CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO
CAMPUS SÃO PAULO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ELTON HERMES OLIVEIRA

ESTILO DE VIDA DE PROFESSORES DE UMA REDE EDUCACIONAL CONFESSIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

São Paulo
2016

ELTON HERMES OLIVEIRA

ESTILO DE VIDA DE PROFESSORES DE UMA REDE EDUCACIONAL CONFESSIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Adventista de São Paulo, Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, sob orientação da Profª. Drª Maria Dyrce Dias Meira.

São Paulo
2016

Dissertação apresenta ao Centro Universitário Adventista de São Paulo - Programa de Mestrado em Promoção da Saúde aprovada em ___/___/___.

_____

Orientador

_____

Prof. Dr. Carlos Antonio Teixeira

_____

Profª Drª Gina Andrade Abdala

A minha esposa Miriam Aparecida Hidalgo Oliveira, filhos: Luciano Rodrigues Oliveira, Pollyanne Rodrigues Oliveira, Maria Luiza Martins Souza e Silva, Elton Hermes Oliveira Junior e Letícia Emídio pelo apoio incondicional que me proporcionaram durante esse periodo de estudo.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por tudo de bom que Ele me tem concedido ao longo da minha vida.

- Ao Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP-SP, por oferecer o curso de mestrado de alta qualidade.

- À Associação Paulistana da Igreja Adventista do Setimo Dia, representada pelo Pastor Sidionil Biazzi, tesoureiro Rubens Carvalho pelo professor Lourisnei Fortes Reis.

- Aos meus pais (in memoria) que sempre estiveram ao meu lado durante a minha trajetória estudantil.

- À minha esposa Miriam Aparecida Hidalgo Oliveira pelo seu companheirismo e incentivo.

- Aos filhos, em especial o Luciano e sua esposa Tayna (enfermeiros) que participaram comigo na coleta de dados para esta pesquisa.

- Aos professores da rede educacional adventista que aceitaram bondosamente participar desta pesquisa.

- À Profª Drª Maria Dyrce Dias Meira (orientadora) que sempre acreditou na minha capacidade, oferecendo o suporte necessário para a conclusão do curso.

- Aos professores Prof Dr Carlos Antonio Teixeira e Profª Drª Gina Andrade Abdala pelo apoio prestados durante o período de estudos.

- Às professoras Cristina Zukowsky Tavares e Odete Santelle, pelas preciosas contribuições na banca de qualificação.

- Aos demais professores do mestrado que diretamente ou indiretamente contribuíram agregando conhecimento e experiência ao meu currículo acadêmico.

Um homem não pode fazer o certo numa área da vida, enquanto está ocupado em fazer o errado em outra. A vida é um todo indivisível.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Introdução: os fatores apontados como causadores de enfermidades no grupo de docentes são múltiplos e complexos. Pesquisadores apontam para o fato de que as doenças modernas estão relacionadas com a maneira como se vive. **Objetivo**: analisar o perfil do estilo de vida e alguns indicadores de saúde de professores da educação básica de uma rede educacional confessional na Região Metropolitana de São Paulo. **Método**: estudo de abordagem quantitativa descritivo e exploratório de corte transversal realizado com 311 professores. Foram aplicados o questionário de Estilo de Vida FANTASTICO e o de dados sociodemográficos e saúde. Realizada análise estatística descritiva e analítica com associação entre estilo de vida e as variáveis Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, Glicemia capilar e Índice de Massa Corporal, utilizando o teste ANOVA Two Way e Regressão Logística. **Resultados**: a idade dos participantes variou entre 18 e 64 anos (36,8 anos, dp= 8,436), sendo 61 (19,6%) do sexo masculino e 250 (80,4%) feminino. Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino quanto ao estilo de vida, IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica (p> 0,05). Verificou-se no grupo estudado, uma prevalência de 11,6% de Hipertensão, 9,3% de Diabetes Mellitus tipo 2 auto-referida, e 23,4% de sobrepeso e obesidade. Quanto ao escore total do estilo de vida FANTASTICO, prevaleceram os conceitos “muito bom e excelente” para homens 74,4% (±9,4) e para mulheres 73,7 (±8,3). No entanto, quando se avaliou por dimensões, a “Atividade” apresentou valores abaixo da média, sendo 2,41 (±2,08) para homens e 2,68 (± 217) para mulheres, mas sem significância estatística entre eles (p= 0,376). Na dimensão “Alcool”, a média foi de 11,95 (± 0,22) para homens e 11,99 (±0,089) para mulheres, considerada estatisticamente significante (p= 0,022). **Conclusão**: observou-se que, estatisticamente, não houve diferenças entre as médias apresentadas para IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica e o escore total do Questionário FANTASTICO, segundo o sexo. Embora, no grupo pesquisado, o sexo feminino tenha apresentado taxas maiores comparado ao sexo masculino para Diabetes Mellitus tipo II, e Obesidade, presume-se que essas alterações possam estar relacionadas à dimensão “Atividade” do questionário FANTASTICO que, mesmo sem significância estatística, apresentou valores abaixo da média. Estes dados podem ser indicativos de um certo grau de sedentarismo, no qual estão expostos estes profissionais. Ressalta-se, portanto, a importância da prática de hábitos saudáveis para a promoção da saúde e estudos mais robustos na área para que possam indicar melhorias a serem implementadas no estilo de vida dos professores.

