Ponto de equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e “Fat Studies”

A balance point between the Science of Nutrition and “Fat Studies”

Andreia Araujo Lima Torres¹

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Brasília-DF, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*
Andreia Araujo Lima Torres
E-mail: andreiat@gmail.com

Resumo

A preocupação com a aparência física é grande no Ocidente. Contudo, a busca por tais ideais pode desencadear uma insatisfação com a imagem corporal, transtornos alimentares, distúrbios de imagem corporal, visões estereotipadas e atitudes negativas voltadas aos indivíduos fora do padrão valorizado pela mídia. Grupos ligados à sociologia, estudos de gênero e ativismo feminista uniram-se ao debate, constituindo campo do saber interdisciplinar denominado “Fat Studies” (estudos sobre a gordura ou dos “gordos”). O campo muda o olhar dos aspectos fisiopatológicos associados à adiposidade corporal, para a situação desse grupo de pessoas na sociedade. Criticam duramente o modelo biomédico e sua ineficácia no tratamento da obesidade. Por outro lado, pesquisadores da área de saúde preocupam-se com o discurso de que a saúde seria possível com qualquer peso ou percentual de gordura corporal, bastando um estilo de vida saudável. Este artigo explora o assunto e busca uma aproximação dos campos de pesquisa, um ponto de equilíbrio entre a ciência da nutrição e “Fat Studies”.

Palavras-chave: Obesidade. Perda de Peso. Feminismo. Imagem Corporal.

Abstract

The concern for physical appearance is great in the West. However, the search for such ideals can trigger body image dissatisfaction, eating disorders, body image disorders, stereotypes and negative attitudes towards individuals outside

the standard valued by the media. Groups linked to sociology, gender studies and feminist activism, joined the debate that forms an interdisciplinary field called *fat studies*. The field shifts the focus of the pathophysiological aspects associated with body fatness to the situation of these people in society, and harshly criticizes the biomedical model and its ineffectiveness in treating obesity. On the other hand, health researchers are concerned about the advocacy that health would be possible with any weight or body fat percentage by simply adopting a healthier lifestyle. This article explores the subject and aims for an approximation between the research fields.

Key words: Obesity. Weight Loss. Feminism. Body Image.

Introdução

A preocupação com a aparência física é grande no Ocidente.¹ Nesta sociedade lipofóbica, observa-se um modelo de corpo ideal magro para as mulheres e musculoso para os homens.² A busca pela “melhor aparência” pode ser positiva quando facilita a adoção de hábitos promotores da saúde. Por outro lado, a perseguição de um ideal estético específico pode desencadear problemas que vão desde a maior insatisfação com a imagem corporal até graves transtornos alimentares ou transtornos de imagem corporal,^{3,4} inclusive entre estudantes e profissionais da área de nutrição.⁵⁻⁷

A busca por um padrão estético é, na maior parte das vezes, justificada, na área médica e da nutrição, pela melhoria da saúde. Existem fortes evidências de relação entre a má alimentação e doenças cardiovasculares,^{8,9} hipertensão,¹⁰⁻¹² dislipidemias,¹³ diabetes,¹⁴ síndrome metabólica,¹⁵ certos tipos de câncer,¹⁶ esteatose hepática¹⁷ e disfunção mitocondrial.¹⁸

Na sociedade atual, saúde e beleza se associaram de tal forma que atividade física e dieta são considerados não só com objetivos de se evitar o declínio físico e mental mas também para alcançar um padrão estético específico.¹⁹ Mais do que saúde, a valorização de determinada estética se relaciona, no imaginário ocidental, à ideia de felicidade, beleza, prestígio e sucesso. Para Cesar & Vargas,²⁰ os discursos sociais adotados pela mídia, como as revistas femininas, articulam-se aos dos jovens e se coadunam aos dispositivos sociais de controle da sexualidade. O culto e a normalização do corpo contribuíram para a abertura de um mercado que inclui não só serviços estéticos e cosméticos, mas também médicos e nutricionais.²¹

Dentro desse ideário, o corpo deveria ser constantemente controlado e vigiado.⁴ Revistas disseminam um padrão de beleza que contribui para a formação de um senso estético de feminilidade e masculinidade^{20,22} e para a mentalidade de dieta. Além da influência dos meios de

comunicação e da mídia, não se pode ignorar a participação ativa dos indivíduos na interpretação e prática das informações que recebe.²¹ A “mentalidade de dieta” depende da interseção entre diferentes fatores, de gênero, contexto sociocultural e aspectos subjetivos.

