

História de adversidade na família e queixas de saúde – um estudo comparativo entre obesos e não obesos

Susana Sofia P. Silva¹ & Ângela da Costa Maia¹

Resumo

A adversidade na infância, quer nas experiências voltadas para o sujeito quer nas referentes ao ambiente familiar, estão associadas a quadros de obesidade mórbida na idade adulta e sido associadas a um maior número de queixas de saúde. O nosso estudo pretendeu comparar adultos obesos candidatos a cirurgia bariátrica (n = 75) e não obesos (n = 69) relativamente à história de adversidade na infância e às queixas de saúde física. Os participantes preencheram: Questionário Sócio-demográfico e História de Vida e Questionário de Saúde Actual. Os resultados indicam que o total de experiências de adversidade na infância são mais frequentes nos obesos mórbidos do que nos não obesos, havendo diferenças estatisticamente significativas no: abuso emocional e físico, violência doméstica, abuso de substâncias, membro da família na prisão, doença mental, negligência física e emocional. Encontramos, ainda, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível do número de queixas de saúde apresentadas e no que se refere à história de adversidade, sendo os valores médios superiores no grupo dos obesos. As experiências de adversidade são mais prevalentes em sujeitos com obesidade mórbida. Estes sujeitos também apresentam mais adversidade relacionada com o ambiente familiar. Na idade adulta, estes sujeitos apresentam mais queixas de saúde. Atendendo a estes resultados, concluímos que as experiências de adversidade ocorridas no seio familiar têm um impacto importante na saúde física, sendo por isso fundamental repensar a avaliação dos candidatos a cirurgia bariátrica bem como as medidas de prevenção da obesidade mórbida e dos problemas de saúde.

Introdução

O estudo da relação entre as experiências de adversidade na infância e os sintomas físicos e psicológicos na idade adulta tem sido uma área de particular interesse nos últimos anos. Mais especificamente, tem havido esforços em definir quais os tipos de experiências que se podem constituir como adversidade, quais os factores de risco e os factores protectores face a estas vivências, e quando adultos, qual a probabilidade de as pessoas com histórias adversas desenvolverem problemas de saúde física e psicológica.

A adversidade pode ser definida como a exposição a um conjunto de circunstâncias pouco favoráveis para o desenvolvimento humano que podem correr nos diversos contextos de vida dos sujeitos (Rizzini & Dawes, 2001), sendo que vários estudos têm verificado que a adversidade funciona como factor de risco durante a infância e adolescência, aumentando a vulnerabilidade para desenvolver problemas de saúde física e mental na idade adulta (cf. Clemmons, Dilillo, Martinez, DeGuea, & Jeycott, 2003). No que se refere a doenças físicas, estes indivíduos apresentam maior probabilidade de desenvolver doença cardíaca (Dong, Anda,

¹ Departamento de Psicologia, Universidade do Minho. sofiasilva@portugalmail.pt, angelam@iep.uminho.pt.

Felitti, Dube, Williamson, & Thompson, 2004; Dong, Giles, Felitti, Dube, Williams, & Chapman, 2004), cancro, doença pulmonar, enfisema crónico, asma, problemas gastrointestinais, diabetes, obesidade, sida, fracturas esqueléticas (Felitti, 1998). A investigação mostra ainda que os pacientes que foram abusados durante a infância ficam mais frequentemente doentes, procuram mais ajuda médica, e apresentam níveis de incidência cirúrgica mais elevados (Felitti, 2003).

Estudos realizados por Felitti e a sua equipa (1998), utilizando várias populações diferentes, sugerem que o abuso infantil e a disfunção familiar conduzem ao desenvolvimento, décadas mais tarde, de doenças crónicas, nomeadamente a obesidade mórbida.

As experiências de adversidade na infância têm sido associadas a mais comportamentos de risco, nomeadamente sexuais, a um início de actividade sexual mais precoce, a ter múltiplos parceiros sexuais, e conseqüentemente, a um risco superior de contrair HIV (Hillis, Anda, Felitti, & Marchbanks, 2001), a um maior número de gravidez na adolescência e a um risco superior de violência nas relações íntimas (Anda, Chapman, Felitti, Edwards, Williamson, & Croft, 2002).

Vários autores referem que este risco poderá ser superior pela associação com outros problemas de saúde física (diabetes, hipertensão) e mental (perturbações do humor e da ansiedade) bem como pela associação de factores de risco (como beber, fumar e inactividade física) tradicionais na doença física (Dong, Giles, et al, 2004).

