexTQ torna-se um instrumento estratégico na construção de um sistema de cuidado mais equitativo e culturalmente informado.

O presente estudo apresentou algumas limitações que precisam ser pontuadas para uma interpretação mais robusta dos achados. A primeira é o tamanho da amostra, composta por 150 participantes, predominantemente do estado do Amazonas (97,3%), que restringe a generalização dos resultados. Considerando a diversidade sociocultural do Brasil, amostras maiores e mais representativas são necessárias para avaliar a aplicabilidade do instrumento em diferentes contextos. Regiões com contextos culturais, econômicos e sociais diferentes, como

o Sudeste ou o Sul do Brasil, por exemplo, podem apresentar padrões de resposta distintos relacionados às vivências traumáticas.

A segunda limitação relacionou-se com duas etapas do processo de adaptação transcultural do instrumento. Na fase de validação pela comissão de juízes, embora 10 especialistas tenham sido convidados para avaliar a tradução inicial, apenas uma aceitou participar, comprometendo o rigor metodológico dessa etapa. Além disso, o tema do estudo – trauma complexo – apresenta desafios inerentes devido à sua natureza delicada. O fenômeno exige um trabalho empático, especialmente com indivíduos que apresentam elevados níveis de eventos adversos na infância, o que não permitiu a pré-validação com o público-alvo na etapa de validação semântica, pois isso poderia resultar na perda de uma amostra relevante.

A terceira limitação refere-se à coleta de dados. Relatar lembranças de experiências traumáticas na infância constitui um processo desafiador e, frequentemente, indesejável para a maioria dos indivíduos. Tal sensibilidade exigiu que a abordagem dos participantes fosse conduzida com muito tato e empatia, a fim de promover um ambiente confortável para a participação. Apesar desses esforços, alguns indivíduos recusaram-se a participar devido à natureza delicada do tema, enquanto outros o fizeram com ressalvas, o que contribuiu para limitar o número de participantes da amostra.

É importante salientar que a formação prévia do pesquisador em Psicologia e o estabelecimento de *rapport* antes da coleta de dados contribuíram significativamente para o sentimento de segurança entre os participantes, mitigando muitas inquietações relacionadas ao tema trauma complexo. Esse vínculo favoreceu a disposição de vários participantes em responder ao ComplexTQ. Além disso, o manejo técnico adequado por parte do aplicador mostrou-se essencial para garantir a estabilidade do ambiente psicológico durante a pesquisa, minimizando possíveis desconfortos e maximizando a qualidade das respostas obtidas.

Outra limitação refere-se à ausência de análises específicas voltadas para subgrupos, como as diferenças entre gêneros, faixas etárias ou níveis de escolaridade. A ausência dessas análises impede uma compreensão mais detalhada sobre a possível influência de fatores demográficos e contextuais na expressão e percepção das experiências relacionadas ao trauma complexo. Por exemplo, diferenças de gênero podem revelar dinâmicas diferentes no impacto do trauma, enquanto as faixas etárias podem sugerir variações na assimilação de eventos traumáticos ao longo do ciclo de vida. Da mesma forma, os níveis de escolaridade podem interferir na maneira como os indivíduos entendem e reagem aos itens avaliados. Investigar essas sutilezas, aprofundando comparações entre subgrupos, seria enriquecedor para confirmar

se os fatores identificados no modelo permanecem consistentes ou se se alteram conforme as especificidades da amostra.

Para estudos futuros, sugere-se expandir a amostra, incluindo uma diversidade mais ampla de participantes por região, idade, nível socioeconômico e contexto cultural. Essa diversificação possibilitará uma avaliação mais completa e representativa da população brasileira. Ademais, a execução de uma análise fatorial exploratória em uma amostra mais ampla é essencial para detectar possíveis fatores adicionais pertinentes à população em estudo. Sugere-se, ainda, investigar mais profundamente as implicações clínicas do instrumento no diagnóstico e acompanhamento de pessoas com trauma complexo pode oferecer insights valiosos para sua aplicação prática, incluindo planejamento de intervenções terapêuticas individualizadas e avaliação da eficácia do tratamento ao longo do tempo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou contribuir para uma avaliação mais sensível e contextualizada do trauma complexo no Brasil, por meio do processo de adaptação transcultural do instrumento *Complex Trauma Questionnaire* - ComplexTQ.

A validação do instrumento demonstrou adequação estrutural e consistência interna satisfatórias, refletindo sua utilidade em potencial para identificar traumas relacionais precoces na população brasileira. Os resultados obtidos indicaram que a versão brasileira do ComplexTQ apresenta uma estrutura fatorial coerente e culturalmente relevante, composta por cinco fatores bem definidos: Negligência Emocional, Falha de Proteção, Negligência Material, Abuso Psicológico/Rejeição e Abuso Físico. Entre esses fatores, os relacionados à negligência emocional e ao abuso psicológico/rejeição mostraram maior relevância, destacando a importância dessas dimensões no contexto cultural analisado.

Embora os achados apresentados sejam robustos, algumas limitações devem ser reconhecidas. Primeiramente, a amostra foi pequena e predominantemente composta por participantes de uma única região do Brasil, o que limita a generalização dos resultados. Adicionalmente, limitações metodológicas na etapa de validação por especialistas e a ausência de análises mais detalhadas, como a análise fatorial exploratória e a segmentação de subgrupos sociodemográficos, destaca a necessidade de pesquisas futuras para aprofundar a compreensão do instrumento. Essas pesquisas podem ampliar a aplicabilidade do ComplexTQ em diferentes contextos regionais do país.

Outro ponto relevante é a natureza sensível do tema abordado, que pode ter influenciado tanto a coleta de dados quanto na disposição dos participantes em relatar suas experiências. Esse fator representa um desafio comum em pesquisas desta área.