A “mentalidade de dieta” é definida como o controle social e consequente mal-estar que atravessa a experiência com a alimentação e o corpo. Tal mentalidade interfere nas escolhas alimentares, desempodera e gera perda da autonomia dos indivíduos, para tomarem decisões acerca do que comer e quanto quando se tem fome.²³

Também afetados por tal imaginário, a fixação pelo corpo perfeito tem sido observada nas falas e imagens divulgadas por profissionais de saúde em mídias sociais, como o Instagram. Em muitas falas, o único instrumental necessário à redução de gordura corporal é o ‘autocontrole’,²⁴ desconsiderando-se uma gama de determinantes sociais da saúde intervenientes no acúmulo de tecido adiposo.

Apesar de os temas relacionados à alimentação e nutrição estarem cada vez mais acessíveis por meio da internet, em geral, e das redes sociais, em particular, persiste uma visão restrita e dicotômica entre o “saudável” e o “não saudável”, entre alimentos “bons” e “ruins”, “permitidos” e “proibidos”, e uma substituição do prazer de comer pela culpa. Assim, alguns cometem o equívoco de reduzir a ciência da nutrição a uma nova forma de doutrinar a alimentação, não levando em conta outros significados da comida, presentes nas diferentes culturas, religiões, relacionamentos e famílias.²⁵

O culto à magreza e ao baixo percentual de gordura não deixa de ser paradoxal, uma vez que a mídia promove e anuncia alimentos com alta densidade energética, ao mesmo tempo que incentiva o cultivo de um corpo magro.²⁶ Em escolas também observam-se contradições. Estudo realizado em Salvador (Bahia) observou que o refeitório escolar contava com cardápios variados, planejados por nutricionista. Já a cantina, de acesso livre, diferenciava-se com a oferta de alimentos industrializados.²⁷

A falta de correspondência entre o “corpo ideal” e as práticas alimentares contribuem para ações não salutaras, como restrições alimentares severas, preocupação permanente com calorias e componentes específicos da dieta, uso desnecessário de medicamentos e suplementos, sentimentos de angústia e inadequação,⁴ além de preconceito em relação a outras pessoas com excesso de peso.²⁸⁻³¹

O comportamento alimentar está associado ao que uma pessoa conhece e acredita sobre alimentação e nutrição, assim como ao que sente sobre a comida. As representações culturais que permeiam a alimentação são carregadas de simbolismos e expressam aspectos associados à história de vida, ao comportamento alimentar desde a infância, às lembranças, relações afetivas, preferências, crenças, valores e mitos relacionados aos alimentos, à influência dos meios de comunicação, da família e amigos, do cenário socioeconômico, da globalização, entre outros fatores.²⁷

Enxergar o alimento unicamente como fornecedor de calorias ou como inimigo gera mal-estar com a alimentação e com o corpo. A guerra contra a gordura e ao corpo diferente do padrão estabelecido é prejudicial a pessoas de todos os tamanhos.²³ Pesquisas mostram que existe uma atitude negativa culturalmente aceita contra pessoas obesas, que são frequentemente estereotipadas como menos atrativas, preguiçosas, sem força de vontade ou indulgentes.^{29,32}

