

## A dieta restrita como fator interveniente na adesão ao tratamento para perda de peso

*Restricted diet as an intervening factor in adherence to weight loss treatment*

Luciana Alves Cangerana Santiago<sup>1</sup>, Denise Cavallini Cyrillo<sup>2</sup>, Ana Maria Cervato-Mancuso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup>Professora Sênior da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup>Professora Sênior da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

E-mail: Luciana Alves Cangerana Santiago - lucianacan@outlook.com

### Resumo

**Objetivo:** Identificar os aspectos do plano alimentar; na forma de dieta restrita, que levam ao abandono do tratamento nutricional para perda de peso. **Métodos:** O presente estudo de natureza qualitativa, foi desenvolvido com indivíduos adultos com excesso de peso, os quais abandonaram, precocemente, seus tratamentos nutricionais para perda de peso. Por meio de entrevista, os participantes foram questionados sobre os motivos que os levaram a tal atitude. **Resultados:** A análise do conteúdo das entrevistas destacou o tema ligado à categoria “Dieta restrita”. Nesta perspectiva verificou-se, de fato, a importância do plano alimentar prescrito. A restrição alimentar foi vista como algo que desestimula a persistência no tratamento. Percebe-se que a alimentação indicada ao indivíduo é também fator preponderante para a permanência no tratamento. **Conclusão:** O plano alimentar, na forma de dieta restrita, mostrou-se como fator complicador para a permanência dos indivíduos em seus tratamentos, o que pode gerar o abandono da terapêutica.

**Palavras-chave:** Perda de peso. Adesão ao tratamento. Terapia nutricional. Dieta. Participação do paciente.

### Abstract

**Objective:** Identify aspects of the eating plan; in the form of a restricted diet, which leads to the abandonment of nutritional treatment for weight loss. **Methods:** This qualitative study was developed with overweight adult individuals who abandoned their nutritional treatments for weight loss early. Through an interview, participants were asked about the reasons that led them to such an attitude. **Results:** Analysis of the content of the interviews highlighted the theme linked to the “Restricted diet” category. From this perspective, the importance of the prescribed eating plan was indeed verified. Food restriction was seen as something that discourages persistence in treatment. It is clear that the diet recommended to the individual is also a preponderant factor for staying in treatment. **Conclusion:** The eating plan, in the form of a restricted diet, proved to be a complicating factor for individuals to remain in their treatments, which can lead to abandonment of therapy.

**Keywords:** *Weight loss. Treatment adherence. Nutritional therapy. Diet. Patient participation.*

## INTRODUÇÃO

O excesso de peso, que abrange a obesidade e o sobrepeso, é definido como o acúmulo excessivo de gordura corporal associado a riscos para a saúde estando associado ao excesso de consumo de calorias em relação ao gasto de energia. Atualmente emerge como importante problema de saúde pública mundial e, em particular, no Brasil<sup>1</sup>. De acordo com dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/Vigitel<sup>2</sup>, o excesso de peso, no Brasil, cresceu, em quatorze anos, passando de 42,6% em 2006 para 57,5% em 2020. Ao mesmo tempo a obesidade aumentou no mesmo período de 11,8% para 21,5%. Segundo a *World Health Organization*<sup>1</sup>, a obesidade é responsável direta e indiretamente por 71% das mortes no mundo.

O excesso de peso pode expor o indivíduo a diversas implicações clínicas, tais quais, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, alguns tipos de câncer, entre outras. Tal problemática intensifica a necessidade e importância da perda de peso em um acompanhamento médico e nutricional e da adesão adequada do indivíduo neste tratamento<sup>3</sup>.

Neste contexto, a adesão pressupõe a participação do paciente na resolução dos problemas e na tomada de decisões exigindo mudanças comportamentais<sup>4, 5</sup>.

Desta forma, o sucesso destas terapêuticas nem sempre é alcançado<sup>6-9</sup>. De modo geral, os tratamentos para perda de peso têm baixa adesão, que é um dos fatores que explicam os inexpressivos resultados<sup>10, 11</sup>.