Assim, os indivíduos que foram expostos a experiências de adversidade durante a infância apresentam uma maior probabilidade de queixas de saúde, utilização de serviços médicos, morbidade e mortalidade.

A obesidade mórbida é uma condição que está associada a um conjunto de problemas de saúde, sendo difícil controlá-la. Partindo do princípio que comer excessivamente pode ser uma estratégia para lidar com a emocionalidade negativa (cf. Felitti, 1998), procuramos compreender os sujeitos com obesidade mórbida, as suas vivências e características actuais, e compará-los com um grupo de não obesos, ou seja, este estudo pretende comparar adultos obesos candidatos a cirurgia bariátrica com sujeitos com peso normal, relativamente à história de adversidade na infância e às queixas de saúde física na idade adulta.

Método

Amostra

O nosso estudo é constituído por dois grupos: o grupo de obesos candidatos a cirurgia bariátrica e o grupo de não obesos. O *grupo I* é composto por 75 participantes, 21.3% (n = 16) eram do género masculino e 79.7% (n = 59) do género feminino, com idades compreendidas

entre os 21 e 61 anos. A média de idade é de 38.89 anos, com desvio padrão (DP) de 9.87. A média do peso máximo dos sujeitos é de 126.43 Kg (DP = 14) e a média do peso actual é de 118.57 Kg (DP = 13.79).¹

As habilitações académicas dos sujeitos eram baixas. Verificamos que 21.3% (n = 16) frequentou até ao 4º ano de escolaridade, 28% (n = 21) o 6º ano, 37.3% (n = 28) o 9º ano, 8% (n = 6) o 12º ano, e apenas 5.3% (n = 4) apresentava formação universitária.

Os participantes deste grupo relatam obesidade na infância em dez (13.3%) casos, no entanto a grande maioria (n = 65, 86.7%) descreve-se como não obeso durante a infância.

O grupo II é composto por 69 participantes, 91.3% do género feminino (n = 63) e 8.7% do género masculino (n = 6), com idades compreendidas entre os 19 e 62 anos. A média de idade é de 36.88 (DP = 10.215). A média do peso máximo é de 67.03 Kg (DP = 10.367) e a média de peso actual é de 61.6 KG (DP = 8.809).

As habilitações académicas dos sujeitos são razoáveis. Verificamos que 10.1% (n = 7) frequentou até ao 4º ano, 23.2% (n = 16) o 6º ano, 21.7% (n = 15) o 9º ano, 29% (n = 20) o 12º ano, e 15.9% (n = 11) tem formação universitária.

Neste grupo, a obesidade na infância apenas é referida por três (4.3%) participantes sendo que esta característica não é referida nos restantes 66 (95.7%) casos.

Procedimento

Os dados foram recolhidos numa Consulta Multidisciplinar de Obesidade (Grupo I) e em dois Centros de Saúde da região Norte de Portugal. Os participantes foram avaliados individualmente com os instrumentos depois de obtido respectivo consentimento informado.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa de estatística *SPSS (Statistical Program for Social Sciences - 14.0)*.

Instrumentos

Para atingir os objectivos do nosso estudo utilizamos o *Questionário Sócio-demográfico e História de Vida* (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2006) e o *Questionário de Saúde Actual* (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2006).

O *Questionário Sócio-demográfico e História de Vida* é um instrumento traduzido de “*Family Health History*” utilizado no estudo ACE (Felitti & Anda, 1998). Este questionário é composto por 157 itens organizados em cinco grupos de questões dicotómicas, ou de escolha múltipla ou resposta breve. Os cinco grupos de questões são os seguintes: 1) dados de identificação (idade, sexo, estado civil, escolaridade e estatuto profissional); 2) informação familiar (escolaridade do pai e da mãe, e mudanças de habitação); 3) hábitos de vida (consumo

de tabaco, álcool e drogas); 4) outros problemas (informações acerca da procura de serviços de saúde, cuidados recebidos, actividade sexual e violência); 5) experiências adversas vividas na infância. Este último grupo procura recolher informações acerca de dez categorias de adversidade: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física, e negligência emocional.