O estigma da gordura real ou fantasiada afeta a autoestima e as consequências destes e de outros rótulos ou de tratamentos impróprios chegam a outras esferas sociais, reduzindo inclusive as chances de indicação dessas pessoas para vagas de empregos, agravando uma série de desigualdades, contribuindo para desordens psicossomáticas e doenças induzidas pelo estresse. Ignorar a estigmatização significa ignorar o sofrimento de uma parcela importante da sociedade,³³ uma vez que mais de 50% da população brasileira estão acima do peso tido como ideal.^{34,35}

Considerando-se que indivíduos obesos fazem parte da diversidade humana, possuem experiências e identidade própria e também a inaceitabilidade dos maus-tratos por eles sofridos, um novo campo do saber vem sendo constituído. Ativistas da área defendem que obesos não são apenas corpos a ser criticados e moldados em virtude de possíveis efeitos adversos à saúde. Seguindo esta linha de pensamento, surgiram em universidades americanas, especialmente em grupos ligados à sociologia, estudos de gênero e ativismo feminista, os especialistas em *Fat Studies* (estudos sobre a gordura ou sobre os gordos), que mudam o olhar dos aspectos fisiopatológicos associados à adiposidade corporal, para a situação desse grupo de pessoas na sociedade.³⁶

Este artigo visa debater como este novo campo interdisciplinar vem influenciando a atuação de profissionais da nutrição. Discute também os estudos que apoiam a mudança do paradigma focado no peso corpóreo e nas dietas para perda de peso para o paradigma da alimentação consciente, uma nova estratégia, não punitiva e não policialesca.

Fat Studies

A maior parte da pesquisa sobre a obesidade está situada dentro do paradigma biomédico, o qual trata problemas não médicos ou sociais em termos de doenças ou desordens biológicas.³⁷ O campo da nutrição, tradicionalmente, também reproduz o pensamento biomédico, medicalizando a comida para se obter resultados imediatos ou atuações específicas no organismo.³⁸ Pesquisadores e profissionais de saúde costumam reforçar a tese e o discurso dominante de que o excesso de peso deve ser combatido a fim de que doenças crônicas sejam evitadas. Contudo, para vários autores, o discurso serve apenas para legitimar o mercado dos alimentos e suplementos dietéticos, da indústria do exercício e da estética.^{39,40} Assim, há a necessidade de um aprofundamento das abordagens, para além da contagem do número de calorias ou da restrição de alimentos ou nutrientes.

As ciências sociais e as ciências naturais compartilham o corpo como objeto de estudo.¹⁹ Assim, surgiu o campo de estudo interdisciplinar denominado *Fat Studies*. O mesmo é marcado pela crítica agressiva, consistente e rigorosa às suposições negativas, estereótipos e estigmas relacionados à gordura corporal e ao indivíduo com excesso de peso. Um dos movimentos advindos de tais estudos é o Saúde em Todos os Tamanhos (Health at Every Size, ou HAES®), o qual muda o foco da perda de peso para a promoção da saúde e aceitação do tipo e tamanho corporais. O modelo conceitual do HAES® inclui a aceitação da diversidade de formas e tamanhos corporais, expõe os perigos das dietas de emagrecimento, destaca a importância de um ambiente alimentar relaxado e que respeite as sensações de fome e saciedade e busca colaborar para a pesquisa acerca dos fatores sociais, emocionais, espirituais e físicos que contribuem para uma vida feliz e saudável.^{41,42}

Estudos clínicos acerca da abordagem HAES® mostram que a mesma está positivamente associada a melhorias na pressão arterial e perfil lipídico, comportamentos saudáveis, como adoção de atividade física e resultados psicossociais, tais quais bom humor, autoestima e imagem corporal.⁴¹

No Brasil, o programa vem sendo adotado com sucesso na Universidade de São Paulo. Em ensaio clínico prospectivo, quase-experimental, com um ano de duração, 30 mulheres participaram da intervenção “Saúde e bem-estar na obesidade”, conduzida por grupo multiprofissional com educadores físicos, nutricionistas e antropólogo. Após a intervenção, as participantes relataram sentir-se mais empenhadas para lidar com expectativas acerca de seus corpos e mais confortáveis com a condição corporal atual. Relataram também transitar de experiências negativas associadas à movimentação do corpo para experiências positivas com as mesmas, motivando-as a inserir mais atividades físicas em suas rotinas.⁴³

