

PERCEPÇÃO DA AUTO-IMAGEM E FATORES COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À SAÚDE

Angélylyka Pereira Malta¹

Rafael Alves Ribeiro²

Marcelo Henrique Silva³

RESUMO

A obesidade constitui um grave problema de saúde pública, sendo atualmente reconhecida como a quinta principal causa de mortalidade global. Em 2016, estimou-se que mais de 1,9 bilhão de adultos ($\approx 39\%$ da população) apresentavam sobrepeso, dos quais cerca de 660 milhões eram obesos ($\approx 13\%$). Além disso, aproximadamente 340 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos encontravam-se com sobrepeso ou obesidade. Fatores como o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras, associado ao comportamento sedentário, têm contribuído para essa epidemia. Avaliar o estilo de vida, bem como os recursos e métodos (dietas, uso de ergogênicos e acompanhamento profissional) empregados por indivíduos com o objetivo de emagrecimento. Trata-se de um estudo transversal, com coleta de dados realizada entre julho e setembro, por meio da aplicação de um questionário online divulgado em redes sociais, e-mail e grupos de mensagens instantâneas. Participaram 61 indivíduos, sendo 41 mulheres ($33,3 \pm 1,61$ anos) e 20 homens ($32,4 \pm 2,59$ anos). Observou-se que 31,1% são sedentários e 18% praticam exercícios apenas duas vezes por semana. Além disso, 49,18% relataram consumo de bebidas alcoólicas, 30,99% hábito de fumar (cigarro ou vape) e 27,9% dormem entre 2 e 6 horas por noite. A maioria das intervenções dietéticas foi realizada sem orientação profissional (84,32%), e estratégias como aeróbio em jejum ou uso de suplementos também foram adotadas sem supervisão (68,9%). Os dados evidenciam que grande parte das estratégias voltadas para emagrecimento ocorre sem respaldo técnico, envolvendo métodos de eficácia questionável e potencial risco à saúde, reforçando a necessidade de orientação por profissionais habilitados.

Palavras-chave: Estilo de Vida; Comportamento Alimentar; Obesidade; Redução de Peso

SELF-IMAGE PERCEPTION AND BEHAVIORAL FACTORS RELATED TO HEALTH.

ABSTRACT:

Obesity is a major public health concern and is currently recognized as the fifth leading cause of global mortality. In 2016, it was estimated that more than 1.9 billion adults ($\approx 39\%$ of the population) were overweight, of which approximately 660 million were obese ($\approx 13\%$). Additionally, around 340 million children and adolescents aged 5 to 19 years were classified as overweight or obese. Factors such as increased consumption of ultra-processed foods, rich in sugars and fats, combined with sedentary behavior, have contributed to this epidemic. To assess lifestyle, as well as resources and methods (diets, use of ergogenic aids, and professional guidance) employed by individuals seeking weight loss. This is a cross-sectional study with data collection conducted between July and September through an online questionnaire distributed via social media, e-mail, and messaging groups. A total of 61 participants responded, including 41 women (33.3 ± 1.61 years) and 20 men (32.4 ± 2.59 years). Among them, 31.1% were sedentary, and 18% exercised only twice a week. Additionally, 49.18% reported alcohol consumption, 30.99% reported smoking habits (cigarettes or vapes), and 27.9% slept between 2 and 6 hours per night. Most dietary interventions were carried out without professional supervision (84.32%), and strategies such as fasted aerobic exercise or supplement use were also commonly adopted without guidance (68.9%). The findings highlight that most weight-loss strategies occur without technical supervision, involving methods with questionable efficacy and potential health risks, emphasizing the need for evidence-based professional guidance.

