

ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO DE OBESOS APÓS REALIZAÇÃO DE GASTROBANDOPLASTIA

Capela. S.¹ & Maia. A.²

Universidade do Minho, Portugal

RESUMO

Introdução: Pretendeu-se caracterizar um grupo de 46 obesos que realizaram a cirurgia de colocação de banda gástrica ao nível sócio-demográfico, funcionamento actual e experiências adversas vividas na infância e compreender até que ponto a adversidade na infância poderia explicar os problemas de saúde física e psicológica nesta fase.

Método: Os participantes preencheram: *Questionário Sócio-Demográfico e de História da Infância, Questionário de Saúde, Rotterdam Symptom Checklist, Ways of Coping Questionnaire e Brief Symptoms Inventory.*

Resultados: A adversidade na infância é um preditor significativo da psicopatologia, doenças e queixas físicas na idade adulta. Tendo em conta os resultados de avaliações pré-cirúrgicas de outros trabalhos, os nossos resultados mostraram um menor relato de exposição a experiências adversas, um menor índice de psicopatologia e uma maior utilização de estratégias de *coping* directo.

Conclusão: A exposição a adversidade afecta o funcionamento dos sujeitos e a gastrobando plastia pode ser um recurso para melhorar o funcionamento dos sujeitos obesos, mas pode-se pôr a hipótese de que após cirurgia os problemas são desvalorizados.

INTRODUÇÃO

O conhecimento das causas da obesidade poderá possibilitar a adopção de medidas preventivas, com vista a combater este flagelo mundial. No entanto, a elevada prevalência de obesos que já existe em todo o mundo não nos permite apenas prevenir esta doença; são necessárias também medidas remediativas para apoiar quem dela padece. Consequentemente, para além de se procurar perceber as causas da obesidade, importa também compreender as dificuldades e características que esta população apresenta.

Assim, vários autores se têm dedicado ao estudo desta população, mostrando que doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemia, dores e doenças músculo-esqueléticas, refluxo gastroesofágico, incontinência urinária, apneia do sono (Ali, Maguire & Wolfe, 2006), entre outras, são bastante comuns no seio desta população. Para além destas doenças de carácter mais físico, existem também registos de sintomas de carácter psicológico. Segal (1999, citado por Segal & Fandiño, 2002), por exemplo, verificou a existência de uma maior prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar na população obesa. Outros estudos têm chamado a atenção para aspectos muito específicos desta população como o facto desta apresentar uma frequência significativa de acontecimentos de vida traumáticos ou adversos (e.g., Silva, 2006; Silva & Maia, 2008). Alguns trabalhos realçam o impacto que estas experiências adversas podem ter quando são vividas durante a infância (e.g., Arnow, 2004). A existência de uma relação entre a adversidade na infância e problemas de saúde física e mental na vida adulta, tem sido apontada por alguns investigadores (e.g., Anda et al. 2006; Arnow, 2004; Felitti et al. 1998), sendo que alguns sugerem que a obesidade pode ser uma das consequências possíveis (e.g., Arnow, 2004; Silva, 2006).

Outra questão que ganha interesse com os aspectos anteriormente citados, é a forma como os sujeitos lidam com os problemas – o estilo de *coping*. De facto, importa perceber quais as estratégias que estes sujeitos mais utilizam para lidar com os acontecimentos negativos. No estudo de Silva (2006), por exemplo, foi constatado que os sujeitos recorriam com mais frequência a estratégias de *coping de supressão*. A autora refere ainda a perspectiva de Felitti et al. (1998), que sugere que a ingestão de alimentos pode também ela funcionar como mecanismo de *coping* para lidar com a emocionalidade negativa relacionada com os acontecimentos adversos.

No que concerne ao tratamento da obesidade, este passa numa primeira fase por uma abordagem nutricional, utilização de medicamentos e exercício físico (Segal & Fandiño, 2002). Contudo, nem todos os pacientes respondem de forma desejável a estes tratamentos e, para estes casos, a cirurgia bariátrica tem-se mostrado como uma boa alternativa (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004). No entanto, apesar do sucesso desta técnica, alguns sujeitos apresentam complicações no período pós-cirúrgico (Ellison & Ellison, 2007). Neste sentido, o estudo destas dificuldades torna-se também fundamental não só numa perspectiva de procurar colmatá-las e melhorar a qualidade de vidas dos sujeitos, mas também numa perspectiva de compreender porque é que elas surgem para, eventualmente, poder agir de modo preventivo no futuro.