Dentre as mudanças de comportamento e estilo de vida exigidas, modificações alimentares seria uma delas, e é este quesito que demonstra ser uma das maiores dificuldades do indivíduo<sup>12, 13</sup>.

Questões ambientais (exemplos: modo de vida contemporâneo- urbanização, alimentação por conveniência), econômicas (renda, preço dos alimentos), socioculturais (hábitos alimentares), demográficas (sexo, escolaridade) e psicológicas (motivações, ansiedade), podem estar envolvidas nesta problemática<sup>7, 13-16</sup>.

Grande parte desses fatores fogem ao controle direto do indivíduo e do profissional de saúde e por isso a sua transformação, visando a perda de peso e a melhoria da saúde, é um dos principais desafios dos tratamentos para perda de peso<sup>5, 7, 10</sup>.

Nesta perspectiva o presente artigo visa identificar os aspectos do plano alimentar, na forma de dieta restrita, que levam ao abandono do tratamento nutricional para perda de peso, segundo a percepção de pacientes com excesso de peso.

## MÉTODO

O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa (CAAE 82589718.7.0000.0067), tendo sido rigorosamente respeitados todos os princípios éticos vigentes da pesquisa envolvendo seres humanos.

O presente artigo de natureza qualitativa, foi extraído de parte de uma pesquisa de doutorado de caráter transversal de abordagem quali-quantitativa, desenvolvida com indivíduos adultos, com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), os quais não deram continuidade em seus tratamentos nutricionais para perda de peso.

O recrutamento dos participantes da pesquisa ocorreu em uma Clínica de Nutrição localizada na Cidade de São Paulo e antes da realização da pesquisa os participantes foram devidamente elucidados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

O inquérito foi feito a partir de uma subamostra dentre as pessoas com excesso de peso que abandonaram seus tratamentos antes de alcançar os resultados esperados. A designação do número da amostra foi definida a partir da reincidência de informações, ou seja, da saturação dos dados coletados. Considerou-se somente o último tratamento com nutricionista ao qual os indivíduos se submeteram.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2019 e foi realizada individualmente utilizando a técnica de entrevista aberta gravada, abordando as seguintes questões: descrição do tratamento, ações, conhecimento e conduta do profissional que os assistiu, sentimentos experimentados e as razões que os levaram a não adesão.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra no mesmo dia de sua realização. Em seguida foi realizada a transcrição das entrevistas, obtendo-se um texto conciso, de fácil leitura e compreensão.

Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por siglas. Foi feito o seguinte procedimento: após a leitura do conjunto de perguntas e respostas, as perguntas foram eliminadas obtendo-se um único texto que responderia a uma única pergunta (por que o indivíduo não aderiu ao seu tratamento?), posteriormente foi retirado do texto tudo que não respondesse à esta pergunta, e finalmente iniciou-se a leitura para a criação das categorias de análise.

A identificação das categorias foi feita pelo método Análise de Conteúdo<sup>17</sup>.

O estudo do conteúdo das entrevistas resultou em cinco categorias de análise e mostrou temas ligados ao abandono de tratamento para perda de peso. As categorias identificadas foram as seguintes: “O resultado é muito devagar”, “Ah, se ela não tá nem aí, eu também não vou estar...”, “Dieta restrita”, “Depende de mudar o dia-a-dia”, “Difícil acesso aos alimentos por não encontrar ou por custo”.

O presente artigo focou-se na categoria “Dieta restrita” por se tratar de um tema raramente discutido na literatura e intimamente ligado à abordagem do nutricionista.

## RESULTADOS

A amostra da pesquisa qualitativa foi composta por 12 indivíduos, em sua maioria por mulheres com idade média de 45,6 anos.

Verificou-se, de fato, a importância do plano alimentar prescrito. Percebe-se que a alimentação que é indicada ao indivíduo é também fator preponderante para a permanência no tratamento.

Em algumas falas demonstra-se a restrição quantitativa como algo que desestimula a persistência no tratamento. Percebe-se também que tais abstenções abonam determinados tipos de alimentos, os classificados como “engordativos”.