Dessa forma, os resultados aqui apresentados devem ser considerados preliminares, representando uma tentativa inicial de adaptação transcultural da escala ComplexTQ. Estudos adicionais são necessários para validar e refinar o instrumento em amostras mais diversas e representativas, além de explorar sua aplicação prática em diferentes contextos clínicos e de pesquisa. A escala também pode ser implementada em escolas e serviços psicossociais, facilitando a identificação precoce de indivíduos em risco e fortalecendo redes de proteção. Em um contexto mais amplo, este estudo avança na pesquisa sobre trauma complexo, introduzindo uma ferramenta relevante para o Brasil, particularmente na Amazônia, onde os recursos em saúde mental são limitados.

8. REFERÊNCIA

- American Psychiatric Association. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR* (5th ed.). Artmed.
- Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 337-342.
- Barros, A. J. S., Teche, S. P., Rodrigues, A., Severo, C., Saldanha, R., Bassols, A. M., Padoan, C., Costa, C., Laskoski, P., Rebouças, D., Pessi, C., Bezerra, G., Hauck, S., & Eizirik, C. (2018). Brazilian Portuguese translation, cross-cultural adaptation, and apparent validation of the Trauma and Attachment Belief Scale. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(1), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0013>
- Black, D., & Newman, M. (2000). Children: Secondary Victims of Domestic Violence. In A. Y. Shalev, R. Yehuda & A. C. McFarlane (Eds.), *International Handbook of Human Response to Trauma* (pp. 129-138). Springer Science+Business Media.
- Bobba-Alves, N., Juster, R. P., & Picard, M. (2022). The energetic cost of allostasis and allostatic load. *Psychoneuroendocrinology*, 146, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105951>
- Borsa, J. C., & Seize, M. M. (2017). Construção e adaptação de instrumentos psicológicos: Dois caminhos possíveis. In B. F. Damásio & J. C. Borsa (Orgs.), *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos* (pp. 5-37). Vetor.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., & Majd, H. A. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
- Brand, B. L. (2024). An introduction to trauma-related dissociation. In B. L. Brand, *The concise guide to the assessment and treatment of trauma-related dissociation* (pp. 3-49). American Psychological Association. <https://doi-org.ez2.periodicos.capes.gov.br/10.1037/0000386-001>
- Brasil. (2006). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Retrieved from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Brasil. (2013). Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. Retrieved from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm
- Brasil. (2021). Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021. Retrieved from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114188.htm
- Briggs-Gowana, M. J., Greenea, C., Forda, J., Clarkb, R., McCarthy, K. J., & Carterc, A. S. (2019). Adverse impact of multiple separations or loss of primary caregivers on

- young children. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1646965>
- Brokke, S. S., Bertelsen, T. B., Landro, N. I., & Haaland, V. O. (2022). The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03662-9>
- Brown, T. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2nd Ed). Guilford Press.
- Cénat, J. M. (2023). Complex Racial Trauma: Evidence, Theory, Assessment, and Treatment. *Perspectives on Psychological Science*, 18(3), 675-687.
<https://doi.org/10.1177/17456916221120428>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Crenshaw, D. A. (2006). A Review of: "Losing a Parent to Death in the Early Years: Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood by Alicia F. Lieberman, Nancy C. Compton, Patricia Van Horn, and Chandra Ghosh Ippen". *Death Studies*, 30(5), 495-501.
<https://doi.org/10.1080/07481180600614658>
- Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., & Bélanger, C. (2021). Distinguishing among symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder in community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/jts.22719>
- Damásio, B. (2021, 10 de agosto). Como interpretar o SRMR e o RMSEA em uma análise fatorial confirmatória? *Blog Psicometria Online* .
<https://www.blog.psicometriaonline.com.br/como-interpretar-o-srmr-e-o-rmse-a-em-uma-analise-fatorial-confirmatoria/>
- DiStefano, C., Morgan, G. B. (2014). A Comparison of Diagonal Weighted Least Squares Robust Estimation Techniques for Ordinal Data. *Structural Equation Modeling*, 21(3), 425-438. doi: 10.1080/10705511.2014.915373.
- Donat, J. C., Lobo, N. d. S., Jacobsen, G. d. S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Lima, E. d. P., Vasconcelos, A. G., & Nascimento, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, 137(3), 270-7. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0066070519>
- Dworkin, E. R., Krahé, B., & Zinzow, H. (2021). The Global Prevalence of Sexual Assault: A Systematic Review of International Research Since 2010. *Psychology of Violence*, 11(5), 495-508. <https://doi.org/10.1037/vio0000374>

- Ekawati, R., Rahma, A. N., Alifia, K., Cahyani, N. R. A., & Susantini, P. (2022). Physical abuse in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health in Africa*, 13(Suppl 2), 2413. <https://doi.org/0.4081/jphia.2022.2413>
- Fereidooni, F., Daniels, J. K., & Lommen, M. J. J. (2023). Childhood Maltreatment and Revictimization: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380221150475>
- Ferrara, P., Franceschini, G., Corsello, G., Mestrovic, J., Giardino, I., Vural, M., Pop, T. L., Namazova-Baranova, L., Somekh, E., Indrio, F., & Mantovani, M. P. (2021). Children Witnessing Domestic and Family Violence: A Widespread Occurrence during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *The Journal of Pediatrics*, 235, 305-306.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.04.071>
- Finlay, S., Roth, C., Zimsen, T., Bridson, T. L., Sarnyai, Z., & McDermott, B. (2022). Adverse childhood experiences and allostatic load: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 136, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104605>
- Fisman, A., Cabizuca, M., Lanfredi, C., & Figueira, I. (2005). The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(1), 63-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100014>
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 3-12. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3>
- Ford, J. D. (2020). Developmental neurobiology. In J. D. Ford, & C. A. Courtois (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults* (2nd ed., pp. 35-61). The Guilford Press.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2020). Defining and understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. In J. D. Ford, & C. A. Courtois (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in adults: scientific foundations and therapeutic models* (2nd ed., pp. 3-34). The Guilford Press.
- Forke, C. M., Myers, R. K., Fein, J. A., Catallozzi, M., Localio, A. R., Wiebe, D. J., & Grisso, J. A. (2018). Witnessing intimate partner violence as a child: How boys and girls model their parents' behaviors in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 84, 241-252. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.031>
- França, A. (2023, 25 de março). Análise fatorial confirmatória. *Blog Psicometria Online*. <https://www.blog.psicometriaonline.com.br/analise-fatorial-confirmatoria-2/>
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2022). The Relationship Between Dissociation and Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 2966-2982. <https://doi.org/10.1177/15248380221120835>

