

# Adesão de Servidores Públicos a Programa de Qualidade de Vida e Intervenção Nutricional

## Public Employees Adherence to Life Quality Program and Nutritional Intervention

Taciana Maia de Sousa\*

Ana Maria dos Santos Rodrigues\*

Bárbara Danielle Liberato Ferreira Campos\*

Ana Cláudia Porfírio Couto\*\*

Dirce Ribeiro de Oliveira\*\*\*

92

### Resumo

Trata-se de estudo de intervenção nutricional não controlado, com duração de três meses, que objetivou avaliar a adesão de servidores públicos a programa de qualidade de vida e intervenção nutricional. Realizou-se avaliação nutricional, orientações individualizadas e aplicação de questionário referente à adesão para os participantes que abandonaram o acompanhamento nutricional. Iniciaram o estudo 52 indivíduos, a maioria mulheres (76,9%), com média de  $40,8 \pm 8,9$  anos. Não foram observadas alterações significativas após intervenção nutricional. A taxa de abandono ao acompanhamento nutricional foi de 55,8%, sendo que 78,3% destes desistiram das demais atividades do programa. Os motivos da baixa adesão foram insatisfação com horário das atividades (44,4%), falta de motivação (27,8%) e problemas de saúde (22,2%). Dentre os servidores que continuaram a atividade física e não retornaram à consulta nutricional, 60,0% relataram dificuldade em deixar o trabalho para comparecer às avaliações e 40,0% não se sentiram motivados a retornar. A baixa adesão ao programa e à intervenção nutricional pode ter contribuído para ausência de alteração alimentar e antropométrica. Torna-se importante avaliar estratégias de intervenção para reestruturar os métodos utilizados e aumentar a participação dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Intervenção Nutricional. Servidores Públicos. Adesão.

### Abstract

It is a non-controlled nutritional intervention study with three months length, which aimed to evaluate the adherence of public employees to life quality program and nutritional intervention. Nutritional evaluation and individualized guidelines were made and questionnaires regarding accession to the participants who left the nutritional monitoring. Began the study 52 individuals, mostly women (76,9%), with an average of  $40,8 \pm 8,9$  years old. Any meaningful alteration was observed after nutritional intervention. The rate of abandonment to nutritional intervention 55,8% and 78,3% of them gave up the other program activities. The main reason for abandonment were dissatisfaction with the time of activities (44,4%), lack of motivation (27,8%), and health problems (22,2%). Among employees who continued the physical activity and did not returned to nutritional consultation, 60,0% reported difficulty in leaving job to attend the evaluations and 40,0% did not feel motivated to return. The low adherence to the program and nutritional intervention may have contributed to the lack of dietary and anthropometric modification. Evaluate intervention strategies becomes important to restructure the methods and increase the participation of individuals.

**Keywords:** Life Quality. Nutritional Intervention. Public Employees. Adherence.

DOI: 10.15343/0104-7809.2015390192101

\* Escola de Enfermagem, Belo Horizonte – MG, Brasil.

\*\* Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte – MG, Brasil.

\*\*\* Escola de Enfermagem, Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: dirceribeirooliveira@gmail.com

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve diminuição das taxas de desnutrição no país com concomitante aumento da prevalência da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>1,2</sup>. Tal alteração do perfil de saúde, denominado transição nutricional, relaciona-se com a mudança do padrão comportamental e alimentar, caracterizada por aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares. Além das modificações alimentares, a diminuição progressiva do exercício físico converge para o aumento do excesso de peso e DCNT<sup>3</sup>.

Uma das estratégias para alcançar a redução na prevalência da obesidade e DCNT é a adoção de modos de vida que incluem alimentação saudável e prática regular de atividade física<sup>3</sup>. Sabe-se que a adesão do sujeito à terapêutica de intervenção é imprescindível para que a reeducação dos hábitos de vida apresente bons resultados<sup>4</sup>. Entretanto, modificar a rotina alimentar e a composição corporal requer tratamentos de longa duração que apresentam menor adesão, pois exigem maior comprometimento do participante<sup>4</sup>. Os problemas pessoais, a ausência de apoio familiar, a falta de motivação e os resultados negativos na perda de peso durante o tratamento são apontados como principais fatores que dificultam a adesão. Estudos clínicos têm demonstrado que a taxa de desistência chega a 80%, fato que apresenta impacto considerável nos resultados esperados por meio de programas de intervenção<sup>1,4,5</sup>.