¹ Uni Mauá Centro Universitário, Faculdade de Nutrição – Goiânia – Goiás - Brasil
angellykamalta@gmail.com

² Faculdade de Educação Física e Dança, Universidade Federal de Goiás - Goiânia Goiás Brasil
alves.rafael.ribeiro@gmail.com

³ UNIOESTE – Centro de Ciências Humanas Educação e Letras. Campus Marechal Cândido Rondon. Email: marcelo.silva108@unioeste.br

Key – words: Lifestyle; Eating Behavior; Obesity; Weight Reduction
Recebido em 26 de agosto de 2025. Aprovado em 08 de setembro de 2025

INTRODUÇÃO

A obesidade configura-se como a quinta principal causa de mortalidade no mundo, representando um grave problema de saúde pública global. Em 2016, estimou-se que mais de 1,9 bilhão de adultos (aproximadamente 39% da população mundial) com idade igual ou superior a 18 anos apresentavam excesso de peso, dos quais mais de 660 milhões eram obesos, correspondendo a cerca de 13% da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Além disso, mais de 340 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos estavam com sobrepeso ou obesidade, evidenciando a magnitude da epidemia em diferentes faixas etárias.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o estado nutricional com base no Índice de Massa Corporal (IMC), que corresponde à razão entre a massa corporal (em quilogramas) e o quadrado da estatura (em metros). Valores entre 18,5 e 24,9 kg/m² são considerados normais; entre 25 e 29,9 kg/m², indicam sobrepeso; e valores iguais ou superiores a 30 kg/m² caracterizam obesidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Essa condição está fortemente associada ao aumento da morbimortalidade e a um maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (GARRISON, 1985).

Estima-se que mais de um bilhão de indivíduos em todo o mundo apresentem excesso de peso, dos quais cerca de 300 milhões são obesos, consolidando essa condição como uma das maiores preocupações sanitárias atuais ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, (OPAS, 2003). Fatores como o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, com elevada densidade energética e reduzido valor nutricional, ricos em açúcares e gorduras, aliados a um estilo de vida sedentário, têm contribuído significativamente para a elevação das taxas de sobrepeso e obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Diversas estratégias têm sido empregadas no tratamento da obesidade, incluindo dietas com restrição de carboidratos ou lipídios (BAZZANO et al., 2014; BUENO et al., 2013), redução calórica global (ASHER; BURROWS; COLLINS, 2013; MULHOLLAND et al., 2012), dietas hipocalóricas associadas ao uso de gonadotrofina coriônica humana (hCG) (BUTLER; COLE, 2016), e farmacoterapia (GRUDELL et al., 2008; KIM et al., 2013).

Considerando a elevada prevalência do sobrepeso e da obesidade — atualmente três vezes maior do que em 1975 — e a ampla utilização de estratégias de combate, frequentemente com enfoque curativo em detrimento da prevenção, o presente estudo tem por objetivo analisar como os indivíduos lidam com essa condição de saúde, identificar os recursos adotados para o tratamento, verificar a participação de profissionais na orientação dessas estratégias e avaliar a percepção quanto à eficácia dos métodos empregados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e de campo, voltado à análise da qualidade de vida e dos hábitos relacionados ao controle do peso corporal. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico,

disponibilizado aos participantes por diferentes canais digitais (e-mail, Instagram, Telegram e WhatsApp).

O instrumento de pesquisa foi estruturado em três seções, totalizando 33 questões. A primeira seção apresentava informações introdutórias sobre o objetivo do estudo, esclarecendo que se tratava de uma investigação científica vinculada à elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição. Nessa etapa, os participantes foram informados sobre a confidencialidade dos dados fornecidos e a ausência de riscos diretos decorrentes da participação.

A segunda seção contemplou questões referentes à qualidade de vida e fatores correlacionados, enquanto a terceira seção abordou estratégias previamente adotadas para a redução de peso corporal, conforme detalhado na Tabela 4 e na Tabela 5.

Todos os procedimentos adotados seguiram os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o parecer consubstanciado do CAAE nº 56907716.5.0000.5083.

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics Versão 25. Adotou-se como teste de normalidade de Shapiro Wilk e o teste-t para dados paramétricos e U- de Mann Whitney para os dados não paramétricos para a comparação intergrupo (condição hábito de beber ou de fumar).