Tendo em conta os aspectos teóricos sumariamente supracitados, o presente estudo almeja caracterizar um grupo de sujeitos obesos submetidos a cirurgia de colocação de banda gástrica, quer numa perspectiva sócio-demográfica, quer numa perspectiva de funcionamento actual com base no relato de doenças, queixas físicas, psicopatologia e estilo de *coping*. Pretende-se também caracterizar os participantes relativamente às experiências adversas vividas na infância, bem como compreender até que ponto a adversidade na infância poderá explicar os problemas de saúde física e psicológica nesta fase.

Na sequência da revisão da literatura, consideramos relevante realizar um estudo com sujeitos obesos que já realizaram a cirurgia bariátrica, de modo a compreender melhor o seu funcionamento nesta fase.

MÉTODO

Participantes:

Todos os participantes envolvidos neste estudo eram utentes da Consulta Multidisciplinar de Obesidade do Hospital São Marcos (em Braga) e realizaram a gastrobandoplastia neste mesmo Hospital. A recolha de dados foi efectuada, de modo individual, na sala de espera das consultas de acompanhamento nutricional pós-cirúrgico. A investigadora esteve sempre presente durante o preenchimento dos instrumentos. Todos os participantes foram avaliados apenas uma vez.

Foram avaliados 46 sujeitos (7 do sexo masculino – 15.2% e 39 do sexo feminino – 84.8%), sendo a média de idades de 38.93, com um desvio padrão (DP) de 9.797 e a idade mínima e máxima de 18 e 55 anos, respectivamente.

Considerando o número de sujeitos que responderam às questões verificamos que, de um modo geral, o grau de escolaridade dos participantes é baixo. Mais concretamente, 28.3% (n=13) dos sujeitos têm apenas a 4ª classe, 23.9% (n=11) têm o 6º ano, sendo que a mesma percentagem se verifica para os sujeitos com o 9º ano. Este grupo apresentou ainda 15.2% (n=7) de sujeitos com o 12º ano de escolaridade, 6.5% (n=3) com formação universitária e 2.2% (n=1) com menos de 4 anos de escolaridade.

Relativamente ao estado civil dos participantes, a maioria são casados (56.5%, n=26), 26.1% (n=12) são solteiros, 13% (n=6) vivem em união de facto e apenas 2.2% (n=1) são separados.

Em relação ao estatuto profissional, verifica-se que a maioria se encontra empregado a tempo inteiro (54.3%, n=25), mas um número considerável são desempregados (28.3%, n=13). Existem ainda alguns sujeitos reformados (10.9%, n=5) e de baixa médica (2.2%, n=1).

Quanto ao tempo que decorreu após a cirurgia, verifica-se que no mínimo os sujeitos tinham realizado a cirurgia há uma semana (4.3%, n=2) e no máximo há dois anos (15.2%, n=7). De referir uma pequena maioria dos participantes (17.4%, n=8) tinham realizado a cirurgia há menos de um mês, e ainda um outro grupo de sujeitos que tinham realizado há seis meses (10.9%, n=5) e há um ano (10.9%, n=5).

Relativamente ao peso dos participantes, verifica-se que a média do peso máximo dos mesmos apresenta o valor de 125.86 kg (DP=18.824; mín.-máx.=92kg-187kg), sendo que este peso máximo se verificou, em média, aos 35.65 anos (DP=9.344; mín. – máx.=16 anos; 54 anos). No que respeita ao peso actual dos sujeitos, verifica-se um valor médio de 103.18kg (DP=21.25; mín.-máx.=73kg-174kg) e em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) actual, foi encontrado o valor médio de 38.04kg/m² (DP=7.52; mín.-máx.=29kg/m²-61kg/m²).

Após a realização da cirurgia, verificaram-se algumas alterações no peso corporal dos participantes. Assim, o valor médio de peso máximo após a cirurgia foi de 116.48 kg (DP=21.938; mín.-máx.=81kg-174kg) e o mínimo de 90.67kg (DP=18.854; mín.-máx.=48kg-128kg).

