

EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA De Adultos com Obesidade Mórbida

SUSANA SILVA, ÂNGELA MAIA

Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga

RESUMO

A investigação tem mostrado que adultos com obesidade mórbida relatam elevados índices de experiências adversas na infância. No nosso estudo procuramos avaliar a prevalência deste tipo de experiências numa amostra de 75 obesos mórbidos (com peso médio de 118.57 Kg) candidatos a cirurgia bariátrica, tendo verificado que 66 (88%) participantes relatam a existência de pelo menos uma experiência adversa, e 51 (68%) relatam pelo menos quatro experiências de adversidade. Estes dados indicam que nos sujeitos estudados existe uma elevada prevalência de experiências de adversidade na infância, e sugerem que o comportamento alimentar deve ser compreendido tendo em consideração a totalidade de vida do sujeito.

SUMMARY

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES in Adults with Morbid Obesity

Research has shown that morbid obesity adults have more adverse childhood experiences. The aim of our work was to study the prevalence of this experience in a sample with 75 participants with morbid obesity (weight range of 118.57 Kg) candidate to bariatric surgery. Sixty-six (88%) participants had at least one adverse childhood experience, 51 (68%) refer at least four adverse experiences. The results suggest that a large number of participants had adverse childhood experiences, and food behaviour should be understood attending to the whole life of the individual.

INTRODUÇÃO

O estudo da relação entre adversidade vivida na infância e sintomas físicos e psicológicos, quer na infância quer na idade adulta, tem recebido bastante atenção nos últimos anos. Tem interessado aos diferentes investigadores perceber quais os tipos de experiências que podem constituir adversidade, quais os factores de risco e os factores protectores face a estas vivências, qual será o percurso desenvolvimental destas pessoas e, enquanto adultos, qual a probabilidade de desenvolver patologia física ou mental. Actualmente, as experiências de adversidade na infância são definidas como actos de perpetração ou omissão dirigidos à criança, mas também são consideradas um conjunto de outras condições que afectam o ambiente familiar e social (morte, doença, catástrofes naturais, guerras...) da criança tendo aumentado a consciência de que a vivência destas experiências pode comprometer todo o desenvolvimento do indivíduo, incluindo a sua saúde física¹.

Neste sentido, vários estudos têm verificado que a existência de factores de risco psicossocial durante a infância e adolescência aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações físicas e mentais durante a idade adulta, ou seja, quanto maior o risco psicossocial durante a infância, maiores os problemas de ajustamento na idade adulta¹, bem como a probabilidade de doenças físicas tais como problemas cardíacos, problemas de obstrução pulmonar crónica, diabetes, obesidade, ou infecções sexualmente transmissíveis². A investigação mostra ainda que os sujeitos que foram abusados durante a infância ficam mais frequentemente doentes, procuram mais vezes ajuda médica², apresentam níveis de incidência cirúrgica mais elevados¹.

O grupo de investigação Adverse Childhood Experiences² tem realizado estudos muito importantes no âmbito dos efeitos da adversidade, tentando perceber de que forma estas experiências se relacionam com a mortalidade e morbidade. Estes estudos têm sido realizados com um número muito significativo de participantes e amostras muito específicas, o que reforça a significância dos resultados.

O primeiro estudo realizado por este grupo de investigação surgiu com o objectivo de averiguar por que motivo, sujeitos com obesidade mórbida não perdiam peso. Os dados desta investigação mostraram, de uma forma que surpreendeu os investigadores, que esta população tinha uma história de grande exposição a experiências muito adversas. Este facto levou os autores a concluir que a intervenção não estava voltada para as reais causas da obesidade mórbida e iniciou o interesse desse grupo pela com-

preensão da relação entre adversidade vivida na infância e perturbação na idade adulta². Depois disto foram analisadas as relações entre adversidade e vários tipos de problemas físicos e mentais, tendo sempre sido encontrada a relação entre o número de adversidade e o número e gravidade de problemas actuais. A título ilustrativo, podemos referir os estudos realizados por Anda et al³ que encontraram uma forte relação entre experiências de adversidade na infância e um risco superior de desenvolver problemas de saúde física (hipertensão e diabetes) e mental (perturbação de ansiedade e humor) bem como uma maior probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco (como fumar, beber, inactividade física). Alguns estudos referem que determinadas características de personalidade e o desenvolvimento de sintomas físicos e psicológicos surgem após exposição adversa⁴.