RESULTADOS

Após três meses de disponibilização do questionário eletrônico, foram obtidas 61 respostas válidas, sendo 41 de mulheres (67,2%) e 20 de homens (32,8%), cujas características gerais estão apresentadas na **Tabela 1**

Tabela 1 Caracterização da amostra

	Média ± Desvio Padrão	
Dados	♀ (n = 41)	♂ (n = 20)
Idade (anos)	33,3 ± 1,61	32,4 ± 2,59
Massa (kg)	69,8 ± 2,30	83,5 ± 4,19
Estatura (m)	1,64 ± 0,00	1,73 ± 0,01
IMC (kg/m ²)	25,5 ± 0,73	27,7 ± 1,39

Os dados foram apresentados com média e ± desvio padrão e distribuídos por sexo; IMC – Índice de Massa Corporal

Em relação ao comportamento sedentário, os participantes responderam à pergunta: *“Nos últimos seis meses, como você se considera em relação à prática de atividade física sistematizada (ex.: corrida, natação, musculação, yoga, etc.)?”*

Tabela 2: Aspectos relacionados à prática regular de exercícios físicos (fator comportamental – sedentário ou praticante de exercícios físicos)

Fator comportamental	Número de pessoas	Proporção
Sedentário	19	31,1%
Prática de exercícios 2x por semana	11	18%
Prática de exercícios 3 a 4x por semana	16	26,2%
Prática de exercícios mais de 4x por semana	15	24,6%

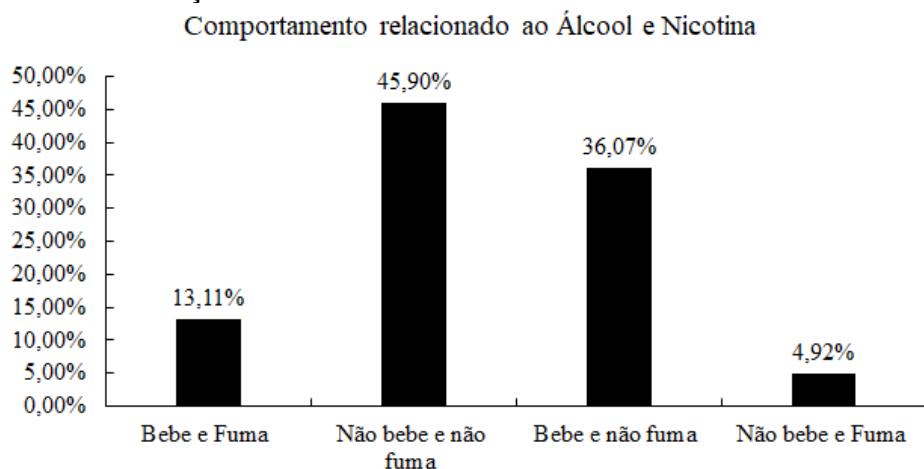
Quanto aos hábitos de sono, foram avaliados dois aspectos: número médio de horas dormidas e percepção subjetiva da qualidade do sono. Para esta última, utilizou-se uma escala de 1 a 10, na qual 1 indicava “péssima qualidade, acordo cansado(a) e necessito de mais horas de sono” e 10 correspondia a “sinto-me revigorado(a) ao acordar”. A nota média reportada foi de **6,96 ± 0,24**.

Tabela 3: Quantidade de pessoas e média de horas de sono por noite

Categoria	Número de pessoas	Proporção
Entre 2 e 4 horas	2	3,3%
Entre 4 e 6 horas	15	24,6%
Entre 6 e 8 horas	39	63,9%
Mais de 8 horas	5	8,2%

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, 31 indivíduos relataram manter esse hábito, com frequência média de **1,53 ± 0,16 vezes por semana**. Ressalta-se como limitação o fato de não ter sido investigada a quantidade ingerida, nem o tipo de bebida (por exemplo, cerveja, destilados, drinks). Situação semelhante foi observada para o tabagismo, cujo acesso pode ocorrer por meio de cigarros, cigarros eletrônicos (*vapers*) ou narguilé. A distribuição do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo encontra-se representada na **Figura 1**.

Figura 1: Observação dos hábitos de beber e fumar analisados em conjunto



Com relação à autopercepção corporal, ao serem questionados “*Como você se vê em relação ao seu corpo?*”, 5 participantes (8,2%) declararam considerar-se abaixo do peso, 20 (32,8%) dentro do peso, 27 (44,3%) acima do

peso e 9 (14,8%) muito acima do peso. Tais resultados são consistentes com achados prévios (TAN et al., 2022).