Neste sentido destaca-se o aspecto hedônico da alimentação. Para os indivíduos entrevistados esta privação transformou-se em algo insustentável. Tornando-se um dos fatores que os levaram a não aderir à sua terapêutica nutricional, tal afirmação fica evidente nos depoimentos destacados abaixo:

*“...Essa dieta era meio pesadinha, ela era o café da manhã; eram três biscoitinhos de água e sal, eu não podia nem comer aquele biscoitinho Club Social, nada, e bala nenhuma, nenhum doce, nenhum, nem que fosse uma bala, não era para mim chupar bala de jeito nenhum, e era só adoçante e quando tivesse fome durante o dia, o lanchinho seria uma barra de cereal ou castanha, alguma coisa desse tipo. Eram três colheres de arroz, duas de feijão, era bem pouco, por isso que*

*eu me sentia um pouco mal com a dieta. Eu não sou tão comilona, mas eu não sou de comer tão pouco assim, a ponto de um café da manhã ser três bolachinhas, eu me sentia mal, era bem pobre em carboidratos e gorduras; margarina era o mínimo, era uma colherzinha de chá, daquela colherzinha pequenininha, para passar no pão...”(MG)*

*“...Então acabei me desgarrando e deixando o comprometimento que eu tinha com a dieta, porque é fácil você ter, se comprometer com as coisas que estão ali a mão, então uma barra de chocolate no lugar de uma barra de cereal, ou de um cereal que você fez, é mais, é mais fácil, então acho que é se comprometer mesmo, a gente se compromete até um ponto, então eu acho que eu nunca me comprometi totalmente, comer, e às vezes comer errado, é bom...”(MC)*

Denota-se também nas entrevistas o alimento como algo que preenche um “vazio”, o mesmo é visto como necessário para uma sensação de bem-estar, de completude.

No trecho a seguir tal alegação fica demonstrada:

*“...Muito nervosa e irritada, muito irritada eu fico, quando eu faço tratamento. Porque parece que eu não fico saciada, parece que falta algo, parece que eu tenho que comer, comer até se sentir satisfeita. Não que eu não coma, você come a salada, você pode comer a salada à vontade, tudo, mas parece que tem que pesar para mim poder me sentir saciada, eu sou assim...”(LV)*

Mencionam ainda que a dificuldade em seguir a redução de quantidade nas refeições preconizada, gera condições psíquicas desfavoráveis, como sensação de fracasso, frustração e culpa. Sentimentos como ansiedade, depressão e raiva por não poder comer o que tem vontade também são citados.

A limitação alimentar imposta pelo tratamento é sentida como algo que os aprisiona, impedindo que possam se regalar de seus anseios alimentares, neste contexto surgem mais elementos, os quais favorecem a baixa adesão ao tratamento.

Esses aspectos foram extraídos de depoimentos como os apresentados a seguir:

*“... E essa foi a grande verdade, e quando segui minimamente a dieta dela eu sentia fome, além de sentir fome, acho que por ser bem restritiva...que privou bastante. Então, não sei, acho que eu tive bastante dificuldade de seguir mesmo. Então foi um sentimento meio de frustração mesmo...”(FA)*

*“...Sentimento de culpa, de você assumir um compromisso, como se fosse um compromisso, de você emagrecer, de você alcançar aquela meta, e se submeter aquela dieta, e eu não estava conseguindo, então, é meio frustrante. Você se sente meio fragilizada, eu posso até te falar que você fica meio que depressiva mesmo, se culpando, muita culpa, você se culpa muito...”(MG)*

*“...Líquido podia tomar à vontade, desde que fosse sem açúcar também, refrigerante nem pensar, bebida alcoólica, cerveja também não, isso, me deixava meio preocupada...eu acho que me restringiu demais, e não dava vontade de você sair com as colegas para se divertir, para ir em uma balada, em algum lugar, por*