A obesidade mórbida é uma condição que está associada a inúmeros problemas de saúde, reconhecendo-se a dificuldade que existe em controlá-la. Assim, partindo do princípio que o consumo excessivo pode ser compreendido como uma estratégia de *coping* para lidar com a emocionalidade negativa², foi realizado um estudo que procura compreender os sujeitos com obesidade mórbida, caracterizando as suas vivências e modos de funcionamento actuais.

O estudo aqui relatado diz respeito à prevalência de situações avaliadas como experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida e insere-se num estudo mais amplo que procurou averiguar o funcionamento e adaptação actual numa amostra de obesos mórbidos⁵.

MATERIALE MÉTODOS

Dos 75 participantes no nosso estudo, 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).*

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

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

Os participantes do nosso estudo relatam obesidade na infância em dez (13.3%) casos, no entanto a grande maioria descreve-se como não obeso durante a infância.

Para atingir os objectivos do nosso estudo utilizamos o **Questionário Sócio-demográfico e História de Vida**^{1-3,5}. Trata-se de um instrumento traduzido de *Family Health History* utilizado no estudo ACE². Este questionário é composto por 157 itens organizadas em cinco grupos de questões dicotômicas, 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.

Em seguida é apresentada uma breve caracterização de cada uma destas categorias tal como foi definido e estudado no âmbito do grupo de investigação que temos vindo a referir^{6,7}.

1. Abuso emocional caracteriza-se pela existência frequente ou muito frequente de situações de insulto ou medo de violência física, sendo avaliada pelas questões:

a) *Quantas vezes os seus pais, padrasto ou outro adulto que vivia em sua casa o insultou ou disse palavras?*

b) *Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa agiram de forma que o deixou com medo que o magoassem fisicamente?*

c) *Quantas vezes os seus pais, padrasto ou outro adulto que vivia em sua casa ameaçou bater ou atirar com alguma coisa mas não o fez?*

2. Abuso físico caracteriza-se pela existência frequente ou muito frequente de situações em que a criança foi batida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas. Esta categoria é avaliada pelas questões:

a) *Com que frequência lhe bateram?*

b) *Com que severidade lhe bateram?*

c) *Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa efectivamente o puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa?*

d) *Quantas vezes os seus pais ou outros adultos que viviam em sua casa bateu com tanta força que deixou marcas ou feriu?*

3. Abuso sexual é definido pela existência de experiências sexuais com um adulto pelo menos cinco anos mais velho. Estas experiências com adultos podem ser pessoas da família, outra pessoa que vivesse em casa, um amigo da família ou um estranho. Esta categoria é avaliada através das seguintes questões

a) *Algum adulto tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada?*

b) *Tocou o corpo delas de uma forma sexualizada?*

c) *Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?*

4. Exposição a violência doméstica é avaliada a partir de quatro itens adaptados do Conflict Tactics Scale⁶ que se caracterizam pela ameaça ou agressão física à mãe. As questões que avaliam esta categoria são:

a) *Com que frequência o seu pai, padrasto ou namorado da mãe puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa?*

b) *Pontapeou, mordeu, bateu com a mão, ou bateu com alguma coisa forte?*

c) *Ameaçou com uma faca ou arma, ou usou uma faca ou arma para magoar?*

Considera-se exposição a situações de violência doméstica se alguma destas questões tiver acontecido uma ou mais vezes (a partir das respostas uma/duas vezes até muitíssimas vezes).

5. Abuso de substâncias no ambiente familiar é avaliado pelo consumo de álcool ou drogas por alguma pessoa que habitasse em casa com o indivíduo. Esta categoria é avaliada por duas questões categoriais:

a) *Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?*

b) *Havia alguém em sua casa que usasse drogas?*

6. Divórcio ou separação parental foi avaliado a partir de uma questão categorial

Os seus pais eram divorciados ou separados?

7. Prisão de um membro da família é avaliada pela questão categorial

Alguém em sua casa esteve na prisão?

8. Doença mental ou suicídio caracteriza-se pela existência de algum elemento da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio. Esta categoria é avaliada pelas seguintes questões categoriais:

a) *Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?*

b) *Alguém na sua casa tentou suicidar-se?*

9. Negligência física é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades bá-

sicas da criança quer a um nível físico quer biológico. Esta categoria é avaliada através de afirmações diretas e invertidas em que se averigua a frequência desta tipo de experiências. As afirmações utilizadas são:

- a) *Não tinha o suficiente para comer;*
 b) *Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.*

Pelos seguintes itens invertidos:

- a) *Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger;*
 b) *Havia quem lavasse a roupa;*
 c) *Havia quem me levasse ao médico caso necessitasse.*

10. **Negligência emocional** é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afectivas da criança. Esta categoria é composta pelas afirmações:

- a) *Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante;*
 b) *As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros;*
 c) *As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras;*
 d) *A minha família era fonte de força e suporte - sendo que todos os itens estão invertidos.*

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).