- Gardezi, M., Moore, H. G., Rubin, L. E., & Grauer, J. N. (2022). Predictors of Physical Abuse in Elder Patients With Fracture. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. Global research & reviews*, 6(7), e22.00144. <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-22-00144>
- Gee, D. G., & Cohodes, E. M. (2023). Leveraging the developmental neuroscience of caregiving to promote resilience among youth exposed to adversity. *Development and Psychopathology*, 35(5), 2168–2185. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001128>
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., Kristensen, C. H., & Arteché, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLOS ONE*, 9(1), e87118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 2(40), 249-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
- Harper, D. (2015). Online Etymology Dictionary. Retrieved August 9, 2023, from <https://www.etymonline.com/word/trauma>
- Haslam, Z., & Taylor, E. P. (2022). The relationship between child neglect and adolescent interpersonal functioning: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 125, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105510>
- Heise, L., Pallitto, C., García-Moreno, C., & Clark, C. J. (2019). Measuring psychological abuse by intimate partners: Constructing a cross-cultural indicator for the Sustainable Development Goals. *SSM - Population Health*, 9, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100377>
- Herman, J. (1992a). *Trauma and Recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Herman, J. L. (1992b). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hoffman, Y., & Shrira, A. (2019). Variables connecting parental PTSD to offspring successful aging: Parent–child role reversal, secondary traumatization, and depressive symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00718>
- Huang, M. e Hou, J. (2023). Maus tratos na infância e risco de suicídio: o papel mediador da autocompaixão, mentalização e depressão. *Jornal de Transtornos Afetivos*, 341, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.112>

- Huang, M. e Hou, J. (2023). Maus tratos na infância e risco de suicídio: o papel mediador da autocompaixão, mentalização e depressão. *Jornal de Transtornos Afetivos*, 341, 52–61. <https://doi-org.ez2.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jad.2023.08.112>
- Iloson, C., Möller, A., Sundfeldt, K., & Bernhardsson, S. (2021). Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(4), 758-767. <https://doi.org/10.1111/aogs.14084>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Khaleque, A., & Rohner, R. (2002). Perceived Parental Acceptance-Rejection and Psychological Adjustment: a Meta-Analysis of Cross-Cultural and Intracultural Studies. *Journal of Marriage and Family*, 64(1), 54-64. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00054.x>
- Kizilhan, J. I., Noll-Hussong, M., & Wenzel, T. (2021). Transgenerational Transmission of Trauma across Three Generations of Alevi Kurds. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 81. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010081>
- Kluwe-Schiavon, B., Viola, T. W., & Grassi-Oliveira, R. (2016). Adaptação transcultural da escala Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) para o português brasileiro. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(1), 33-39. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0051>
- Langer, P. C., Dymczyk, A., Brehm, A., & Ronel, J. (2020). *Trauma concepts in research and practice - An overview*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40484-0>
- Lecompte, V., & Moss, E. (2014). Disorganized and Controlling Patterns of Attachment, Role Reversal, and Caregiving Helplessness: Links to Adolescents' Externalizing Problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 581-589. <https://doi.org/10.1037/ort0000017>
- Lee, N., Pigott, T. D., Watson, A., Reuben, K., O'Hara, K., Massetti, G., Fang, X., & Self-Brown, S. (2022). Childhood Polyvictimization and Associated Health Outcomes: A Systematic Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1579-1592. [10.1177/15248380211073847](https://doi.org/10.1177/15248380211073847)
- Li, C. H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavioral Research Methods*, 48(3), 936-949. [doi: 10.3758/s13428-015-0619-7](https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7)
- Libermann, Z. (2015). Após-coup: a dimensão traumática. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(4), 118-132.
- Lima, I. P., Evangelista, J. C., Bezerra, L. C. A., Silva, M. C. L., Loureiro, M. L., Goulart, P. C., & Mesquita, Y. P. (2022). Neurological changes in individuals with post-traumatic stress disorder secondary to childhood sexual abuse: a scope review.

- Research, Society and Development*, 11(4), e1611427125.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27125>
- Lourenço, L. M., Baptista, M. N., Senra, L. X., Almeida, A. A., Basílio, C., & Bhona, F. M. d. C. (2013). Consequences of Exposure to Domestic Violence for Children: A Systematic Review of the Literature. *Paidéia*, 23(55), 263-271.
<https://doi.org/10.1590/1982-43272355201314>
- Macfie, J., Kurdziel, G., Mahan, R. M., & Kors, S. (2017). A mother's borderline personality disorder and her sensitivity, autonomy support, hostility, fearful/disoriented behavior, and role reversal with her young child. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-17. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_275
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). *Complex post-traumatic stress disorder*, 400(10345), 60–72.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Mascarenhas, M. D. M., Melo, A. d. S., Rodrigues, M. T. P., Bahia, C. A., Lima, C. M., Corassa, R. B., Andrade, F. M. D., & Malta, D. C. (2021). Prevalência de exposição à violência entre adultos - Brasil 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24(Supl 2), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210019.supl.2>
- Matte-Landry, A., Bolduc, M. G., Tanguay-Garneau, L., Collin-Vezina, D., & Ouellet-Morin, I. (2022). Cognitive Outcomes of Children With Complex Trauma: A Systematic Review and Meta-Analyses of Longitudinal Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2743-2757. <https://doi.org/10.1177/15248380221111484>
- Meier, M., & Bureau, J. F. (2018). The Development, Psychometric Analyses and Correlates of a Self-Report Measure on Disorganization and Role Reversal. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1805-1817. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1028-1>
- Mello, M. F., Schoedl, A. F., Pupo, M. C., Souza, A. A. L., Andreoli, S. B., Bressan, R. A., & Mari, J. J. (2010). Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 713-724.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400014>
- Mello, R., Féres-CarneiroII, T., & Magalhães, A. S. (2015). Das demandas ao dom: as crianças pais de seus pais. *Revista Subjetividades*, 15(2), 214-221.
- Mendo-Lázaro, S., León-del-Barco, B., Polo-del-Río, M., Yuste-Tosina, R., & López-Ramos, V. (2019). The Role of Parental Acceptance–Rejection in Emotional Instability During Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071194>
- Mills, J. (2021). Excursions in countertransference: treating complex trauma, structural fragmentation, and psychosis in a bipolar gay man. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 44(1-2), 1-11.
<https://doi.org/10.1080/01062301.2021.2002096>
- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2021, July). *81% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa*. Gov.br. Retrieved