*conta disso, limita muito você, você se sente presa a uma situação, de que você tem que dar conta daquela situação, de uma forma diferente, você tem que chegar a um resultado, é como se ti pagasse uma missão e falasse assim: “Você tem que conseguir...”. Você se sente dessa forma: “Você tem que conseguir, se você não conseguir, não voltar com o resultado que eu te passei?!?!...”. Você está condenada!...”(MG)*

*“...dieta muito restrita a; vegetais, legumes e proteínas, e aí me deixava muito irritada, a falta de carboidrato, muito líquido, eu não estava acostumada. Então eu ficava até com azia de tanto líquido que eu tomava, de tanta água, então eu não acho que foi produtivo para mim não. Não estava dando muito certo o resultado do tratamento...”(CB)*

Outra situação também se tornou evidente a partir dos depoimentos, a própria terminologia dieta deixa as pessoas apreensivas, as leva a pensar em algo ruim, associado a privações eternas, neste contexto a falta de estímulo para permanecer no tratamento se torna pronunciada.

Aspecto constatado no discurso exposto a seguir:

*“...Eu acho que a palavra dieta, quando você associa dieta; você pensar que é para vida toda, é bastante desestimulante...”(CB)*

## DISCUSSÃO

Os relatos dos entrevistados, sobre a trajetória de suas terapêuticas mostra o plano alimentar, prescrito na forma de dieta, como algo que interfere em sua permanência no tratamento para perda de peso.

As restrições do plano alimentar foram interpretadas pelos participantes como algo que os aprisionasse e impedisse até de ter um convívio social, privação do prazer da comensalidade e da liberdade, tornando-se obstáculo à persistência no tratamento<sup>16,18-20</sup>.

Estudo de corte transversal, com adultos finlandeses sobre os motivadores para a manutenção da perda de peso, evidenciou que as principais barreiras para a perda de peso e sua manutenção são: a redução calórica total, ou seja, as restrições alimentares, o prazer gerado pela ingestão de alimentos, a falta de autodisciplina para controlar o apetite e o histórico de tentativas frustradas de perda de peso<sup>16</sup>. Segundo James et al<sup>21</sup>, a satisfação com o plano alimentar prescrito é preditor positivo de permanência no tratamento, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo. Tais estudos validam os resultados da presente pesquisa.

Neste sentido verificamos o alimento como preenchedor de um “vazio”, situação que evidencia a comida sendo utilizada como uma válvula de escape e algo de

extrema importância para o bem-estar emocional deste indivíduo, tal fator se torna um empecilho para a mudança de hábito alimentar, indispensável para o sucesso da terapêutica<sup>13, 18</sup>.

Além disso, para que o emagrecimento ocorra é necessário um longo período de tempo, o que muitas vezes causa um desânimo ao indivíduo por não ver um resultado imediato<sup>5, 22</sup>.

A sensação de fracasso, gerada pelo não alcance ao resultado almejado e a não consecução do plano alimentar proposto, podem ser preditores negativos para o sucesso da terapêutica nutricional, tal achado corrobora com estudo de Oliveira et al<sup>18</sup>, cujo objetivo foi investigar fatores que dificultam a perda de peso em cinco mulheres obesas de graus I e II, os resultados do estudo demonstraram que sentimentos como ansiedade, baixa autoestima e falta de autocontrole dificultam as mudanças de estilo de vida e hábitos, evidenciou também que a tentativa de emagrecimento acarreta várias perdas, pois o indivíduo deixa de estar presente em contextos sociais para evitar ingerir alimentos, o que pode levá-los ao isolamento social, maior ansiedade e frustrações.

Circunstância que também interfere na permanência da terapêutica, seria o próprio conceito da terminologia dieta, para os entrevistados as mudanças alimentares teriam que ter um momento limite, onde não haveria mais necessidade das privações, porém, de fato, as modificações são uma constante. O “*ad aeternum*”, na interpretação feita pelo indivíduo, torna o acompanhamento nutricional um fardo, o que poderá vir a ter como resultado a não adesão ao tratamento, neste momento a adequada abordagem profissional é fundamental, sensibilizando o paciente e explicitando as mudanças como benéficas e potentes de permanecer<sup>18, 23</sup>.