A compreensão das variáveis que influenciam a adesão é fundamental para o planejamento e a execução bem sucedida de intervenções educativas<sup>6</sup>. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão de servidores públicos participantes do projeto Qualidade de Vida no Trabalho - Ginástica no Centro Esportivo Universitário (CEU) ao programa e à intervenção nutricional e os possíveis fatores associados ao abandono.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo de intervenção não controlado com servidores públicos da Universidade

Federal de Minas Gerais (UFMG) participantes do "Projeto Qualidade de Vida no trabalho - Ginástica no CEU". Tal projeto é desenvolvido pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG no CEU com o objetivo de oferecer atividade física orientada (ginástica localizada, hidroginástica, corrida e dança), bem como acompanhamento fisioterápico e nutricional aos participantes. Os usuários são inscritos em apenas uma modalidade e a prática é realizada três vezes por semana com duração de uma hora. O acompanhamento nutricional é realizado por meio de atendimentos individualizados que visam avaliar o estado nutricional e orientar sobre hábitos alimentares saudáveis.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos, considerados aptos a praticar atividade física a partir dos resultados das avaliações física e cardiológica realizadas antes do ingresso no programa. Mulheres grávidas ou lactantes foram excluídas da amostra. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (nº 260/2008) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O atendimento nutricional contemplou dados de identificação, presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), avaliação nutricional e de consumo alimentar.

### Avaliação nutricional

Para a avaliação antropométrica foram aferidos peso, altura e circunferência de cintura (CC) de acordo com a padronização da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup>. A obtenção do peso e da altura possibilitou o cálculo do índice de massa corporal ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ). A classificação do diagnóstico nutricional e da CC seguiram os pontos de corte propostos pela OMS<sup>8,9</sup>. A CC foi utilizada para calcular a razão cintura/estatura [ $RCE = CC \text{ (cm)}/\text{altura \text{ (cm)}}$ ], um indicador para avaliação de risco coronariano elevado quando valores obtidos são superiores a 0,5<sup>10</sup>.

A avaliação da composição corporal ocorreu por meio da aferição das dobras cutâneas bicipital (DCB), tricipital (DCT), subescapular (DCSE) e

suprailíaca (DCSI) com compasso de Lange<sup>11</sup>. Os valores obtidos permitiram o cálculo do percentual de gordura corporal (%G)<sup>12</sup>, posteriormente classificado conforme sugerido por Lohman<sup>11</sup>.

### Consumo Alimentar

O consumo alimentar foi avaliado por meio de recordatório de 24h (R24h), e as medidas caseiras convertidas em gramas ou mililitros<sup>13</sup>. Os dados foram analisados com o auxílio do software de Nutrição Dietwin® Profissional 2006, no qual foram acrescentadas informações nutricionais provenientes de tabelas de alimentos e rótulos de produtos industrializados, quando necessário. A avaliação quantitativa da ingestão alimentar contemplou o consumo calórico e de macronutrientes (carboidrato, lipídio e proteína)<sup>14</sup> e fibras<sup>15</sup>.

Adicionalmente, realizou-se a avaliação da qualidade da dieta consumida por meio da adaptação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) proposto por Previdelli et al<sup>16</sup>. O IQD-R apresenta doze componentes, que combinam diferentes tipos de alimentos, nutrientes e constituintes da dieta, analisando-os em relação às recomendações dietéticas existentes. A soma máxima dos componentes é igual a 100 pontos e quanto maior a pontuação final maior a qualidade da dieta do indivíduo<sup>16</sup>. A alteração empregada neste estudo consistiu na retirada do componente sódio, devido à dificuldade dos pacientes em informar o consumo de sal de adição. Para correção do escore total foi aplicada regra de proporções simples.

### Intervenção nutricional

Na primeira consulta, todos os participantes receberam orientações nutricionais individualizadas relacionadas a hábitos alimentares adequados<sup>17</sup>, conforme o diagnóstico nutricional e a análise do consumo alimentar. As orientações fornecidas foram de caráter qualitativo, sem elaboração de plano alimentar. As modificações alimentares sugeridas visaram à melhora da qualidade da dieta consumida, adequação do peso e composição corporal. A reavaliação nutricional ocorreu 90 dias após a primeira consulta.