November 5, 2023, from <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/81-dos-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-ocorrem-dentro-de-casa>

- Miranda, M. H. H., Fernandes, F. E. C. V., Melo, R. A., & Meireles, R. C. (2020). Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-8.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013303633>
- Mishra, A. A. (2024). The association between childhood maltreatment, substance use frequency, and physical intimate partner violence: A gene-environment study. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 85(1-A).
- Morelli, N. M., & Villodas, M. T. (2022). A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Clinical Utility of Developmental Trauma Disorder (DTD) Symptom Criteria. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 376-394.
<https://doi.org/10.1007/s10567-021-00374-0>
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>.
- Nakamura, I. B., Silva, M. T., Garcia, L. P., & Galvao, T. F. (2023). Prevalence of Physical Violence Against Brazilian Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 329-339.
<https://doi.org/10.1177/15248380211029410>
- Nieuwenhove, K. V., & Meganck, R. (2019). Interpersonal Features in Complex Trauma Etiology, Consequences, and Treatment: A Literature Review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(8), 903-928.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1405316>
- Pasian, M. S., Benitez, P., & Lacharité, C. (2020). Child neglect and poverty: A Brazilian study. *Children and Youth Services Review*, 108, 104655.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104655>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-32.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>
- Pekarsky, A. R. (2022). Considerações gerais sobre o abuso e negligência infantil. In *Manual MSD: Versão Saúde da Família*. Retrieved November 8, 2023, from <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAdede-infantil/abuso-e-neglig%C3%AAncia-infantil/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-o-abuso-e-neglig%C3%AAncia-infantil#:~:text=A%20neglig%C3%AAncia%20%C3%A9%20a%20falha,a%20cria n%C3%A7a%20sozinha%2C%20sem%20vigil%C3%A2ncia>.

- Pereira, M. E. C. (1999). C'est toujours la même chose: Charcot e a descrição do Grande Ataque Histerico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(3), 159-165.
- Pérez, L. F. A., Fernández, E. F., & Nevado, K. (2023). Evaluación pericial psicológico-forense del trastorno por estrés postraumático complejo en víctimas de violencia de género. *Revista Española de Medicina Legal*, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.reml.2023.09.001>
- Piolanti, A., & Foran, H. M. (2022). Psychological violence in dating relationships among adolescents: A systematic review and meta-analysis of prevention programs. *Preventive medicine*, 159, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107053>
- Price, M., Arditi, R., Olezeski, C., & McMahon, T. J. (2019). Psychological assessment and treatment of emerging adults exposed to complex trauma. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 4(3), 1-23.
<https://doi.org/10.1080/23794925.2019.1618225>
- Rached, M. A., Hankir, A., & Zaman, R. (2021). *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 11), 137-144.
- Rizvi, S. F. I., & Najam, N. (2014). Parental Psychological Abuse toward children and Mental Health Problems in adolescence. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(2), 256-260. <https://doi.org/10.12669/pjms.302.4593>
- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Fitzmaurice, G., Decker, M. R., & Koenen, K. C. (2010). Witness of Intimate Partner Violence in Childhood and Perpetration of Intimate Partner Violence in Adulthood. *Epidemiology*, 21(6), 809-818.
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181f39f03>
- Robin, M., Essadek, A., Corcos, M., & Shadili, G. (2021). High-risk sexual behaviours, from the neurotics to complex trauma: Psychopathologies of repetition. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 102(5), 906-931.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1939036>
- Rohner, R. P. (2004). The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. *American Psychologist*, 59(8), 830-840.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.830>
- Rohner, R. P., Putnick, D. L., Molaver, A. D., Ali, S., Butt, M. M., Ibrahim, D. M., Aurino, C., Blom, M. J. M., Darwesh, F. H., Auricchio, S., Radha, A. H., Miranda, M. C., Adamsons, K., & Senese, V. P. (2020). Psychological Maladjustment Mediates the Link Between Remembrances of Parental Rejection in Childhood and Loneliness in Adulthood: A Cross-Cultural Comparative Study. *International Journal of Psychology*, 55(4), 590-600.
<https://doi.org/10.1002/ijop.12621>
- Sagram, J., Lee, W., Choi, J., Milloy, M., Hayashi, K., DeBeck, K., Wood, E., & Kerr, T. (2021). Childhood physical abuse and subsequent violent victimization among people who use illegal drugs in Vancouver, Canada. *PLoS One*, 16(8), e0255875.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255875>

- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl I), 8-11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500003>
- Scott, K. L., & Copping, V. E. (2008). Promising directions for the treatment of complex childhood trauma: The Intergenerational Trauma Treatment Model. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 1(3), 273-283. <https://doi.org/10.1037/h0100449>
- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, & Ministério da Saúde. (2023). *Boletim Epidemiológico: notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021* (8). <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
- Silva, U., Glover, N., & Katona, C. (2021). Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: systematic review. *BJPsych Open*, 7(194), 1-11. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1013>
- Singh, J., Prakash, J., Yadav, P., Bharti, A., & Chatterjee, K. (2021). Complex psychological trauma. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), S305-S307. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328837>
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 38(10), 1427-37. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002808>
- Souza, M. K. S., Araújo, T. S. S., & Jacinto, P. M. d. S. (2022). Os impactos psicossociais da negligência na infância. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 10(30), 80-97. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6548642>
- Spinazzola, J., & Briere, J. (2020). Evidence-based psychology assessment of the sequelae of complex trauma. In J. D. Ford, & C. A. Courtois (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults* (2nd ed., pp. 125-148). The Guilford Press.
- Stickley, A., Waldman, K., Sumiyoshi, T., Narita, Z., Shirama, A., Shin, J. I., & Oh, H. (2021). Childhood physical neglect and psychotic experiences: Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(2), 256-262. <https://doi.org/10.1111/eip.12932>
- Su, W., & Stone, L. (2020). Adult survivors of childhood trauma: Complex trauma, complex needs. *Australian Journal of General Practice*, 49(7), 423-430.
- Teodoro, M. (2020, April 17). *Abuso psicológico afeta tanto saúde mental quanto física: como identificar*. Sociedade Brasileira de Psicologia. Retrieved November 9, 2023, from <https://www.sbponline.org.br/2020/04/abuso-psicologico-afeta-tanto-saude-mental-quanto-fisica-como-identificar>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>

- United Nations Children's Fund, & Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>
- United Nations Children's Fund. (2014). *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children*. UNICEF
- University of Oxford. (2023). Oxford English Dictionary. Retrieved August 24, 2023, from <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=trauma>
- Van Wert, M., Fallon, B., Trocmé, N., & Collin-Vézina, D. (2018). Educational neglect: Understanding 20 years of child welfare trends. *Child Abuse & Neglect*, 75, 50-60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.034>
- Vergano, C. M., Lauriola, M., & Speranza, A. M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01323>
- Walker, H. E., & Wamser-Nanney, R. (2022). Revictimization Risk Factors Following Childhood Maltreatment: A Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2319-2332. <https://doi.org/10.1177/15248380221093692>
- Wamser-Nanney, R., Cherry, K. E., Campbell, C., & Trombetta, E. (2018). Racial Differences in Children's Trauma Symptoms Following Complex Trauma Exposure. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2498-2520. <https://doi.org/10.1177/0886260518760019>
- Wolfe, D. A. (2018). Why Polyvictimization Matters. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(5), 832-837. <https://doi.org/10.1177/088626051775221>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2022, November 22). *Violence against children*. Retrieved November 2, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Ylitzerv, L., Veijola, J., & Halt, A. H. (2023). Emotional neglect and parents' adverse childhood events. *European Psychiatry*, 66, e47. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2420>
- Zhou, X., & Zhen, R. (2022). How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. *Child Abuse & Neglect*, 129, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105641>
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex

posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195-205.
<https://doi.org/10.1007/BF02110655>

9 APÊNDICES

9.1 – Quadro dos Itens da Escala ComplexTQ: Versão Brasileira (27 Itens)

Item	Descrição
Item 01	O(a) cuidador(a) não estava preocupado(a) com minhas necessidades básicas (Ex: Não fornecia comida, roupas ou tratamento médico).
Item 02	O(a) cuidador(a) não se importava com o meu desempenho escolar (Ex: Não supervisionava minhas presenças ou faltas na escola, não me ajudava com as tarefas de casa).
Item 03	O(a) cuidador(a) não demonstrava carinho ou falava palavras de afeto para mim (Ex: Sem mimos, abraços e beijos, ou expressões de amor).
Item 05	O(a) cuidador(a) não gostava de passar tempo comigo ou de me ter por perto.
Item 06	O(a) cuidador(a) não me apoiava nas minhas atividades e não tinha orgulho de mim.
Item 07	O(a) cuidador(a) não estava preocupado(a) com meus problemas (ex.: estava indisponível ou não me apoiava quando eu estava chateado(a)).
Item 08	O(a) cuidador(a) não me dava apoio ou segurança quando eu estava com medo ou angustiado(a).
Item 10	O(a) cuidador(a) não se preocupava e não me acalmava ou tentava fazer com que eu me sentisse melhor quando estava doente.
Item 11	O(a) cuidador(a) não estava interessado(a) em saber o que eu fazia no meu tempo livre (Ex.: Onde e com quem eu estava, o que eu estava fazendo)
Item 12	Eu não me sentia à vontade para contar ao(a) cuidador(a) sobre minhas experiências difíceis ou dolorosas.
Item 13	Eu me sentia negligenciado(a) ou ignorado(a) pelo(a) cuidador(a) por ele(a) estar profundamente envolvido(a) em suas próprias atividades.
Item 14	Eu achava que o(a) cuidador(a) era extremamente difícil de agradar.
Item 15	O(a) cuidador(a) demonstrava favoritismo em relação aos meus irmãos.
Item 16	O(a) cuidador(a) me criticava frequentemente e/ou injustamente.
Item 17	O(a) cuidador(a) mostrava indiferença, aborrecimento e antipatia em relação a mim.
Item 19	O(a) cuidador(a) zombava ou ficava com raiva de mim quando eu estava com medo, ferido(a), doente ou emocionalmente angustiado(a).
Item 20	Eu me sentia indesejado(a) ou rejeitado(a) pelo(a) cuidador(a).
Item 27	Eu me sentia responsável pelo(a) cuidador(a) ou sentia vontade de protegê-lo(a).
Item 28	O(a) cuidador(a) me proibia de ser autônomo(a) e de me sentir à vontade para me comportar.
Item 29	Eu ficava assustado(a) quando o(a) cuidador(a) gritava ao me repreender.
Item 30	O(a) cuidador(a) me insultava ou me xingava.
Item 31	O(a) cuidador(a) me difamou e me humilhou.
Item 46	O(a) cuidador(a) me batia (ex: dava tapas, socos ou chutava), me empurrava ou me segurava com força.
Item 52	O(a) cuidador(a) não me defendia quando eu era abusado(a) fisicamente
Item 62	Fui exposto a discussões familiares e brigas com gritos e insultos (indique quem estava envolvido/a).
Item 64	Fui exposto(a) violência doméstica (indique quem estava envolvido/a).
Item 68	Eu fui abandonado(a) pelo cuidador(a).

10 ANEXOS

10.1 Anexo A – TCLE



Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa Trauma Complexo, Experiências Adversas e Traços de Personalidade: Uma Investigação Correlacional, cujo pesquisador responsável é Henrique de Araújo Martins. Os objetivos do projeto são realizar a adaptação transcultural do instrumento ComplexTQ para o português brasileiro, e investigar a relação entre o trauma complexo, tipos de experiências adversas e traços de personalidade. O(A) Sr(a) está sendo convidado porque estamos buscando voluntários(as) que tenham experimentado eventos adversos e possam auxiliar-nos a compreender o fenômeno do trauma complexo a partir da experiência pessoal.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Caso aceite participar, sua participação consiste em responder a uma bateria de quatro questionários, envolvendo questionários socioeconômico, questionário de trauma complexo e questionário de traços de personalidade. O tempo médio para preenchimento desses questionários é de 15 a 30 minutos. As suas informações pessoais serão mantidas em sigilo a fim de garantir sua confidencialidade e privacidade.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr(a) são sentir-se constrangido e/ou desconfortável em responder determinadas perguntas. Para minimizar os riscos, se achar necessário, você receberá suporte psicológico por meio do Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), serviço vinculado à Faculdade de Psicologia (FAPSI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Serviços disponíveis pelo link: <http://bit.ly/Covid19-ufam> ou pelo WhatsApp: (92) 99112-4888.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: processo de reflexão e *insights* sobre processos de enfrentamento de adversidades na atualidade.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 2

_____ (Pesquisador)



Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia

Garantimos ao(a) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente.

Também estão assegurados ao(a) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(a) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Garantimos ao(a) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Henrique de Araújo Martins a qualquer tempo para informação adicional no endereço henriquemartinspsicologo@gmail.com

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 2

_____ (Pesquisador)

10.2 Anexo B – TCLE dos pais



Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS

O(A) seu(sua) filho(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa Trauma Complexo, Experiências Adversas e Traços de Personalidade: Uma Investigação Correlacional, cujo pesquisador responsável é Henrique de Araújo Martins. Os objetivos do projeto são realizar a adaptação transcultural do instrumento ComplexTQ para o português brasileiro, e investigar a relação entre o trauma complexo, tipos de experiências adversas e traços de personalidade. O(A) seu(sua) filho(a) está sendo convidado porque estamos realizando a adaptação transcultural de um instrumento que nos auxiliará a compreender as repercussões do trauma complexa em adolescentes acima de 14 (catorze) anos.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar a participação do seu(sua) filho(a) ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Caso aceite participar a participação do seu(sua) filho(a) consiste em responder a uma bateria de quatro questionários, envolvendo questionários socioeconômico, questionário de trauma complexo e questionário de traços de personalidade. O tempo médio para preenchimento desses questionários é de 15 a 30 minutos. As suas informações pessoais serão mantidas em sigilo a fim de garantir sua confidencialidade e privacidade.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o seu filho(a) são sentir-se constrangido e/ou desconfortável em responder determinadas perguntas. Para minimizar os riscos, se achar necessário, você receberá suporte psicológico por meio do Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), serviço vinculado à Faculdade de Psicologia (FAPSI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Serviços disponíveis pelo link: <http://bit.ly/Covid19-ufam> ou pelo WhatsApp: (92) 99112-4888.

Rubricas _____ (Responsável Legal)

Página 1 de 3

_____ (Pesquisador)



Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: processo de reflexão e *insights* sobre processos de enfrentamento de adversidades na atualidade.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre a participação do seu filho(a), consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao seu(sua) filho(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente.

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, seu filho(a).

Asseguramos ao seu(sua) filho(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade da participação do seu filho(a) e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Henrique de Araújo Martins a qualquer tempo para informação adicional no endereço henriquemartinspsicologo@gmail.com

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Rubricas _____ (Responsável Legal)

Página 2 de 3

_____ (Pesquisador)



Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que concordo que meu(minha) filho(a)

_____ (nome completo

do menor de 18 anos) participe desta pesquisa.

_____/_____/____/____

Assinatura do Responsável Legal



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas _____ (Responsável Legal)

Página 3 de 3

_____ (Pesquisador)

10.3 Anexo C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ (nome),
_____(nacionalidade), inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
residente _____ e domiciliado(a) _____ à
_____, declaro que
estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa **RELAÇÕES ENTRE TRAUMA
COMPLEXO, VIVÊNCIAS DE EXPERIÊNCIAS ADVERSAS E TRAÇOS DE
PERSONALIDADE DE PESSOAS POLIVITIMIZADAS NO AMAZONAS**, coordenada
pelo(a) mestrando em Psicologia Henrique de Araújo Martins, inscrito(a) no CPF sob o nº
576.412.502-20 e no RG nº 1242451-0, CRP nº 20/11.929, e-mail
henriquemartinspsicologo@gmail.com, e que meus pais permitiram minha participação.

Tenho ciência de que o objetivo da pesquisa é realizar a adaptação transcultural do instrumento ComplexTQ para o português brasileiro e investigar a relação entre o trauma complexo, tipos de experiências adversas e traços de personalidade; e de que minha participação nela depende exclusivamente de minha livre vontade, podendo também desistir da participação a qualquer momento.

Estou ciente de que a pesquisa é considerada segura, mas que os riscos a que estarei submetido são os seguintes: sentir-me desconfortável em responder determinadas perguntas.