Constatou-se ainda que do total dos sujeitos, 32.6% (n=15) já eram obesos na infância, logo a maioria dos sujeitos avaliados (67.4%, n=31) não era obeso na infância.

Instrumentos:

Questionário Sócio-Demográfico e de História da Infância (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007a), com vista a recolher informação sócio-demográfica e história médica. Este instrumento também avalia as experiências adversas da vida dos participantes através de dez categorias de adversidade (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional); ***Questionário de Saúde*** (Silva & Maia, 2007b), para avaliar os problemas de saúde mais frequentes na população com excesso de peso ou obesidade; ***Rotterdam Symptom Checklist*** (RSCL, Haes, et al., 1990, adapt. de Teresa McIntyre & Manuel Gameiro, 1998), para avaliar as queixas físicas mais frequentes nestes sujeitos; ***Ways of Coping Questionnaire*** (WCQ, Coyne, Aldwin e Lazarus, 1981, adaptado por McIntyre, McIntyre & Redondo, 1999), que pretende identificar as acções e os pensamentos a que cada sujeito recorre para lidar com situações de *stress*; ***Brief Symptom Inventory*** (BSI, Derogatis, 1982 adaptado por Canavarro, 1990a), cujo objectivo é avaliar sintomas psicopatológicos através de nove dimensões básicas e três índices globais.

RESULTADOS:

Estatística Descritiva:

História de adversidade na infância e acontecimentos de vida adversos na idade adulta

Os resultados que se apresentam na tabela seguinte decorrem da análise descritiva das 10 categorias de adversidade propostas pelos autores do estudo ACE (Felitti et al., 1998), referidas anteriormente. No quadro 1 encontram-se os resultados relativos às diversas formas de adversidade (avaliadas de forma não dicotómica), considerando em cada caso o número e percentagem de sujeitos pelo total de itens possíveis.

Quadro 1: Resultados relativos às categorias de adversidade na infância avaliadas de forma não dicotómica

Categoria	Nº de itens					
	Zero % (N)	Um % (N)	Dois % (N)	Três % (N)	Quatro % (N)	Cinco % (N)
Abuso Emocional	84.8 (39)	8.7 (4)	2.2 (1)	4.3 (2)		
Abuso Físico	78.3 (36)	8.7 (4)	2.2 (1)	4.3 (2)	6.5 (3)	
Abuso Sexual	87 (40)	6.5 (3)	2.2 (1)	4.3 (2)		
Exposição a Violência Doméstica	91.3 (42)		2.2 (1)	2.2 (1)	4.3 (2)	
Abuso de Substâncias	69.6 (32)	28.3 (13)	2.2 (1)			
Doença Mental ou Suicídio	87 (40)	8.7 (4)	4.3 (2)			
Negligência Física	47.8 (22)	37 (17)	10.9 (5)	4.3 (2)		
Negligência Emocional	47.8 (22)	30.4 (14)	8.7 (4)	8.7 (4)	2.2 (1)	2.2 (1)

O quadro 1 mostra-nos que 15.2% (N=7) dos sujeitos relatou ter tido experiências de abuso emocional, sendo que destes, 4.3% (N=2) pontuou em todos os itens avaliados. No entanto, a maioria dos sujeitos (84.8%, N=39) não relata nenhuma experiência de abuso emocional, uma vez que não pontuou em nenhum dos respectivos itens.

A maioria dos participantes deste estudo (78.3%, N=36) não relata qualquer forma de abuso físico avaliada. Contudo, importa realçar que 21.7% (N=10) dos sujeitos foram vítimas de uma ou mais formas de abuso físico, sendo que 6.5% (N=3) relatou ter sofrido todas as formas de abuso físico avaliadas “algumas”, “muitas” ou “muitíssimas vezes”.

Os resultados mostram também que a maioria dos sujeitos avaliados neste estudo não apresentam história de abuso sexual antes dos 18 anos (87%, N=40). No entanto, não podemos deixar de referir o facto de 13% (N=7) dos participantes referirem que tiveram uma ou mais experiências deste tipo, sendo que destes, 4.3% (N=2) experienciaram todas as formas de abuso sexual avaliadas.