Procedimento

Os dados foram recolhidos numa Consulta Multidisciplinar de Obesidade de um Hospital da região Norte de Portugal. Os sujeitos foram avaliados individualmente com os instrumentos depois da obtenção da respectiva autorização e consentimento informado.

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

Nº de itens	Abuso Emocional		Abuso Físico		Abuso Sexual	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0	35	46.67	39	52	67	89.33
1	10	13.33	6	8	4	5.33
2	16	21.33	11	14.67	3	4
3	14	18.67	2	2.67	1	1.33
4			17	22.67		

RESULTADOS

No quadro I encontra-se a frequência (e percentagem) dos participantes nas categorias de **abuso emocional, físico e sexual***.

Como se pode observar, quase metade dos sujeitos (n = 35, 46.67%) relata nunca ter tido nenhuma situação de abuso emocional que ocorresse *muitas vezes* ou *muitíssimas vezes*. Note-se, no entanto, que os outros 40 relatam abuso emocional, sendo que 14 (cerca de 19%) descrevem que esta experiência ocorreu em relação a todas as dimensões avaliadas.

Como se pode observar pelos resultados, o número de sujeitos que relata ter sido vítima de todas as formas de abuso físico é bastante elevada (n = 17, 22.67% dos sujeitos). 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.

O número de sujeitos que diz ter sido vítima de abuso sexual é igual a oito (11% dos participantes). Os participantes que referem ter tocado o corpo de outra pessoa de forma sexualizada relatam que essa experiência decorreu em média aos 11.17 anos (DP = 1.94). Seis sujeitos referem que esta experiência foi contra o seu desejo e a última vez que aconteceu tinham, em média, 12 anos (DP = 2.68). Esta experiência, que só foi relatada por mulheres, ocorreu numa média de 1.83 vezes (DP = 1.6) sendo que todos os sujeitos referem que a outra pessoa era do sexo masculino. No caso de ser outra pessoa a tocar o corpo do participante, quatro participantes (5.3%) referem esta experiência como

* 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 dicotómica.

tendo ocorrido em média aos 12.25 anos (DP = 2.63). Todos referem que a experiência aconteceu contra o seu desejo. Da última vez que aconteceu, os participantes tinham em média 13 anos (DP = 2.16). No que concerne ao sexo da outra pessoa, três eram do sexo masculino (75%) e um era do sexo feminino (n = 1). Ter efectivamente uma relação sexual é referido por um sujeito (1,3%). O sujeito tinha 15 anos, a experiência ocorreu duas vezes, ambas contra a sua vontade.

Outras questões que o questionário colocava referem-se ao tipo de relação que os participantes tinham com os sujeitos que tentaram ter ou tiveram estas experiências sexuais involuntárias. Três sujeitos (50%) referem que a pessoa era um parente que vivia em sua casa e três sujeitos (50%) não. Um dos sujeitos descreve o abusador como um estranho e dois sujeitos (33%) referem que a pessoa deveria ser um cuidador. Todos os sujeitos confiavam na pessoa e quatro sujeitos (66.7%) descrevem que a relação envolveu uma situação de engano. Quatro sujeitos (66.7%) foram ameaçados de ferimento caso não participassem, cinco (83.3%) sentiram-se fisicamente forçados a ter esse contacto. Todos os participantes relatam que nunca abordaram esta experiência com nenhum profissional de saúde.

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.

Quadro II – Estatística descritiva das categorias

N° de itens	Violência Doméstica		Abuso de Substâncias		Divórcio ou Separação		Prisão Membro Família		Doença Mental ou Suicídio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0	37	49.33	36	48	65	86.67	62	82.67	31	41.33
1	8	10.67	37	49.33	10	13.33	13	17.33	18	24
2	10	13.33	2	2.67					26	34.67
3	20	26.67								

No quadro II são apresentados os dados relativos às categorias de **violência doméstica**, **abuso de substâncias** (dos pais), **divórcio ou separação parental**, **prisão de um membro da família e doença mental ou suicídio**.*

Como se conclui pela observação do quadro, um pouco mais que metade dos participantes foram expostos à experiência de violência doméstica. Note-se que um pou-

co mais do que um em cada quatro sujeitos que participaram no nosso estudo relata exposição em todas as categorias consideradas de violência doméstica.