Declaro ter conhecimento de que minha participação na pesquisa não será divulgada, mas sim mantida em privado, e que apenas os resultados da pesquisa serão publicados sem a identificação dos participantes.

Por fim, declaro que pude esclarecer todas as minhas dúvidas a respeito da pesquisa e de minha participação e que aceito participar da mesma, me reservando o direito de desistir a qualquer momento se assim desejar.

Confirmando meu consentimento em participar da pesquisa, assino este termo do qualquer recebi uma cópia.

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)
(nome do(a) menor)

(assinatura)
Henrique de Araújo Martins

10.4 Anexo D - Questionário sociodemográfico

Identificação	
Qual a sua data de nascimento?	
Qual seu e-mail?	
Com qual gênero você se identifica? (selecione todas as opções que se aplicam a você)	
1	Mulher cisgênero (Se você teve o gênero feminino atribuído a você quando nasceu e se identifica com ele).
2	Homem cisgênero (Se você teve o gênero masculino atribuído a você quando nasceu e se identifica com ele)
3	Mulher transgênero (Se você não teve o gênero feminino atribuído a você quando nasceu, mas se identifica com ele)
4	Homem transgênero (Se você não teve o gênero masculino atribuído a você quando nasceu, mas se identifica com ele)
5	Não-binário (Se sua identidade de gênero não se limita somente a masculino e feminino)
6	Gênero fluido (Se você não se identifica com um único papel de gênero ou identidade de gênero, mas transita por outras identidades de gênero
7	Outra identidade de gênero
Qual (is) a (s) sua (s) orientação (ões) sexual (is)?	
1	Assexual
2	Bissexual
3	Demissexual
4	Heterossexual
5	Homossexual
6	Lésbica
7	Pansexual

8	Queer
9	Outro
Pensando na sua cor ou raça, como você se enquadraria nas opções abaixo?	
1	Amarela (o)
2	Branca (o)
3	Indígena
4	Parda (o)
5	Preta (o)
6	Não sei
7	Prefiro não declarar
8	Outro
Qual é a sua escolaridade máxima? Qual escolaridade abaixo você completou?	
1	Ensino Fundamental
2	Ensino Médio
3	Ensino Médio Técnico
4	Ensino Superior
5	Mestrado/Doutorado
Perguntas voltadas para experiências adversas e diagnóstico psiquiátrico	
Você já vivenciou algum evento traumático? ☐ Sim ☐ Não	
Se sim, você já faz ou já fez terapia? ☐ Sim ☐ Não	

Você já recebeu algum diagnóstico psiquiátrico?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is) diagnósticos?

Faz uso de algum medicamento psiquiátrico?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is) medicamentos você está tomando?

10.5 ANEXO F – Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ)

Código: _____ Data: _____

Questionário de Trauma Complexo – auto-relato (ComplexTQ) ©(Maggiara Vergano, Speranza, 2015)

As pessoas podem vivenciar diversas formas de traumas ao longo da vida, o que pode afetar o relacionamento com o cuidador. Gostaríamos de ter quatro tipos de informação: 1) se você vivenciou os eventos abaixo, 2) com que frequência essas experiências ocorreram, 3) qual pessoa esteve envolvida, 4) como essas experiências o afetaram. Por favor, preencha o questionário relacionado à sua experiência inicial desde a infância até os 14 anos, como se segue:

1) primeira coluna "experiência": marque com um "X" em SIM ou NÃO se você teve essa experiência adversa

2) segunda coluna "frequência": atribua uma pontuação com "X" à frequência da experiência:
frequência: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente

3) terceira coluna "figura envolvida": marcar com um "X" PAI, MÃE e/ou OUTRA FIGURA a pessoa envolvida na experiência (não marcar se a experiência não ocorreu)

4) quarta coluna "impacto": atribua uma pontuação com um "X" ao impacto da experiência em você (não atribua se a experiência não ocorreu):
impacto em você: 1 = nenhum; 2 = pouco; 3 = alguns; 4 = bastante; 5 = muito

1.	O(a) cuidador(a) não estava preocupado(a) com minhas necessidades básicas (Ex: Não fornecia comida, roupas ou tratamento médico).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
2.	O(a) cuidador(a) não se importava com o meu desempenho escolar (Ex: Não supervisionava minhas presenças ou faltas na escola, não me ajudava com as tarefas de casa).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
3.	O(a) cuidador(a) não demonstrava carinho ou falava palavras de afeto para mim (Ex: Sem mimos, abraços e beijos, ou expressões de amor).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
4.	O(a) cuidador(a) não se preocupava com a minha interação com outras pessoas (Ex: Checando os ambientes em que tinha amigos , atividades de lazer).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
5.	O(a) cuidador(a) não gostava de passar tempo comigo ou de me ter por perto.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
6.	O(a) cuidador(a) não me apoiava nas minhas atividades e não tinha orgulho de mim.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
7.	O(a) cuidador(a) não estava preocupado(a) com meus problemas (ex.: estava indisponível ou não me apoiava quando eu estava chateado(a)).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
8.	O(a) cuidador(a) não me dava apoio ou segurança quando eu estava com medo ou angustiado(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
9.	O(a) cuidador(a) não se preocupava e não me acalmava ou tentava fazer com que eu me sentisse melhor quando estava machucado/ferido.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
10.	O(a) cuidador(a) não se preocupava e não me acalmava ou tentava fazer com que eu me sentisse melhor quando estava doente.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
11.	O(a) cuidador(a) não estava interessado(a) em saber o que eu fazia no meu tempo livre (Ex.: Onde e com quem eu estava, o que eu estava fazendo)	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
12.	Eu não me sentia à vontade para contar ao(a) cuidador(a) sobre minhas experiências difíceis ou dolorosas.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
13.	Eu me sentia negligenciado(a) ou ignorado(a) pelo(a) cuidador(a) por ele(a) estar profundamente envolvido(a) em suas próprias atividades.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
14.	Eu achava que o(a) cuidador(a) era extremamente difícil de agradar.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
15.	O(a) cuidador(a) demonstrava favoritismo em relação aos meus irmãos.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
16.	O(a) cuidador(a) me criticava frequentemente e/ou injustamente.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
17.	O(a) cuidador(a) mostrava indiferença, aborrecimento e antipatia em relação a mim.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
18.	O(a) cuidador(a) não dava importância aos meus momentos de angústia, medo, lesão ou doença.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
19.	O(a) cuidador(a) zombava ou ficava com raiva de mim quando eu estava com medo, ferido(a), doente ou emocionalmente angustiado(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
20.	Eu me sentia indesejado(a) ou rejeitado(a) pelo(a) cuidador(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
21.	O(a) cuidador(a) me envolvia nas suas próprias necessidades físicas ou psicológicas.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
22.	O(a) cuidador(a) buscava minha proximidade e atenção para o próprio bem-estar dele(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
23.	O(a) cuidador(a) transferia seus deveres e obrigações para mim (Ex: Ajudar com crianças menores ou tarefas domésticas).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
24.	O(a) cuidador(a) dependia de mim.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5