Quanto às estratégias para perda de peso, os dados estão descritos na Tabela 4, que apresenta os tipos de dietas adotadas, e na Tabela 5, que se refere ao uso de recursos ergogênicos e modelos específicos de exercício. Apenas foram computados os indivíduos que afirmaram já ter utilizado as estratégias mencionadas.

Tabela 4: Tipos de dietas adotadas pelos voluntários com o objetivo de perder peso

Categoria	Número de pessoas	Proporção
Dieta cetogênica	9	14,8%
Dieta Low Carb	25	41%
Dieta Glutem Free	5	8,2%
Dieta Lac free	4	6,6%
Jejum Intermitente	14	23%
Outros (Nunca fez dieta ou realizou alguma dieta prescrita individualmente)	24	34,9%

Entre os 26 voluntários que informaram ter recebido orientação nutricional de um profissional, observou-se que sete (26,92%) foram atendidos por pessoas sem competência legal para tal, sendo dois (7,69%) por personal trainers e cinco (19,23%) por médicos. Considerando a prescrição nutricional como ato privativo do nutricionista, pode-se inferir que 42 participantes (84,32%) não receberam orientação adequada e legalmente autorizada.

“Considerando o que dispõe o art. 3º da [Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991](#), segundo o qual são atividades privativas dos nutricionistas a assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial, em consultórios de nutrição e dietética e domiciliar, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos;” (CFN, 2003)

No tocante ao uso de suplementos ou recursos farmacológicos com objetivo de redução de gordura corporal, permitiu-se a seleção de múltiplas respostas, o que explica somatórios superiores a 100%. Dos 57 voluntários que declararam já ter recorrido a esses recursos, 68,9% afirmaram não ter contado com acompanhamento profissional. Entre os que relataram ter recebido orientação, apenas um caso envolveu prescrição por nutricionista. Os demais foram orientados por personal trainer (n = 5), médico (n = 10) e fisioterapeuta (n = 3).

Tabela 5: Recursos adotados pelos voluntários com o objetivo de perder peso

Categoria	Número de pessoas	Proporção
L-Carnitina	3	5,6%
Orlistat	7	11,5%
Aplicação de enzimas	4	6,6%
Massagem modeladora	10	16,4%
Sibutramina	5	8,2%
Liraglutida	6	9,8%
Victosa	2	3,3%

Drenagem linfática	8	13%
Aeróbio em Jejum	12	19,7%
Total	57	100%

Discussão

A prevalência de sedentarismo observada na amostra deste estudo foi inferior àquela descrita para a população trabalhadora brasileira, estimada entre 50% e 60% ((NUNES; BARROS, 2004), Uma possível explicação para essa diferença reside no perfil da amostra, composta majoritariamente por estudantes, grupo que tende a apresentar maior disponibilidade de tempo para a prática de atividade física em comparação com trabalhadores da indústria.. Conforme apontado por Prentice e Jebb, (1995) o comportamento sedentário pode representar fator de risco mais significativo para o desenvolvimento da obesidade do que o próprio excesso alimentar, além de contribuir para mortalidade em maior magnitude do que outras doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e até mesmo a obesidade (BLAIR; BRODNEY, 1999).

No que se refere aos hábitos de sono, verificou-se que 22 participantes (36,1%) dormiam menos de 6 horas ou mais de 8 horas por noite, faixa considerada crítica para alterações hormonais associadas ao controle do apetite. Estudos indicam que privação ou excesso de sono podem induzir aumento na secreção de grelina — hormônio orexígeno — e redução nos níveis de leptina, relacionada à saciedade, contribuindo para incremento do índice de massa corporal (IMC) (TAHERI et al., 2004) Em relação às intervenções dietéticas, as dietas com restrição de carboidratos, embora associadas à perda de peso no curto prazo — variando de 8,4 kg a 22 kg em períodos de 4 a 16 semanas (ASHER; BURROWS; COLLINS, 2013) - apresentam eficácia incerta a longo prazo (ASHER; BURROWS; COLLINS, 2013; GILDEN TSAI; WADDEN, 2006; MULHOLLAND et al., 2012). Além disso, a literatura sugere que tanto dietas com baixo aporte de carboidratos (<40% do valor energético total) quanto aquelas com elevada proporção (>60%) estão associadas a maior risco de mortalidade cardiovascular.(DE SOUZA; DEHGHAN; ANAND, 2019).