Palavras-chave: Estilo de vida; Saúde do Trabalhador; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Obesidade.

ABSTRACT

Introduction: the factors identified as causing illness among teachers are multiple and complex. Researchers point to the fact that modern diseases are related to the way we live. **Objective:** To analyze the lifestyle profile and some health indicators of basic education teachers of a confessional educational network in the Metropolitan Region of São Paulo. **Methods:** quantitative descriptive and exploratory cross-sectional study conducted with 311 teachers. The FANTASTICO Lifestyle and the sociodemographic and health data questionnaires were applied. Descriptive and analytical statistical analysis was carried out with association between lifestyle and the variables Systolic and Diastolic Blood Pressure, Capillary Glycemia and Body Mass Index, using the Two Way ANOVA and Logistic Regression. **Results**: the age of participants ranged from 18 to 64 years (36.8 years, SD = 8.436), 61 (19.6%) males and 250 (80.4%) females. There were no statistically significant differences between male and female regarding lifestyle, BMI, capillary glycemia, systolic and diastolic pressure ($p > 0.05$). A prevalence of 11.6% of hypertension, 9.3% of type 2 diabetes mellitus, and 23.4% of overweight and obesity was verified in the group studied. Regarding the total FANTASTIC lifestyle score, the concepts "very good and excellent" prevailed for men 74.4% (±9.4) and for women 73.7 (±8.3). However, when measured by dimensions, "Activity" presented values below the average, 2.41 (±2.08) for men and 2.68 (±217) for women, but without statistical significance between them ($p = 0.376$). In the "Alcohol" dimension, the average was 11.95 (±0.22) for men and 11.99 (±0.089) for women, considered statistically significant ($p = 0.022$). **Conclusion**: it was observed that, statistically, there were no differences between the means presented for BMI, capillary glycemia, systolic and diastolic pressure and the total FANTASTICO Questionnaire score, according to sex. Although in the studied group, females presented higher rates than males for Type II Diabetes Mellitus and Obesity, it is assumed that these alterations may be related to the "Activity" dimension of the Lifestyle according to FANTASTICO, which even Without statistical significance, presented below-average values indicative of a degree of sedentary lifestyle that these professionals are exposed to. Therefore, we highlight the importance of practicing healthy habits for health promotion and also the need of more robust studies in the area to further improve the lifestyle of these teachers.

Key words: Lifestyle; Worker's health; Diabetes Mellitus; Hypertension; Obesity

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas quanto a cor, trabalho e nível de escolaridade..... 36

Tabela 2 – Distribuição dos docentes de acordo com a frequência da Hipertensão nos estágios 1, 2 e 3, Diabetes Mellitus (auto-referida) e Obesidade grau I, II e III (n= 311) 36

Tabela 3 – Distribuição dos indicadores de saúde, idade e escore do FANTASTICO total, segundo o sexo, pelo teste *t* de Student (n=311) 37

Tabela 4 - Distribuição dos professores de acordo com a classificação da pressão arterial sistolica, segundo o sexo..... 37

Tabela 5 - Distribuição dos professores de acordo com a classificação da pressão arterial diastólica, segundo o sexo..... 38

Tabela 6 – Níveis da glicemia capilar em jejum, pós-prandial com DM2 auto referida dos professores segundo o sexo..... 38

Tabela 7 – Distribuição dos professores de acordo com a classificação do IMC, por sexo (n= 298) 39

Tabela 8 – Classificação das categorias do Estilo de Vida – FANTASTICO e escore total, segundo sexo (Man Whitney) 40