Verificamos que 8.7% (N=4) dos sujeitos foram expostos a violência doméstica, sendo que 4.3% (N=2) foram expostos a todas as formas de violência doméstica

avaliadas. No entanto, a maioria dos participantes não foram expostos a este tipo de adversidade (91.3%, N=42).

Em relação ao abuso de substâncias, os resultados deste quadro indicam-nos ainda que a maioria das pessoas não foram expostas a este tipo de adversidade (69.6%, N=32). No entanto, 30.5% (N=14) relataram este tipo de adversidade. Destes, verificou-se que 2.2% (N=1) viveram com alguém que usava drogas e que os restantes (30.4%, N=14) viveram com alguém que tinha problemas com álcool ou era alcoólico. Apenas um sujeito (2.2%) apresentou esta forma de adversidade em ambas as dimensões avaliadas, ou seja, viveu com uma pessoa que usava drogas e também com alguém que tinha problemas com álcool ou era alcoólico.

No que se refere a doença mental ou suicídio, 13% (N=6) dos sujeitos foram expostos a este tipo de adversidade. Mais especificamente, 10.9% (N=5) viveram com alguém deprimido ou que tinha uma doença mental e 6.5% (N=3) viveram com alguém que tinha tentado o suicídio. Convém ainda salientar que dois sujeitos foram expostos a estas duas dimensões. Neste quadro verificamos ainda a maioria dos sujeitos não foram expostos a esta forma de adversidade (87%, N=40).

Os resultados relativos à negligência física indicam-nos que 47.8% (N=22) dos nossos sujeitos não foram expostos a esta forma de adversidade. No entanto, um número considerável de participantes (52.2%, N=24) relatou-a. Podemos ainda constatar que nenhum dos participantes foi exposto a todas as dimensões de adversidade avaliadas nesta categoria.

Relativamente à negligência emocional verificamos que 47.8% (N=22) dos nossos sujeitos não foram expostos a esta forma de adversidade, mas a maioria dos participantes (52.2%, N=24) afirmou ter sido sujeito a este tipo de adversidade. De salientar ainda que um destes participantes foi exposto a todas as dimensões de negligência emocional avaliadas.

Saliente-se que algumas formas de adversidade foram avaliadas de forma dicotómica e, como tal, estes resultados não se encontram no quadro 1. Contudo, relativamente a estas verificamos que apenas 6.5% (N=3) dos sujeitos eram filhos de casais divorciados ou separados e que a maioria dos nossos sujeitos (93.5%, N=43) não viveram com alguém que tivesse estado preso. Somente 6.5% (N=3) dos sujeitos relataram ter vivido com alguém que tinha estado na prisão.

Caracterização do funcionamento actual dos sujeitos

Doenças: A maioria dos sujeitos não apresentava as doenças avaliadas. Destacam-se os valores da hipertensão, diabetes, doença da tiróide, asma e apneia do sono, que ainda assim se mostraram mais frequentes.

A média do total das doenças indicou o valor de 1.46 (DP=1.559; mín.-máx.=0-7), o que significa que, em média, os sujeitos relatam pelo menos uma doença física.

Queixas físicas: Uma parte considerável dos sujeitos referiu não ter nenhuma das queixas físicas apresentadas (com a excepção das dores nas costas e na cabeça). Contudo, o número de queixas físicas relatadas foi, ainda assim, bastante elevado.

Sintomas psicopatológicos: Os nossos sujeitos apresentam valores mais baixos do que a população geral em várias escalas, com a excepção das escalas de *somatização*, *ideação paranóide* e *ansiedade fóbica*. Contudo, mesmo nestas escalas as diferenças relativamente à população geral são mínimas. Ainda assim, se tivermos em conta o valor de ponto de corte do BSI, verificamos que 48.8% (N=20) dos sujeitos apresentam valores clinicamente significativos. Esta análise contou apenas com 41 sujeitos válidos.

Estilos de coping: Os dados encontrados permitem-nos perceber que os sujeitos avaliados neste estudo utilizam mais as estratégias de *coping directo* do que as estratégias de *coping de supressão*.

Estatística Inferencial:

A análise exploratória de dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Uma vez que não se verificou uma distribuição normal foi utilizada estatística não paramétrica. Assim, considerando a literatura e os resultados das correlações observadas, procuramos avaliar se a adversidade na infância e na idade adulta era preditora do funcionamento actual. Os resultados são apresentados no quadro 2.