Não há evidências de que a adoção de dietas restritivas seja capaz de contribuir positivamente com o controle e redução da gordura corporal. Por outro lado tais medidas podem contribuir com a prejuízos relacionados a proteína muscular além redução do metabolismo de repouso, causado por uma adaptação fisiológica (HILL; WYATT, 2005; MILLER; PARSONAGE, 1975; WALBERG, 1989)

Outro padrão alimentar amplamente difundido é a dieta isenta de glúten (*gluten-free*), cujo mercado apresentou crescimento expressivo entre 2004 e 2011, atingindo faturamento de 2,6 bilhões de dólares em 2012 (SAPONE et al., 2012), e mais de 4,2 milhões de buscas pelo termo “gluten-free diet” no Google(MARCASON, 2011). Embora a exclusão do glúten seja recomendada para indivíduos com doença celíaca ou sensibilidade não celíaca (GREEN, 2009), e possa trazer benefícios a portadores de doenças autoimunes, como artrite reumatoide e diabetes tipo 1 (EL-CHAMMAS; DANNER, 2011). não há evidências de vantagens para indivíduos saudáveis(MISSBACH et al., 2015).

Ao se avaliar a eficácia da dieta “*Glúten free*” no emagrecimento, seus efeitos foram ainda mais questionáveis. Vinte e sete por cento dos 369 adultos

submetidos a 3 anos de dieta “*Glúten free*” aumentaram o IMC (CHENG et al., 2010). Em outro estudo 371 adultos foram submetidos a dois anos de intervenção com dieta “*Glúten free*” e 82% dos voluntários aumentaram o IMC (DICKY; KEARNEY, 2006). Mesmo em crianças houve aumento de 11 para 21% da prevalência de sobrepeso nas 149 crianças submetidas por 12 meses à dieta “*Glúten free*”.

Quanto às dietas isentas de lactose (*lac-free*), a justificativa para sua adoção por indivíduos eutróficos ou com sobrepeso é pouco fundamentada. Evidências indicam que o consumo regular de produtos lácteos pode estar associado à menor ganho de peso e circunferência abdominal ao longo do tempo (CHEN et al., 2012; WANG et al., 2014). Em metanálise com 29 estudos, Chen et al., (2012) observaram efeitos discretos, porém positivos, na redução ponderal em curto prazo (<1 ano).

O jejum intermitente (JI) tem ganhado popularidade, diferindo das intervenções hipocalóricas por manter a densidade energética da dieta (LONGO; MATTSON, 2014), e remete à abstinência voluntária relatada no velho testamento e utilizada até hoje durante o Ramadan (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010). Moro et al., (2016) demonstraram que oito semanas de JI em homens treinados promoveram redução significativa no percentual de gordura e manutenção da massa magra, mesmo em condições isocalóricas. A utilização de alguns recursos anteriormente mencionados e utilizados pelos voluntários não possuem qualquer evidência científica significativa.

Quanto ao uso de recursos farmacológicos, observa-se que substâncias como a sibutramina, retirada do mercado norte-americano em 2010, ainda é amplamente utilizada no Brasil. Apesar de promover redução inicial de peso, os efeitos são insustentáveis, e o risco de eventos adversos graves — como aumento da pressão arterial, arritmias, alterações psiquiátricas e risco de suicídio — supera eventuais benefícios (DOUGLAS et al., 2015; JAMES et al., 2010). Resultados semelhantes foram relatados com o orlistate, cuja eficácia se mostrou limitada a curto prazo, com recuperação ponderal no longo prazo (DOUGLAS et al., 2015).

Em relação a suplementos, a L-carnitina é frequentemente associada, de forma equivocada, ao aumento da oxidação lipídica. No entanto, evidências científicas não corroboram essa hipótese, demonstrando ausência de efeitos relevantes sobre o metabolismo de gorduras ou carboidratos (HEINONEN, 1996).