Tabela 9 – Média, desvio padrão (dp), mínimo e máximo, das dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO..... 41

Tabela 10 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “Família e Amigos” segundo o sexo, seguido do “valor de *p”* (ANOVA - Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 42

Tabela 11 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “Atividade” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 44

Tabela 12 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “tipo de comportamento” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 46

Tabela 13 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “Nutrição” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 48

Tabela 14 – Comparações múltiplas de Tukey de Nutrição por sexo *IMC... 49

Tabela 15 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “cigarro e drogas” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 51

Tabela 16 - Frequência absoluta da dimensão “álcool” por sexo e pressão sistólica, diastólica, glicemia capilar e IMC, seguido do p-valor da regressão 52
logística.....

Tabela 17 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “Sono, cinto de segurança, estrese e sexo seguro” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 53

Tabela 18 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “Introspecção” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 55

Tabela 19 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão “Trabalho” por sexo, seguido do valor de *p* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos..... 57

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidentes Vascular Cerebral
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CEP – Comite de Ética em Pesquisa
CC – Circunferência de Cintura
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV – Doenças Cardiovasculares
DM – Diabetes Mellitus
DP – Desvio Padrão
EV – Estilo de Vida
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IDF – International Diabetes Federation
IMC – Índice de Massa Corporal
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
JNC – Joint National Committee
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
OC – Obesidade Central
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PAD – Pressão Arterial Diastólica
QF – Questionário FANTASTICO
QV – Qualidade de Vida
SAM – Salários Mínimos
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Justificativa 15
1.2 Motivação para o estudo 16
1.3 Objetivos 16
1.4 Problema e hipóteses 16
2 METODOLOGIA 18
2.1 Casuística 18
2.2 Materiais 19
2.3 Métodos 20
2.3.1 Instrumento de coleta de dados 20
2.3.2 Coleta de dados 22
2.3.3 Análise dos dados 23
3 DESENVOLVIMENTO 25
3.1 Estilo de Vida e Promoção da Saúde 25
3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Estilo de Vida 27
3.2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica 28
3.2.2 Diabetes Mellitus Tipo 2 30
3.2.3 Obesidade 32
3.3 Estilo de Vida e saúde de professores 34
3.4 Resultados 35
3.4.1 Pressão Arterial Sistólica e Diastólica 37
3.4.2 Glicemia capilar 38
3.4.3 Indice de Massa Corporal 39
3.4.4 Estilo de Vida 40
3.5 Discussão 58
3.5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica 58
3.5.2 Diabetes Mellitus Tipo 2 60
3.5.3 Obesidade 62
3.5.4 Estilo de Vida 63
4 CONCLUSÃO 65
5 REFERÊNCIAS 67
APÊNDICES 79
ANEXOS 82

1 INTRODUÇÃO

Quando se pensa em estilo de vida, naturalmente vem à mente como propostas, abster-se de determinados itens que habitualmente são usados ou, uma meta impossível de ser alcançada. Mas, o que é realmente estilo de vida? Nos dicionários da língua portuguesa não há definições para o termo “estilo de vida” (FINOTTI, 2004).

Na língua portuguesa existem definições específicas para a palavra “estilo” que segundo o dicionário Aurélio, significa: uso, costume, prática, praxe, maneira de tratar, de viver; procedimento, conduta, modos; moda. Para a palavra “vida” o significado pode ser: o período de tempo que decorre desde o nascimento até à morte dos seres, modo de viver, comportamento, alimentação e necessidade da vida, ocupação, profissão, carreira, etc. (FERREIRA, 1995).

No inglês é possível identificar o termo *“lifestyle”* que é a junção das palavras “*life*” e “*style*” (*a person's way of life*) que significa: modo de viver de uma pessoa (EHRLICH *et al*., 2000).

Analisando o termo “estilo de vida” pela visão da teoria sociológica de autores renomados do passado, pode se afirmar que essa temática se destaca e ao longo das décadas vem ganhando reconhecimento considerável. Seu efeito na vida do indivíduo é facilmente identificável, pois envolve aspecto do comportamento humano que é expressivo. Sem esse atributo, o estilo de vida não seria reconhecível. Do ponto de vista da teoria sociológica o estilo de vida é um comportamento expressivo e observável (SOBEL, 1981).

O sociólogo Durkheim (1963) conceitua estilo de vida como as “maneiras de agir, pensar e sentir”. Ou seja, existe uma inter-relação do indivíduo com o aspecto psico-afetivo, biológico-comportamental e sócio-cultural.