Relativamente à adversidade na infância, o quadro 2 mostra-nos que o modelo de regressão encontrado é significativo (* $p < .05$) para o índice de psicopatologia, as doenças e as queixas físicas, explicando 32% ($R^2_{aj}=.10$), 29% ($R^2_{aj}=.08$) e 44% ($R^2_{aj}=.19$) da variância, respectivamente. Isto significa que a adversidade na infância é um preditor significativo quer da psicopatologia, quer das doenças e queixas físicas.

Quadro 2: Resultados da análise de regressão linear utilizando as seguintes variáveis preditas: índice de psicopatologia, doenças, queixas físicas e estilo de coping

<i>Variáveis preditoras</i>	<i>Variáveis Preditas</i>	<i>R² (R²aj)</i>	<i>F (df regression, df residual)</i>	<i>β</i>	<i>T</i>
<i>Adversidade na Infância</i>	<i>Índice de psicopatologia</i>	.32 (.10)	4.17* (1, 37)	.32	2.04*
	<i>Doenças</i>	.29 (.08)	4.09* (1, 44)	.29	2.02*
	<i>Queixas físicas</i>	.44(.19)	7.06* (1, 30)	.44	2.66*
	<i>Coping geral</i>	.16 (.02)	1.09 (1, 44)	.16	1.04
	<i>Coping Directo</i>	.25 (.06)	2.83 (1, 44)	-.25	-1.68

* p < .05

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A realização deste trabalho permitiu-nos compreender melhor as características do grupo de obesos avaliados, bem como as dificuldades com que estes se deparam. Os resultados mostraram que a maioria dos sujeitos avaliados (67.4%, n=31) não era obeso na infância, o que nos faz pensar na possibilidade de existirem factores externos aos sujeitos que poderão ter conduzido à sua condição de obeso na idade adulta.

Curiosamente, e ao contrário de outros estudos realizados com obesos (e.g., Felitti et al., 1998; Silva, 2006; Silva & Maia, 2007a; Silva & Maia, 2008), verificamos que a exposição a adversidade na infância é consideravelmente mais baixa neste grupo. O facto de os nossos participantes terem sido avaliados após a realização da gastrobandoplastia (contrariamente aos participantes dos trabalhos de Felitti et al. (1998) e de Silva (2006), por exemplo), leva-nos a questionar se esta cirurgia poderá ter contribuído de alguma maneira para estes resultados. Ao encontrarmos estes dados, questionámos a possibilidade dos sujeitos avaliados serem pessoas mais funcionais do que outros com os quais estabelecemos comparação (e.g., Silva, 2006) e por isso mesmo já realizaram cirurgia enquanto os outros continuam a ser recusados por não cumprirem as exigências. Por outro lado, questionamos ainda a possibilidade de os nossos sujeitos estarem a relativizar determinadas experiências negativas do seu passado, em virtude de se encontrarem numa fase de grande satisfação com a cirurgia e consigo próprios, como foi anteriormente referido.

Relativamente ao funcionamento actual dos sujeitos, este parece ser bastante satisfatório, uma vez que a frequência de doenças, queixas físicas e sintomatologia psicopatológica relatada é muito inferior comparativamente com outras avaliações pré-

cirúrgicas (e.g., Silva, 2006) e mesmo com a população geral. Em relação à frequência de doenças e queixas físicas, o resultado encontrado seria de certo modo esperado uma vez que os nossos participantes já tinham realizado a gastrobando plastia e, portanto, é natural que a frequência de doenças e queixas físicas seja menor nesta fase. Outros estudos mostram também que este tipo de cirurgias contribui directamente para a diminuição das comorbilidades associadas à obesidade (e.g., Bennett et al., 2007; Buchwald et al., 2004). Além disso, a própria adopção de comportamentos de saúde mais saudáveis (que constitui uma exigência não só para a preparação para a cirurgia, mas também após a realização da mesma) pode ter contribuído para estes resultados. No que concerne à sintomatologia psicopatológica, os nossos dados vêm contrariar outros estudos que evidenciavam a tendência dos obesos para apresentarem sintomatologia psicopatológica (e.g., Ray et al., 2003). Perante este cenário, mais uma vez os nossos dados levam-nos a supor que os sujeitos avaliados poderiam, eventualmente, encontrar-se numa fase de grande contentamento com os resultados da cirurgia, não só ao nível da perda de peso, mas também em relação às melhoras na qualidade de vida que daí advêm, o que aliás também é mostrado noutros estudos (e.g., Bennett et al., 2007). Este estado de satisfação poderá eventualmente contribuir para a desvalorização de aspectos menos positivos das suas vidas.