No que concerne ao abuso de substâncias dos elementos da família, constatamos que a maioria (n = 39, 52%) relata a presença de abuso de substâncias na sua família. Do total de participantes que referem esta situação, o questionário perguntava ainda quem eram as pessoas que tinham esse consumo, sendo que esta variável não era utilizada na cotação da categoria abuso de substâncias.

Assim, dos 39 sujeitos que relatam esta experiência, 27 (69.2%) relatam que o problema era do pai, seis (15.4%) do pai e da mãe, três (7.7%) da mãe, e três (7.7%) do pai e de outros significativos.

Em relação à experiência de divórcio ou separação parental, observa-se que dez sujeitos (13.3%) relatam a experiência de divórcio ou separação parental durante a infância ou adolescência.

No que concerne à prisão de um membro da família, constatamos que o número de sujeitos que relata esta experiência é considerável (n = 13, 17.33%).

Como se pode constatar, mais de metade dos participantes relatam ter um membro da família com doença mental ou que tenha realizado alguma tentativa de suicídio. Ao atendermos a cada um dos itens isoladamente, verificamos que os sujeitos relatam a presença de doença mental de um familiar em 32 (72.7%) das situações e tentativas de suicídio de um familiar em 12 (27.3%) situações.

A categoria **negligência física** é constituída por cinco afirmações e a **negligência emocional**** 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.

A observação dos dados relativamente à negligência física sugere que a maioria dos sujeitos não refere este tipo de adversidade, havendo no entanto 45.33% que relata a ocorrência desta experiência e seis sujeitos (8%) que relatam três ou mais tipos de negligência física.

Note-se que algum tipo de negligência emocional é relatado por 34 sujeitos (45.33% dos participantes) sendo que dez (13.34%) relatam mais do que três formas desta categoria.

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

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

Quadro III – Estatística descritiva das categorias

Nº de itens	Negligência Física		Negligência Emocional	
	N	%	N	%
0	41	54.67	41	54.67
1	17	22.67	17	22.67
2	11	14.67	7	9.33
3	3	4	5	6.67
4	1	1.33	5	6.67
5	2	2.67		

Quadro IV – Estatística descritiva da variável adversidade total

Nº de itens	N	%
0	9	(12)
1	8	(10.67)
2	7	(9.33)
3	9	(12)
4	7	(9.33)
5	15	(20)
6	5	(6.67)
7	8	10.67
8	5	(6.67)
9	2	2.67
10	0	(0)

O cálculo da variável **Adversidade Total** deu origem a uma média de 3.95 e desvio padrão de 2.57 (moda = 5). O quadro IV apresenta a frequência (e percentagem) de sujeitos considerando a quantidade de adversidade relatada.

Note-se que apenas nove sujeitos (12%) não relatam qualquer tipo de adversidade, ou seja, 88% dos sujeitos que participaram neste estudo relatam pelo menos um tipo de adversidade.

É ainda de salientar que cerca de 47% (n = 35) dos sujeitos relatam cinco ou mais experiências adversas durante a infância.

DISCUSSÃO

Ao analisarmos cada uma das categorias isoladamente verificamos uma grande representatividade na nossa amostra, notando-se que as dimensões do abuso voltadas para o sujeito (abuso físico, emocional, sexual, negligência física e emocional) são as mais descritas.

O abuso físico é relatado por quase metade dos participantes, o que confirma a ideia de que este é um dos tipos de adversidade mais frequente². Por outro lado, um elevado número de sujeitos que não atinge os critérios para ser considerado como abusado fisicamente (em termos de frequência) relata episódios de espancamento. Este facto leva-nos a concluir que apesar de vários sujeitos não se-

rem maltratados fisicamente de uma forma sistemática, existiram episódios de maus-tratos físicos, provavelmente graves. 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 físico³.

O abuso sexual, apesar de assumir valores mais baixos, dada a sua gravidade merece toda a atenção. Estas situações assumem contornos de maior violência e ameaça. Por outro lado, verificamos que, tal como Felliti e a sua equipa sugerem^{8,9}, estas experiências normalmente são perpetradas por membros da família, em quem as crianças confiavam e que deveriam ser cuidadores.