O estilo de vida para Kotler (1998, p.172), possui elementos que estão intimamente ligados ao padrão de vida do indivíduo. Na opinião desse autor, o estilo de vida “retrata a pessoa por inteiro”, inclusive o modo como ele interage com o seu ambiente.

Rapley (2003, p. 93-99) entende que o estilo de vida é “como o indivíduo gere a sua própria vida, se relaciona consigo próprio, com as outras pessoas e com o ambiente”. Traduz-se em satisfação, bem-estar, competência, capacitação e aceitação social.

Para Sorokin (*apud* GONÇALVES, 2004 p.3), estilo de vida é “tudo o que o indivíduo aprende a fazer para viver numa comunidade particular”. Isto significa dizer que para viver, agir e dominar o meio é necessário que se conquiste uma cultura particular.

Sheth (2001, p. 348) define estilo de vida “o modo como as pessoas vivem”. Esse modo simples de conceituar o estilo de vida pressupõe alcançar o indivíduo em todas as suas dimensões: individual, coletivo, social e ambiental.

Segundo Dias *et al*. (2011, p. 68) o estilo de vida é:

> “[...] o fator que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das atividades e no comportamento em geral (...). O estilo de vida reflete o que as pessoas pensam de si mesmas e o que valorizam”.

Para Sallis e Owen (1999), o estilo de vida é a somatória de ações conscientes praticadas no dia a dia. Segundo eles, o estilo de vida só sofrerá alguma alteração se o indivíduo concluir de forma consciente, que algum comportamento poderá ou não trazer dividendos que possam contribuir para fortalecer suas atitudes e valores adquiridos ao longo da vida.

Neste estudo, o conceito de estilo de vida é abordado na perspectiva de Nahas *et al*. (2000, p. 50) que diz:

> O estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados ã percepção de qualidade de vida que o indivíduo traz consigo.

Considerou-se também a definição do estilo de vida segundo Rocher (1989, p. 106), que definiu o estilo de vida como *“as maneiras de viver”.* Nesta poucas palavras esse autor resume de forma simples a complexidade desse assunto. Por “maneiras”, o referido autor, pressupõe o relacionamento do indivíduo com o meio sociocultural, socioeconômico e com o meio ambiente, enquanto, *“viver*” expõe os seus desejos, vontades e aspirações em possuir um sentido para a vida.

Neste contexto, se torna importante destacar o conceito de qualidade de vida que, segundo Hermann (1993), embora esse termo tenha se tornado popular, muitos o interpretam de modos diferentes. Existem aqueles que defendem a qualidade de vida como “a satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal, de bem-estar” (SHUMAKER *et al*., 1990 p. 96).

Por outro lado, para Nahas *et al*., (2000, p. 50), qualidade de vida é:

> A inter-relação mais ou menos harmoniosa dos fatores que moldam o cotidiano do ser humano resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente pode ser chamada de qualidade de vida. Em geral, associam-se à expressão qualidade de vida fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição e até espiritualidade e dignidade. Difícil de se definir objetivamente qualidade de vida, que pode ser considerada como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Especificamente quanto aos professores, percebe-se um aumento de problemas relacionados a sua saúde que impactam e são impactados pelo estilo de vida adotado (CRUZ *et al*., 2005). Os distúrbios psicológicos, esgotamento mental, depressão, stress, disfonia (JARDIM *et al*., 2007; SLIWINSKA-KOWALSKA *et al*., 2006; GARRIDO, 2005), hipertensão e diabetes, são agravantes corriqueiros decorrentes de suas atividades profissionais (CRUZ, LEMOS, 2005; GASPARINI *et al*., 2005; PHILIPS *et al*., 2008).

1.1 Justificativa

Embora o grupo dos docentes represente um número expressivo entre os prestadores de serviços (INEP, 2009), existe escassez de trabalhos feitos com esses profissionais relacionados ao estilo de vida (SANTOS; MARQUES, 2013). Ações que promovam um estilo de vida saudável precisam ser desenvolvidas envolvendo os professores, como é a proposta desta pesquisa.

Estudos indicam que um grande percentual da população tem risco de desenvolvimento de doenças decorrentes de alterações da pressão arterial e da glicemia, sendo que os professores, por trabalharem em ambientes muitas vezes estressantes podem ter esses riscos agravados (JARDIM *et al*., 2007; SLIWINSKA-KOWALSKA *et al*., 2006; CRUZ, LEMOS, 2005; GASPARINI *et al*., 2005; GARRIDO, 2005; PHILIPS *et al*., 2008; PORTO *et al*., 2004; DELCOR *et al*., 2004). A análise dos dados do estilo de vida, dos níveis da pressão arterial, da glicemia capilar e do Índice de Massa Corporal (IMC) dos docentes, participantes deste estudo, poderá contribuir para melhor compreender a relação entre estilo de vida e condição de saúde dos professores.

1.2 Motivação para o estudo

A temática deste estudo foi de interesse pessoal, porque atuando como professor percebi a necessidade que os mesmos têm de adotarem um estilo de vida saudável. É desejo do pesquisador, que este estudo possa incentivar a reflexão por parte dos professores quanto a adoção de um estilo de vida pessoal mais saudável, incentivando as práticas que promovam melhorias na qualidade de vida desses profissionais.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil do estilo de vida e alguns indicadores de saúde de professores da educação básica de uma rede educacional confessional na Região Metropolitana de São Paulo

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar a prevalência de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 e Obesidade entre esses professores.
2. Avaliar os níveis da pressão arterial, glicemia capilar e Índice de Massa Corporal de professores da educação básica dessa rede educacional.
3. Descrever o estilo de vida adotado por professores da educação básica da uma rede educacional.
4. Investigar associação entre estilo de vida e os níveis da pressão arterial, glicemia capilar e Índice de Massa Corporal professores participantes deste estudo.

1.4 Problema e hipótese

Considerando os autos índices das doenças relacionadas aos hábitos de saúde pouco saúdáveis, questiona-se: existe associação entre o estilo de vida em saúde e os níveis da pressão arterial, da glicemia capilar e do IMC de professores

da educação básica de uma rede educacional confessional da Região Metropolitana de São Paulo?

A hipótese preconizada, após concluído este estudo, é de que o estilo de vida dos professores da educação básica da rede educacional estudada é inversamente associado aos níveis normais da pressão arterial, da glicemia capilar e do IMC.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido na perspectiva da linha de pesquisa “Qualidade e Estilo de Vida na Promoção da Saúde” do programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP-SP).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo-SP (CEP/UNASP-SP). CAEE 35813614.9.0000.5377 datado de 30/09/2014 (ANEXO A). A pesquisa atende às recomendações da resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006). Foram também respeitadas as diretrizes preconizadas pela declaração de Helsink (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2013).

2.1 Casuística

A população do estudo foi constituída por professores de uma rede educacional confessional na Região Metropolitana de São Paulo.

Foram convidados a participar os 358 professores da Educação Básica (Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II e Ensino Médio), que perfizeram o total de docentes que trabalham em 10 escolas de uma rede educacional confessional que atende a Região Metropolitana da cidade de São Paulo. A adesão voluntária foi efetivada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), preenchido em duas vias (APÊNDICE A).

O quadro 1 relaciona as escolas e o número de professores de cada uma delas.

Quadro 1 - Escolas que compõem a rede educacional

ESCOLA	LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE PROFESSORES
Escola 1	Americanopolis – Capital	37 Professores
Escola 2	Brooklin – Capital	23 Professores
Escola 3	Campo Grande – Capital	17 Professores
Escola 4	Cidade Ademar – Capital	35 Professores
Escola 5	Interlagos – Capital	29 Professores
Escola 6	Lapa – Capital	41 Professores
Escola 7	Liberdade – Capital	66 Professores
Escola 8	Santo Amaro – Capital	33 Professores
Escola 9	Pedreira – Capital	20 Professores
Escola 10	Vila Yara – Região Metropolitana	57 Professores
TOTAL	**10 Escolas**	**358 Professores**

Fonte: Elaborado pelo autor.

A amostra foi de cunho não-probabilístico. Para esse tipo de amostra, “os participantes são escolhidos em função de sua semelhança e disponibilidade imediata” em participar da pesquisa (REA, PARKER, 2000 p.150).

Foram incluídos os professores da educação básica que atuam em sala de aula com idade superior a 18 anos, (Fundamental Nível I, Fundamental Nível II e Ensino Médio), que aceitaram participar da pesquisa após a assinatura do TCLE.

Foram excluídos os diretores, coordenadores pedagógicos, orientadores pedagógicos, professores afastados por licença médica, licença maternidade, em gozo de férias, profissionais eventuais e os que não estavam exercendo a função docente em sala de aula no período da coleta de dados.