Bacon & Aphramor⁴⁴ defendem a HAES®, já que outros paradigmas, centrados na perda de peso, vêm se mostrando ineficientes, ferindo a relação de beneficência e não maleficência da ciência. Na visão das autoras, dietas nem sempre possuem resultados positivos, não são a única forma de beneficiar a saúde de obesos e podem causar danos, ciclos de ganho e perda de peso e ainda maior estigmatização. Ademais, as escolhas individuais não são as únicas responsáveis pela saúde ou doença.

Apesar de o campo do saber *Fat Studies* e suas abordagens oferecerem aos cientistas novas lentes para o estudo da obesidade,⁴⁵ ele não é livre de críticas. Sainsbury & Hay⁴⁶ advertem que o excesso de gordura corporal aumenta o risco de doenças metabólicas e que a adoção da postura de que é possível ser saudável independentemente do peso corporal seria um erro. Para as autoras, o aparecimento de problemas de saúde em obesos é quase sempre inevitável. As neurologistas defendem ainda a ideia de que há uma janela de oportunidades para o controle do peso. Relembrem que indivíduos com excesso de peso e obesidade que não adotam medidas para a redução do percentual de gordura corporal sofrem modificações no cérebro, como o aparecimento da resistência à leptina, a qual contribui para o aumento da compulsão alimentar e para a deposição de gordura nos adipócitos. Por isso, consideram modelos como o HAES® irresponsáveis.

LeBesco também debate críticas feitas pelos próprios ativistas. De acordo com a pesquisadora, ativistas sofrem discriminação dos próprios pares quando resolvem intencionalmente emagrecer.⁴⁷ Aceitar o próprio corpo, independentemente do peso, uma das bandeiras levantadas pelo campo de estudos *Fat Studies* pode entrar em choque com a necessidade (ou vontade) de perder peso. Ativistas defendem incessantemente a ideia de que o peso corporal e a adiposidade não se relacionam à moralidade, não são falhas pessoais ou sinais de que o indivíduo não liga para o próprio corpo. E se a aceitação é tão grande, por que tais pessoas sentiriam a necessidade de emagrecer? Uma das razões é a ambivalência quanto à imagem corporal. Murray⁴⁸ encoraja os ativistas a também olharem para além do modelo biomédico, o qual separa o corpo da mente e das emoções, e aceitarem a ambivalência natural ao ser humano.

O assunto emagrecimento é experimentado como tabu por aproximadamente 33% dos ativistas do campo *Fat Studies*. Para alguns estudiosos da área há uma atitude um tanto hipócrita, já que não há críticas quando um ativista “acidentalmente” perde peso seguindo a abordagem HAES®.⁴⁹ O mesmo não se dá quando o emagrecimento é intencional.

Discussão

A alimentação passou por um processo de racionalização que lhe deu um caráter dietoterápico e restritivo.⁵⁰ O padrão inalcançável imposto e as restrições irreais na dieta contribuem para a insatisfação com o corpo no Brasil.⁵¹⁻⁵³ Para Campos (2016), impor às pessoas uma exigência de realização em todos os âmbitos, inclusive com imposições estéticas, representa uma desconsideração das dificuldades enfrentadas na vida de cada um.²²

Pesquisadores de diferentes áreas, inclusive da nutrição, vêm discutindo diferentes abordagens, mais holísticas, livres de discursos moralistas ou que perpetuem visões errôneas ou limitadoras sobre o processo saúde-doença e sobre a corporalidade. O que se pretende é encontrar um ponto de equilíbrio entre a nutrição e a área *Fat Studies*.