Nesta perspectiva, denota-se que o olhar do profissional e sua abordagem é de extrema importância para a verificação e implementação de uma orientação adequada do ponto de vista quantitativo e qualitativo, onde não se façam presentes restrições desnecessárias. Nesta vertente cabe salientar que a alimentação completa e equilibrada é aquela que preconiza os carboidratos complexos, ricos em fibras, proteínas e a água, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira<sup>24</sup>, que priorize os alimentos in natura ou minimamente processados, limite os processados e ultraprocessados e reduza o consumo de óleos, gorduras, sal e açúcares.

Adequa-se ainda destacar o olhar para o indivíduo de maneira integral, com suas necessidades, hábitos, costumes, crenças, limitações e dificuldades, respeitando e

adequando as recomendações às suas condições, considerando o paciente como ser ativo no processo<sup>24-26</sup>.

A satisfação com a estratégia nutricional e o tipo de abordagem utilizados são de extrema importância para a permanência e consecução das mudanças alimentares necessárias para a perda de peso<sup>26-28</sup>.

De acordo com Boog<sup>26</sup>, o papel do nutricionista vai além da transmissão de conhecimentos científicos e do discurso sobre alimentos e nutrientes, pois o fenômeno da alimentação compreende corpo, mente, psique e sociedade. A empatia é uma característica de suma importância por parte do profissional, o seu olhar precisa estar preparado para alcançar a subjetividade do paciente.

Esta questão é evidenciada em estudo sobre as representações sociais de pacientes com Diabetes Mellitus, tal pesquisa concluiu que em um ambiente acolhedor, onde exista diálogo entre profissional e paciente, em que as decisões não sejam unilaterais, com estratégias executáveis, surge um espaço seguro e libertador para que indivíduo exponha suas dificuldades, anseios e necessidades<sup>29</sup>.

## CONCLUSÃO

De fato, o plano alimentar, na forma de dieta restritiva, mostrou-se como fator complicador para a permanência dos indivíduos em seus tratamentos, o que pode gerar o abandono da terapêutica.

As privações alimentares impostas, ocasionaram diversos incômodos, dificuldades e angústias, pois, na visão destes indivíduos as mudanças prescritas na alimentação foram vistas como demasiadamente restritivas, o que os levaram a sentimentos negativos com relação às suas terapêuticas, tais como raiva, depressão, ansiedade e frustração, sensações que efetivamente se tornaram um empecilho para a estabilidade de seus tratamentos.

Diante de tais fatos pode-se inferir que tal estratégia de abordagem nutricional na perda de peso, não se mostrou eficaz.

O fator tempo, “*ad aeternum*”, também foi algo que demonstrou obstáculo para a efetivação dos objetivos de tratamento, no caso, a perda de peso. A mensagem transmitida de que o sofrimento, em forma de dieta, seria para sempre, é fato que causa sensação de desesperança e impotência aos pacientes, visão, esta, que pode ser apresentada de outra forma, diante de uma abordagem que privilegia mudanças

graduais, internalização e entendimento de conceitos transmitidos e suas necessidades.

### **Agradecimento**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte durante o desenvolvimento desse estudo por meio da bolsa de doutorado.

E aos entrevistados, colaboradores, que participaram da pesquisa.

### **REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Key Facts. World Health Organization; April 2021. (Acessado em 18 de abril de 2022). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 124 p.: il. (Acessado em 18 de abril de 2022). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>
3. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Revista de Nutrição.* 2010; 23 (3): 323-333.
4. Alvarenga M. Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timermam F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental.* 1ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2015.
5. Amorim DCA, Coutinho CM, Palmeira CS. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. *Rev enferm UFPE on line.* 2016; 10 (Supl. 6): 4788-4796.
6. Gonçalves ISA, Ferreira NTMY, Reis PVS, Pena GG. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. *Revista Cuidarte.* 2015; 6 (1): 914-922.
7. Araújo FM, González AD, da Silva LC, Garanhani ML. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. *Saúde Soc.* 2019; 28 (2): 249-260.
8. Da Silva DPF. Reflexões sobre a compulsão alimentar: mal-estar, corpo e obesidade. *Vínculo.* 2021; 18 (2): 1-6.