De modo geral, os achados reforçam que grande parte das estratégias relatadas pelos participantes carece de respaldo científico consistente, expondo os indivíduos a riscos desnecessários e resultados insatisfatórios. Isso evidencia a necessidade de intervenções baseadas em evidências e conduzidas por profissionais legalmente habilitados, como nutricionistas, para maior efetividade e segurança no manejo da obesidade.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo indicam três pontos centrais: (1) a adoção de hábitos incompatíveis com a redução de peso, como consumo de bebidas alcoólicas, restrição do sono e baixa qualidade do descanso; (2) o emprego de estratégias com eficácia científica limitada ou controversa, incluindo aeróbio em jejum e uso de fármacos como sibutramina e orlistat; e (3) a predominância de

intervenções conduzidas sem orientação de profissionais legalmente habilitados. Tais evidências reforçam a necessidade de estratégias baseadas em recomendações científicas, enfatizando a importância da supervisão profissional — em especial do nutricionista — na prescrição dietética, bem como da adoção de medidas complementares, como a melhoria da qualidade e duração do sono e a prática regular de exercícios físicos

Agradecimentos

AM gostaria de agradecer à todos os voluntários de dedicaram parte do seu tempo para preencher com calma ao questionário enviado, agradecer à IES UniMauá pelo aporte técnico científico que permitiu a confecção do questionário e do referido trabalho. Os autores declaram que não houve qualquer agência financiadora ou patrocínio empresarial para a condução da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ASHER, R. C. Z.; BURROWS, T. L.; COLLINS, C. E. Very low-energy diets for weight loss in adults: A review. **Nutrition & Dietetics**, v. 70, n. 2, p. 101–112, jun. 2013.

BAZZANO, L. A. et al. Effects of Low-Carbohydrate and Low-Fat Diets. **Annals of Internal Medicine**, v. 161, n. 5, p. 309, 2 set. 2014.

BLAIR, S. N.; BRODNEY, S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 31, n. Supplement 1, p. S646, nov. 1999.

BUENO, N. B. et al. Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of randomised controlled trials. **British Journal of Nutrition**, v. 110, n. 7, p. 1178–1187, 14 out. 2013.

BUTLER, S. A.; COLE, L. A. Evidence for, and Associated Risks with, the Human Chorionic Gonadotropin Supplemented Diet. **Journal of Dietary Supplements**, v. 13, n. 6, p. 694–699, 24 nov. 2016.

CFN. **RESOLUÇÃO CFN Nº 304, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2003**. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_304_2003.htm>.

CHEN, M. et al. Effects of dairy intake on body weight and fat: a meta-analysis of randomized controlled trials. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 96, n. 4, p. 735–747, 1 out. 2012.

CHENG, J. et al. Body Mass Index in Celiac Disease. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 44, n. 4, p. 267–271, abr. 2010.

DE SOUZA, R. J.; DEHGHAN, M.; ANAND, S. S. Low carb or high carb? Everything in moderation ... until further notice. **European Heart Journal**, v. 40, n. 34, p. 2880–2882, 7 set. 2019.

DICKEY, W.; KEARNEY, N. Overweight in Celiac Disease: Prevalence, Clinical Characteristics, and Effect of a Gluten-Free Diet. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 101, n. 10, p. 2356–2359, out. 2006.

DOUGLAS, I. J. et al. The effectiveness of pharmaceutical interventions for

obesity: weight loss with orlistat and sibutramine in a United Kingdom population-based cohort. **British journal of clinical pharmacology**, v. 79, n. 6, p. 1020–7, jun. 2015.

EL-CHAMMAS, K.; DANNER, E. Gluten-Free Diet in Nonceliac Disease. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 26, n. 3, p. 294–299, 16 jun. 2011.

GARRISON, R. J. Weight and Thirty-Year Mortality of Men in the Framingham Study. **Annals of Internal Medicine**, v. 103, n. 6_Part_2, p. 1006, 1 dez. 1985.