Propostas de pesquisas que encontrem um equilíbrio entre as visões da nutrição, da sociologia e de outras ciências são importantes. Este encontro possui implicações para a saúde pública.⁵⁴ Por um lado, não se deve adotar uma postura policalesca, pressionando indivíduos com excesso de peso a emagrecer ou contribuindo ainda mais para os comumente encontrados problemas de autoestima observados na literatura. Por outro, há a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas que testem diferentes abordagens no sentido de apoiar as pessoas em busca de uma vida mais saudável. Intervenções são sugeridas em várias frentes, incluindo (1) inclusão de tópicos sobre autoestima nos currículos escolares; (2) treinamento de educadores e profissionais de saúde na prevenção e identificação de transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal; (3) implementação de políticas antibullying que protejam a integridade de cada pessoa, principalmente nas escolas;³⁹ (4)

acompanhamento nutricional; (5) terapias ou intervenções construídas dentro de uma perspectiva holística, que considere os aspectos físicos, emocionais, sociais, ocupacionais, intelectuais, espirituais e ecológicos da saúde,⁵⁴ além do (6) desenvolvimento de estratégias de autoafirmação.⁵⁵

Recentemente, abordagens que promovem a sintonia entre a comida, a mente e o corpo vêm sendo testadas empiricamente, em uma série de contextos. Nos Estados Unidos, uma nova técnica denominada alimentação consciente vem sendo estudada. Tem o objetivo de melhorar a experiência alimentar daqueles que se sentem oprimidos pela comida e pelo linguajar utilizado pela sociedade, inclusive por profissionais de saúde ao se referirem à dieta.

Os estudos sobre alimentação consciente foram adaptados dos de “Mindfulness” ou atenção plena. O estado mental de “Mindfulness” ou de atenção plena refere-se à capacidade de trazer a atenção ao momento presente, sem julgamentos ou críticas, com uma atitude de abertura e curiosidade.⁵⁶ Este estado pode ser treinado por meio de uma série de técnicas, como meditação e exercícios psicoeducativos, que possuem grande potencial no tratamento de condições como a dor, a ansiedade e a depressão.⁵⁷⁻⁵⁹

Existem evidências de que a prática de “Mindfulness” contribui também para a adoção de uma alimentação mais saudável e menos calórica e, conseqüentemente, para a redução do risco de obesidade.⁵⁸⁻⁶⁰

Pesquisadores da Universidade de Indiana, nos Estados Unidos, desenvolveram um treinamento de 8 semanas que envolve a alimentação consciente (Mindfulness-Based Eating Awareness Training – MB-EAT). O mesmo tem sido bem aceito na comunidade científica por seus resultados positivos na promoção da redução do peso e na manutenção do peso perdido, quando desejado.⁶¹ O programa não foca na contagem de calorias ou em tabelas de alimentos; não proíbe o consumo de qualquer tipo de alimento e não se apoia no conhecimento de “experts em alimentação”. Por outro lado, trabalha no sentido de desenvolver a atenção sem julgamento às sensações físicas e emocionais despertadas durante o ato de comer ou em contexto relacionado à comida.⁵⁷

O programa utiliza-se de exercícios que ajudam os participantes a aplicarem a atenção plena a decisões do dia a dia, especialmente as relacionadas ao comer. Por exemplo:

- consumo de uma uva-passa com lentidão e tempo para explorar sua aparência, textura, aroma e sabor;
- consumo de alimentos que não costumam estar nos cardápios ditos saudáveis, como biscoitos ou doces, de forma lenta e com atenção para que sentimentos e sensações sejam avaliadas e compreendidas;
- consumo de água ou alimentos e observação dos efeitos na fome e saciedade;
- compartilhamento de refeições com atenção.

As práticas permitem aos participantes tomarem as próprias decisões sobre o que e quanto comer, estimulam a reflexão sobre as sensações corporais e emocionais durante o ato de se alimentar, reconhecem que não há forma certa ou errada de comer, aceitam que as experiências alimentares são únicas, além de focar nas interrelações entre o alimento, o meio ambiente, os seres vivos e as atividades culturais.