### Adesão

Em virtude da perda amostral observada, realizou-se a investigação dos fatores associados ao abandono à intervenção nutricional e ao Projeto. Os dados relacionados à adesão foram obtidos dos servidores que não realizaram a segunda avaliação nutricional por meio de entrevista telefônica realizada seis meses após o ingresso no projeto. Os participantes responderam um questionário estruturado desenvolvido pelos autores contendo 13 perguntas objetivas que buscavam abranger o contexto geral da opção por participar do programa de qualidade de vida e dos motivos de abandono ao acompanhamento nutricional.

### Análise estatística

A análise dos dados ocorreu no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17. As variáveis quantitativas foram testadas quanto à normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. A estatística descritiva contemplou a distribuição de frequências para variáveis qualitativas, média  $\pm$  desvio padrão para variáveis quantitativas paramétricas e mediana (Intervalo de Confiança - IC95%) para as demais variáveis. A relação entre duas variáveis quantitativas paramétricas e não paramétricas foi averiguada por meio da correlação de Pearson e Spermán, respectivamente. Após intervenção nutricional, a comparação de médias ou medianas entre variáveis quantitativas obtidas no primeiro e no segundo atendimento nutricional foi realizada por meio dos testes t de Student Pareado e Wilcoxon, variáveis quantitativas e t Student Simples e Mann Whitney para variáveis independentes. A significância estatística foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 52 indivíduos com média de  $40,8 \pm 8,9$  anos, sendo a maioria do sexo feminino (76,9%). O diagnóstico de excesso de peso ocorreu em 53,8%, segundo o IMC. O percentual de gordura corporal foi classificado como acima da média em 17,3% e risco de doenças associadas à obesidade em

82,7% da população. De acordo com a RCE, 44,2% dos participantes apresentavam risco para desenvolvimento de doenças cardiovas-

culares. A ginástica localizada foi a modalidade com maior número de alunos matriculados (42,3%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil dos funcionários públicos participantes do Projeto Qualidade de Vida no Trabalho – Ginástica no CEU, 2013. (n=52)

Variável	% (n)
<b>Sexo</b>	
Feminino	76,9 (40)
Masculino	23,1 (12)
<b>Índice de Massa Corporal</b>	
Eutrofia	46,2 (24)
Sobrepeso	53,8 (28)
<b>% Gordura</b>	
Acima da média	17,3 (9)
Elevado	82,7 (43)
<b>Relação Cintura/Estatura</b>	
Sem risco de Doenças Cardiovasculares	55,8 (29)
Risco para Doenças Cardiovasculares	44,2 (23)
<b>Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>	
Hipertensão	8,3 (4)
Dislipidemia	8,3 (4)
<b>Modalidade de Atividade Física</b>	
Ginástica localizada	42,3 (22)
Hidroginástica	21,2 (11)
Corrida	19,2 (10)
Dança	17,3 (9)

A ingestão energética média foi de  $1739,0 \pm 588,1$  calorias. O IQD-R adaptado foi de  $72,4 \pm 13,1$  pontos. De todos os componentes analisados, “frutas inteiras”, “vegetais totais”, “cereais totais”, “carnes, ovos e leguminosas” e “gordura saturada” apresentaram maiores escores e conseqüente melhor qualidade (Tabela 2).

### Intervenção nutricional

Vinte e três indivíduos (44,2%) compareceram na segunda consulta nutricional. Os participantes que completaram a intervenção eram mais velhos quando comparados aos demais ( $30,0 \pm 5,4$  vs.  $33,9 \pm 5,4$  anos;  $p=0,017$ ).

Após a intervenção nutricional, os avaliados não apresentaram alteração do peso corporal

( $67,1 \pm 9,8$  vs.  $66,6 \pm 9,7$  kg,  $p=0,149$ ), IMC ( $24,9 \pm 3,2$  vs.  $24,7 \pm 3,1$ ,  $p=0,125$ ), CC ( $79,9 \pm 7,9$  vs.  $78,8 \pm 7,4$  cm,  $p=0,156$ ), RCE ( $0,48 \pm 0,04$  vs.  $0,47 \pm 0,04$ ,  $p=0,196$ ) e %G ( $33,9 \pm 5,1$  vs.  $33,8 \pm 4,9$ ,  $p=0,973$ ), mas tiveram redução significativa na medida de PCT ( $20,96 \pm 5,7$ , vs.  $18,96 \pm 5,8$ ,  $p=0,007$ ) (Tabela 3).