GILDEN TSAI, A.; WADDEN, T. A. The Evolution of Very-Low-Calorie Diets: An Update and Meta-analysis*. **Obesity**, v. 14, n. 8, p. 1283–1293, ago. 2006.

GREEN, P. H. R. Mortality in Celiac Disease, Intestinal Inflammation, and Gluten Sensitivity. **JAMA**, v. 302, n. 11, p. 1225, 16 set. 2009.

GRUDELL, A. B. M. et al. A Controlled Pharmacogenetic Trial of Sibutramine on Weight Loss and Body Composition in Obese or Overweight Adults. **Gastroenterology**, v. 135, n. 4, p. 1142–1154, out. 2008.

HEINONEN, O. J. Carnitine and Physical Exercise. **Sports Medicine**, v. 22, n. 2, p. 109–132, ago. 1996.

HILL, J. O.; WYATT, H. R. Role of physical activity in preventing and treating obesity. **Journal of Applied Physiology**, v. 99, n. 2, p. 765–770, ago. 2005.

JAMES, W. P. T. et al. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. **The New England journal of medicine**, v. 363, n. 10, p. 905–17, 2 set. 2010.

KIM, G. W. et al. Antiobesity Pharmacotherapy: New Drugs and Emerging Targets. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 95, n. 1, p. 53–66, 8 jan. 2013.

LONGO, V. D.; MATTSON, M. P. Fasting: Molecular Mechanisms and Clinical Applications. **Cell Metabolism**, v. 19, n. 2, p. 181–192, fev. 2014.

MARCASON, W. Is There Evidence to Support the Claim that a Gluten-Free Diet Should Be Used for Weight Loss? **Journal of the American Dietetic Association**, v. 111, n. 11, p. 1786, nov. 2011.

MILLER, D. S.; PARSONAGE, S. Resistance to Slimming adaptation or ilusion? **The Lancet**, v. 305, n. 7910, p. 773–775, abr. 1975.

MISSBACH, B. et al. Gluten-free food database: the nutritional quality and cost of packaged gluten-free foods. **PeerJ**, v. 3, p. e1337, 22 out. 2015.

MORO, T. et al. Effects of eight weeks of time-restricted feeding (16/8) on basal metabolism, maximal strength, body composition, inflammation, and cardiovascular risk factors in resistance-trained males. **Journal of Translational Medicine**, v. 14, n. 1, p. 290, 13 dez. 2016.

MULHOLLAND, Y. et al. Very-low-energy diets and morbidity: a systematic review of longer-term evidence. **British Journal of Nutrition**, v. 108, n. 5, p. 832–851, 14 set. 2012.

NUNES, J. O. M.; BARROS, J. DE F. Fatores de risco associados à prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da Universidade de Brasília. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, 2004.

OPAS. Obesidade e excesso de peso. In: **Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Saúde OP-Ad, 2003. p. 29–34.

PRENTICE, A. M.; JEBB, S. A. Obesity in Britain: gluttony or sloth? **BMJ**, v. 311, n. 7002, p. 437–439, 12 ago. 1995.

SAPONE, A. et al. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification. **BMC Medicine**, v. 10, n. 1, p. 13, 7 dez. 2012.

TAHERI, S. et al. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. **PLoS medicine**, v. 1, n. 3, p. e62, dez. 2004.

TAN, Y. et al. Body Weight, Weight Self-Perception, Weight Teasing and Their Association with Health Behaviors among Chinese Adolescents—The Shanghai Youth Health Behavior Survey. **Nutrients**, v. 14, n. 14, p. 2931, 17 jul. 2022.

TREPANOWSKI, J. F.; BLOOMER, R. J. The impact of religious fasting on human health. **Nutrition Journal**, v. 9, n. 1, p. 57, 22 dez. 2010.

WALBERG, J. L. Aerobic Exercise and Resistance Weight-Training During Weight Reduction. **Sports Medicine**, v. 7, n. 6, p. 343–356, jun. 1989.

WANG, H. et al. Longitudinal association between dairy consumption and changes of body weight and waist circumference: the Framingham Heart Study. **International Journal of Obesity**, v. 38, n. 2, p. 299–305, 20 fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic diseases**. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. **Anais...**Geneva: 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 14 ago. 2022.