Outras abordagens como a alimentação intuitiva e a *entrevista* motivacional²⁵ também têm sido propostas como ferramentas que dão mais flexibilidade ao trabalho do nutricionista e tornam as proposições de intervenção menos rígidas, por considerarem as histórias individuais e os elementos sociais e culturais envolvidos na alimentação. É bom destacar que, apesar de poderosas, tais abordagens não são soluções definitivas ou rápidas para qualquer questão relacionada à alimentação. Escolhas devem ser feitas várias vezes ao dia e a proposta das novas tecnologias, técnicas ou abordagens é facilitar a tomada consciente de decisões a respeito da alimentação.

Considerações finais

A adiposidade aumentada tem sido tratada principalmente dentro do modelo biomédico. Apesar da importância do reconhecimento do papel da dieta na prevenção de doenças e na promoção da saúde, o avanço na ciência da nutrição também pode colaborar para a medicalização do comer e da obesidade. É preciso ter sempre em mente que a alimentação também envolve aspectos sociais que, quando deixados de lado, podem contribuir para o sofrimento e para as iniquidades em saúde.

Dessa forma, destaca-se a necessidade do diálogo dos saberes da nutrição com outras áreas, rechaçando visões simplistas sobre o corpo. A obesidade é considerada um problema de saúde pública em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. Contudo, profissionais da área de nutrição e saúde coletiva precisam desenvolver um olhar diferenciado sobre a questão, não perpetuando discursos equivocados ou preconceituosos e não contribuindo para a insatisfação corporal generalizada observada em nossa sociedade.

Profissionais da área de sociologia, especialmente do campo *Fat Studies* vêm trazendo contribuições para este debate. Pesquisas interdisciplinares que aproximem as áreas são urgentes, em prol do bem-estar físico e mental da população.

Durante a construção de políticas governamentais o debate também é importante. As soluções da saúde pública não podem ser estreitas, ligando a obesidade apenas à saúde ou à doença, ou a exclusão e marginalização dos obesos poderá continuar crescendo.

O papel da pesquisa também não pode ser negligenciado, já que há um campo aberto para que o nutricionista e outros profissionais explorem a experiência das pessoas ao entrar em contato com os discursos sobre a obesidade. Novas estratégias e tecnologias, como a alimentação consciente,

também precisam ser testadas empiricamente no contexto brasileiro. Por fim, é necessário que o nutricionista trave parcerias com outros profissionais de saúde para o atendimento adequado de sua clientela. É preciso pensar e estabelecer um discurso que não culpabilize as pessoas e que favoreça a diminuição do sentimento de incapacidade e inadequação por não se ter o peso ou corpo muitas vezes imposto pela sociedade.

Referências

1. Damasceno VO, Lima JRP, Vianna JM, Vianna VRA, Novaes JS. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(3):181-186.
2. Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eating Behaviors* 2007; 8(4):429-439.
3. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety* 2010; 27:573-591.
4. Comério LMS, Ferreira VA, Riul TR. Alimento e corpo signo: um estudo a respeito das concepções de corpo, alimentação e estilo de vida de universitárias. *Rev Bras Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2009; 3(13): 69-76.
5. Santos M, Meneguci L, Mendonça AAF. Padrão alimentar anormal em estudantes universitárias das áreas de nutrição, enfermagem e ciências biológicas. *Ciência et Praxis* 2008; 1(1): 1-4.
6. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating behavior and body image among psychology students. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(3):150-5.
7. Batista A, Neves CM, Meireles JFF, Ferreira MEC. Dimensão atitudinal da imagem corporal e comportamento alimentar em graduandos de educação física, nutrição e estética da cidade de Juiz de Fora, MG. *Rev. Educ. Fís.* 2015; 26(1):69-77.
8. Bernstein A, Sun Q, Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Willett WC. Major dietary protein sources and risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 2010; 122:876-883.
9. Odegaard AO, Koh WP, Yuan JM, Gross MD, Pereira MA. Western-style fast food intake and cardiometabolic risk in a eastern country. *Circulation* 2012; 126:182-188.
10. Günther ALB, Liese AD, Bell RA, Dabelea D, Lawrence JM, Rodriguez BL, et al. Association between the dietary approaches to hypertension diet and hypertension in youth with diabetes mellitus. *Hypertension* 2009; 53(177):6-12.
11. Fujita T. Mineralocorticoid receptors, salt-sensitive hypertension, and metabolic syndrome. *Hypertension* 2010; 55: 813-818.
12. Prior LJ, Eikelis N, Armitage JA, Davem PJ, Burke SL, Montani JP, et al. Exposure to a high-fat diet alters leptin sensitivity and elevates renal sympathetic nerve activity and arterial pressure in rabbits. *Hypertension* 2010; 55(4):862-868.
13. Neuhouwer ML, Miller DL, Kristal AR, Barnett MJ, Cheskin LJ. Diet and exercise habits of patients with diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease or hypertension. *J Am Coll Nutr* 2002; 21(5):394-