Para cada um dos sujeitos, atendendo ao valor em cada uma das categorias de adversidade antes apresentada, calculou-se uma nova variável - *Adversidade Total*. Esta nova variável surge do somatório do valor com que foi classificado cada sujeito em cada uma das categorias, em que se atribui o valor “zero” se o sujeito não relata essa forma de adversidade ou o valor “um” se essa adversidade é relatada (note-se que na maior parte das situações isto implica adversidade “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”). Esta nova variável pode variar entre zero (se o sujeito não é positivo em qualquer uma das categorias) e dez (se o sujeito obtém pontuação positiva em todas as categorias).

O *Questionário de Saúde Actual* é um instrumento traduzido de “*Health Appraisal Questionnaire*” (Felitti & Anda, 1998) que pretende avaliar o estado de saúde actual. É composto por 88 itens, que correspondem a um conjunto de afirmações relativamente a várias doenças ou queixas físicas ou psicológicas que o sujeito deve relatar se estão ou não presentes na actualidade, utilizando uma escala dicotómica (Sim/Não).

Resultados

Experiências de adversidade

No quadro I encontra-se a frequência e percentagem dos participantes quanto ao número de itens que, devido ao relato, atingiram o critério para se considerar que foram vítimas nas categorias **abuso emocional, abuso físico e abuso sexual**.²

Quadro I: Estatística descritiva das categorias abuso emocional, físico e sexual

Grupo	Abuso emocional				Abuso físico				Abuso sexual			
	Obesos		Não obesos		Obesos		Não obesos		Obesos		Não obesos	
Nº itens	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	35	47	62	90	39	52	58	88	67	90	61	94
1	10	13	6	9	6	8	4	6	4	5	2	4
2	16	21	1	1	11	15	4	6	3	4	1	1
3	14	15	0	0	2	3	0	0	1	1	1	1
4					17	22	0					

No que se refere ao abuso emocional, verificamos que quase metade dos participantes obesos relata nunca ter experienciado esta forma de abuso “muitas” ou “muitíssimas vezes”. No entanto, 14 participantes obesos relatam que esta experiência ocorreu em todas as dimensões avaliadas. No grupo dos não obesos, observamos que esta experiência é pouco relatada pelos participantes.

O número de participantes obesos que relata ter sido vítima de todas as formas de abuso físico é bastante elevada ($n = 17$). Note-se, no entanto, que a maioria ($n = 39$, 52%) não relata que o abuso físico ocorreu “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”. O questionário perguntava ainda (mesmo não entrando para a cotação desta categoria), acerca da idade com que foram espancados pela última vez. Um número muito elevado de sujeitos, ($n = 69$, 92%) refere que essa experiência decorreu em média aos 15.5 anos ($DP = 2.59$). Isto significa que há sujeitos que ainda que não tivessem sido maltratados fisicamente “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”, relatam episódios de maltrato físico, provavelmente grave. No grupo dos não obesos, este tipo de abuso não é referido pela grande maioria ($n = 58$), como tendo ocorrido “muitas” ou “muitíssimas vezes”.

Na categoria abuso sexual, observamos que esta experiência é relatada por oito participantes obesos e quatro não obesos.

Para averiguar as diferenças entre os grupos nestas categorias de adversidade realizados um teste de Mann Whitney. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas categorias de abuso emocional ($U = 1415$, $p = .000$) e abuso físico ($U = 1701$, $p = .000$) sendo que estas experiências são mais frequentes nos sujeitos obesos.

Para além de situações de abuso contra o próprio sujeito, o instrumento por nós utilizado avalia questões que se reportam aos membros da família / ambiente familiar.

No quadro II encontra-se a frequência e percentagem dos participantes nas categorias **violência doméstica, abuso de substâncias, divórcio ou separação, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio.**³

Quadro II: Estatística descritiva das categorias violência doméstica, abuso de substâncias, divórcio ou separação, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio

Grupo	Violência doméstica				Abuso de substâncias				Divórcio ou separação				Prisão membro família				Doença mental ou suicídio			
	Obes.		N.Ob.		Obes.		N.Ob.		Obes.		N.Ob.		Obes.		N.Ob.		Obes.		N.Ob.	
Nº itens	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	37	49	65	94	36	48	55	81	65	87	66	96	62	83	68	99	31	41	51	74
1	8	11	2	4	37	49	13	19	10	13	3	4	13	17	1	1	18	24	16	23
2	10	13	1	1	2	3	0	0									26	35	2	3
3	20	27	1	1																

Como podemos observar pela análise do quadro, um pouco mais que metade dos participantes obesos relatam ter sido expostos a violência doméstica. Esta categoria não é referida pela grande maioria dos participantes não obesos.