9. Pereira FMS, Freitas JCF, Duarte LG. Alimentação por conveniência: impacto no ganho de peso em adultos (trabalho de conclusão de curso). Divinópolis. Centro Universitário Una. 2021.
10. De Jesus JGL, Campos CMS, Scagliusi FB, Burlandy L, Bógus MC. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. *Saúde debate*. 2022; 46 (132): 175-187.
11. Soraggi MMR, Braga MM, Silva JGM, do Amaral DA, Amorim MMA. Avaliação do tratamento dietoterápico da obesidade em uma Clínica Escola de Belo Horizonte-MG. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6 (4): 18055-18078.
12. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. – São Paulo, SP.
13. Locke A, Schneiderhan J, Arbor A, Zick SM. Diets for Health: Goals and Guidelines. *American Family Physician*. 2018; 97 (11): 721-728.
14. Moura ACC, Melo MTSM, Silva BLS, da Paz SMRS, Paiva AA, de Carvalho CMRG. An approach on food choice determinants: a study in the restaurants of a public market in Northeastern Brazil. *Rev. Nutr.* 2020; 33 (e190126): 1-12.
15. Moraes JMM. Porque as pessoas comem o que comem? Comparação das motivações para comer entre dois contextos socioeconômicos díspares do Brasil (dissertação). São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2017.
16. Halali F, Lapveteläinen A, Karhunen L, Saarela AM, Lappalainen R, Kantanen T. Motivators, barriers and strategies of weight management: A cross-sectional study among Finnish adults. *Eating Behaviors*. 2018; 31: 80-87.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14<sup>a</sup> edição. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 2014.
18. Oliveira APSV, Silva MM. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Revista Psicologia e Saúde*. 2014; 6 (1): 74-82.
19. Varkevisser RDM, Van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obesity reviews*. 2019; 20: 171-211.
20. Estrela KCA, Di Creddo Alves AC, Gomes TT, Isosaki M. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. *Demetra*. 2017; 12 (1): 249-274.
21. James BL, Loken E, Roe LS, Myrissa K, Lawton CL, Dye L, Rolls BJ. Validation of the Diet Satisfaction Questionnaire: a new measure of satisfaction with diets for weight management. *Obesity Science & Practice*. 2018; 4 (6): 506-514.
22. Cangerana Santiago LA, Cervato-Mancuso AM, Cyrillo DC. Motivos de abandono do tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: uma análise qualitativa. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2021; 15 (97): 1070-1078.
23. Soihet J, Silva AD. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. *Nutrição Brasil*. 2019; 18(1): 55-62.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília. 2014. 156p.

25. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.
26. Boog MCF. Educação Alimentar e Nutricional. Para além de uma disciplina. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. Mudanças Alimentares e Educação Alimentar e Nutricional. 2ª edição, Guanabara Koogan, 2017.
27. Cangerana Santiago LA, Cervato-Mancuso AM, Rosalino JW, Chicoli RS, Cyrillo DC. Probabilidade de abandono de terapêutica dietética para perda de peso: o papel de fatores psicossociais. Acta Portuguesa de Nutrição. 2020; 23: 24-28.
28. De Souza Santana EL, Forgerini SM. Reeducação alimentar. Revista Eletrônica Interdisciplinar. 2020; 12: 219-222. Acessado em 29 de outubro de 2023. Disponível em: <<http://revista.sear.com.br/rei/article/view/143/179>>
29. Ribas CRP, Dos Santos MA, Zanetti ACG, Zanetti ML. Representações sociais de pacientes com Diabetes Mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. Psico. 2013; 44 (1): 139-149.

Submissão: 11/03/2022

Aprovação: 20/02/2024