401.

14. Romaguera D, Norat T, Wark PA, Vergnaud AC, Schulze MB, van Woudenberg GJ, et al. Consumption of sweet beverages and type 2 diabetes incidence in European adults: results from EPIC-InterAct. *Diabetologia* 2013; 56(7):1520-1530.
15. Zupancic ML, Cantarel BL, Liu Z, Drabek EF, Ryan KA, Cirimotich S, et al. Analysis of the gut microbiota in the old order amish and its relation to the metabolic syndrome. *PLoS One* 2012; 7(8):e43052.
16. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Fact Sheet n. 311. ago. 2014. [acesso em: 19 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.searo.who.int/thailand/factsheets/fs0035/en/>
17. Longato L, Tong M, Wands JR, Monte SM. High fat diet induced hepatic steatosis and insulin resistance: role of dysregulated ceramide metabolism. *Hepatology Research* 2012; 42(4):412-427.
18. Kusminski CM, Scherer PE. Mitochondrial dysfunction in white adipose tissue. *Trends in Endocrinol Metab.* 2012; 23(9):435-443.
19. Martín MTV, Sastre MG. Ordem de gênero e insatisfação corporal: un análisis cualitativo. *Demetra* 2016; 11(3):665-686.
20. Cesar BRR, Vargas EP. Corpo, sexualidade, gênero e mediações culturais em revistas femininas juvenis: questões para a saúde sexual e reprodutiva. *Demetra* 2016; 11(3):591-610.
21. Santos MA, Banuth RF, Oliveira-Cardoso EA. O corpo modelado e generificado como espelho da contemporaneidade: considerações a partir da teoria queer. *Demetra* 2016; 11(3):511-520.
22. Campos MTA, Cecílio MS, Pinafore FRO. Corpo-vitrine, ser mulher e saúde: produção de sentidos nas capas da Revista Boa Forma. *Demetra* 2016; 11(3):611-628.
23. Mennucci L, Timerman F, Alvarenga M. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar? In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição comportamental*. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 51-57.
24. Silva CDC. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(10):3083-3090.
25. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição comportamental*. Barueri, SP: Manole; 2015. 550 p.
26. Greenhalgh S. *Fat-Talk Nation: The human costs of America's war on fat*. New York: Cornell University Press; 2015. 336 p.
27. Pedro ND, Araújo MPN, Freitas MCS. Significados do comer no cotidiano de adolescentes: narrativas de estudantes com excesso de peso de uma instituição federal de ensino médio da cidade de Salvador, Bahia. *Demetra* 2016; 11(3):847-861.
28. Cossrow NHF, Jeffery RW, McGuire MT. Understanding weight stigmatization: a focus group study. *JNE* 2001; 33(4):208-214.
29. Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev Nutr* 2003; 16(1):117-25.
30. Jung FU, Luck-Sikorsk C, Wiemers N, Riedel-Heller SG. Dietitians and nutritionists: stigma in the