Em relação à avaliação quantitativa do consumo alimentar, não houve mudança significativa na ingestão de energia, nutrientes e escore total do IQD-R adaptado e seus componentes, com exceção do grupo “Carnes, Ovos e Leguminosas” que apresentou melhora após intervenção. [ $8,0$  (IC 95%:  $2,5 - 10,0$ );  $10,0$  (IC 95%:  $2,7 - 10,0$ );  $p=0,030$ ] (Tabela 3).

**Tabela 2.** Caracterização do consumo alimentar quantitativo e qualitativo dos participantes do Projeto Qualidade de Vida no Trabalho – Ginástica no CEU, 2013. (n=52)

Consumo alimentar	Média ± DP ou Mediana (min – max)
<b>Qualitativo</b>	
Escore total IQD-R	72,4 ±13,1
Frutas totais	3,5 (0 - 5,0)
Frutas inteiras	5,0 (0 - 5,0)
Vegetais totais	5,0 (0 - 5,0)
Vegetais verde escuros, laranjados e leguminosas	5,0 (0 - 5,0)
Cereais totais	5,0 (0 - 5,0)
Cereais integrais	5,0 (0 - 5,0)
Leite e derivados	4,32 ± 3,69
Carne, ovos e leguminosas	9,5 (1,0 - 10,0)
Óleos	4,32 ± 3,63
Gordura saturada	10,0 (0 - 10,0)
Gord_AA*	13,36 ± 5,70
<b>Quantitativo</b>	
Valor Calórico Total (VCT - kcal/d)	1739,0 ± 588,1
Carboidratos (% do VCT)	50,5 ± 8,0
Proteínas (% do VCT)	18,1 ± 5,4
Lipídeos (% do VCT)	32,56 ± 10,1
Ácidos Graxos Saturados (% VCT)	9,3 ± 3,4
Fibra (gr)	17,2 ± 8,3

\*Nota: Valor energético proveniente da ingestão de gordura sólida, saturada e trans, álcool e açúcar de adição. VCT: Valor calórico total.

### Adesão

A taxa de abandono à intervenção nutricional foi de 55,8% (n=29). O questionário relacionado à adesão foi respondido por 79,3% dos indivíduos, sendo que destes, seis (20,7%) não foram encontrados devido à mudança de setor ou período de férias. Dentre os principais motivos de ingresso ao programa, incluíram a melhora a qualidade de vida (43,5%), a perda de peso (17,4%) e ambos os objetivos (24,0%). Em relação à avaliação nutricional, 82,6% da amostra afirmaram que se tratar de uma prática importante e 34,8% relataram ter seguido todas as orientações nutricionais sugeridas. (Tabela 4)

Observou-se que 78,3% dos servidores que não aderiram ao acompanhamento nutricional abandonaram também as outras atividades do projeto, sendo que destes, 17,0% não iniciaram

a atividade física. Dentre os que iniciaram as atividades, 25,0% não concluíram um mês de aula. Dos entrevistados, 39,1% sugeriram mudanças no projeto, como por exemplo, maior flexibilidade dos horários das modalidades de atividade física ofertadas, uma vez que a incompatibilidade de horários foi apontada 44,4% dos participantes como a principal causa do abandono ao programa. Outras causas para a não adesão foram falta de motivação (27,8%), problemas de saúde (22,2%) e outros motivos (5,6%), conforme descritas na Tabela 4.

Dentre os servidores inscritos no programa que não aderiram ao acompanhamento nutricional (n=5) (21,7%), 60,0% (n=3) afirmaram ter dificuldade em deixar o trabalho para comparecer a avaliação nutricional e 40,0% (n=2) relataram que a dinâmica da primeira consulta não os motivou a retornar (Tabela 4).

**Tabela 3.** Evolução antropométrica e de consumo alimentar após intervenção nutricional dos participantes do Projeto Qualidade de Vida no Trabalho – Ginástica no CEU, 2013. (n= 23)

Variáveis	Média ± DP/ Mediana (min- max) Inicial	Média ± DP/ Mediana (min- max) Final	Valor P
<b>Antropometria</b>			
Peso (kg)	67,1± 9,8	66,6 ±	0,149
Índice de Massa Corporal (kg/ m <sup>2</sup> )	24,9 ± 3,2	24,7 ± 3,1	0,125
Circunferência de Cintura (cm)	79,9 ± 7,9	78,8 ± 7,4	0,156
Relação Cintura/Estatura	0,5 ± 0,0	0,47 ± 0,04	0,196
Dobra Cutânea Tricipital (mm)	21,0 ± 5,7	18,96 ± 5,8	0,007
<b>Consumo alimentar qualitativo</b>			
Escore total do IQD-R	75,6 ± 13,7	76,6 ± 12,4	0,804
Frutas totais	4,0 (0,0 - 5,0)	5,0 (0,0 - 5,0)	0,245
Frutas inteiras	5,0 (0,0 - 5,0)	5,0 (0,0 - 5,0)	0,972
Vegetais totais	5,0 (0,0 - 5,0)	5,0 (0,0 - 5,0)	0,433
Vegetais verde escuros, alaranjados e leguminosas	5,0 (0,0 - 5,0)	5,0 (0,0 - 5,0)	0,182
Cereais totais	5,0 (0,0 - 5,0)	5,0 (1,7 - 5,0)	0,953
Cereais integrais	1,0 (0,0 - 5,0)	0,0 (0,0 - 5,0)	0,061
Leite e derivados	4,5± 3,4	4,6 ± 3,7	0,923
Carne, ovos e leguminosas	8,0 (2,5-10,0)	10,0 (2,7 - 10,0)	0,03
Óleos	10,0 (6,0 - 10,0)	10,0	0,317
Gordura saturada	10,0 (4,1 - 10,0)	10,0 (1,9 - 10,0)	0,249
Gord_AA*	15,1± 5,8	13,9 ± 5,5	0,507
<b>Consumo alimentar quantitativo</b>			
Energia (kcal/ d)	1757,5 ± 146,6	1809,0 ± 119,1	0,682
Carboidratos (% VCT)	57,2 ± 1,9	47,9 ± 1,7	0,068
Proteínas (% VCT)	17,3 ± 0,9	19,0 ± 1,5	0,345
Lipídeos (% VCT)	30,3 ± 1,8	33,9 ± 1,9	0,109
Ácidos Graxos Saturados (%VCT)	8,4 ± 0,6	10,0 ± 0,6	0,085
Fibra (gr)	16,9 ± 1,7	17,4 ± 1,1	0,793

\*Nota: Valor energético proveniente da ingestão de gordura sólida, saturada e trans, álcool e açúcar de adição.

## DISCUSSÃO

A maioria dos indivíduos em estudo apresentou excesso de peso e elevado percentual de gordura corporal. Além disso, baixa ingestão de fibras segundo as recomendações para essa população<sup>15</sup>. Tais fatores estão associados ao aparecimento de doenças crônicas e ao aumento do risco de mortalidade<sup>18</sup>. Dessa forma, fica

evidente que intervenções nutricionais que envolvam a redução do peso corporal e melhora da composição corporal devem ser estimuladas<sup>19,20</sup>. No presente trabalho o desejo de redução do peso não foi considerado a principal causa de ingresso ao programa, no entanto é sabido que a melhora da qualidade de vida desejada envolve a adequação do peso, pois apresenta como foco central a promoção da saúde<sup>19</sup>.

**Tabela 4.** Variáveis associadas à baixa adesão de servidores públicos, avaliados no primeiro semestre de 2013, ao Projeto Qualidade de Vida no Trabalho - Ginástica no CEU, 2013. (n= 23)

Variável	% (n)
<b>Motivo de ingresso ao Programa</b>	
Necessidade de perda de peso	17,4 (4)
Melhora da qualidade de vida	43,5 (10)
Ambos	30,4 (7)
Outros	4,3 (1)
Não responderam	4,3 (1)
<b>Considera a Avaliação nutricional importante</b>	
Sim	82,6 (19)
Não	17,4 (4)
<b>Classificação das orientações Nutricionais</b>	
Difíceis	13,1 (3)
Moderadas	30,4 (7)
Fáceis	56,5 (13)
<b>Orientações nutricionais seguidas</b>	
Todas	34,8 (8)
Apenas uma	21,7 (5)
Nenhuma	17,4 (4)
Não lembra	17,4 (4)
Não sabe responder	8,7 (2)
<b>Motivo para não aderir à intervenção nutricional</b>	
Não houve motivação na primeira avaliação	12,0 (3)
Não conseguiu seguir as orientações	-
Seguiu as orientações, mas não obteve a mudança desejada	-
Outros	28,0 (6)
Não responderam	60,0 (14)
<b>Mantém-se ativo no Projeto</b>	
Sim	21,7 (5)
Não	78,3 (18)
<b>Iniciaram a prática de atividade física orientada</b>	
Sim	82,6 (19)
Não	17,4 (4)
<b>Motivo de desistência do Programa*</b>	
Incompatibilidade de horários	32,0 (7)
As aulas não superaram expectativas	8,0 (2)
As avaliações não superaram expectativas	28,0 (6)
Falta de motivação do participante	20,0 (5)
Problemas de saúde	16,0 (4)
Outros	36,0 (8)
<b>Sugerem mudanças ao projeto</b>	
Sim	39,1 (9)
Não	60,9 (14)

Nota: \*era possível escolher mais de uma resposta

Apesar de a avaliação nutricional ter sido considerada importante pela maioria dos participantes (82,6%), os métodos utilizados não foram suficientes para estimular a adesão ao projeto. Estudos descrevem que a mudança de hábitos alimentares por meio da intervenção nutricional ainda é limitada, seja ela individual ou em grupo<sup>1,21,22</sup>. Um dos fatores que influencia no resultado de intervenções que objetivam alterar o padrão alimentar é a frequência aos atendimentos<sup>21</sup>. Teixeira *et al*<sup>22</sup> em estudo com mulheres participantes do Programa Academia da Cidade de Aracaju, observaram que o grupo que recebeu intervenção nutricional durante dois meses, totalizando sete encontros com atividades práticas e teóricas apresentou melhoras nos hábitos alimentares e no peso corporal, em comparação ao grupo que recebeu uma única intervenção nutricional com apenas orientações gerais<sup>22</sup>.

Altas taxas de abandono às intervenções focadas em modificações alimentares também foram observadas por outros autores<sup>1,23</sup>. Em estudo de acompanhamento ambulatorial individual para reeducação alimentar e emagrecimento realizado com 80 indivíduos adultos de ambos os sexos, apenas 22,7% da amostra permaneceu até o final do estudo. A baixa adesão foi associada ao método de intervenção utilizado. Os autores sugeriram que a realização de intervenções em grupo poderia contribuir para o aumento da adesão, tendo em vista que o acompanhamento individual não foi suficiente para motivar os participantes<sup>23</sup>.

Verifica-se que não existe um consenso na literatura sobre qual método possui melhor impacto na adesão aos programas de intervenção nutricional. Um estudo realizado com 92 indivíduos adultos diagnosticados com DCNT e excesso de peso encontrou que 41,2% da amostra aderiu ao programa proposto, sendo que a taxa de abandono foi superior a 50%, tanto no grupo que recebeu apenas acompanhamento nutricional individual, quanto no grupo que participou de intervenções individuais e em grupo<sup>1</sup>.

Entretanto, apesar da taxa de abandono à intervenção nutricional encontrada no presente estudo ser superior a 50%, aproximadamente

80% dos servidores que não realizaram a segunda avaliação já haviam abandonado o programa. Ao deixar a prática de atividade física o servidor obrigatoriamente interrompe o acompanhamento nutricional, pois perde o direito de retornar às avaliações. Tal fato ressalta a importância da motivação dos indivíduos em programas multidisciplinares, principalmente aqueles que associam atividade física e mudanças dos hábitos alimentares e apresentam longa duração<sup>4</sup>.

As principais razões de não adesão relatadas em estudos que objetivam alterações nos modos de vida são a falta de tempo para participação, desinteresse com a proposta da pesquisa, problemas pessoais, familiares e de saúde e, a estratégia utilizada<sup>5,24</sup>. Assim como apresentado na literatura, o presente estudo encontrou como motivos de não adesão o aparecimento de problemas de saúde e a ausência de tempo para comparecer às atividades. Por outro lado, a não efetividade da intervenção nutricional também pode ter desmotivado a continuidade do tratamento, o foi apontado por Inelmen *et al*<sup>5</sup> como fator que contribuiu para aumentar a taxa de abandono.

Bautista-Castaño *et al*<sup>25</sup> avaliaram os fatores preditivos da adesão em estudo com 1018 indivíduos que apresentavam excesso de peso inscritos em programa de intervenção nutricional e estímulo à prática de atividade física. Os autores sugeriram que intervenções com o objetivo de perda de peso e mudança de modos de vida são menos eficazes para indivíduos do sexo feminino, com IMC elevado, mais jovens e que já tentaram perder peso anteriormente. Em outro estudo de reeducação alimentar com 116 indivíduos, associação positiva foi observada entre adesão e maior IMC.<sup>4</sup> Entretanto, no presente estudo apenas a idade foi um fator preditivo da adesão tendo em vista que os servidores que permaneceram no estudo apresentaram idade mais avançada em relação aqueles que abandonaram a intervenção. No trabalho de Toledo *et al*<sup>26</sup> indivíduos mais velhos apresentaram maior adesão a aconselhamentos sobre modos de vida saudáveis. Com o avançar da idade, ocorre maior probabilidade de DCNT<sup>27</sup> e por isso, a maior preocupação com questões associadas à saúde.

## CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou elevada prevalência de excesso de peso e de gordura corporal, e não foram observadas melhoras significativas nesse quadro após a intervenção nutricional. Adicionalmente, observou-se baixa adesão dos participantes ao programa de qualidade de vida e à intervenção nutricional. Tal fato pode ter afetado os resultados da intervenção nutricional tendo em vista que a adesão é fundamental para o sucesso do tratamento. Ressalta-se que possíveis fatores associados ao abandono de estratégias promotoras da qualidade de vida, como a duração ideal da intervenção, os métodos mais

efetivos disponíveis, e a implicação do apoio familiar e social, ainda não estão claramente descritos na literatura. Entretanto, ao se investigar as razões para o abandono das atividades neste estudo, a falta de motivação foi apontada como uma das principais causas, o que sugere a necessidade de buscar novos métodos de intervenção que incentivem os indivíduos à continuidade do acompanhamento. Dessa forma, a avaliação de estratégias de intervenção e dos motivos da não adesão torna-se importante, pois permite a reestruturação dos métodos utilizados no intuito de aumentar a participação dos indivíduos e alcançar os resultados esperados.

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev Nutr.* 2010; 23(3): 323-333.
2. Ferreira HS, Silva WO, Santos EA, Bezerra MKA, Silva BCV, Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Rev. Nutr.* 2013; 26(5): 539-549.
3. Mallarino C, Gómez LF, González-Zapata L, Cadena Y, Parra DC. Advertising of ultra-processed foods and beverages: children as a vulnerable population. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(5): 1006-1010.
4. Bueno JM, Leal FS, Saquy LPL, Santos CB, Ribeiro RPP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev Nutr.* 2011; 24(4): 575-584.
5. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, *et al.* Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes.* 2005; 29(1): 122-128.
6. Assunção TS, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(2): 2189-2197.
7. World Health Organization. Health topics: obesity. Consulted at 23 November 2010, on <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
8. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.
9. World Health Organization. Waist Circumference and Waist–Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. WHO, Geneva, 2011.
10. Haun DR, Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(6): 705-11.
11. Harrison GG *et al.* Skinfold thicknesses and measurement technique. In T.G. Lohman; A.F. Roche; R. Martorell (Orgs). *Anthropometric Standardization Reference Manual.* Champaign IL: Human Kinetics, 1988; 55-80.
12. Durnin JVG, Womersley P. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurement in 481 men and women aged from 16 to 72 years. *British Journal of Nutrition.* 1974; 32(1): 77-79.
13. Pinheiro, ABV *et al.* Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
14. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf)
15. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Washington, D.C.: National Academy Press. 2002.
16. Previdelli AN, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SRG, Fisberg RM, Marchioni DM. Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(4): 794-798.
17. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
18. Sasaki CAL, Santos JO, Nogueira JAD, Fontana KE, Oliveira RJ. Efeito da suplementação oral com ácido linoleico conjugado associado ao treinamento físico sobre a gordura corporal de ratos. *Rev. Educ. Fis.* 2013; 24(1): 103-109.

19. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1): 7-18.
20. Pedroni JL, Rech RR, Halpern R, Marin S, Roth LR, Sirtoli M et al. Prevalência de obesidade abdominal e excesso de gordura em escolares de uma cidade serrana no sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(5): 1417-1425.
21. Silva RS, Silva I, Silva RA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 115-120.
22. Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DAS, Costa D, Costa JO, Raposo OFF, et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18(2): 347-356.
23. Alvarez TS, Zanella MT. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Rev Nutr*. 2009; 22(1): 71-79.
24. Busnello FM, Bodanese LC, Pellanda LC, Santos ZEA. Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 97(3): 217-224.
25. Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of spanish subjects. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(5): 697-705.
26. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(3): 540-548.
27. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr*. 2004; 17(4): 523-33.