Na categoria abuso de substâncias, observamos que um pouco mais que metade dos participantes obesos relata que esta experiência ocorreu na sua família. No grupo de participantes não obesos, esta situação não é relatada pela grande maioria, no entanto, 13 participantes relatam ter vivido esta adversidade familiar.

Em relação à experiência de divórcio ou separação parental, dez participantes obesos e três não obesos relatam ter vivido esta situação durante a sua infância ou adolescência.

A prisão de um membro da família, é relatada por 3 participantes obesos e um não obeso.

Como se pode constatar, mais de metade dos participantes obesos relata a presença de doença mental ou suicídio na família durante a infância e adolescência. Esta experiência também é relatada por um número significativo de participantes não obesos.

Ao compararmos as diferenças entre os grupos nas diversas dimensões observamos a presença de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de violência doméstica ($U = 1408, p = .000$), abuso de substância por um membro da família ($U = 1711.5, p = .000$), prisão de um membro da família ($U = 2176.5, p = .001$), e doença mental ou suicídio ($U = 1616.5, p = .000$).

A categoria de **negligência física** é constituída por cinco afirmações e a **negligência emocional**⁴ por quatro, sendo que existem itens cuja cotação é invertida e neste caso conta-se a ausência de cuidados adequados. No quadro III encontra-se a distribuição dos participantes nestas categorias.

Quadro III: Estatística descritiva das categorias de **negligência física e negligência emocional**

Grupo	Negligência física				Negligência emocional			
	Obesos		Não obesos		Obesos		Não obesos	
Nº itens	N	%	N	%	N	%	N	%
0	41	55	53	80	41	55	49	72
1	17	22	9	14	17	23	12	17
2	11	15	2	3	7	10	7	10
3	3	4	2	3	5	6	1	1
4	1	1	0		5	6	0	
5	2	3	0					

Na observação dos dados relativos à negligência física, verificamos que a maioria dos participantes obesos não refere este tipo de adversidade. No entanto, 45% relata que esta experiência ocorreu pelo menos uma vez sendo que seis participantes relatam que ocorreu três ou mais vezes. A grande maioria dos participantes não obesos, não refere este tipo de adversidade.

Na categoria negligência emocional, 34 dos participantes obesos relatam algum tipo desta adversidade sendo que dez relatam mais do que três formas desta categoria. Na grande maioria dos participantes não obesos não observamos esta adversidade.

Ao compararmos as diferenças entre os grupos, verificamos que estas são estatisticamente significativas na negligência física ($U = 1803, p = .001$) e na negligência emocional ($U = 1945, p = .001$).

No quadro IV são apresentadas as frequências da variável **adversidade total**.

Quadro IV: Estatística descritiva da variável adversidade total

Grupo	Adversidade total			
	Obesos		Não Obesos	
Nº adversidades	N	%	N	%
0	9	12	20	31
1	8	11	23	36
2	7	9	14	21
3	9	12	3	4
4	7	9	3	4
5	15	20	3	4
6	5	7	0	0
7	8	11	0	0
8	5	7	0	0
9	2	3	0	0
10	0	0	0	0

Como podemos observar, apenas 12% dos participantes obesos não relatam qualquer tipo de adversidade na infância, ou seja, 88% relata pelo menos uma experiência de adversidade. Mais, cerca de 47% destes participantes relatam cinco ou mais experiências de adversidade durante a infância.

No que concerne aos participantes não obesos, observamos que 67% relata um ou nenhum tipo de experiência de adversidade.

Ao compararmos as diferenças entre os grupos na variável adversidade total, verificamos que estas diferenças são estatisticamente significativas ($U = 496.5$, $p = .000$) sendo que o valor de adversidade total é superior no caso dos obesos.

Queixas de saúde

No quadro V é apresentada a frequência e percentagem das principais queixas físicas relatadas pelos participantes de ambos os grupos.

Quadro V: Estatística descritiva das queixas físicas

Queixas físicas	Obesos				Não obesos			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	47	63	28	17	15	22	54	78
Taquicardia	36	48	39	52	6	9	63	91
Cãimbras	45	60	30	40	18	26	51	74
Varizes	43	57	32	43	30	44	39	56
Dores cabeça	49	65	26	35	39	56	30	44
Parestesias	47	62	28	38	20	29	49	71
Dores / inchaços articulações	54	72	21	28	17	25	52	75
Diabetes	20	27	55	73	3	4	66	96
Doença da tiróide	19	25	56	75	2	3	67	97

Ao observarmos as queixas físicas relatadas pelos participantes, verificamos que estas são mais frequentes nos obesos, sendo que a moda das queixas físicas nestes participantes é de seis (mínimo de zero e máximo de 16) enquanto nos não obesos é de três.