Este grupo também apresenta um maior recurso a estratégias de *coping* directas, o que certamente permitir-lhes-á lidar com os problemas de forma mais eficaz. Esta dado contraria outros estudos (e.g., Silva, 2006) e leva-nos a questionar se estes sujeitos terão adquirido competências mais eficazes para lidar com os problemas após a realização da cirurgia ou se, simplesmente, apresentam uma maior capacidade para recorrer a estratégias de *coping* directo. Por outro lado, e a ser verdadeira a hipótese colocada por Felitti et al. (1998) de que a ingestão dos alimentos pode funcionar como uma estratégia de *coping* para lidar com a adversidade, somos conduzidos a pensar que estes sujeitos terão ficado *sem* esta estratégia após a realização da cirurgia. Este facto leva-nos a questionar a possibilidade de estes sujeitos se terem esforçado entretanto por encontrar outras formas mais eficazes de lidar com os problemas.

Apesar da reduzida frequência de exposição à adversidade na infância encontrada, observamos que ainda assim esta explica uma boa parte da variância do índice de psicopatologia, das doenças e das queixas físicas relatadas.

Em análises de predição usando análises de regressão verificamos que a adversidade na infância era um preditor significativo ($p < .05$) do índice de psicopatologia, das

doenças e das queixas físicas. Assim, com estas análises acabamos por encontrar uma relação entre a adversidade e o funcionamento actual (nomeadamente, em relação aos sintomas psicopatológicos, doenças e queixas físicas). Isto leva-nos então a pensar que a exposição a experiências adversas pode, efectivamente, afectar o funcionamento actual.

Assim, destaca-se uma vez mais a importância de agir preventivamente não só no sentido de travar o crescimento da (já elevada) prevalência de obesidade no nosso país, mas também procurar medidas de prevenção da exposição à adversidade, quer na infância quer na idade adulta, uma vez que a prevalência de ambas no nosso país é também elevada (cf., Azevedo, 2002, citado por Maia 2006; Maia, 2006). Deste modo, verificamos que a gastrobandoplastia pode ser um importante recurso para melhorar a qualidade de vida e o funcionamento das pessoas com obesidade mórbida.

REFERÊNCIAS:

- Ali, M. R, Maguire, M. B. & Wolfe, B. M. (2006). Assessment of Obesity-Related Comorbidities: A Novel Scheme for Evaluating Bariatric Surgical Patients. *Journal of American College of Surgeons*, 202, 70-77.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Arnou, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal Clinical Psychiatry*, 65, 10-15.
- Canavarro, C. (1999a). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B. S. I.. In M. R. Simões, M.M Gonçalves & L.S. Almeida (Ed.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (volume II). Braga: APPORT.
- Ellison, S. R, Ellison, S. D. (2008). Bariatric surgery: a review of the available procedures and complications for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 1, 21-32.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F. & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do RS*, 26, 47-51.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many

of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

Haes, J. C. J. M., van Knippenberg, F. C. E., Neijt, J. P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62, 1034-1038.

Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In P. J. Costa, C. M. Lopes Pires, J. Veloso e CTL Pires (Orgs.) *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 21-33). Leiria: Editorial Diferença e ADFA.

Segal, A. & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24,68-72.

Silva, S. S. P. (2006). Experiências Adversas na Infância e Sintomas Psicopatológicos em Sujeitos com Obesidade Mórbida. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Silva, S. & Maia, A. (2007a). Versão Portuguesa do *Family ACE Questionnaire* (Questionário da História de Adversidade na Infância). In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.). *Actas da XIII Conferência Avaliação Psicológica: Formas E Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Silva, S. & Maia, A. (2008). Experiências adversas na infância e na idade adulta em sujeitos com obesidade mórbida: o que é que tem mais “peso” para a adaptação actual?. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.