- context of obesity: a systematic review. *PLOS One* 2015; 10(10):e0140276.
31. Pearl RL, Puhl RM. Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image* 2014; 11:89-92.
32. Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obesity Facts* 2013; 6:512-522.
33. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 2010; 100(6):1019-1028.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014. Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 165 p.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 152 p.
36. Cooper C. Fat studies: mapping the field. *Sociology Compass* 2010; 4(12):1020-1034.
37. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
38. Alves Filho RC, Ferreira FR, Seixas CM, Kraemer FB. Considerações conceituais acerca da subjetividade masculina para o campo da Alimentação e Nutrição. *Demetra* 2016; 11(3):575-589.
39. Egger G, Dixon J. Should obesity be the main game? Or do we need an environmental makeover to combat the inflammatory and chronic disease epidemics? *Obesity Reviews* 2009; 10(2):237-249.
40. Rail G, Beausoleil N. Health panic discourses and the commodification of women’s health in Canada. In: Beausoleil N, Rail G, editors. Special issue: health panic and women’s health. *Atlantis: A Women’s Studies Journal* 2003; 27(2):1-5.
41. Robison J. Health at every size: toward a new paradigm of weight and health. *Med. Gen. Med.* 2005; 7(3):13.
42. Rothblum E, Solovay S, editors. The fat studies reader. Berkeley, CA: University of California Press; 2009.
43. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, Campos PL, Roble OJ, Modesto BT, et al. Eu tenho um corpo gordo, e agora? Relatos de mulheres obesas que participaram de uma intervenção não prescritiva, multidisciplinar e baseada na abordagem “Health at EverySize®”. *Demetra* 2016; 11(3):697-722.
44. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nuts J* 2011; 10:9.
45. Pearl RL, Puhl RM, Dovidio JF. Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *J Health Psychology* 2014; 1-7.
46. Sainsbury A, Hay P. Call for an urgent rethink of the ‘health at every size’ concept. *J Eat Disord* 2014; 2(8):1-4.
47. LeBesco K. On fatness and fluidity: a meditation. In: Pausé C, Wykes J, Murray S. *Queering fat embodiment*. New York: Taylor & Francis Group; 2014. p. 49-59.
48. Murray S. *The ‘Fat’ Female Body*. New York: Palsgrave Macmillan; 2008.

49. Meleo-Erwin Z. 'A beautiful show of strength': weight loss and the fat activist self. *Health* 2011; 15(2):188-205.
50. Azevedo E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev. Nutrição* 2008; 21(6):717-723.
51. Santos MA, Garcia RWD, Santos ML. A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra* 2015; 10(4):761-774.
52. Scagliusi FB, Pereira PR, Stelmo IC, Unsain RF, Martins PA, Sato PM. Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. *J Bras Psiquiatria* 2012; 61(3):159-67.
53. Teo CRPA. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. *Saúde Soc* 2010; 19(2):333-346.
54. Puhl RM, Neumark-Sztainer D, Austin SB, Luedicke J, King KM. Setting policy priorities to address eating disorders and weight stigma: views from the field of eating disorders and the US general public. *Public Health* 2014; 14:524.
55. Falk EB, O'Donnell MB, Cascio CN, et al. Self-affirmation alters the brain's response to health messages and subsequent behavior change. *PNAS* 2015; 112(7):1977-1982.
56. Kabat-Zinn J, Massion A, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program. *Am J Psychiatry* 1992; 149(7):936-943.
57. Polacow V, Costa AC, Figueiredo M. Comer com atenção plena (mindful eating). Barueri, SP: Manole; 2015.
58. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Ther Med.* 2013; 21(4):430-439.
59. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews* 2014; 15:453-461.
60. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med.* 2010; 18:260-264.
61. Kristeller J, Wolves RQ, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness* 2014; 5: 282-297.

Recebido: 25/3/2016

Reapresentado: 08/10/2016

Aceito: 27/10/2016