Nos participantes obesos, observamos uma elevada percentagem de hipertensos (63%), diabéticos (27%) e participantes com a doença da tiróide (25%). Os restantes sintomas físicos também apresentam valores muito significativos.

No que se refere aos participantes não obesos, observamos que estas queixas físicas são bastante menos significativas.

Neste sentido, os participantes não obesos percebem o seu estado de saúde como bom ou excelente em 67% dos casos e 65% percebe o seu nível de stress como médio. Por sua vez, os participantes obesos percebem o seu estado de saúde como suficiente em 63% dos casos e 93% relata um nível de stress médio-alto.

Ao compararmos as diferenças entre os grupos ao nível do total das queixas físicas, verificamos que estas diferenças são estatisticamente significativas ($U = 1684, p = .000$) sendo que o valor de queixas físicas é superior no caso dos obesos.

No caso dos participantes obesos, verificamos que existe uma forte relação entre as experiências de adversidade na infância e o número de queixas físicas apresentadas na idade adulta sendo que a adversidade na infância explica a variância de 12% ($F(1,73) = 11.115, p = .000$) das queixas físicas nestes sujeitos.

Conclusão

Ao analisarmos as experiências de adversidade em sujeitos obesos e não obesos verificamos que estas são bastante mais frequentes nos casos de obesidade mórbida, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas. Por outro lado, verificamos uma grande representatividade das formas de abuso voltadas para o sujeito (abuso físico, emocional, sexual).

No caso dos obesos, verificamos que o abuso físico é o mais relatado pelos participantes, confirmando a ideia de que este é um dos tipos de adversidade mais relatado pelos sujeitos (Felitti et al., 1998). Por outro lado, verifica-se uma elevada prevalência de situações de abuso emocional que, tal como é sugerido pela literatura, está frequentemente associado a situações de abuso físico (Felitti et al., 1998).

O abuso sexual, apesar de assumir valores mais baixos, dada a sua gravidade merece toda a atenção. Por um lado, verificamos que estas experiências são menos relatadas pelos participantes com obesidade mórbida, por outro, os sujeitos não obesos relatam algum tipo de experiência de abuso sexual em 6% das situações, o que reforça a noção de que estas experiências podem ser mais frequentes do que os valores encontrados na literatura.

As experiências de negligência são menos relatadas do que as adversidades anteriormente referidas. Esta situação poderá dever-se ao facto de, em situações de maus-tratos mais activos, estas experiências serem desvalorizadas (Barudy, 1998).

No que se refere às experiências de adversidade ao nível do ambiente familiar, observamos que estas são bastante frequentes nos sujeitos obesos e menos frequentes nos não obesos. Estes dados reforçam a ideia de uma elevada co-morbilidade entre experiências de adversidade, sendo que a presença de determinadas condições familiares (como a violência, consumo de álcool ou a doença mental) podem ser factores incrementadores de maior adversidade a um nível individual (Felitti et al, 1998).

Atendendo aos elementos que compõem cada categoria de adversidade, podemos verificar que 88% dos sujeitos obesos e 69% dos não obesos relatam pelo menos uma destas experiências, o que reforça a ideia de Felitti e colaboradores (1998) de que a obesidade é muito frequente em sujeitos com experiências de adversidade. Por outro lado, observamos que 68% dos participantes obesos relata pelo menos quatro experiências de adversidade ao longo da infância. Assim, concluímos que, tal como verificado em amostras americanas (Felitti et al, 1998), não tende a existir apenas adversidade relacionada com o sujeito mas em todo o ambiente familiar. Isto é, em situações de maltrato a crianças é provável que existam outros problemas a nível da dinâmica e funcionamento familiar (Anda et al., 2002, 2006; Felitti, 2002, 2003).

No que se reporta às queixas físicas, verificamos que, tal como encontrado na literatura, estas são mais frequentes em sujeitos obesos do que não obesos (Hillis et al, 2004). Verificamos ainda que os sujeitos obesos percebem-se como tendo menos saúde e um nível de stress bastante mais elevado do que os não obesos.

Assim, podemos concluir que no nosso estudo existe uma elevada prevalência de experiências de adversidade em sujeitos com obesidade mórbida e que estas são menos frequentes em sujeitos não obesos. Verificamos ainda que, a grande maioria dos sujeitos obesos não era obeso durante a infância. Por outro lado, verificamos que os sujeitos obesos apresentam mais queixas de saúde física do que os não obesos, o que nos leva a concluir que as experiências de adversidade individual e ocorridas no contexto familiar têm um grande impacto na saúde física. Contudo, seria importante comparar os resultados obtidos nas queixas de saúde física num grupo de obesos sem experiências de adversidade e num grupo de não obesos com experiências de adversidade. No nosso caso não foi possível dado o número de obesos sem adversidade e de não obesos com adversidade ser pouco significativo.

No nosso estudo, os sujeitos não obesos têm maior escolaridade do que os sujeitos obesos. Seria importante ter sujeitos não obesos com menor escolaridade para podermos

comparar os resultados e também perceber se a taxa de empregabilidade se relaciona com esta característica ou com um menor peso.

Neste sentido, podemos tecer algumas considerações acerca de orientações para a intervenção e prevenção. Por um lado, é fundamental repensar a avaliação dos candidatos a cirurgia bariátrica salientando-se a importância de um maior acompanhamento por parte destes sujeitos ao longo de todo o processo. Por outro, a prevenção da obesidade mórbida assume uma importância fundamental uma vez que esta epidemia de saúde pública tem aumentado largamente nos últimos anos. Contudo, devemos repensar a filosofia destes programas de prevenção tendo presente a necessidade de uma intervenção multidisciplinar e ecológica.

Notas

¹ Note-se que muitos dos sujeitos avaliados já iniciaram alterações dos hábitos alimentares no sentido de serem submetidos à intervenção cirúrgica.

² Note-se que nas categorias de abuso emocional e físico os itens são positivos quando o sujeito os relata como tendo acontecido “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”. No caso do abuso sexual, a cotação de cada item era dicotômica.

³ Note-se que a categoria violência doméstica é avaliada em 3 itens, sendo considerada positiva se algum dos itens for identificado como tendo ocorrido pelo menos uma vez. As restantes categorias apresentavam uma cotação dicotômica para cada item.

⁴ Note-se que nestas categorias os itens são positivos quando o sujeito os relata como tendo acontecido “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”.

Referências

- Anda, R.F., Chapman, D.P., Felitti, V.J., Edwards, V., Williamson, D.F., & Croft, J.B. (2002). Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists*; 100: 37-45.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., & Perry, B.D.:(2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archive of Psychiatry Clinical Neuroscience*; 256: 174-186.
- Barudy, J (1998). El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecossistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós.
- Clemmons, J.C., Dillillo, D., Martinez, I.G., Deguea, S., Jeycott, & M. (2003). Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse Neglected*; 27: 625-639.

-
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J., & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal Affective Disorder*; 82: 217-225.
- Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., & Dong, M. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal Adolescence Health*; 38: 444.e1-444.e10.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Whitfield, C.L., Brown, D.W., Felitti, V.J., & Dong, M. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse in gender of victim. *American J Preventive Medicine*; 28: 430-438.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American J Preventive Medicine*; 14: 245-258.
- Felitti, V.J. (2002). Belastungen in der kindheit und gesundheit im erwachsenenalter: Die verwandlung von gold in blei. *Z psychosom Med Psychother*; 48: 359-369.
- Felitti, V.J. (2003). Ursprünge des suchverhaltens - evidenzen aus einer studie zu belastenden kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*; 52: 547-559.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P.A., & Marks, J.S. (2004). The associaions between adverse childhood experiences and adolescence pregnancy, long-term psychosocial conequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113: 320-327.
- Mcanally, R.J., Bryant, R.A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*; 4: 45-79.
- McEwen, BS (2003): Early life influences on life-long patterns of behaviour and health. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 9: 149-154.
- Rizzini, I., & Dawes, A. (2001). Editorial on cultural diversity and childhood diversity. *Childhood*, 8: 315-321.
- Silva, S (2006): Experiências adversas na infância e psicopatologia em sujeitos com obesidade mórbida. Braga: Universidade do Minho.
- Silva, S., & Maia, A (s/d).. Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W (1997): *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders*. Pennsylvania: BRUNNER/MAZEL, INC.

Agradecimentos:

As autoras gostariam de agradecer a Eugénia Maciel e Helena Silva Pereira pela colaboração na recolha dos participantes não obesos.