As situações de negligência quer física quer emocional são menos frequentes do que as experiências de adversidade anteriormente analisadas. Esta situação poderá dever-se ao facto de, na presença de maus-tratos mais activos, este tipo seja desvalorizado¹⁰. No entanto, verificamos que um número considerável de sujeitos refere a presença de várias situações de negligência.

Relativamente às situações familiares, podemos verificar que a grande maioria dos sujeitos relata experiências de exposição a violência doméstica, abuso de substâncias e doença mental ou suicídio. Um número menor, mas bastante significativo, refere a prisão de um membro da família e de separação parental. Vários autores³ sugerem que a co-morbilidade entre este tipo de adversidades é bastante comum, uma vez que o abuso de substâncias, nomeadamente álcool, pelos progenitores (como acontece com os participantes do nosso estudo) está fortemente associado a situações de maior violência entre o casal, e possivelmente com os outros membros da família. Por outro lado, como resultado deste mal-estar e violência familiar, é provável que lhe estejam associadas mais condições de psicopatologia e de tentativas de suicídio¹¹. Por outro lado, é importante relacionarmos a presença de determinadas condições familiares (como a violência, o consumo de álcool ou a doença mental) como factores incrementadores de maior adversidade a nível individual³.

Atendendo aos elementos que compõem cada categoria de adversidade proposto pelo Grupo ACE e à respectiva forma de cotação², podemos verificar que cerca de 68% dos nossos sujeitos relatam pelo menos quatro experiências de adversidade ao longo da infância e, tal como os autores do ACE verificaram em amostras americanas, não tende a existir apenas adversidade relacionada com o sujeito, mas em todo o ambiente familiar. Ou seja, em situações de maltrato de crianças é provável que existam outros problemas ao nível da dinâmica e funcionamento familiar¹¹⁻¹³.

CONCLUSÃO

Assim, podemos concluir que no nosso estudo com obesos mórbidos existe uma elevada prevalência de experiências adversas ocorridas durante a infância. Note-se que a maior parte dos sujeitos não era obeso durante a infância, o que reforça a ideia de que a obesidade está associada a factores ambientais e relacionais. Tentar compreender como é que estas experiências se relacionam com o funcionamento actual, nomeadamente em termos de psicopatologia e estratégias de coping, e como é que o comportamento alimentar se articula com estas dimensões é um outro desafio.

BIBLIOGRAFIA

1. CLEMMONSA JC, DILILLO D, MARTINEZ IG, DEGUEA S, JEYCOTTC M: Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse Negl* 2003;27:625-639
2. FELITTI VJ: Ursprünge des suchverhaltens - evidenzen aus einer studie zu belastenden kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003;52:547-559
3. FELITTI VJ, ANDA RF, NORDENBERG D, WILLIAMSON DF, SPITZ AM, EDWARDS V: Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *Am J Prev Med* 1998; 14:245-258
4. MCANALLY RJ, BRYANT RA, EHLERS A: Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest* 2003;4:45-79
5. SILVA S: Experiências adversas na infância e psicopatologia em sujeitos com obesidade mórbida. Braga: Tese de Dissertação Mestrado. Universidade do Minho 2006
6. ANDA RF, FELITTI VJ, BREMMER JD, WALKER JD, WHITFIELD C, PERRY BD: The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch of Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:174-186
7. CHAPMAN DP, WHITFIELD CL, FELITTI VJ, DUBE SR, EDWARDS VJ, ANDA RF: Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004;82:217-225
8. DUBE SR, MILLER JW, BROWN DW, GILES WH, FELITTI VJ, DONG M: Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health* 2006;38:444.e1-444.e10
9. DUBE SR, ANDA RF, WHITFIELD CL, BROWN DW, FELITTI VJ, DONG M: Long-term consequences of childhood sexual abuse in gender of victim. *Am J Prev Med* 2005; 28:430-438
10. BARUDY J: El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecossistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós 1998. 2006
11. ANDA RF, CHAPMAN DP, FELITTI VJ, EDWARDS V, WILLIAMSON DF, CROFT JB: Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Am College of Obstet and Gynecologists* 2002;100:37-45
12. FELITTI VJ: Belastungen in der kindheit und gesundheit im erwachsenenalter: Die verwandlung von gold in blei. *Z psychosom Med Psychother* 2002;48:359-369
13. MCEWEN BS: Early life influences on life-long patterns of behaviour and health. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews* 2003;9:149-154



Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia