



**ISPA** | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA  
E DEPRESSÃO EM ADULTOS COM OBESIDADE**

**MAFALDA SOFIA MENESES DUARTE PIRES APARÍCIO**

**Orientador de Dissertação:**

**PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS**

**Coordenador do Seminário de Dissertação:**

**PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS**

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

**Especialidade em Psicologia Clínica**

**2009**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

Apenas alguns agradecimentos breves mas muito importantes.

Quero agradecer,

Ao Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital de Santa Maria de Lisboa, em particular à Professora Isabel do Carmo pela disponibilidade oferecida para a recolha dos dados;

Aos utentes da Consulta de Obesidade do Hospital de Santa Maria que voluntariamente participaram neste estudo;

Ao Professor Doutor António José dos Santos por toda a orientação, disponibilidade e encorajamento ao longo de todo o projecto;

Ao Dr. Camilo Inácio por todo o apoio e confiança ao longo destes últimos anos;

À Dra. Maria João Fagundes por toda a disponibilidade e apoio prestados;

A toda a minha Família, em particular à minha Mãe e à minha Tia Maria Fernanda, que sem elas teria sido difícil chegar aqui;

Ao Rui e a todos os meus Amigos pelo carinho, incentivo e força.

A todos vós,

Um Muito Obrigada.

## RESUMO

A existência de experiências adversas na infância encontra-se como fazendo parte do passado dos sujeitos com obesidade. O presente estudo teve como objectivo principal averiguar a existência de experiências adversas durante a infância em indivíduos com obesidade mórbida (grau III) e em indivíduos com obesidade não mórbida (obesidade grau I e II). A amostra foi constituída por sessenta sujeitos, de ambos dos géneros, com obesidade que frequentaram a Consulta de Obesidade do Hospital de Santa Maria de Lisboa, sendo que trinta dos sujeitos tinham o diagnóstico de obesidade mórbida, e os restantes trinta sujeitos apresentavam o diagnóstico de obesidades não mórbidas. Na recolha dos dados, foram utilizados quatro instrumentos: Índice de Massa Corporal (Quetelet, 1835) para avaliar os graus de obesidade; Questionário de caracterização da amostra para obter informação mais detalhada do sujeito; Questionário da História de Vida (Silva & Maia, 2008) para avaliar as experiências adversas da infância; Inventário de Depressão de Beck (Beck & Steer, 1996) para avaliar sintomatologia depressiva. Os resultados demonstram que os sujeitos com obesidade mórbida referem ter experienciado durante a infância mais categorias de adversidade, relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida. Não foi encontrada uma associação entre obesidade e depressão. A existência de experiências adversas durante a infância pode constituir um factor etiológico da obesidade, o que traz implicações ao nível da prevenção, intervenção e compreensão desta doença crónica do séc. XXI.

Palavras-chave: obesidade, experiências adversas na infância, depressão

## **ABSTRACT**

Adverse childhood experiences are known as being part of the obese individual's life experiences. Tracing the existence of adverse childhood experiences on severe obesity (level III) and non-severe obesity (level I and II) patients was the main goal of the present research document. The study sample was formed by sixty Santa Maria Hospital (Lisbon) Obesity Consultation users, from both genres, from which thirty were diagnosed with severe obesity and the remaining ones (N=30) with non-morbid obesity. Data was collected using four distinct instruments, being Body Mass Index (Quetelet, 1835) – to estimate the obesity levels; Questionnaire on life history (Silva & Maia, 2008) – to weigh different childhood experiences; Beck Depression Inventory (Beck & Steer, 1996) – to evaluate the depressive symptomatology; and a specimen characterization questionnaire. The results indicate that severe obesity subjects are more likely to have experienced higher categories of adverse experiences during infancy than the ones with non-severe obesity. No association was found between the occurrence of obesity and depression. Adverse childhood experiences might then constitute a direct cause for obesity and this awareness might, therefore, bring new approaches to the problematic with respect to prevention, intervention and comprehension of this chronic XXI century's disorder.

**Keywords:** obesity, adverse childhood experiences, depression

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
<b>Experiências adversas na infância .....</b>	<b>3</b>
<i>Adverse Childhood Experiences Study (ACE)</i> .....	6
<b>O acontecimento traumático .....</b>	<b>7</b>
Somatização como resposta ao acontecimento traumático.....	9
<b>Nota sobre Depressão .....</b>	<b>11</b>
<b>Obesidade .....</b>	<b>12</b>
Ponto de vista biológico .....	12
Etiologia.....	13
Ponto de vista psicológico da obesidade .....	13
<b>Impacto das experiências adversas durante a infância na saúde física e na saúde mental .....</b>	<b>18</b>
Obesidade .....	19
Depressão.....	21
<b>OBJECTIVOS E HIPÓTESES .....</b>	<b>24</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
<b>Participantes e Design .....</b>	<b>26</b>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>26</b>
Obesidade .....	26
Questionário de Caracterização da Amostra .....	27
Questionário de História de Vida .....	27
Inventário de Depressão de Beck .....	31
<b>Procedimento .....</b>	<b>31</b>

<b>RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>48</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Classificação da obesidade de acordo com a OMS, segundo o IMC e o risco de comorbidades.....	<b>12</b>
<b>Tabela 2.</b> Adversidade Total, IGA e Depressão em função da Obesidade .....	<b>33</b>
<b>Tabela 3.</b> Obesidade e Depressão (4).....	<b>34</b>
<b>Tabela 4.</b> Obesidade e Depressão (2).....	<b>35</b>
<b>Tabela 5.</b> Adversidade Total e IGA em função da Depressão (4) .....	<b>36</b>
<b>Tabela 6.</b> Adversidade Total e IGA em função da Depressão (2) .....	<b>36</b>
<b>Tabela 7.</b> Obesidade e Adversidade Total (2).....	<b>37</b>
<b>Tabela 8.</b> Depressão (2) e Adversidade Total (2) .....	<b>38</b>

## INTRODUÇÃO

A criança necessita de um ambiente saudável, carregado de afecto, que lhe garanta a satisfação das suas verdadeiras necessidades, incluindo a «*necessidade de aconchego*», “*do calor, do contacto, do conforto envolventes do corpo do objecto*” (Matos, 2007b, p.217). A capacidade de envolvimento do objecto protege a criança dos estímulos exteriores e adversos, assemelhando-se ao estado de ausência de desconforto intra-uterino.

O desconforto e as tensões vindas do exterior podem ser insuportáveis, destabilizadoras e traumáticas. Quando a sua intensidade é tal, não há meio de um ego imaturo de uma criança lhe fazer frente. A situação traumática conduz à perda da unidade do *self*, sendo que os danos emocionais provocados interferem com o desenvolvimento emocional e psicológico da criança. São exemplo as situações de abuso, quer físico, sexual ou emocional, e de negligência que acompanham algumas práticas parentais. Um ambiente familiar que não detém de recursos emocionais essenciais para promover relações de boa qualidade entre pais e filhos, compromete as relações e o desenvolvimento físico e mental saudável da criança.

É através da emoção que se estabelece o primeiro contacto com o mundo: “*as emoções são como uma espécie de almofada entre o corpo e o mundo exterior*” (Matos, 2003, p.148). Face à situação agressiva, e com um desenvolvimento emocional precário, a criança não consegue integrar essa experiência e resolver o conflito psíquico subjacente. Assim o afecto desligado da representação da experiência vai-se difundindo pelo psíquico e pelo corpo, vingando-se neste.

O obeso responde às situações negativas, angustiantes e frustrantes da vida, repetindo um padrão de comportamento que outrora funcionou como auto-tranquilizante – comendo. Não existe uma elaboração, mentalização do conflito, apenas come. Em consequência o indivíduo desenvolve uma doença grave – a obesidade. Esta falta de mentalização é característica dos estados psicossomáticos, daí assumirmos uma associação entre a obesidade e a doença psicossomática.

Sendo a obesidade a doença do séc. XXI de origem multifactorial e de relevo na saúde pública da actualidade, a pertinência deste estudo reside na necessidade de conhecer factores que possam estar associados à sua etiologia, para assim compreender, intervir e prevenir o desenvolvimento desta patologia crónica. A obesidade distribui-se por vários graus – grau I, grau II e grau III –, caracterização que é realizada de acordo com o Índice de Massa Corporal.

A obesidade grau III é aquela que mais apresenta co-morbilidades, quer físicas quer psicológicas, e também mais níveis de morbidade e mortalidade. O objectivo principal deste estudo compreende a avaliação da existência de factores adversos durante a infância nos sujeitos com obesidade que se distribuem em dois grupos: o primeiro grupo é composto por sujeitos com obesidade não mórbida, ou seja, obesidade grau I e II; o segundo grupo é composto por sujeitos com obesidade mórbida, isto é, obesidade grau III. Desta forma, a hipótese principal deste estudo é averiguar se os sujeitos com obesidade mórbida referem mais tipos de experiências adversas durante a sua infância, relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida.

Este trabalho está estruturado em seis partes. Inicia-se com uma revisão da literatura sobre a temática das experiências adversas durante a infância e do acontecimento traumático no âmbito psicanalítico, passando pela temática da obesidade, e por fim sobre uma breve referência ao quadro teórico da depressão; segue-se com a apresentação dos objectivos e hipóteses de investigação a que este trabalho se propõe. A terceira parte diz respeito à metodologia e procedimentos aplicados na realização do estudo empírico; seguindo-se a secção dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos, em que é confirmada a hipótese principal deste estudo; e por fim as conclusões a ser tecidas sobre o trabalho de investigação a que nos propusemos.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Experiências adversas na infância

As experiências adversas que ocorrem durante a infância desde há muito que têm recebido a atenção dos investigadores, principalmente no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento. Este tipo de experiências refere-se a acontecimentos que perturbam o desenvolvimento normal da criança, afectando o seu *self*, corpo e mente. Associado a estas experiências encontramos comumente o termo maus tratos (Silva, 2006). A definição do termo maus tratos tem-se revelado imprecisa. É um desafio operacionalizar este conceito, e por conseguinte estudá-lo pois coloca questões de carácter metodológico (Cicchetti & Toth, 2005). Cicchetti e Toth (2005) apontam como crítica o facto de este fenómeno ser definido pelos serviços sociais e não pela área de saúde mental. São fenómenos associados a estigmas sociais, que ocorrem em ambientes privados (Manly, 2005), sendo portanto difícil denunciá-los. Qual será o limiar entre o que são práticas parentais de disciplina e o que são práticas de maus tratos? Definimos os maus tratos partindo das acções do perpetrador ou das consequências dos mesmos sobre a criança, ou na combinação de ambos, ou mesmo na intenção do perpetrador? (Cicchetti & Toth, 2005). Estas questões tornam ainda mais difícil a definição do termo.

De modo geral e consensual, as experiências de mau trato infantil podem-se dividir em quatro categorias: abuso físico, negligência, abuso emocional e abuso sexual.

Quando falamos de abuso físico, referimo-nos a um dano que é deliberadamente infligido sobre a criança, podendo assumir diferentes formas: bater, pontapear, atirar com objectos, morder, queimar, estrangular, sufocar, afogar e envenenar. O abuso físico pode ser intrafamiliar ou institucional, ocorrendo isoladamente ou em simultâneo com outros tipos de abuso, sendo comumente acompanhado de comportamentos de negligência por parte dos pais (Carr, 2006).

A negligência emocional diz respeito a comportamentos passivos por parte dos prestadores de cuidados de ignorância constante das necessidades da criança, incluindo necessidades físicas básicas como a alimentação, o vestir, o dar banho, a falta de uma base segura e protectora, a não satisfação das necessidades emocionais da criança, a fraca estimulação, interacção social, autonomia, independência e educação. Normalmente os pais

negligentes não o são intencionalmente, pois são pais com falta de recursos e conhecimentos das necessidades da criança, de níveis sociais desfavorecidos (Carr, 2006).

Ao contrário da negligência emocional, o abuso emocional implica actos intencionais por parte dos cuidadores, como actos frequentes de punição de qualquer comportamento realizado pela criança – insignificante ou significativo -, bem como a utilização da punição em situações em que a criança se encontra explorando o meio ou brincando. São pais muito críticos, que humilham, ameaçam e rejeitam, que interferem nas relações de amizade dos seus filhos, e que os envolvem em práticas ilegais como prostituição e uso e consumo de drogas (Carr, 2006).

O abuso sexual diz respeito ao uso da criança por parte de um adulto para obter gratificação sexual, incluindo contacto sexual ou tentativa de contacto (Cicchetti & Toth, 2005), variando as acções ao nível da intrusão e da frequência do acto. Podemos distinguir o abuso sexual intrafamiliar - entre membros da família -, e extrafamiliar - quando o abusador não pertence à familiaridade do lar (Carr, 2006).

Cada vez mais há uma menor preocupação por parte dos investigadores em distinguir grupos de crianças ou sujeitos que foram expostos a experiências adversas traumáticas, e uma maior preocupação em avaliar as dimensões importantes inerentes a este fenómeno, como os subtipos de experiências de maus-tratos, a sua severidade, e o seu carácter crónico (Manly, 2005).

Os estudos revelam uma frequência muito elevada de situações adversas co-ocorrentes, ou seja, mais do que um tipo de abuso perpetuado (Manly, 2005). Por exemplo, uma criança que está exposta a situações de abuso físico, provavelmente também estará exposta a situações de negligência emocional, o que implica consequências muito mais negativas para criança e para o seu desenvolvimento. No que toca à severidade do acto abusivo, quanto mais severo for o mau trato, maiores serão as consequências que a situação abusiva trará para o desenvolvimento subsequente da criança. A severidade é avaliada tendo em conta o risco ou dano provocado pelo comportamento do perpetrador. Concorre com a severidade outro elemento importante e consequentemente com maiores implicações para o desenvolvimento da criança: o carácter crónico do acto. O acontecimento traumático pode ser de severidade menor, mas sendo permanente terá consequências tão importantes como outro acontecimento de severidade maior (Manly, 2005).

Todos estes elementos são importantes, mas o impacto que eles terão no desenvolvimento da criança dependerá da fase do desenvolvimento em que esta se encontra.

O impacto, as consequências e a adaptação da criança face à situação traumática dependerá também de factores de vulnerabilidade característicos da etapa desenvolvimental em que a criança se encontra (Manly, 2005).

No fundo, as experiências de maus-tratos testemunham um ambiente relacional familiar patológico (Bayle, 2000) que coloca em risco o desenvolvimento biológico e psicológico normativo da criança. Um ambiente que não oferece, repetidamente, oportunidades para que tarefas desenvolvimentais específicas sejam realizadas com sucesso, cria factores de vulnerabilidade duradouros que acentuam a emergência de desadaptações e psicopatologia (Cicchetti & Toth, 2005).

Quando falamos de abusos infantis, falamos da criança que é vítima desse tipo de experiências, mas também daqueles que são responsáveis por esses actos perversos, que geralmente são os pais, influenciando a qualidade da relação entre pais e filhos.

De acordo com Martinet (2000) podemos identificar algumas características gerais dos pais maltratantes. Alguns sofrem de patologia psiquiátrica, sendo o mau trato episódico e aparecendo num período de descompensação da patologia, fazendo a criança parte do delírio do adulto. Este tipo de situações é muito frequente, por exemplo, em patologias relacionadas com o alcoolismo crónico, distúrbios psicopáticos, toxicomanias, psicoses e psicoses puerperais.

Muitos dos pais apresentam também perturbações da personalidade. Muitos deles foram também vítimas de abusos sexuais e físicos na sua infância, e de carências afectivas profundas, apresentando personalidades depressivas, falhas narcísicas marcadas, obtendo na criança-objecto uma forma de vingar a sua onnipotência, reparando os seus fracassos. A chegada da criança irá reactivar as frustrações infantis destes pais, havendo uma identificação com o seu próprio pai maltratante (Martinet, 2000).

As personalidades perversas fazem também parte das características de alguns pais maltratantes, principalmente nas experiências de abuso sexual e pedofilia, mas também nos abusos físicos. O que é importante reter é o aspecto sádico do acto: maltratar para assim satisfazer os seus desejos, prazer, sem sentimentos de culpa ou transgressão (Martinet, 2000).

Para além destas características individuais, que contribuem para uma psicopatologia relacional, existem ainda outras variáveis que interferem nas relações familiares, variáveis que se prendem com o meio circundante à criança e à família, traduzindo-se numa disfunção no sistema transaccional pais-criança-meio (Figueiredo, 1998).

A qualidade das relações entre o casal, bem como as relações entre outros familiares, monoparentalidade, o bem-estar psicológico/psicopatológico dos membros da família, violência familiar e doméstica, e também factores que se prendem com questões socioeconómicas (pobreza, desemprego), o elevado número de factores de stress, e os acontecimentos de vida negativos, contribuem também para a falta de disponibilidade emocional e a adopção de estilos parentais pouco eficazes, incluindo maus tratos à criança, exercendo influências ao nível do seu desenvolvimento (Calheiros & Monteiro, 2007). O ambiente familiar tem os recursos emocionais necessários para promover relações de boa qualidade entre pais e filhos (Calheiros & Monteiro, 2007). Se este ambiente é disruptivo e perturbado os seus efeitos serão perturbadores quer nas relações quer no desenvolvimento da criança.

### *Adverse Childhood Experiences Study (ACE)*

Recentemente, assiste-se à emergência de investigações que procuram uma relação entre as situações adversas na infância e estados de saúde em idade adulta. Como já vimos, este tipo de experiências tem sido um campo de investigação de extrema importância, principalmente no domínio da psicopatologia do desenvolvimento, pelas consequências que estas experiências têm na vida da criança, na vida do jovem adulto, e na adultícia. No entanto, este tipo de experiências está também associado a uma elevada mortalidade e morbilidade sendo importante compreender a sua relação com a saúde (Silva e Maia, 2008).

Um grupo de estudos norte-americano designado *Adverse Childhood Experiences Study (ACE)* procuraram compreender os efeitos a longo prazo das experiências de abuso e disfunções no ambiente familiar durante a infância, e os problemas de saúde na idade adulta. Estes autores, com base em investigações realizadas, elaboraram um modelo que nos ajuda a compreender como os problemas sociais, emocionais e de saúde se interligam ao longo da vida (Felitti et al., 1998).

Através deste modelo, se conhecermos a frequência e as consequências a longo prazo das experiências adversas na infância, poderemos elaborar programas de prevenção de comportamentos de risco para a saúde, bem como de doenças orgânicas, mais eficazes. Segundo os autores, a adopção precoce de comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo a ingestão excessiva de comida, fumar, etc., resultado de um funcionamento deficitário ao nível social, emocional e cognitivo, pode constituir uma estratégia de *coping*

face à situação de abuso durante a infância, ou outras formas de disfunção familiar desencadeadoras de stress, ansiedade ou depressão. O grau de utilização de um comportamento como estratégia de *coping* pode tornar-se crónico. Estes comportamentos de risco podem ter como consequência o aparecimento de doenças físicas e/ou psicológicas, que no seu expoente máximo poderão conduzir à morte (Felitti et al., 1998). Os estudos ACE têm revelado uma forte relação entre as experiências emocionais vividas durante a infância e o estado de saúde emocional e físico, bem como entre formas de mortalidade na idade adulta (Felitti, 2002).

### **O acontecimento traumático**

No âmbito da corrente teórica psicanalítica, a teoria do trauma é essencialmente uma teoria freudiana. Freud introduz o conceito de trauma quando procura explicar a etiologia da Histeria, período em que a sexualidade era considerada a área, com mais probabilidade de produzir conflito psíquico. Deste modo, os sintomas histéricos eram compreendidos através da análise das experiências de carácter sexual com efeito traumático com origem na infância que permaneciam na lembrança sob a forma de traço mnésico (Freud, 1896). Mais tarde, Freud conceptualiza a situação traumática como resultante de uma experiência de defesa por parte do ego face a um excesso de estimulação que este não consegue controlar, perfurando o seu escudo protector, induzindo desequilíbrio e um intenso mal-estar. O excesso de excitação provoca um distúrbio tal que se assemelha à neurose traumática, pondo em causa a dominância do princípio do prazer (Freud, 1920). Deste modo, Freud considera a situação traumática como um descendente directo dos estados de tensão acumulada no aparelho psíquico (Freud, 1926 [1925]).

Winnicott (1975) refere como situações traumáticas as falhas constantes da mãe em fornecer um «meio seguro» – «*holding environment*» – no seio do qual o bebé é experienciado e contido, e a partir do qual a criança integra as partes dispersas do seu eu. A falta de uma «mãe suficientemente boa» obriga a criança a abandonar do seu estado de quietude, sofrendo o seu eu uma clivagem: «Eu verdadeiro» com todas as suas necessidades e gestos espontâneos que não podem ser satisfeitos pois não existe uma mãe suficientemente boa; e um «falso Eu» que se esforçará para responder a todas as necessidades do Eu verdadeiro de acordo com o que ele imagina serem as expectativas da mãe (Greenberg & Mitchell, 2003).

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), o trauma define-se como um acontecimento de intensidade tal, capaz de sabotar a capacidade do indivíduo em dominar e elaborar tais excitações, provocando efeitos patogénicos no seu psiquismo.

A experiência traumática é pela sua definição chocante, inesperável e imprevisível. Os sentidos de segurança e protecção foram perdidos. Instala-se uma ameaça à vida, não existindo meios emocionais que lhe permitam fazer frente, exercendo um impacto preponderante na mente, emoções e alma do indivíduo (Lanyado, 1999). “*O traumatismo cria um facto novo que modifica a ordem simbólica preexistente. A realidade psíquica preexistente torna-se estranha e enigmática face à violência do impacto traumático, pela desorganização da ordem do simbólico*” (Ferreira, 1999, p.679). O trauma pode ir do severo ao menos severo, ser resultado de uma só experiência ou de uma acumulação de várias, ser agudo ou crónico, sendo que, de acordo com Lanyado (1999), existem factores-chave que interagem entre si de forma complexa, afectando a criança traumatizada: a) *o impacto do acontecimento externo chocante* vivido pela criança sob a forma de lesão, perigo real e medo excessivo; b) *o significado pessoal* que o acontecimento traumático teve para a criança; c) *a pré-disposição da criança para lidar com o acontecimento traumático*, ou seja, estado emocional de bem-estar, auto-estima, factores de coesão familiar, ambientes contentores, etc., anteriores ao acontecimento; d) *amplitude, qualidade e intensidade das defesas psicológicas* utilizadas para lidar com a vida depois do acontecimento traumático; e) *a qualidade das relações passadas e actuais*, internas e externas, que podem ajudar a criança lidar com a situação de forma a que as repercussões do trauma sejam mínimas.

O trauma diz respeito a qualquer experiência nociva para o desenvolvimento, desde as suas formas mais subtis, como as falhas parentais na atenuação e responsividade às necessidades da criança. Os seus efeitos passam pela capacidade por parte desta em organizar e integrar os seus afectos e percepções, até à perda da sua identidade, isto é, do sentido de unidade do seu *self*. Os danos emocionais que daqui advém são graves, interferindo com o desenvolvimento psicológico da criança, ameaçando a construção ou o sentido do *self*-relação (Vega, Liria & Pérez, 2005). O modo como o indivíduo irá integrar e ajustar-se ao trauma depende de vários factores, incluindo a vulnerabilidade genética, personalidade, e história anterior de trauma (Van der Kolk, 1987, cit. por Miliora, 1998), e o seu efeito traumático será resultado do significado psicológico que o indivíduo lhe atribui, o que nos permite compreender porque determinados acontecimentos são traumatizantes para um sujeito e não para outro (Sugarman, 1994).

A exposição a situações adversas obriga o ego imaturo da criança a sair do seu estado de equilíbrio e mobilizar toda a energia e capacidades que tem para fazer frente à situação de desprazer, perturbadora e traumatizante que deixa as suas marcas. Marcas essas que podem permanecer adormecidas ou então manifestarem-se face as exigências desenvolvimentais posteriores. Dependendo do nível de desenvolvimento da criança, os acontecimentos traumáticos entram em ressonância com os desejos e medos fantasmáticos desta, podendo provocar uma regressão ou desorganização grave (Marcelli, 2005). Podemos falar de falhas parentais na relação de prestação de cuidados oferecidos à criança pequena, como a falha na contenção e alívio das tensões, do estado de desamparo, ou a falta de estimulação das funções autónomas do ego precoce, etc., todos estes aspectos oprimem as capacidades do ego e colocam-no num estado de dissociação, criando pontos de fixação que afectam as experiências subsequentes, podendo estas ser vividas como traumáticas (Sugarman, 1994).

A experiência traumática é composta por elementos verbais e não verbais, bem com fenómenos sensoriais, afectivos, motores (*acting-out*), e somáticos (*acting-in*). Os efeitos do trauma psíquico influenciam o modo como o indivíduo se relaciona com o seu mundo, pois permanece sempre a dúvida do que é esperável e previsível. Muitos são os casos em que as repercussões para o desenvolvimento do *self*, da auto-estima, da auto-regulação são devastadoras, mas existem casos de crianças e adultos que conseguem reverter a regressão e resolver o conflito, progredindo no desenvolvimento saudável, graças à sua capacidade de resiliência (Blum, 2003), ou seja, falamos da capacidade maior ou menor da criança para resistir aos efeitos negativos de tais experiências no seu desenvolvimento (Houzel, 2005).

### Somatização como resposta ao acontecimento traumático

O ego é constituído por um conjunto de mecanismos que lhe permitem uma adaptação aos acontecimentos externos que instalam o desamparo emocional e o trauma psicológico, entre eles a somatização (Burris, 1994). A somatização diz respeito à manifestação de sentimentos negativos e destabilizadores sob a forma de sintomas físicos. Os aspectos psicológicos e físicos da experiência não são integrados, envolvendo uma alteração daquilo que é percebido pelo *self* (Vega, Liria, & Pérez, 2005).

A interacção entre mãe-criança é fundamental na organização do equilíbrio das sensações infantis, sendo a sua principal componente a proximidade corporal. Mãe e filho comunicam na e pela forma como se tocam e se deixam tocar. O bebé compreende-se através

dos sinais do seu corpo e através da forma como o outro interpreta esses sinais e lhes dá sentido. É através do corpo que o bebé experimenta as primeiras sensações de prazer/desprazer, satisfação/frustração e é através delas que a criança adquire a consciência/conhecimento do seu próprio corpo. É então através da emoção que se estabelece o primeiro contacto com o mundo: *“as emoções são como uma espécie de almofada entre o corpo e o mundo exterior. Se há um défice no funcionamento do sistema emocional, se este primeiro sistema de defesa não funciona, o corpo é directamente atingido por vários agressores”* (Matos, 2003, p.148).

Nos momentos de grande sofrimento, tensão e angústia, a mente enviará sinais pelo corpo da criança na esperança de que o outro – mãe – os consiga captar, atribuir-lhes sentido e responder-lhes de forma adequada: estimulando ou contendo. Assim se vai estabelecendo uma relação de confiança com o exterior e se vão definindo os limites corporais da criança (Burris, 1994), pois o desenvolvimento do *self* psicológico inicia-se com o desenvolvimento do “ego-corporal” (Horne, 1999). A mãe é o primeiro leitor da experiência emocional da criança, ela é o continente onde a criança deposita tudo aquilo que não consegue transformar em pensamento. Sem ela, instala-se a dor, a desorganização, a confusão de sensações que não podem ser elaboradas, pois não existe estrutura para tal.

A criança desenvolve o sentimento de si própria como um todo, como um ser individual com um corpo que funciona, formando o “núcleo” da sua imagem corporal que permanece para além das vicissitudes do crescimento normal, a não ser que exista um trauma severo, doença, ou perda dos cuidados primários: *“Os ataques severos à integridade do corpo são os maiores insultos à imagem corporal da criança intacta, valorizada e adorada. Existe ainda, uma auto-imagem indefinida, instável e ferida, com poucas oportunidades para desenvolver ou aumentar a auto-consciência e auto-estima”* (Burris, 1994, p.132).

Quando a vivência traumática se impõe e com ela o sofrimento psíquico se instala, o eu imaturo não consegue integrar e representar, nem por emoções nem por pensamentos, a estimulação nociva, o conflito psíquico, pois a sua estrutura psíquica ou não tem condições para elaborar e integrar o acontecimento traumático, ou então foi desorganizada pela violência, subitaneidade e imprevisibilidade do trauma. Sem mais hipóteses, a mente recorre ao mecanismo de defesa mais primitivo: a exclusão da consciência através do recalçamento primário. O que resta do acontecimento traumático é a *emoção desencadeada* e os *impulsos activados*, que ficam livres: *“o afecto, desligado da representação da experiência vivida, difunde-se pelo psíquico e pelo somático – colorindo o humor e perturbando o funcionamento*

*do organismo - ou acumula-se em bolsas de contenção que drenam para o exterior (em explosões emocionais e através do comportamento) ou para o interior, sobre o soma e causando a disfunção/lesão orgânica”* (Matos, 2003, p.92).

A situação traumática desorganizou a estrutura psíquica, estando o indivíduo impossibilitado de fazer a leitura do que aconteceu. Nunca ninguém o ensinou a construir uma «*almofada afectiva*», deixando o organismo exposto à acção directa dos acontecimentos traumáticos, acarretando perturbações intensas nos sistemas neurovegetativo, endócrino e imunitário (Matos, 2003).

### **Nota sobre a depressão**

A psicopatologia é uma patologia da relação entre o indivíduo e o(s) outro(s) significativo(s) (Matos, 2007b). A depressão surge da relação depressígena em que o objecto depressígeno culpa o sujeito e idealiza-se a si mesmo (Matos, 2007a). O objecto depressígeno, um abusador de poder por natureza, muitas vezes de carácter perverso, fere o outro no seu narcisismo, no seu *self*, perdendo este último o seu valor (Matos, 2003). A criança é investida de forma narcísica, ao invés da libido objectal, e negativamente pelo objecto – mãe – “*objecto narcíseo e desnarcisador, desamante, crítico, agressivo, controlador e repressivo*” (Matos, 2007a, p.504), estabelecendo-se entre a mãe e a criança uma relação severa, exigente e rejeitadora, incapaz de atender aos desejos e necessidades da criança. Uma relação de “*desvalorização, humilhação e ridicularização*” (Matos, 2007a, p.504). Ora a construção do objecto do *self* de segurança narcísica, é uma construção débil, conduzindo a um «*vazio traumático*», a uma falha que ficou para por preencher sobre uma busca de satisfação que não fora alcançada, mas sim frustrada, e que foi sentida como traumática (Matos, 2007b).

O sujeito depressivo sente-se diminuído no seu valor e auto-confiança, necessitando do objecto para assim amar e ser amado, estabelecendo uma relação de dependência afectiva, em que dá mais do que recebe. O objecto é idealizado de forma excessiva, colocando o sujeito numa posição de inferioridade e deficiência narcísica, organizando-se um Ideal do Eu impossível de ser atingido, pois é perfeito (Matos, 2007a).

A depressão reflecte assim uma pobreza do investimento libidinal do eu, em detrimento de um investimento libidinal do objecto idealizado.

## Obesidade

“... a única base autêntica para as relações de uma criança com a mãe e o pai, com as outras crianças e, finalmente com a sociedade, consiste na primeira relação bem sucedida entre a mãe e o bebê, entre duas pessoas, sem que mesmo uma regra de alimentação regular se interponha entre elas, nem mesmo uma sentença que dite que um bebê deve ser amamentado ao peito materno. Nos assuntos humanos, os mais complexos só podem evoluir a partir dos mais simples.”

(Winnicott, 1975, p. 36)

### Ponto de vista biológico

A obesidade é uma doença crônica associada a múltiplos riscos para a saúde. Ela resulta de um excesso de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo, sendo considerada a epidemia do séc. XXI (Galvão-Teles, Reis & Dias, 2008, Carmo et al., 2008, Carmo, 2001). A obesidade torna-se um problema de saúde de grande relevo, pois a sua tendência é cada vez maior quer em crianças, adolescentes e adultos na maioria dos países desenvolvidos (Carmo et al., 2008), e associada a ela estão uma diversidade de comorbidades físicas (Galvão-Teles, Reis & Dias, 2008) (ver Tabela 1) e psicológicas, incluindo depressão, que aumentam para os casos de obesidade mórbida (Fabricatore & Wadden, 2006). Existem vários métodos que nos permitem avaliar a obesidade, sendo que o método mais utilizado é o Índice de Massa Corporal (IMC) ou índice de Quetelet, que mede a corpulência e determina-se dividindo o peso (Kg) pela altura (m<sup>2</sup>), e segundo o qual são estabelecidos os vários graus de obesidade. Este método é o mais utilizado uma vez que é de fácil medição e é aplicável a qualquer grau de obesidade, fornecendo uma avaliação satisfatória da mesma (Galvão-Teles, Reis e Dias, 2008).

---

Classificação da Obesidade (OMS*, 2000)		
Classificação	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Risco de comorbidade
Baixo peso	<18.5	Baixo
Normal	18.5 – 24.9	Médio
Excesso de peso	≥ 25.0	-
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade classe III	≥ 40.0	Muito grave

---

Tabela1. Classificação da obesidade de acordo com a OMS (adaptado de Carmo et al., 2008).

\*OMS – Organização Mundial de Saúde

## Etiologia

Segundo Galvão-Teles e colegas (2008), não há obesidade, mas sim obesidades. O excesso de massa gorda não tem apenas uma etiologia, tem várias (Carmo, 2001) de origem multifactorial que engloba factores relacionados com o ambiente, consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, sedentarismo, stress, e alterações do comportamento relacionadas com factores de ordem genética (Galvão-Teles, Reis e Dias, 2008; Carmo, 2001). “*A obesidade resulta de um balanço energético positivo, motivado por um excesso de ingestão em relação aos gastos, em indivíduos geneticamente prédispostos*” (Galvão-Teles, Reis e Dias, 2008, p.23).

A investigação genética e molecular, relativamente à obesidade, tem sugerido que a obesidade se trata de uma situação poligenética, que oferece condições propícias ao desenvolvimento da obesidade (Carmo, 2001). Bouchard (1994, cit. por Carmo, 2001) fala em susceptibilidade genética nos indivíduos com obesidade, que aumenta o risco de doença, mas não é absolutamente necessária nem suficiente para ela se expresse.

Carmo e colegas (2008) conduziram um estudo, o mais recente em Portugal, que procurava conhecer, entre outros pontos, a prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta portuguesa continental. Os resultados demonstram que mais de metade da população portuguesa, entre os 18 e 64 anos de idade, têm pré-obesidade ou obesidade, sendo o período de vida da meia-idade, os níveis soció-económicos mais baixos, e a população masculina onde se regista esta prevalência. Os autores compararam estes resultados com os resultados de um estudo conduzido entre 1995 e 1998 por Do Carmo e colegas (2000) que revelou uma elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta. Ao serem comparados estes dados, os autores puderam verificar que houve um aumento ao longo dos anos passados da prevalência de pré-obesidade e obesidade em Portugal.

## Ponto de vista psicológico da obesidade

Com o nascimento, o recém-nascido é extraído do seu paraíso para um mundo completamente novo ao qual ele precisa de se adaptar para poder sobreviver. Sozinho, esta tarefa será difícil. Necessitará de outra figura humana, uma figura preferencial – mãe - que o ajude na descodificação deste mundo estranho, que transforme, descodifique e sintetize em símbolos ligados pelo afecto e assim organize o pensamento (Ferreira, 2002). Como é sabido,

o bebé humano não nasce assim tão totalmente desprotegido. Ele nasce com “instrumentos” – reflexos inatos - que lhe permitem adaptar-se e deste modo relacionar-se com aqueles e aquilo que o rodeia. O primeiro modo privilegiado de conhecimento e de relação com o meio é através da boca sendo um dos primeiros reflexos – reflexo de sucção - a receber o condicionamento do meio. Através da experiência da mamada e do equilíbrio homeostático que ela representa, o bebé vive as suas primeiras experiências de satisfação/insatisfação, prazer/desprazer, gratificação/frustração, alívio/tensão (Matos, 2007). Mas para além do carácter biológico desta relação primária, ela é essencialmente uma experiência emocional de troca de olhares de afecto, de amor em que a mãe, enquanto figura de vinculação, é o espelho fiel da sua criança, pedra basilar do narcisismo primário: “*Eu sou perfeito e tu admiras-me*” tal como Kohut o referiu. É através do ritual do acto da mamada que a criança vai elaborando e organizando a experiência de satisfação e frustração, bem como a relação com as figuras preferenciais (Matos, 2007), desenvolvendo o seu Eu.

Segundo Winnicott (1975), a alimentação da criança é uma forma – aliás a primeira forma – de relação entre mãe-criança, com todo o carácter emocional que ela tem subjacente, em que existe um «*vínculo afectivo*». A relação de alimentação, como qualquer outra forma de relação, deve decorrer de forma natural, ou seja, empática, em sintonia, e não como uma forma forçada de manter uma relação. Esta relação implica trocas emocionais e afectivas entre a díade, sendo que as dificuldades alimentares são quase sempre testemunho de dificuldades relacionais (Strech, 2001). Nesta relação, mãe e bebé conhecem-se um ao outro; a mãe saberá quando o bebé está satisfeito e o bebé saberá qual a quantidade necessária de leite que deverá tomar para se sentir saciado. Aos poucos, e em sintonia, as rotinas se irão estabelecendo permitindo que o alimento (nesta fase de desenvolvimentos, fase oral) chegue à hora certa, impedindo que a angústia se instale e invada a quietude em que a criança se encontra. A própria experiência de alimentação, com todas as suas especificidades relacionais, fornecida por um seio “suficientemente bom”, fornece os alicerces para o desenvolvimento do eu: para a sua diferenciação, estruturação, e coesão (Winnicott, 1975).

As funções biológicas da alimentação ligam-se à imagem ou percepção do seio, à estimulação da zona bucal, ao afecto e prazer da experiência de satisfação essenciais à construção do mundo interno (Strech, 2001).

Os obesos caracterizam-se por uma fixação na fase oral do desenvolvimento emocional, por uma avidez oral que necessita de ser satisfeita imediatamente, incapaz de tolerar a espera e a frustração (Apfeldorfer, 1997). Parece que há um comprometimento do

princípio da realidade, da integridade do Ego, em que a tentativa para adiar a satisfação da pulsão, permitindo que o desprazer seja temporariamente tolerado, falhou (Freud, 1920). A fome do indivíduo obeso é uma fome pulsional, imatura e infantil, voraz, em que o acto de alimentação conduz a estados de satisfação e prazer da ordem do pulsional (Varela, 2006). A criança regressará, sempre que puder, a este estágio onde os prazeres e a atenuação da dor são garantidos através da comida (Güenter, 2000).

Os obesos vivem numa grande instabilidade emocional, reagindo às frustrações ingerindo comida de forma compulsiva. A comida significa – inconscientemente – força, força para fortalecer o ego frágil. Simbolicamente, a função da comida equivale ao alimentar materno, ao seio, ao primeiro objecto de desejo e satisfação. A ingestão compulsiva de comida, equivale ao desejo de incorporação canibalesca do objecto de amor que quando está presente ou ausente, conduz a sentimentos ambivalentes de amor ou ódio, que são acompanhados por um sentimento de culpabilidade que acompanha a ingestão a compulsiva (Bychowski, 1950).

Hilde Bruch (1974) refere a importância da família na etiologia da obesidade, sendo que um cenário familiar caracterizado por relações familiares perturbadas conduzem a experiências alimentares disfuncionais, a um aumento da dependência da criança relativamente à mãe e a uma inibição da actividade motora, agressão e espontaneidade, contribuindo para uma enorme confusão ao nível da consciência corporal e emocional. A comida tem um valor emocional substituto do amor materno, sendo a única forma que estas mães encontram de demonstrar o seu afecto pelas suas crianças. Desta forma, a comida serve para qualquer necessidade, comprometendo toda uma elaboração do reconhecimento da sensação de fome.

Segundo Kreisler (1978), a mãe atende a todas e quaisquer necessidades da criança através do alimento, encurtando a distância entre a necessidade e a satisfação, comprometendo a capacidade alucinatória do desejo. Perante as dificuldades e ansiedades com que a criança se deparará, ela tenderá a buscar os recursos inscritos na relação primitiva com a figura materna: alimento, ao invés da elaboração simbólica e fantasmática. A experiência de alimentação parece trazer sensações de conforto e bem-estar, bem como a presença da figura objectal materna. Caso contrário, a criança é invadida pelo sentimento de abandono.

O sujeito obeso vive numa busca inconsciente de amor aceitando a comida como única forma de contacto [e de relação] com a sua mãe: *“ou aceita-se a comida e a obesidade ou*

*aceita-se a solidão*” (p.63). As mães das mulheres obesas são demasiado exigentes com as suas filhas, exigindo sempre o melhor delas, exigência de nível depressivante. Daí que estas mulheres sintam um enorme desejo de falhar, vivenciam sentimentos de raiva devido à falta de amor que as invade (Güenter, 2000).

Os obesos são indivíduos dependentes que estabelecem relações fusionais, com fraca consciência dos seus próprios limites corporais e com dificuldades em discriminar o Eu do não-Eu, uma dúvida identitária que se traduz num sentimento de vazio interior (Apfeldorfer, 1997).

De acordo com Levy (1934, cit. por Glucksman, 1989), a obesidade caracteriza-se por um afecto de base – «*affect hunger*» – de carácter emocional, que corresponde à fome de amor materno, bem como de outros sentimentos que regem a relação mãe-criança como o cuidado, a contenção, o *holding*. Segundo o autor, os indivíduos obesos projectam para a comida esse «*affect hunger*» como forma de atingir de alguma forma a mãe, aquela que cuida, que os atenua. Desta forma, eles funcionam como mães deles próprios. A mãe deve proporcionar um ambiente de *holding* – «*holding environment*» - de forma a que as necessidades da criança sejam contidas, satisfeitas e atenuadas, permitindo a internalização da função materna enquanto “calmante”. Isto permitirá à criança ser capaz de se auto-tranquilizar, auto-conter, permitindo que a função de constância do objecto se forme, e o desenvolvimento de um *self* coeso, diferenciado do mundo, dos seus objectos seja atingido (Glucksman, 1989). As falhas no espelhamento empático, impedem a internalização do objecto tranquilizante, funcionando a comida como forma de obter essa calma e tranquilidade, preenchendo o vazio deixado por essa falha (Goodsit, 1983, cit. por Glucksman, 1989).

Segundo Kahtalian (1992), a obesidade é conceptualizada como uma “*expressão sintomática dos conflitos internos e externos que se realimentam como num mecanismo de feedback*” (p.274), sendo que cada quantidade de tecido adiposo traduz uma história individual cheia de frustrações. O autor faz a distinção entre fome e apetite: a fome é uma necessidade biológica desagradável, sendo a comida a única forma de restabelecer o equilíbrio homeostático; e o apetite como uma procura de prazer, de satisfação libidinal, tendo a comida um papel tranquilizante. A procura do alimento equivale simbolicamente à procura de um equilíbrio precário dos aspectos narcísicos do *self* fragilizado, encontrados nas primeiras formas de prazer sexual características do estágio oral.

Herscovici (1997, cit. por Güenter, 2000) refere que os indivíduos obesos têm dificuldade em expressar e distinguir emoções e sensações, bem como fraca capacidade imaginativa e fantasmática. Graças a estas características alexitímicas, a pessoa obesa terá dificuldade em distinguir sensações de fome e de saciedade. A carência afectiva é confundida com a falta de comida. Devido à incapacidade de fantasiar, o obeso expressa no corpo aquilo que não consegue expressar pela via do fantasmático, do sonho ou da linguagem, sendo a sua obesidade o sintoma desta incapacidade. Os desejos e satisfações, as frustrações e insatisfações habitam o corpo (Varela, 2006).

O indivíduo para reagir à situação traumática, dolorosa ou frustrante, difícil de ser tolerada, substitui a actividade mental dolorosa de assimilação pelo mecanismo de defesa da ingestão de alimentos. Em consequência, o indivíduo poderá desenvolver uma doença grave como a obesidade (Vieira, 1997, cit. por Varela, 2006). É esta falta de mentalização que caracteriza o sujeito obeso que o torna um doente psicossomático (Varela, 2006).

O estado de tensão, resultado do conflito interno, insolúvel, pois o sujeito não detém de meios que aliviem esta tensão, pode encontrar a sua solução através da somatização, estando o órgão afectado relacionado com o tipo de conflito e fragilidade do órgão. Deste modo a obesidade pode ser compreendida como consequência de desejos orais agressivos que actuam na esfera gastrointestinal (Alexander, 1950, cit. por Apfeldorfer, 1997).

Os indivíduos obesos apresentam um estado de alexitímia, sendo o indivíduo incapaz de nomear, distinguir e reconhecer emoções, comendo; a dificuldade em exprimir os sentimentos negativos, conflituais, destabilizadores, que colocam o ego em estado de desamparo sendo a única resposta confortante a comida, e então come (Güenter, 2000). A carência afectiva é confundida como com a falta de comida. O acto de ingestão é de certa forma entendido como uma forma de se auto-punir, pois a agressividade não é expressa no exterior – *acting out* – mas sim no próprio, no soma – *acting in*. Assim evita o sentimento angustiante ou depressivo (Apfeldorfer, 1997).

## **Impacto das experiências adversas durante infância na saúde física e na saúde mental**

As experiências adversas durante a infância têm efeitos ao nível da saúde física e mental na idade adulta.

O facto de a criança crescer num ambiente onde as ameaças à sua integridade são constantes e o estado de medo é permanente, o estado interno de acalmia está constantemente a ser interrompido, tendo a criança de encontrar formas de se auto-tranquilizar. Mais tarde, podemos encontrar nestes indivíduos formas artificiais de alcançar essa tranquilidade perdida, como por exemplo através do consumo de álcool, tabaco, ingestão de comida em excesso, *binge eating*, comportamento sexual compulsivo, etc. A incapacidade de suportar sentimentos de dor, depressão, ansiedade, abandono, levam muitas crianças a encontrar as suas próprias soluções através do corpo (Mulvihill, 2005). Relativamente ao aumento de peso em sujeitos com obesidade, as estratégias de *coping* utilizadas são muito pobres – ingestão excessiva de comida – e traduzem uma incapacidade de lidar com a situação desencadeadora de emoções negativas (Elfhag & Rössner, 2005).

Num estudo realizado por Walker et al. (1995), verificaram que mulheres vítimas de abuso sexual e outros tipos de abuso, apresentavam mais problemas de saúde – doenças orgânicas, sintomas físicos sem explicação médica, e comportamentos de risco para a saúde.

Spila et al. (2008), verificaram que o grupo de sujeitos com perturbações mentais referia mais experiências de abuso sexual, físico e emocional durante a infância, em comparação com aqueles sem qualquer condição psiquiátrica.

Já MacMilliam et al. (2001) encontraram, numa amostra comunitária de homens e mulheres, que os sujeitos que referiam história de abuso físico apresentavam valores significativamente mais elevados de psicopatologia – perturbações ansiosas, dependência de álcool ou drogas, comportamento anti-social – e mais do que uma perturbação psicológica, em relação aos sujeitos que não referiram história de abuso. Mas existiam diferenças entre géneros: as mulheres com história de abuso físico apresentavam valores mais elevados para todas as perturbações psicopatológicas – perturbações depressivas major, perturbações ansiosas, abuso ou dependência de álcool, dependência ou abuso de drogas, comportamentos anti-sociais, uma ou mais perturbações psiquiátricas. Relativamente ao abuso sexual, as mulheres vítimas de abuso sexual apresentavam valores significativos em todas as categorias de abuso, sendo que os homens vítimas de abuso sexual só apresentavam valores

significativos para as categorias dependência ou abuso de álcool e uma ou mais perturbações psiquiátricas.

A neurologia oferece-nos evidências acerca dos efeitos destas experiências adversas que ocorrem durante a infância têm no desenvolvimento do cérebro, tão sensível em tenra idade. As diversas alterações ao nível dos neurotransmissores e sistemas neurológicos interferem no desenvolvimento do cérebro, tendo um papel preponderante no desenvolvimento de perturbações psiquiátricas ao longo do desenvolvimento (Anda et al., 2006; Nemeroff, 2004; McEwen, 2003; Teicher et al., 2003).

Numa revisão teórica, Mulvihill (2005) reúne um conjunto de aspectos que nos permite compreender o impacto a longo prazo das experiências adversas durante a infância na saúde física e mental do sujeito. A natureza do trauma, como a sua intensidade, cronicidade, a relação que a criança tem com o abusador, e as características individuais de criança, como a sua idade desenvolvimental, capacidade cognitiva e de adaptação, vulnerabilidade, têm implicações ao nível da resposta que a criança terá face à situação traumática. Neste processo concorrem factores neurofisiológicos que determinam a nível biológico a resposta à situação disruptiva e perturbadora. Os impactos do trauma podem ser a curto prazo: dificuldades de aprendizagem, desenvolvimento de perturbação stress pós-traumático, tentativas de suicídio, perturbações alimentares, mecanismos de compensação como consumo de álcool ou droga, comportamentos impulsivos, etc. A longo prazo, ao nível da saúde mental, podemos verificar perturbações psicopatológicas como depressão, perturbações da personalidade, suicídio, comportamentos aditivos, etc., e também com repercussões ao nível da saúde física.

### Obesidade

As experiências de abuso na infância têm efeitos ao nível da saúde física na idade adulta sendo que estes efeitos se podem verificar no campo das perturbações mentais – abuso de substâncias, fobias, perturbações da personalidade, doenças auto-imunes, etc. (Mulvihill, 2005).

A existência de experiências traumáticas durante a infância parece contribuir com os seus efeitos para o desenvolvimento de perfis desenvolvimentais desviantes, que se manifestam ao nível do desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social (Mulvihill, 2005), característicos da criança maltratada, representando factores de vulnerabilidade significativos que aumentam o risco de psicopatologia (Cicchetti & Toth, 2005; Margolin &

Gordis, 2000; Widom, 2000). Vários estudos demonstram tal associação entre estes dois fenómenos (Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Spila et al. 2008; Afifi et al., 2006). Dentro destas perturbações psicopatológicas, podemos encontrar as perturbações do comportamento alimentar, mais concretamente bulimia. Existem vários estudos que demonstram associação entre história de abuso sexual na infância e bulimia nervosa (Fosse & Holen, 2006; Kent, Waller & Dagnan, 1999), e estes resultados conduzem-nos a uma relação possível entre abusos na infância, principalmente abusos sexuais, na obesidade (Gustafson & Sarwer, 2004).

Como vimos, a obesidade é considerada a doença do séc. XXI, sendo a sua etiologia diversa envolvendo uma complexidade de factores. Desta forma, torna-se cada vez mais importante investigação empírica na área da obesidade e dos factores psicológicos que podem participar nas várias etiologias desta doença crónica.

Gustafson e Sarwer (2004), numa revisão de literatura, identificaram vários estudos em que a associação entre abuso sexual durante a infância e obesidade existe, principalmente quando a severidade do abuso aumenta. Nesta revisão, não são apontadas causas mas coloca-se a hipótese de a obesidade ter uma função adaptativa como forma de protecção face ao impacto emocional desencadeado por este tipo de abusos.

Felitti (1993, cit. por Gustafson & Sarwer, 2004) ao estudar a relação entre experiências de abuso na infância e obesidade na idade adulta, comparou 100 indivíduos obesos envolvidos em programas de perda de peso com 100 indivíduos normo-ponderais, e verificou que os indivíduos obesos tinham maior probabilidade de referir história de abuso sexual na infância (25% vs 6%). Para além do abuso sexual, estes indivíduos também referiram outras histórias de abuso infantil (29% vs 14%), história de perda parental quando criança ou adolescente (40% vs 17%). Estes resultados sugerem uma associação entre experiências de abuso infantil e obesidade na vida adulta. O autor sugere que o mecanismo da ingestão compulsiva de comida utilizado pelos sujeitos que foram sexualmente abusados na infância, tinha como função gerir o humor disfórico provocado pelas experiências negativas da infância. De qualquer forma, este mecanismo pode ter influência na manutenção da obesidade adulta, mesmo que o desenvolvimento da obesidade não de tenha registado durante a infância, apesar da experiência de situações de abuso (Williamson et al., 2002).

Mais tarde, investigações designadas como ACE Study (Felitti et al., 1998) procuraram associações entre várias experiências de abuso na infância, incluindo perturbações do ambiente familiar, e a existência de problemas de saúde (física e psicológica) na vida adulta. Os resultados sugeriam que os sujeitos com obesidade na vida adulta tinham uma

maior probabilidade de ter experienciado, durante a infância, situações de abuso ou problemas de disfunção familiar.

Rohde e colegas (2008) encontraram uma associação estatisticamente significativa entre os maus-tratos na infância (abuso físico e abuso sexual) e o desenvolvimento de obesidade e depressão na idade adulta: o abuso sexual relacionava-se com a obesidade e com a depressão; o abuso físico relacionava-se com a obesidade e com a depressão.

Sansone et al. (2008) também verificaram que os sujeitos candidatos à cirurgia bariátrica, 43% referiram ter sido vítimas de abuso emocional na infância, 39% vítimas de violência, 19% de abuso sexual, 17.4% de abuso físico e 9.1% foram vítimas de negligência física durante a infância. Aqueles sujeitos que foram vítimas de abuso durante a infância percepcionavam os cuidados parentais que tiveram durante a infância de forma mais negativa, comparativamente com os sujeitos que não experienciaram qualquer forma de abuso na infância.

Gunstad e colegas (2006), numa amostra de sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade, sem história de perturbação psiquiátrica, verificaram que situações perturbadoras precoces estavam significativamente relacionadas com o IMC em adulto, apesar desta relação diferir entre géneros. Nos homens, a exposição a experiências precoces perturbadoras e a história de rejeição e abuso emocional, eram preditoras de obesidade na vida adulta. No entanto estes autores chamaram a atenção para a existência de múltiplos factores mediadores da relação entre situações traumáticas na infância e o desenvolvimento de obesidade na vida adulta, sendo que a contribuição desses factores pode diferir entre homens e mulheres. Outros estudos, conduzidos com o mesmo objectivo (Whitaker et al., 2007; Silva & Maia, 2007; Williamson et al., 2002; Lissau & Sorensen, 1994), chegaram a resultados idênticos. Estes resultados ajudam-nos a colocar outras hipóteses acerca da etiologia da obesidade, que são importantes serem consideradas na prática psicológica com estes doentes.

### Depressão

As experiências adversas durante a infância acarretam alguns efeitos perturbadores relativamente à saúde mental na idade adulta. Dentro do campo da psicopatologia adulta considerámos importante destacar a patologia depressiva, uma vez que, para além de ser um efeito a longo prazo das experiências adversas durante a infância, dentro do campo da obesidade tem-se encontrado alguma relação entre estas duas patologias (obesidade e

depressão), embora os resultados relativos à relação de causa-efeito se mostrarem inconclusivos (Dong, Sanchez & Price, 2004; Goodman & Whitaker, 2002; Pine et al., 2001; Carpenter et al., 2000). A depressão na vida adulta é encontrada em indivíduos que durante a sua vida infantil experienciaram alguma forma de abuso (Korkeila et al., 2005; Chapman et al., 2004; Bifulco et al., 2002).

Bernet et al. (1999) encontraram *scores* mais elevados no Questionário de Trauma na Infância nos sujeitos com diagnóstico de depressão. 75% destes sujeitos experimentaram pelo menos um tipo de abuso durante a infância, em comparação com os 43% dos sujeitos não deprimidos que experienciaram experiências de abuso durante a infância. O abuso emocional mostrou-se ser a forma de abuso mais significativa da relação entre experiências traumáticas na infância e depressão na adultícia.

Da mesma forma, Powers, Ressler & Bradley (2009), verificaram no seu estudo que o abuso emocional e negligência durante a infância aumentavam significativamente a validade preditiva de depressão no adulto. Mais uma vez, os scores da depressão eram significativamente superiores ( $F(1, 378)=64,32, p<0.001$ ) nos casos que experimentaram alguma forma de abuso na infância ( $N=120$ ) – moderado ou severo – do que aqueles que não experimentaram nenhuma forma de abuso ( $N=258$ ).

Sendo a obesidade uma doença de origem heterogénea, é de interesse averiguar quais, dentro de muitos, os factores de risco que contribuem para o aparecimento desta doença crónica, o que também se reflecte ao nível da prevenção e intervenção da doença. Estudos longitudinais procuram então uma relação entre a obesidade e a depressão, mas estes têm-se revelado imprecisos quanto a conclusões relativamente à relação de causalidade (Dong, Sanchez & Price, 2004; Goodman & Whitaker, 2002; Pine et al., 2001; Carpenter et al., 2000). O facto é que as duas variáveis se associam (Simon et al., 2008). Alguns parecem apontar para a depressão como causa da obesidade (Goodman & Whitaker, 2002; Pine et al., 2001).

Richardson et al. (2003) encontraram uma relação entre depressão na adolescência (18 e 21 anos) e o desenvolvimento de obesidade na idade adulta, para as mulheres (risco relativo de 2.32; 95%, 1.29-3.83). Anderson et al. (2006) também encontraram uma relação entre história de depressão durante a infância e o aumento de IMC na idade adulta nas mulheres, quando estas são comparadas com mulheres sem história de depressão. Quanto mais precoce for o aparecimento de história de depressão, maior a associação entre depressão e obesidade. No caso dos homens a história de depressão na infância estava associada a um baixo IMC.

Já outros estudos apontam para a relação inversa, ou seja, a obesidade é que conduz a estados de depressão. Herva e colegas (2006), verificaram que indivíduos que apresentavam obesidade na adolescência, desenvolviam anos mais tarde depressão. As mulheres que eram obesas aos 14 anos, mais tarde manifestavam sintomas depressivos. No caso dos homens, encontrou-se uma relação entre obesidade abdominal na adolescência e depressão anos mais tarde.

Roberts et al. (2003) verificaram que a prevalência de depressão nos sujeitos com obesidade é maior que a prevalência de obesidade entre os sujeitos com depressão. Ou seja, os sujeitos que eram obesos em 1994 tinham duas vezes mais risco de se tornarem deprimidos passados cinco anos, sendo que os sujeitos que se encontravam deprimidos em 1994 tinham um menor risco de, mais tarde, desenvolverem obesidade, em comparação com os sujeitos que não estavam deprimidos em 1994.

A reflexão apresentada relativa ao estado da arte da temática a que nos propusemos estudar, parece apontar para uma relação entre as experiências adversas que decorreram durante a infância e a obesidade na idade adulta, sendo que os sujeitos com obesidade referem ter vivenciado algum tipo de situações adversas durante a sua infância. Secundariamente, a revisão da literatura no âmbito das experiências adversas durante a infância também aponta o quadro clínico da depressão como uma das consequências deste tipo de experiências na vida adulta. Por fim, estudos também apontam para uma relação entre obesidade e depressão, embora os resultados relativos à relação de causalidade se mostrarem inconclusivos.

De acordo com o enquadramento apresentado, serão apresentados na secção seguinte os objectivos e hipóteses que este trabalho de investigação se propõe.

## OBJECTIVOS E HIPÓTESES

Sendo a obesidade uma doença do século XXI de importância extrema no campo da saúde, é importante compreender cada factor que compõe a sua etiologia. Pela revisão de literatura apresentada, muitos são os estudos realizados na área da obesidade no sentido de a melhor compreender, sendo que na vivência de uma infância pouco favorável ao desenvolvimento e disruptiva pode-se encontrar um dos núcleos etiológicos desta doença crónica.

Tal como foi estudado por vários autores e apresentado na revisão de literatura (Rohde et al., 2008; Sandone et al., 2008; Whitaker et al., 2007; Silva e Maia, 2007; Gunstad et al., 2006; Williamson et al., 2002; Felitti et al., 1998), existe uma elevada prevalência de experiências adversas durante a infância em sujeitos adultos com obesidade, sendo importante verificar qual a frequência deste tipo de experiências dentro dos vários níveis de obesidade, como fizeram Williamson e colegas (2002), pois o Índice de Massa Corporal torna-se uma medida insatisfatória se a utilizarmos de forma contínua (Onyike et al., 2003). Este tipo de experiências está também, como vimos, associado a vários problemas de saúde física e mental (ex: Spila et al., 2008; Mulvihill, 2005; Felitti et al., 1998).

A investigação empírica sugere que os riscos de saúde, física e mental, não estão linearmente distribuídos entre os vários graus de obesidade, sendo que os maiores riscos encontram-se nos sujeitos com obesidade mórbida (obesidade de grau III) (Onyike et al., 2003). O grupo de pessoas com obesidade é um grupo heterogéneo e existe uma grande variabilidade de psicopatologia entre os sujeitos obesos e os sujeitos sem esta condição (Fabricatore & Wadden, 2006). No campo da saúde mental, são encontrados alguns quadros psicopatológicos – perturbações ansiosas, perturbações depressivas, PTSD, perturbações do comportamento alimentares, uso de substâncias (álcool), perturbações da imagem corporal -, nos sujeitos com obesidade mórbida (Scott et al., 2008; Horcajadas et al., 2006; Calvete et al., 2002; Guisado et al., 2002).

Neste sentido, o objectivo principal deste trabalho de investigação é averiguar se os sujeitos com obesidade mórbida ( $IMC \geq 40$ ) referem mais tipos de experiências adversas durante a sua infância, relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida (ou seja, obesidade grau I ( $30 < IMC < 34.9$ ) e obesidade grau II ( $35 < IMC < 39.9$ )). Deste modo, a nossa primeira hipótese (hipótese 1) é: os sujeitos com obesidade mórbida referem mais tipos de experiências adversas durante a infância, do que os sujeitos com obesidade não mórbida.

Dado que na literatura referente à obesidade muitos estudos procuram encontrar uma relação entre obesidade e depressão (Simon et al., 2008; Dong, Sanchez & Price, 2004; Goodman & Whitaker, 2002; Pine et al., 2001; Carpenter et al., 2000), consideramos interessante compreender, embora não seja este o objectivo principal deste estudo, se na nossa amostra de sujeitos obesos, eles referem sintomas depressivos e se, de alguma forma, esses sintomas se relacionam também com o grau de obesidade. Deste modo, colocámos como segunda hipótese (hipótese 2): os sujeitos com obesidade mórbida referem sintomas de depressão mais severos relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida.

Por último, como as experiências adversas durante a infância também acarretam consequências para a saúde mental (Korkeila et al., 2005; Chapman et al., 2004; Bifulco et al., 2002), decidimos averiguar, secundariamente, se os sujeitos da nossa amostra referem sintomas depressivos e se esses sintomas estão relacionados com o facto dos sujeitos referirem mais tipos de experiências de adversidade durante a infância. Assim, a nossa terceira e última hipótese (hipótese 3) é: os sujeitos que referem sintomas depressivos mais graves referem também mais tipos de experiências adversas durante a sua infância.

## **MÉTODO**

### **Participantes e Design**

A amostra utilizada neste estudo é constituída por 60 sujeitos (N=60) com obesidade, sendo que 30 sujeitos (N=30) têm obesidade de grau I ( $30,0 < \text{IMC} < 34,9$ ) e obesidade de Grau II ( $35,0 < \text{IMC} < 39,9$ ); e os restantes 30 sujeitos (N=30) têm obesidade de Grau III ou Mórbida ( $\text{IMC} \geq 40 \text{kg/m}^2$ ). Esta amostra foi seleccionada de forma não aleatória e por conveniência. Os participantes são utentes da Consulta de Obesidade do Hospital de Santa Maria de Lisboa, sendo que 25% (n=15) são do género masculino e 75% (n=45) são do género feminino. A média de idades é  $40,6 \pm 13,9$  para os homens e  $39,7 \pm 10,2$  para as mulheres.

No sentido de conseguir atingir os objectivos a que nos propusemos, foi delineado um estudo exploratório quantitativo, não experimental, com o intuito de aceder primeiramente às experiências de vida e, secundariamente, ao estado psicológico – depressão – dos sujeitos, através da utilização de questionários de auto-preenchimento aplicados para o efeito.

### **Instrumentos**

Para a obtenção dos dados relativos a este estudo de investigação foram utilizados o Índice de Massa Corporal para avaliar a Obesidade, o Questionário de Caracterização da Amostra com o objectivo de recolher informações relevantes sobre os sujeitos que participaram neste trabalho de investigação, o Questionário de História de Vida para avaliar as experiências traumáticas durante a infância, e o Inventário de Depressão de Beck para avaliar a experiência fenomenológica depressiva nesta amostra. Em seguida vai ser apresentada a caracterização dos mesmos instrumentos.

### Obesidade

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi concebido por Adolphe Quetelet no séc. XIX, sendo estabelecido que, para os indivíduos adultos, existia uma relação entre peso e o quadrado da altura (Quetelet, 1835, cit. por Carmo et al., 2008). Num estudo recente realizado por Larsson e colegas (2006, cit. por Carmo et al., 2008), demonstraram que o IMC, apesar de a relação não ser linear, é um bom indicador da percentagem de gordura corporal. De acordo

com a OMS (1997 e 2000, cit. por Carmo et al., 2008), a classificação da obesidade de acordo com o IMC é a seguinte: Obesidade Grau I -  $30,0 < \text{IMC} < 34,9 \text{ kg/m}^2$ ; Obesidade Grau II -  $35,0 < \text{IMC} < 39,9 \text{ kg/m}^2$ ; Obesidade Grau III ou Mórbida -  $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ .

### Questionário de Caracterização da Amostra

O questionário de caracterização da amostra por nós elaborado com base na literatura (Botelho, 1999) teve como fim a recolha de informação relativamente ao doente obeso, permitindo assim uma descrição mais pormenorizada e exhaustiva da amostra recolhida para este trabalho de investigação. Os dados recolhidos referem-se quer a características sociodemográficas dos sujeitos, quer a dados clínicos de cada participante. Este questionário é composto por 17 questões, sendo que a maioria são questões fechadas, e uma pequena percentagem das questões são de resposta curta. As questões relativas aos dados sociodemográficos englobam: idade, género, estado civil, área de residência, nível de escolaridade, profissão, e situação profissional. Por último, as questões relativas aos dados clínicos dos sujeitos dizem respeito a: “Qual o seu peso actual?”, “Qual o peso máximo que já apresentou?”, “Qual o peso mínimo que já apresentou?”, “Quando começou a aumentar de peso?”, “O seu aumento de peso está relacionado com alguma situação? Qual?”, “Tem algum familiar com obesidade?”, “Qual o seu estado de espírito quando come?”, “Quando come?”, e “Tem alguma outra doença para além da obesidade?”.

### Questionário da História de Vida

Este instrumento é um questionário de auto-relato para adultos, tendo como objectivo avaliar a ocorrência de experiências de adversidade durante a infância. Este instrumento é uma tradução de *Family Health History* utilizado no estudo ACE (Felitti et al., 1998), sendo que a versão portuguesa desenvolvida por Silva & Maia (2008) possui sensibilidade e validade. As autoras verificaram através de um teste-reteste, com 644 sujeitos, que para as categorias de abuso físico, abuso emocional e violência doméstica um coeficiente de Kappa de 0.56 a 0.72, e para as categorias abuso sexual, negligência emocional, negligência física, divórcio ou separação parental, abuso de substâncias no ambiente familiar, doença mental ou suicídio, e prisão de um membro da família, o coeficiente de Kappa é de 0.46 a 0.86.

Este questionário é composto por 75 itens organizados em questões dicotômicas, de escolha múltipla e resposta breve.

As questões que compõem cada uma das dez categorias de adversidade serão apresentadas em seguida:

#### *Abuso emocional*

Esta categoria é cotada numa escala de *likert* que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes), e caracteriza-se pela existência frequente (Muitas vezes) ou muito frequente (Muitíssimas vezes) de situações de insulto ou medo de violência física, através das seguintes questões: “*Alguém o insultou ou lhe disse palavrões?*”, “*Alguém ameaçou bater-me ou atirou-me com alguma coisa mas não o fez?*” e “*Alguém agiu de forma que me deixou com medo que me magoasse fisicamente?*”.

#### *Abuso físico*

Esta categoria é cotada numa escala de *likert* que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes), e caracteriza-se pela existência frequente (Muitas vezes) ou muito frequente (Muitíssimas vezes) de situações em que a criança sofreu agressões por parte de um adulto de forma violenta, deixando sequelas, através das seguintes questões: “*Alguém puxou-me, agarrou-me ou atirou-me com alguma coisa?*”, “*Alguém bateu-me com tanta força que deixou marcas ou feriu?*”, “*Com que frequência lhe bateram?*”, e “*Com que severidade lhe bateram?*”.

#### *Abuso sexual*

Esta categoria é cotada numa escala é cotada numa escala dicotómica 0 (Não) e 1 (Sim) e caracteriza-se pela existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto ou uma pessoa pelo menos mais velha, que fosse familiar, amigo da família, que vivesse em casa ou fosse estranho. As questões relativas a esta categoria são: “*Algum adulto tocou ou acariciou o seu corpo de forma sexualizada?*”, “*Tocou o corpo desse adulto de forma sexualizada?*”, “*Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, vaginal ou anal) consigo?*” e “*Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, vaginal ou anal) consigo?*”.

### *Negligência emocional*

Esta categoria é cotada numa escala de *likert* que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes), sendo que se considera que a experiência ocorreu se o sujeito responder “Nunca” ou “Raramente”. Esta categoria caracteriza-se por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afectivas da criança. Os itens que correspondem a esta categoria são: “Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante”, “As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros”, “As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras” e “A família foi fonte de força e de suporte”.

### *Negligência física*

Esta categoria é cotada numa escala de *likert* que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes), sendo que se considera que a experiência ocorreu se: o sujeito responder “Muitas vezes” ou “Muitíssimas vezes” às questões “*Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família*”, “*Não tinha o suficiente para comer*”; e se o sujeito responder “Nunca” ou “Raramente” às questões “*Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger*”, “*Havia quem lavasse a roupa suja*” e “*Havia quem me levasse ao médico caso necessitasse*”. Esta dimensão caracteriza-se por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas quer físicas quer biológicas da criança.

### *Divórcio ou separação parental*

Esta categoria é cotada numa escala dicotómica 0 (Não) e 1 (Sim), e refere-se à questão “*Os seus pais eram divorciados ou separados?*”.

### *Exposição a violência doméstica*

Esta categoria é cotada numa escala de *likert* que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes), sendo que é cotado como presença deste tipo de experiência se o sujeito responder “Algumas vezes”, “Muitas vezes” ou “Muitíssimas vezes”. Os itens relativos a esta categoria são “*Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou namorado da sua mãe puxou, agarrou ou atirou com alguma coisa à sua mãe?*”, “*Com que frequência é que o seu*

*pai (ou padrasto) ou namorado da sua mãe pontapeou a sua mãe, mordeu-lhe ou bateu-lhe com a mão, ou com alguma coisa forte?” e “Com que frequência é que o seu pai (ou padrasto) ou namorado da sua mãe bateu-lhe repetidamente durante alguns minutos?”.*

#### *Abuso de substâncias no ambiente familiar*

Esta categoria é cotada numa escala dicotómica 0 (Não) e 1 (Sim). Os itens que lhe correspondem são: *“Havia alguém em casa que usasse drogas”* e *“Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?”*.

#### *Doença mental ou suicídio*

Esta categoria é cotada numa escala dicotómica 0 (Não) e 1 (Sim). Os itens que lhe correspondem são: *“Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?”* e *“Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?”*.

#### *Prisão de um membro familiar*

Esta categoria é cotada numa escala dicotómica 0 (Não) e 1 (Sim). O item que lhe corresponde é *“Alguém em sua casa esteve na prisão?”*.

É ainda calculada uma nova variável – Adversidade Total – para cada um dos sujeitos, tendo em conta o valor que cada sujeito teve em cada uma das categorias. A variável adversidade total é o somatório de todas as dimensões de adversidade em que o sujeito responde de forma afirmativa. Em cada uma das dez categorias a cotação pode ser 0 ou 1. É 0 se em nenhuma das questões foi pontuada, e é 1 se foi pontuada pelo menos uma das questões. Desta forma o valor da variável Adversidade Total pode variar entre 0 e 10.

É ainda calculado o Índice Geral de Adversidade (IGA) que corresponde ao somatório de todos os itens dicotómicos e todas as alternativas as escalas de likert que variam entre 0 (ausência de adversidade) e 4 (adversidade máxima).

## Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck é um questionário de auto-resposta, composto por 21 itens, numa escala de 4 pontos cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens dizem respeito a sentimentos de tristeza, pessimismo, fracasso, desanimo, culpabilidade, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retracção e inibição social, dificuldade em tomar decisões, distorção da imagem corporal, perturbação do sono, fadiga, perda do apetite, perda do peso, preocupações somáticas e diminuição da libido (Gorestein & Andrade, 1998). De acordo com os scores obtidos após a cotação deste instrumento, a intensidade de sintomatologia depressiva é categorizada do seguinte modo: 0-13 mínima; 14-19 leve; 20-28 moderada; 29-63 severa (Beck & Steer, 1996).

De acordo com as características psicométricas da versão original deste instrumento – *Beck Depression Inventory (BDI)* – a consistência interna deste instrumento é estimada por um coeficiente *alpha* médio de 0.86 para pacientes psiquiátricos e 0.81 para sujeito sem perturbação psiquiátrica. Relativamente a outras avaliações clínicas de depressão, por exemplo a *Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HRSD)*, as correlações médias entre o BDI e a HRSD são altas para pacientes psiquiátricos foram elevadas: 0.72 e 0.73 respectivamente. Da mesma forma as correlações mostraram-se significativas para a amostra não psiquiatra: 0.60 e 0.74 respectivamente (Beck, Steer & Carbin, 1988).

Relativamente à validação para a população portuguesa, esta foi realizada por McIntyre & Araújo-Soares (1999), numa amostra de doentes com dor crónica. As autoras encontraram valores de fiabilidade elevada do Inventário de Depressão de Beck, sendo que o valor do *alpha* de Cronbach foi de 0.86. Relativamente à validade da escala, as correlações observadas entre as sub-escalas e o total da escala são elevadas:  $r=0.804$  para a sub-escala da dimensão fisiológica, e  $r=0.910$  para a sub-escala da dimensão cognitiva.

## **Procedimento**

Para a recolha da amostra foi contactado o Hospital de Santa Maria de Lisboa, mais concretamente a direcção do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, no intuito de obter a permissão para a recolha dos dados, a qual foi cedida.

A recolha decorreu durante a Consulta de Obesidade, tendo-se prolongado por, relativamente, um mês (de 3 Março de 2009 a 5 de Abril de 2009).

Antes de proceder à recolha dos dados para este trabalho, foi realizado um período de pré-teste com alguns dos utentes da Consulta de Obesidade (N= 10), sendo requerida a sua participação voluntária.

Depois da familiarização com o contacto com os instrumentos, procedeu-se então à recolha dos dados para este trabalho de investigação.

Foi pedido ao utente da Consulta de Obesidade a sua colaboração voluntária na participação de um trabalho de investigação, através do preenchimento de três questionários. Os questionários fizeram-se acompanhar de uma informação onde eram explicados os objectivos do estudo, salientando a participação voluntária e o anonimato e confidencialidade dos dados. Os questionários foram apresentados pela seguinte ordem: Questionário de Caracterização da Amostra, Questionário de História de Vida e Inventário de Depressão de Beck.

A selecção dos doentes foi feita de acordo com o IMC máximo que os doentes alguma vez atingiram, pois eles poderiam encontrar-se numa fase de perda de peso, devido à terapêutica de mudança de hábitos alimentares. Não participaram neste estudo doentes que foram submetidos à terapêutica cirúrgica. Assim sendo seleccionaram-se 30 sujeitos com IMC compreendido entre 30kg/m<sup>2</sup> e 39kg/m<sup>2</sup> (Obesidade Grau I e Obesidade Grau II, respectivamente), e 30 sujeitos com IMC superior ou igual a 40kg/m<sup>2</sup> (Obesidade de Grau III ou Mórbida).

A aplicação dos questionários decorreu nos gabinetes da Consulta Externa do Hospital de Santa Maria de Lisboa, para garantir alguma privacidade ao utente e voluntário, pois os conteúdos dos questionários, principalmente do Questionário de História de Vida, poderiam causar algum desconforto aos sujeitos. Não existiu tempo limite para a aplicação da prova, e a mesma foi monitorizada de forma a poder esclarecer possíveis dúvidas em relação aos itens dos questionários.

Os sujeitos que participaram na recolha dos dados mostraram-se sempre interessados e disponíveis. Nenhum sujeito que se voluntariou desistiu, talvez porque aquando pedida a sua participação voluntária, foi esclarecido aos sujeitos com clareza e delicadeza os objectivos do estudo, evitando assim o “fenómeno surpresa”. Do mesmo modo, a aplicação da prova decorreu num local reservado e sossegado, garantindo confiança, à vontade e contenção.

## RESULTADOS

### *Hipóteses 1 e 2*

Para verificar as hipóteses 1 e 2, procedemos a uma análise descritiva das variáveis Adversidade Total, IGA (lembrando que estas duas variáveis representam dimensões das experiências adversas vividas na infância, recrutadas do questionário utilizado Questionário História de Vida) e Depressão, e ao teste estatístico ANOVA para averiguar se existem diferenças entre os graus de obesidade, que serão apresentadas em seguida na Tabela 2.

	Obesidade		F	df	p
	Obesidade mórbida	Obesidade não mórbida			
	$\mu$	$\mu$			
<b>Adversidade</b>	2.43	1.13	6.37	1	<.02
<b>Total</b>	( $\pm 2.25$ )	( $\pm 1.70$ )			
<b>IGA</b>	18.17	12.03	3.00	1	<.09
	( $\pm 16.95$ )	( $\pm 9.46$ )			
<b>Depressão</b>	15.83	9.13	7.11	1	<.02
	( $\pm 9.96$ )	( $\pm 9.5$ )			

Tabela 2. Adversidade Total, IGA e Depressão em função da Obesidade.

Pela análise da Tabela 2, verificamos que existe uma diferença significativa na variável Adversidade Total em função do grau de obesidade ( $p=0.01$ ). Os sujeitos com obesidade mórbida têm um valor médio superior relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida. Relativamente à variável IGA, não existe diferença significativa em função do tipo de obesidade dois grupos, mas existe uma tendência estatística no mesmo sentido da variável anterior. Desta forma, podemos aceitar a nossa hipótese 1.

Quando analisamos a variável Depressão, verificamos que existem diferenças significativas em função do grau de obesidade. Os sujeitos com obesidade mórbida apresentam uma média mais elevada. A partir do valor total da variável Depressão, foram criadas quatro categorias para a mesma: Mínimo, Médio, Moderado e Severo. A Tabela 3 mostra-nos o número de sujeitos com obesidade mórbida e o número de sujeitos com obesidade não mórbida relativamente às quatro categorias.

<b>Depressão</b>					
<b>Obesidade</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Médio</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>	<b>Total</b>
<b>Obesidade mórbida</b>	14 (46.6%)	6 (20%)	7 (23.3%)	3 (10%)	30
<b>Obesidade não mórbida</b>	21 (70%)	3 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.6%)	30

Tabela 3. Obesidade e Depressão (4)

Considerando as quatro categorias da nova variável sobre a Depressão, verificamos que a percentagem dos sujeitos com obesidade mórbida com níveis mínimos de depressão é inferior à percentagem de sujeitos com obesidade não mórbida para o mesmo nível de depressão (46.6% e 70% respectivamente). A percentagem dos sujeitos com obesidade mórbida com níveis severos de depressão é superior à percentagem de sujeitos com obesidade não mórbida para o mesmo nível de depressão (10% e 6.6% respectivamente). 20% dos sujeitos com obesidade mórbida apresentam níveis de depressão médios, e 23.3% apresentam níveis de depressão moderados. Já no grupo de sujeitos com obesidade não mórbida, 10% apresentam níveis de depressão médios e 13.3% níveis de depressão moderados.

Os resultados acima apresentados não indicam uma associação entre as duas variáveis ( $\text{Qui}^2(3)=3.42$ ,  $p < .34$ ). Dado que 50% das células da tabela violam as condições para ser interpretado o teste estatístico do Qui-Quadrado, foi criada uma nova variável para a Depressão com duas categorias: a categoria Leve, que agrupa as anteriores categorias Mínimo e Médio; e a categoria Grave, que agrupa as categorias anteriores Moderado e Severo.

Na Tabela 4, podemos observar o número de sujeitos com obesidade mórbida e o número de sujeitos com obesidade não mórbida relativamente à variável Depressão com duas categorias.

<b>Depressão</b>			
<b>Obesidade</b>	<b>Leve</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
<b>Obesidade mórbida</b>	20 (66.6%)	10 (33.3%)	30
<b>Obesidade não mórbida</b>	24 (80%)	6 (20%)	30

Tabela 4. Obesidade e Depressão (2)

Relativamente à variável depressão com duas categorias, verificamos que o grupo de sujeitos com obesidade não mórbida refere uma percentagem mais elevada (80%) de sintomas de depressão leves, em comparação com o grupo de sujeitos com obesidade mórbida (66.6%). Relativamente aos valores de depressão graves, o grupo de sujeitos com obesidade mórbida apresenta percentagens mais elevadas (33.3%) comparativamente ao grupo de sujeitos com obesidade não mórbida (20%). Pelo cálculo do teste estatístico Qui-Quadrado verificamos que não existe associação entre as duas variáveis ( $\text{Qui}^2(1)=1.36, p < .25$ ).

No conjunto das análises, verificamos que relativamente aos valores totais da variável Depressão, a análise de variância indica que existe uma diferença significativa em função do tipo de obesidade, mas quando categorizada, a variável Depressão não está associada ao grau de obesidade. Desta forma, a hipótese 2 foi verificada no geral, mas com alguma reserva no que diz respeito à gravidade da depressão (segundo a classificação da variável Depressão em categorias Leve e Grave).

### *Hipótese 3*

Para verificar a hipótese 3, procedemos a uma análise descritiva das variáveis Adversidade Total e IGA. A ANOVA foi utilizada para averiguar se existem diferenças significativas nestas duas variáveis em função das quatro categorias da variável Depressão. Os resultados são apresentados em seguida na Tabela 5.

	Depressão				F	df	p
	Mínimo	Médio	Moderado	Severo			
	μ	μ	μ	μ			
<b>Adversidade</b>	1.17	1.56	3.09	3.60	4.40	3	< .01
<b>Total</b>	(±1.51)	(±1.24)	(±3.27)	(±1.67)			
<b>IGA</b>	12.51	10.00	20.36	30.80	3.95	3	< .02
	(±12.43)	(±6.21)	(±16.60)	(±17.07)			

Tabela 5. Adversidade Total e IGA em função da Depressão (4)

Pela análise da Tabela 5, podemos verificar que existem diferenças significativas na variável Adversidade Total e na variável IGA em função das quatro categorias de Depressão. Ao compararmos os valores médios da variável Adversidade, verificamos que estes aumentam ao mesmo tempo que aumenta a severidade da variável Depressão. O mesmo se passa relativamente à variável IGA, ou seja, os valores médios desta variável vão aumentando à medida que aumenta a severidade da variável Depressão.

Análises *post-hoc* revelaram que a diferença verificada em função dos quatro níveis de Depressão, no caso da Adversidade Total, se deve sobretudo a uma diferença significativa entre os níveis Mínimo e Moderado ( $p < .03$ ) e a uma tendência entre os níveis Mínimo e Severo ( $p < .06$ ). No caso da variável IGA, as análises *post-hoc* mostraram que diferença verificada em função dos quatro níveis de Depressão, se deve sobretudo a diferenças significativas entre os níveis Mínimo e Severo ( $p < .03$ ) e entre os níveis Médio e Severo ( $p < .03$ ).

Foram também calculados os valores médios das variáveis Adversidade Total e IGA para a variável Depressão com duas categorias bem como o teste estatístico ANOVA (ver Tabela 6).

	Depressão		F	df	p
	Leve	Grave			
	μ	μ			
<b>Adversidade</b>	1.25	3.25	13.01	1	< .01
<b>Total</b>	(±1.45)	(±2.82)			
<b>IGA</b>	12.00	23.63	9.29	1	< .01
	(±11.42)	(±16.92)			

Tabela 6. Adversidade Total e IGA em função da Depressão (2)

Podemos observar que existe uma diferença significativa na variável Adversidade Total em função da variável Depressão com os níveis, Leve e Grave. Ao compararmos os valores médios da variável Adversidade Total verificamos que os valores são superiores no nível Grave de Depressão. Da mesma forma, existe uma diferença significativa na variável IGA em função da variável Depressão com os níveis, Leve e Grave, sendo que o valor médio mais elevado se encontra no nível Grave de Depressão. Estes resultados permitem-nos portanto verificar a hipótese 3.

À semelhança de outros estudos (Felitti et al., 1998), criámos uma nova variável para a Adversidade Total constituída por dois níveis: num primeiro nível são incluídos os sujeitos que não apresentam qualquer dimensão de experiência adversa durante a infância; num segundo nível são incluídos os sujeitos que referem ter experienciado quatro ou mais dimensões de adversidade durante a infância. A partir desta nova variável foi verificado se existe uma associação entre a experiência de adversidade e a obesidade.

<b>Adversidade Total</b>			
<b>Grau de obesidade</b>	<b>Não refere qualquer tipo de experiências adversas</b>	<b>4 ou mais tipos de experiências adversas</b>	<b>Total</b>
<b>Obesidade não mórbida</b>	15 (93.7%)	1 (6.2%)	16
<b>Obesidade mórbida</b>	5 (34.7%)	9 (64.2%)	14

Tabela 7. Obesidade e Adversidade Total (2)

Verificamos pela análise da Tabela 7 que a percentagem de sujeitos com obesidade não mórbida que referem não ter tido nenhum tipo de experiências de adversidade durante a infância (93.7%) é muito superior ao grupo de sujeitos com obesidade mórbida (34.7%); sendo que a percentagem de sujeitos que referem ter experienciado quatro ou mais experiências de adversidade durante a infância é muito superior no grupo dos sujeitos com obesidade mórbida (64.2%), relativamente ao grupo de sujeitos com obesidade não mórbida (6.2%). Através do teste estatístico Qui-Quadrado verificamos que existe uma associação muito significativa entre as duas variáveis ( $\text{Qui}^2(1)=11.32, p < .002$ ).

Por último, verificamos como se comporta a variável Adversidade Total em relação à variável Depressão (Tabela 8).

<b>Adversidade Total</b>			
<b>Depressão</b>	<b>Não refere qualquer tipo de experiências adversas</b>	<b>4 ou mais tipos de experiências adversas</b>	<b>Total</b>
<b>Leve</b>	16 (80%)	4 (20%)	20
<b>Grave</b>	4 (40%)	6 (60%)	10
<b>Total</b>	20	10	30

Tabela 8. Depressão (2) e Adversidade Total (2).

Relativamente à variável Adversidade Total com dois níveis, verificamos que 80% dos sujeitos que têm um valor de depressão leve nunca experienciou qualquer tipo de adversidade durante a infância, sendo que 60% dos sujeitos que têm um valor Grave de depressão experienciaram quatro ou mais categorias de adversidade durante a infância. Através do teste estatístico Qui-Quadrado, verificamos que existe uma associação significativa entre as duas variáveis ( $\text{Qui}^2(1)=4.80, p < .03$ ).

Concluindo, a hipótese 3 foi verificada. Embora existam diferenças significativas na experiência de adversidade em função do nível de depressão, a associação entre a experiência de adversidade e a obesidade é mais marcada do que a associação entre a experiência de adversidade e a depressão.

## DISCUSSÃO

O nosso trabalho tinha como objectivo principal (hipótese 1) averiguar se os sujeitos com obesidade mórbida referem mais experiências adversas durante a sua infância, relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida. A avaliação das experiências adversas durante a infância é obtida através de duas variáveis: a variável Adversidade Total e a variável Índice Geral de Adversidade (IGA). Pela análise dos resultados podemos constatar que os sujeitos com obesidade mórbida, relativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida, referem valores médios mais elevados da variável Adversidade Total. Estas diferenças entre os dois grupos tornam-se ainda mais evidentes quando comparamos os sujeitos que não referem qualquer tipo de experiência adversa durante a infância e aqueles que referem quatro ou mais experiências adversas durante a infância. Quinze (93.7%) dos 16 sujeitos com obesidade não mórbida não referem qualquer tipo de experiência adversa durante a infância; sendo que mais de metade (64.2%) dos sujeitos com obesidade mórbida (N=14) referem quatro ou mais tipos de experiências adversas durante a infância, em comparação a um sujeito com obesidade não mórbida (6.2%) que também referem quatro ou mais categorias de adversidade. Já relativamente ao Índice Geral de Adversidade (IGA) verificámos apenas uma tendência significativa entre ambos os grupos, o que poderá ser explicado pelo facto de o IGA corresponder a um número que resulta do somatório de todas as respostas do sujeito ao questionário, independentemente do número de categorias de adversidade experienciadas pelo sujeito.

Silva e Maia (2007), numa amostra de sujeitos com obesidade mórbida candidatos à cirurgia bariátrica, verificaram que estes sujeitos relatavam experiências adversas durante a infância, sendo que 88% dos sujeitos referiram pelo menos uma experiência de adversidade, e 68% dos sujeitos referiram pelos menos quatro experiências de adversidade durante a infância. Tal como no nosso estudo, a prevalência de quatro ou mais categorias de adversidade é preponderante nos sujeitos com obesidade mórbida, podendo constituir um importante factor que conduz a elevados níveis de somatização em sujeitos com esta doença crónica. Já num estudo realizado por Williamson e colegas (2002), o risco de desenvolver obesidade aumenta com o número e severidade do tipo de abuso, sendo que, o risco de desenvolver obesidade mórbida ( $IMC \geq 40$ ) estava ainda mais fortemente associado com o abuso, comparativamente ao risco de desenvolver obesidade não mórbida ( $IMC \geq 30$ ). Felitti e colegas (1998) e Felitti (2002) verificaram que os sujeitos que experienciaram quatro ou mais

categorias de acontecimentos adversos (ACE), tinham maior risco de desenvolver um variado número de condições médicas, como hepatites, doenças cardiovasculares, fracturas, diabetes, obesidade, alcoolismo, etc.

A certeza acerca do mecanismo por detrás desta relação é imprecisa, mas podemos avançar com a hipótese de que um dos potenciais mecanismos poderá ser a ingestão de comida como forma de lidar com os estados de sofrimento e angústia desencadeados pela situação traumática (Whitaker, 2007). Kendall-Tacklen (2002) descreve várias formas através das quais as vítimas de experiências de abuso infantil utilizam e que trazem prejuízos para a sua saúde. Uma delas situa-se num nível comportamental, sendo uma das mais comuns registadas na literatura dos abusos infantis, referindo-se a actividades ou comportamentos prejudiciais para a sua saúde, como abuso de substâncias, obesidade e perturbações alimentares, comportamentos suicidas, comportamentos sexuais de risco, tabagismo, e perturbações do sono. O medo constante desencadeado por um ambiente ameaçador, leva a criança a encontrar formas de se auto-tranquilizar, muitas vezes através do seu corpo (Mulvihill, 2005). Gustafson e Sarwer (2004) colocam a hipótese de a obesidade ter uma função adaptativa face ao desequilíbrio emocional causado pela situação de abuso.

Segundo Kahtalian (1992), a procura de alimento realizada pelo indivíduo obeso equivale de forma simbólica à procura de um equilíbrio precário dos aspectos narcísicos de um *self* fragilizado. O próprio poder desorganizador da experiência traumática face a um ego imaturo, com um sistema precário de defesas psicológicas, conduz à «*perda do valor do self*». Este *self* imaturo é incapaz de integrar a experiência traumática, de elaborar e atribuir significado ao conflito psíquico subjacente, deixando à deriva por todo o soma o afecto ligado a essa experiência, fragilizando e destruindo os sistemas neurovegetativo, endócrino e imunitário (Matos, 2003). Lançamos a hipótese de a obesidade poder então emergir de uma conjugação de condições psíquicas marcadas por uma incapacidade de mentalização e da utilização do mecanismo da ingestão de comida como forma de “tolerar” o intolerável. Os factores de repetição, continuidade e intensidade da experiência traumática tornam o ego frágil ainda mais vulnerável, aumentando as tensões internas que são dirigidas contra o próprio (Ferreira, 2002). Este tipo de situações sugere uma capacidade de prestação de cuidados por parte dos pais diminuída, um comprometimento da capacidade de se auto-tranquilizar, estando concentrados os grandes efeitos negativos destas experiências no núcleo da função de auto-regulação da criança (Sansone et al., 2008).

Do ponto de vista terapêutico, este tipo de situações traumáticas não difere muito de outros tipos de traumas, apenas a manifestação dos sintomas psicológicos – ingestão excessiva de comida - no caso dos sujeitos com obesidade que procuram tratamento estão mais evidentes (Sansone et al., 2008). “*O terapeuta terá de ser a mãe que transforma, descodifica e sintetiza em novos símbolos ligados pelo afecto e que organiza o pensamento*” (Ferreira, 2002, p.382), pois o cenário de «*opressão traumática*» oprime, cala, a falha precoce e funcional materna, ou do substituto materno. Este cenário é caracterizado por uma grande pobreza comunicativa e um funcionamento operatório, característicos dos estados operatórios psicossomáticos (Ferreira, 2002). É fundamental que não sejam separadas experiência traumática e experiência corporal, pois é necessária a conversação com o corpo. O tratamento deve passar pela recuperação da auto-regulação e reconstrução do self, reconstruir o sentido de segurança e previsibilidade (Veiga, Liria, & Pérez, 2005).

Por fim, não fazendo parte do objectivo principal e essencial deste trabalho, lançámos ainda duas hipóteses, não menos importantes do ponto de vista psicológico e empírico, mas que ocupam um espaço secundário neste trabalho, que iremos tentar esclarecer.

Para verificar a hipótese 2, comparámos os valores médios totais da variável Depressão entre os dois grupos de sujeitos com obesidade, sendo que aqueles são superiores no grupo de sujeitos com obesidade mórbida, comparativamente aos valores médios no grupo de sujeitos com obesidade não mórbida. Vários estudos também apontam para valores mais elevados de depressão nos grupos de sujeitos com obesidade mórbida (Dong, Sanchez & Price, 2004; Carpenter et al., 2000). Onyike e colegas (2003) verificaram que os sujeitos com obesidade mórbida referiam níveis superiores de depressão, quer nos homens quer nas mulheres. Dixon, Dixon e O’Brien (2003) verificaram que a depressão é uma co-morbilidade significativa da obesidade mórbida. Cerca de metade (53%) dos sujeitos do estudo referiram valores significativos de depressão.

Alguns factores poderão conduzir a estes resultados: a) a cronicidade física da doença obesidade (Dong, Sanchez, & Price, 2004; Dixon, Dixon & O’Brien, 2003); b) o facto da depressão poder estar associada a um aumento da ingestão calórica (Simon et al., 2008); c) a falta de auto-estima relacionada com a insatisfação corporal experienciada pelos sujeitos com obesidade (Simon et al., 2008); d) a discriminação e pressão social de que os sujeitos obesos são alvo graças ao estigma que gira à volta do “ser obeso” (Pine et al., 2001); e) os estados psicopatológicos de *binge eating* encontram-se relacionados com níveis de depressão elevados (Telch & Agras, 1993) o que poderá conduzir a um aumento excessivo do peso,

sendo que as perturbações psicopatológicas de *binge eating* são também comuns entre os sujeitos com obesidade (Galanti, Gluck & Geliebter, 2007); f) os sentimentos diminuídos de auto-eficácia e desmotivação associados a estados depressivos, dificultam a adesão do indivíduo obeso a programas de exercício ou planos alimentares (Simon et al., 2008), interferindo com a sua auto-estima e induzindo estados de culpabilidade, fracasso e sofrimento, que podem levar o sujeito obeso a ingerir comida como forma de se auto-injuriar, ou como resultado de uma incapacidade para gerir os sentimentos negativos e contraditórios; g) a componente medicamentosa associada à terapêutica das perturbações do humor pode conduzir a aumentos de peso, podendo constituir um importante mediador da relação depressão-obesidade (Schwartz et al., 2004).

Um outro possível factor mediador desta relação poderá estar relacionado com o ambiente familiar, mais concretamente as situações adversas que ocorreram durante a infância, que tal como o objectivo principal deste trabalho sugere que as experiências adversas na infância estão associadas à obesidade, bem como à depressão. Contudo, também verificámos que quando transformámos a variável Depressão em categorias (quer em quatro categorias quer em duas) o cenário acima descrito parece não se manter. Ou seja, não verificámos uma associação significativa entre a depressão e a obesidade. Desta forma aceitámos a hipótese 2 com alguma reserva, especificamente no que diz respeito à gravidade da depressão. Pela pesquisa bibliográfica realizada, não foram encontrados estudos empíricos recentes que não revelem uma associação entre obesidade e depressão. Por outro lado, alguns desses mesmos estudos (Onyike et al., 2003; Roberts et al., 2000) apontam para dois critérios fundamentais a ter em conta quando procuramos avaliar uma associação entre estas duas variáveis. São eles: 1) os instrumentos de medida utilizados para avaliar a obesidade; e 2) os instrumentos de medida utilizados para avaliar a depressão.

No que toca à obesidade, a utilização do índice de massa corporal (IMC) parece ser um bom avaliador, pois a investigação empírica sugere que os riscos de saúde, física e mental, não estão linearmente distribuídos entre os vários graus de obesidade (Onyike et al., 2003). O mesmo sucede relativamente ao constructo depressão que para sua avaliação deve ser utilizado um instrumento que tenha em conta critérios de diagnóstico psiquiátrico (Onyike et al., 2003; Friedman & Brownell, 1995). No caso da avaliação da depressão, o instrumento Inventário de Depressão de Beck (BDI) pode apresentar algumas limitações (Onyike et al., 2003). Anderson e colegas (2006) referem que o BDI não nos permite comparar com os critérios de diagnóstico do DSM-IV para as perturbações mentais, sendo portanto menos

rigoroso e preciso, podendo ser utilizado como alternativa entrevistas de diagnóstico estruturadas para avaliar as perturbações psiquiátricas.

Por outro lado, o BDI inclui ainda a avaliação de alguns sintomas como a alteração do apetite e do sono, cansaço e perda da libido que são muito comuns na patologia da obesidade, principalmente nos seus níveis mais severos – obesidade mórbida -, o que poderá contribuir para uma avaliação deturpada dos sintomas depressivos. Será ainda de salientar que a nossa amostra foi recolhida na Consulta de Obesidade do Hospital de Santa Maria de Lisboa, consulta essa que é realizada por várias especialidades como Endocrinologia, Nutrição, Cirurgia e Psicologia. Ou seja, todos estes doentes estavam no momento da recolha dos dados a ser acompanhados regularmente por um psicólogo. O facto de receberem apoio psicológico ou realizarem psicoterapia de apoio, poderá ter contribuído para que a nossa amostra não apresente sintomas depressivos severos/graves. Da mesma forma, a frequência na Consulta de Obesidade oferece a estes doentes um tratamento com bons resultados – cirurgia – para uma condição médica que há muito perturba e agrava a sua vida, bem como o facto de melhorarem os seus hábitos alimentares, contribuindo para uma maior mobilização de sentimentos de auto-confiança, auto-estima, motivação e bem-estar nestes doentes.

Resta ainda salientar, que estes resultados também nos podem levar a pensar que, para compreender a etiologia da doença obesidade, o factor ambiente familiar precoce assume um papel mais importante relativamente ao quadro clínico de depressão. É uma hipótese plausível uma vez que os estudos que procuraram uma associação entre obesidade e depressão não são conclusivos relativamente à relação de causa-efeito (por exemplo: Dong, Sanchez & Price, 2004; Goodman & Whitaker, 2002; Pine et al., 2001; Carpenter et al., 2000).

Por fim, debrucemo-nos sobre a última hipótese (hipótese 3). Os nossos resultados demonstram que os sujeitos com níveis de depressão mais graves/severos apresentam valores médios de experiências adversas durante a infância mais elevados. Ou seja, a hipótese 3 não é infirmada. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, como os de Zavaschi (2003), que teve como objectivo principal avaliar se existia alguma associação entre o trauma psicológico na infância e depressão na vida adulta, tendo concluído que existia uma relação significativa entre as duas variáveis. Esta associação era maior para aqueles que experienciaram maus-tratos físicos por partes dos pais ou cuidadores e para aqueles que foram expostos a vários episódios de violência. Chapman e colegas (2004) no sentido e examinarem a relação entre experiências adversas na infância e o risco de perturbações depressivas, verificaram, numa amostra de 9460 adultos, uma associação significativa entre cada categoria

do questionário ACE e história de depressão, bem como perturbações depressivas recentes. Contudo a prevalência destas experiências era superior nas mulheres (28.9%), comparativamente aos homens (19.4%), e a prevalência de perturbações depressivas recentes também (15.7% vs. 8.4% respectivamente). Korkeila e colegas (2005), verificaram que as adversidades na infância estavam associadas a depressão na vida adulta, apesar de esta associação poder ser fortalecida por factores de risco na adultícia, como viver sozinho, consumo de álcool, suporte social, educação e afectividade negativa, e também por acontecimentos de vida recentes, como morte ou doença na família, violência, e dificuldades financeiras. Quando combinadas as experiências adversas na infância e os acontecimentos de vida recentes, aumentava a associação com a depressão.

Estes resultados vêm frisar as consequências negativas e disruptivas que este tipo de experiências infantis acarreta para a saúde mental dos indivíduos, sendo também partilhadas por outros mais estudos (Powers, Ressler, & Bradley, 2009; Chapman et al., 2004; Gibb, Butler, & Beck, 2003; Bifulco et al., 2002; Bernet & Stein, 1999). O poder desorganizador do acontecimento traumático, é capaz de derrotar o valor de um *self*, imaturo e em construção, ferindo a vítima no seu amor-próprio e no seu valor, provocando uma enorme ferida narcísica, reflexo de uma relação «severa, exigente e rejeitante», impossibilitando a construção dos objectos do self que garantam a segurança e amor necessários a um bom desenvolvimento do eu (Matos, 2007a).

Este trabalho apresenta em si algumas limitações que deverão ser tidas em conta em investigações futuras. A não utilização de um grupo de comparação constituído por sujeitos normo-ponderais ( $18.5 < \text{IMC} < 24.9$ ) parece ser pertinente, pois permitiria observar como se distribui o mesmo fenómeno – experiências adversas durante a infância – fora dos contornos da obesidade, e assim verificar a sua pertinência no quadro clínico desta última doença. Da mesma forma, a utilização do IMC para a formação dos grupos deveria ter sido mais discriminatória, não agrupando sujeitos com obesidade de grau I e sujeitos com obesidade de grau II no mesmo grupo. O *N* da amostra também poderá revelar-se reduzido, uma vez que, se encarámos a vivência de experiências adversas durante a infância como um possível factor que participa na etiologia da obesidade, necessitaríamos de amostras maiores dimensões para uma generalização dos resultados mais confiante. Como também já o dissemos, a utilização do instrumento Inventário de Depressão de Beck poderá ser uma das fraquezas deste trabalho uma vez que se revela pouco rigoroso e preciso relativamente aos critérios de diagnóstico do

DSM-IV para as perturbações mentais, podendo ser utilizado como alternativa entrevistas de diagnóstico estruturadas para avaliar as perturbações psiquiátricas (Anderson et al., 2006).

Por outro lado, a utilização de um instrumento que nos leve a compreender a experiência subjectiva da depressão nestes sujeitos, ou seja, compreender os mecanismos psíquicos subjacentes ao fenómeno depressivo poderia tornar-se interessante utilizando, por exemplo, o Questionário de Experiências Depressivas de Sidney Blatt e colegas (1976). Para obter o valor do IMC máximo apresentado pelos sujeitos da amostra, estes foram questionados acerca do peso máximo que alguma vez atingiram. Desta forma, o parâmetro peso não foi avaliado com rigor, podendo trazer alguns enviesamentos para o estudo, uma vez que os sujeitos quando questionados acerca do seu peso, bem como da sua altura, têm tendência para subestimar o seu peso e sobrestimar a sua altura (Kuczmarski, Kuczmarski, &, Najjar, 2001). Foi-nos também dada a informação do peso exacto que os sujeitos tinham no momento em que os dados foram recolhidos, mas essa informação não foi utilizada pois os doentes poderiam encontrar-se numa fase de perda de peso relacionada com a terapêutica de mudança dos hábitos alimentares. Os questionários utilizados no estudo, particularmente o Questionário da História de Vida, ofereciam muita informação que poderia ter sido também trabalhada, como por exemplo o tipo(s) de experiência(s) adversa(s) que era mais relatada pelos sujeitos da amostra. Para a construção do quadro teórico da obesidade deparámo-nos com algumas dificuldades. A compreensão teórica do ponto de vista psicológico desta doença é insuficiente e pouco actual. Sendo a obesidade a doença do século XXI, seria importante que estudos teóricos de compreensão psicológica se dedicassem ao tema e oferecessem novos olhares, pelo menos actuais, acerca desta doença que afecta exponencialmente milhões de pessoas em todo o mundo.

Todas as limitações apontadas poderão ser tidas em conta em investigações futuras mais rigorosas em redor da problemática das experiências adversas durante a infância em sujeitos com obesidade mórbida.

Contudo, este trabalho de investigação também apresenta pontos fortes e pertinentes. O facto de não utilizar o constructo obesidade de forma unitária, utilizando os graus de obesidade definidos pelo IMC torna-se importante na investigação na área da obesidade. Procurámos, no sentido de outros estudos, conhecer um pouco do passado dos sujeitos com obesidade colocando a hipótese de que o factor ambiente familiar precoce perturbado pode fazer parte das etiologias da patologia do séc. XXI, Obesidade, indo ao encontro de vários outros estudos realizados nesta área (por exemplo: Silva & Maia, 2007; Felitti, 2002; Felitti et

al., 1998) Da mesma forma, este tipo de experiências também parece estar por detrás de outros quadros clínicos, como o da Depressão. A associação menos marcada entre Obesidade e Depressão neste estudo, leva-nos a pensar que o factor experiências adversas durante a infância terá maior pertinência no desenvolvimento da obesidade, dada a utilização de mecanismos de auto-tranquilização desadaptados – ingestão excessiva de comida – que reflectem uma enorme dificuldade em lidar com os conflitos psíquicos subjacentes à situação traumática. Do ponto de vista da prática psicológica com estes doentes, é importante reparar o *self* frágil e libertar toda a frustração que não foi vivida psicologicamente produzindo “*uma irritabilidade no funcionamento orgânico, por acumulação de tensões sem descarga pelo comportamento dirigido a objectivos*” (Matos, 2003, p.35).

## CONCLUSÃO

Este estudo mostra que os sujeitos com obesidade mórbida (obesidade grau III) referem um elevado número de experiências de abuso durante a infância, comparativamente aos sujeitos com obesidade não mórbida (ou seja, obesidade Grau I e II). Secundariamente, os nossos resultados também demonstraram que os níveis de depressão na nossa amostra tornavam-se mais severos com o aumento da experiência de vários tipos de abuso durante a infância.

O nosso trabalho é de importante consideração uma vez que nos debruçámos sobre factores que podem participar na etiologia da doença crónica do século XXI – obesidade – de grande relevância para a saúde pública, pois ainda hoje é difícil definir quais os factores que permitem compreender, intervir e prevenir o desenvolvimento da obesidade. Este trabalho ousou olhar para o contexto e ambiente familiar precoce disruptivo e perturbador como um factor de importância no desenvolvimento da obesidade. Contudo, esta investigação não nos permite dizer que o fenómeno experiências adversas na infância participa em todas as formas de obesidade. Mais estudos deverão ser realizados nesta área utilizando muitas das limitações apontadas como, a utilização de grupos de dimensão significativa compostos por sujeitos normo-ponderais, e sujeitos em vários graus de obesidade; critérios metodológicos mais rigorosos e tratamentos estatísticos mais fortes.

Em segundo lugar, não menos importante mas de interesse secundário na nossa investigação, não se verificou uma associação entre obesidade e depressão, contradizendo estudos realizados na área. Apontámos o instrumento utilizado para a avaliação da depressão, como um possível limitador desta relação; por outro lado chamámos a atenção para a hipótese do papel do factor ambiente familiar precoce assumir maior relevo na etiologia da obesidade, do que o quadro clínico de depressão.

As situações de abuso bem como outras experiências disruptivas durante a infância estão relacionadas com os comportamentos de risco para a saúde, devendo ser reconhecidas como causas de morbilidade e mortalidade na vida adulta (Felitti et al., 1998). Este estudo chama a atenção para a importância da compreensão deste fenómeno, o que permitirá desenvolver novas estratégias de prevenção da obesidade, bem como de outras patologias, incluído a depressão. Contudo, para uma melhor compreensão dos mesmos, deverão ser tidas em conta as limitações apontadas, sendo urgente um enquadramento teórico de referência e contextual acerca da compreensão psicológica da obesidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afifi, T.O., Brownridge, D.A., Cox, B.J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1093-1103.

Anderson, S.E., Cohen, P., Naumova, E.N., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 285-291.

Apfeldorfer, G. (1997). *Como logo existo*. Lisboa: Instituto Piaget

Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S.R., & Giles, W. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.

Bayle, F. (2000). A violência familiar: herança e repetição. *Inuaq Studia*, 1 (supp1), p.79-89.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 18 (1), 77-100.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1996). *Beck depression inventory: manual*. New York: The Psychological Corporation.

Bernet, C.Z., & Stein, M.B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9, 169-174.

Bifulco, A., Moran, P.M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II . Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (3), 241-258.

Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.

Blum, H. (2003). Psychic trauma and traumatic object loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (2), 415-432.

Botelho, T.M. (1999). *Personalidade materna e prematuridade*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Bruch, H. (1974). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Burris, A.M. (1994). Somatization as a response to trauma. In Sugarman, A. (Ed.) *Victims of abuse: the emotional impact of child and adult trauma* (pp.131-137), Madison: International Universities.

Bychowski, G. (1950). On neurotic obesity. *Psychoanalytic Review*, 37 (4), 301-319.

Calheiros, M.M. e Monteiro, M.B. (2007). Relações familiares e práticas maternas de mau trato e de negligência. *Análise Psicológica*, 2, 195-210.

Calvete, C.D., Gorriá, M.J.M., Chimeno, I.M., del Toro, C.R., Martín, J.L.B., & Bahamonte, S.N. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 30 (6), 376-381.

Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: ISPA.

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., & Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Carpenter, K.M., Hasin, D.S., Allison, D.B., & Faith, M.S. (2000). Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90 (2), 251-257.

Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. (2ed.). London: Routledge.

Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V., & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.

Cicchetti, D. e Toth, S.L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, p.409-438.

Do Carmo, I., Carreira, M., Almeida, M.D., Gomes, L., Almeida, M.R., Lima, J.P.R., Medina, J.L., & Galvão-Teles, A. (2000). Prevalence of obesity in portuguese population. *International Journal of Obesity*, 24 (suppl1), S1-S198.

Dong, C., Sanchez, L.E., & Price, R.A. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity*, 28, 790-795.

Dixon, J.B., Dixon, M.E., & O'Brien, P.E. (2003). Depression in association with severe obesity. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2058-2065.

Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6, 67-85.

Fabricatore, A.N., & Wadden, T.A. (2006). Obesity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 357-377.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Norderberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., e Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258.

Felitti, V.J. (2002). The relationship between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44-47.

Ferreira, R. (1999). Nós traumáticos, jogo e simbolização. *Análise Psicológica*, 17 (4), 679-685.

Fergusson, D.M., Boden, J.B., & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.

Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da criança*. (2ªed). Lisboa: Assírio & Alvim.

Figueiredo, B. (1998). Maus tratos à criança e ao adolescente (I): situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3 (1), 5-19.

Fosse, G.K., & Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 404-409.

Freud, S. (1896). Etiologia da histeria. In Freud, S. (Ed.) *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (pp.187-215). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. In Freud, S. (Ed.). *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (pp.13-75). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In Freud, S. (Ed.) *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (pp.81-171). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Friedman, M.A., & Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *American Psychological Association*, 117 (1), 3-20.

Galanti, K., Gluck, M.E., & Geliebter, A. (2007). Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 727-732.

Galvão-Teles, A., Reis, J.P.L., & Dias, T. (2008). *Obesidade: prevenção e terapêutica*. Lisboa: Editorial Presença.

- Gibb, B.E., Butler, A.C., & Beck, J.S. (2003). Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety, 17*, 226-228.
- Glucksman, M.L. (1989). Obesity: a psychoanalytic challenge. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 17* (1), 151-171.
- Goodman, E., & Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics, 109*, 497-504.
- Gorestein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25* (5), 245-250.
- Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Güenter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica, 18* (1), 59-70.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M., & Rubio, M.A. (2002). Psicopatología en pacientes com obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología, 13* (1), 29-34.
- Gunstad, J., Paul, R.H., Spitznagel, M.B., Cohen, R.A., Williams, L.M., Kohn, M., & Gordon, E. (2006). Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Research, 142*, 31-37.
- Gustafson, T.B., & Sarwer, D.B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews, 5*, 129-135.
- Herva, A., Laitinen, J., Miettunen, J., Veijola, J., Karvonen, J.T., Läksy, K., & Joukamaa, M. (2006). Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *International Journal of Obesity, 30*, 520-527.
- Horne, A. (1999). Normal emotional development. In Lanyado, M., & Horne, A. (Eds), *The handbook of child and adolescent psychotherapy: psychoanalytic approaches* (pp. 31-41). London: Routledge.
- Horcajadas, F.A., Romero, S.S., Martínez, J.J.G., Ruiz, F.A., Rojo, S.F., & Martín, F.L. (2006). Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos com y sin atracones. *Actas Espanolas de Psiquiatria, 34* (6), 362-370.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In Mello, J. (Ed.), *A psicossomática hoje* (pp.273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect, 26*, 715-729.

Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A Greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159-167.

Korkeila, K., Korkeila, J., Vahtera, J., Kivimäki, S.L., Sillanmäki, L., & Koskenvuo, M. (2005). Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness: a population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 700-706.

Kreisler, L. (1974). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Stampa

Kuczmarski, M.F., Kuczmarski, R.J., & Najjar, M. (2001). Effect of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the third national Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Journal of the American Dietetic Association*, 101 (1), 28-34.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Lanyado, M. (1999). The treatment of traumatization in children. In Lanyado, M., & Horne, A. (Eds), *The handbook of child and adolescent psychotherapy: psychoanalytic approaches* (pp.275-291). London: Routledge.

Lissau, I., & Thorkild, S. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*, 343, 324-327.

MacMillian, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., Duku, E.K., Walsh, C.A., Wong, M.Y.Y., & Beardslee, W.R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.

Manly, J.T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29, 425-439.

Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Margolin, G., & Gordi, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.

Martinet, S. (2000). Maus tratos: primeiros sinais – factores de risco. *Inuaq Studia*, 1 (suppl1), 67-77.

Matos, A.C. (2003). *A depressão*. (2ªed). Lisboa: Climepsi.

Matos, A.C. (2007a). *Mais amor menos doença*. Lisboa: Climepsi.

Matos, A.C. (2007b). *Desespero*. (2ªed). Lisboa: Climepsi.

McEmen, B.S. (2003). Early life influences on life-long patterns of behavior and health. *Mental Retardation and developmental disabilities*, 9, 149-154.

McIntyre, T., & Araújo-Soares, V. (1999). Inventário da depressão de Beck: estudo de validade numa amostra de doentes com dor crónica. In Soares, A.P., Araujo, S., & Caires, S. (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas de contextos* (pp.245-255). Braga: Apport.

Miliora, M.T. (1998). Trauma, dissociation, and somatization: a self-psychological perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26 (2), 273-293.

Mulvihill, D. (2005). The health impact of childhood trauma: an interdisciplinary review, 1997-2003. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 115-136.

Nemeroff, C.B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (suppl 1), 18-28.

Pine, D.S., Goldstein, R.S., Wolk, S., & Weissman, M.M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.

Powers, A., Ressler, K.J., & Bradley, R.G. (2009). The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depression and Anxiety*, 26, 46-53.

Richardson, L.P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T.E., Caspi, A., & Connel, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Pediatrics*, 157, 739-745.

Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W. (2000). Are the obese at a greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology*, 152 (2), 163-70.

Roberts, R.E., Deleger, S., Strawbridge, W.J., & Kaplan, G.A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27, 514-521.

Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G.E., Ludman, E.J., Linde, J.A., Jeffery, R.W., & Operskalski, B.H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse and Neglect*, 32, 878-887.

Sansone, R.A., Schumacher, D., Wiederman, M.W., & Routsong-Weichers, L. (2008). The prevalence of childhood trauma and parental caretaking quality among gastric surgery candidates. *Eating Disorders*, 16, 117-127.

Schwartz, T., Nihalani, N., Jindal, S., Virk, S., & Jones, N. (2004). Psychiatric medication-induced obesity: a review. *Obesity Reviews*, 5 (2), 115-121.

Scott, K.M., McGree, M.A., Wells, J.E., & Browne, M.A.O. (2008). Obesity and mental disorders in adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.

Silva, S., & Maia, A. (2007). Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 495-501.

Silva, S.S.P. (2006). *Experiências adversas na infância e sintomas psicopatológicos em sujeitos com obesidade mórbida*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.

Silva, S., & Maia, A. (2008). Versão portuguesa do *Family ACE Questionnaire* (pp.). In Noronha, A., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V. (Eds.) *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Simon, G.E., Ludman, E.J., Linde, J.A., Operskalski, B.H., Ichikawa, L., Rohde, P., Finch, E.A., & Jeffery, R.W. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 30, 32-39.

Spila, B., Makara, M., Kozak, G., & Urbanska, A. (2008). Abuse in childhood and mental disorder in adult life. *Child Abuse Review*, 17, 133-138.

Strecht, P. (2001). *Interiores*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Sugarman, A. (1994). Trauma and abuse: an overview. In Sugarman, A. (Ed.) *Victims of abuse: the emotional impact of child and adult trauma* (pp.1-21), Madison: International Universities.

Telch, C.F., & Agras, W.S. (1993). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15 (1), 53-61.

Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.

Varela, A.P.G. (2006). Você tem fome de quê? *Psicologia: ciência e profissão*, 26 (1), 82-93.

Vega, B.R., Liria, A.F., & Pérez, C.B. (2005). Trauma, dissociation and somatization. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1, 27-38.

Walker, E.A., Gelfand, A., Katon, W.J., Koss, M.P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adulth health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 107, 332-339.

Whitaker, R.C., Phillips, S.M., Orzol, S.M., & Burdette, H.L. (2007). The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse and Neglect*, 31, 1187-1199.

Widom, C.S. (2000). Childhood victimization: early adversity, later psychopathology. *Nacional Institute of Justice Journal*, 242, 3-9.

Williamson, D.F., Thompson, T.J., Anda, R.F., Dietz, W.H., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26, 1075-1082.

Winnicott, D.W. (1975). *A criança e o seu mundo*. (3ed). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Zavaschi, M.L.S. (2003). *Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância*. Tese de Mestrado em Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.