25.	O(a) cuidador(a) provocava em mim sentimentos de culpa e preocupação (ex.: sentimentos de agrado ou preocupação em magoar o pai/a mãe).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
26.	O(a) cuidador(a) se comportava como se eu fosse o(a) parceiro(a) dele(a) (sem envolvimento sexual).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
27.	Eu me sentia responsável pelo(a) cuidador(a) ou sentia vontade de protegê-lo(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
28.	O(a) cuidador(a) me proibia de ser autônomo(a) e de me sentir à vontade para me comportar.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
29.	Eu ficava assustado(a) quando o(a) cuidador(a) gritava ao me repreender.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
30.	O(a) cuidador(a) me insultava ou me xingava.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
31.	O(a) cuidador(a) me difamou e me humilhou.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
32.	O(a) cuidador(a) gostava de me ver sofrer.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
33.	O(a) cuidador(a) gostava de me constranger na frente dos outros.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
34.	O(a) cuidador(a) retirou de mim as coisas que eu amava.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
35.	O(a) cuidador(a) me forçava a comer alimentos que eu não gostava até eu passar mal.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
36.	O(a) cuidador(a) não me permitia passar tempo com as pessoas que eu queria ver.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
37.	O(a) cuidador(a) ameaçou ferir as pessoas que eu amo para me controlar.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
38.	O(a) cuidador(a) me forçou a infringir a lei.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
39.	O(a) cuidador(a) me obrigava a guardar segredos.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
40.	O(a) cuidador(a) me confundia e desorientava com mensagens contraditórias.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
41.	O(a) cuidador(a) ameaçava me abandonar (ex.: me deixar ou me mandar embora de casa).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
42.	O(a) cuidador(a) ameaçava me machucar ou me matar.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
43.	O(a) cuidador(a) tentou suicídio quando eu estava presente ou próximo(a)	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
44.	Eu fui vítima de cuidados excessivos ou procedimentos médicos invasivos prestados pelo(a) cuidador(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
45.	O(a) cuidador(a) me envolvia em seus conflitos conjugais.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
46.	O(a) cuidador(a) me batia (ex: dava tapas, socos ou chutava), me empurrava ou me segurava com força.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
47.	O cuidador jogava ou me batia com objetos.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
48.	O(a) cuidador(a) deixava marcas ao me bater (ex.: hematomas, arranhões, cortes, queimaduras, fraturas etc.).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5

49.	Eu precisava de cuidados médicos depois de ser espancado(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
50.	O(a) cuidador(a) me punia de forma excessiva (ex: Me deixava trancado/a no armário, amarrava ou queimava meus braços e pernas).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
51.	Eu achava que as punições que eu recebia eram cruéis.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
52.	O(a) cuidador(a) não me defendia quando eu era abusado(a) fisicamente	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
53.	O(a) cuidador(a) não me consolava quando eu era abusado(a) fisicamente.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
54.	Alguém mais velho(a) se aproximou de mim com o propósito de envolvimento em atos sexuais.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
55.	Eu sofri/sofria assédio sexual com contato físico de alguém (ex.: toques inapropriados, beijos, carícias, penetração etc.).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
56.	Eu sofria assédio sexual sem contato físico de alguém (ex.: voyeurismo, exposição a linguagem erótica, participação em atividades pornográficas etc.).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
57.	Eu fui chantageado(a) para permanecer em silêncio sobre os atos/assédios sexuais que sofri.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
58.	Eu fui abusado(a) sexualmente por alguém (que me forçava a ter atos sexuais sem o meu consentimento).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
59.	O(a) cuidador(a) não acreditou quando falei sobre os atos/assédios sexuais que sofri.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
60.	O(a) cuidador(a) não me protegeu dos atos/assédios sexuais que sofri.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
61.	O(a) cuidador não me confortou depois dos atos/assédios sexuais sofridos.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
62.	Fui exposto a discussões familiares e brigas com gritos e insultos (indique quem estava envolvido/a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
63.	Fui exposto(a) a brigas físicas entre familiares com arremesso de objetos ou golpes (indique quem estava envolvido/a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
64.	Fui exposto(a) violência doméstica (indique quem estava envolvido/a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
65.	Eu testemunhei ameaças de abandono (indique quem estava envolvido/a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
66.	Não cheguei a morar mais de três meses com o(a) cuidador(a) (ex.: devido a separação/divórcio, doença dos pais, trabalho dos pais).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
67.	Eu fiquei afastado(a) do(a) cuidador(a) por mais de três meses por razões não relacionados a férias ou estudo.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
68.	Eu fui abandonado(a) pelo cuidador(a).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
69.	Eu fui colocado(a) em um lar temporário ou abrigo (por mais de um mês).	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
70.	Eu fiquei de luto pela perda um(a) cuidador(a), ou uma pessoa próxima/parente.	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5