2.2 Materiais

Para a mensuração da pressão arterial foi empregado o monitor de pressão arterial automático modelo HEM-7200, marca Omron fabricado por: OMRON (DALIAN) CO., LTD. Dalian Economicand Technical Development. Distribuído no Brasil por: Omron Healthcare Brasil Representação e Distribuição de Produtos Médico-Hospitalares Ltda.

Para o teste de glicemia capilar utilizou-se o aparelho Accu-Chek Performa, marca Roche, tiras, lancetas e lancetadorAccu-Chek, marca Roche, distribuído no Brasil por Roche Diagnostica Brasil Ltda e caixa DescarpacK.

A altura foi medida utilizando-se um Estadiômetro Standard Sanny, código: ES2030, fabricado por: American Medical do Brasil Ltda, Campo de Medição: 80cm até 220 cm. Resolução: Milímetros. Largura do Perfil de Alumínio: 4 cm**.**

Para a mensuração do peso foi utilizada a balança digital modelo HBF-214 marca Omron fabricado por: OMRON (DALIAN) CO., LTD. Dalian Economicand Technical Development, distribuído no Brasil por: Omron Healthcare Brasil Representação e Distribuição de Produtos Médico-Hospitalares Ltda. Com os dados da altura e do peso a balança já faz o cálculo do IMC.

Para análise estatística descritiva e inferencial dos dados, utilizou-se o pacote estatístico SPSS para Windows, versão 22.

2.3 Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e exploratório de corte transversal. Segundo Gil (2010, p. 35), as pesquisas desse tipo são caracterizadas “pela interrogação direta a pessoas cujo comportamento se deseja conhecer” e tem como vantagens o conhecimento direto da realidade, economia e rapidez, bem como a quantificação dos dados. Para esse autor, as pesquisas descritivas visam descrever as características de determinada população ou fenômeno com a possibilidade de estabelecer relações entre as variáveis, enquanto a exploratória tem a intenção de familiarizar o pesquisador com a temática em questão por meio de levantamento bibliográfico e contato com a população alvo.

2.3.1 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o questionário Estilo de Vida FANTASTICO (ANEXO B), validado no Brasil por Rodriguez-Añez et al (2008) e também por Silva *et al*. (2014), com adaptação transcultural para o português de Portugal e também o formulário de dados sócio-demográficos e de saúde, elaborado pelo pesquisador.

O questionário Estilo de Vida FANTASTICO foi desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá (WILSON, CILISKA, 1984), como um instrumento para auxiliar no conhecimento e mensuração do estilo de vida dos respondentes. A palavra “FANTASTICO” deriva do acrônimo FANTASTIC. Cada letra é utilizada para representar os nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens:

- F = *Family andfriends* (família e amigos);
- A = *Activity* (atividade física);
- N = *Nutrition* (nutrição);
- T = *Tobacco e toxics* (cigarro e drogas);
- A = *Alcohol* (álcool);
- S = *Sleep*, *seatbelts*, *stress*, *safe sex* (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro);
- T = *Typeofbehavior* (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B);
- I = *Insight* (introspecção);
- C = *Career* (trabalho; satisfação com a profissão).

Em 2008, Rodriguez-Añez *et al*. (2008) traduziram e validaram no Brasil o questionário Estilo de Vida FANTASTICO. O trabalho de tradução recebeu aprovação de pessoas especialistas e conhecedoras do idioma inglês. Posteriormente, à tradução, como meio de verificar se o texto traduzido seria facilmente compreendido, foram convidados 18 indivíduos para responder as perguntas do questionário.

Para o processo de validação, 62 adultos jovens de ambos os sexos, estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina aceitaram participar respondendo às perguntas, verificando que o questionário Estilo de Vida FANTASTICO possuía estabilidade. Depois de duas coletas de dados, verificaram que o instrumento apresentava credibilidade e sustentabilidade interna. A conclusão dos pesquisadores é que o questionário Estilo de Vida FANTASTICO estava apto para ser usado para avaliar Estilo de Vida de adultos jovens brasileiros. Concluíram ainda, que ele seria bem aceito na atenção primária e em estudos epidemiológicos (RODRIGUEZ-AÑEZ *et al.,* 2008).

Esse instrumento passou por novo processo de validação no estudo conduzido por Silva *et al*. (2014). O instrumento foi traduzido para o português de Portugal; realizada a adaptação transcultural e aplicado em uma população de 707 estudantes do ensino superior. Após o processo, os autores relataram que o instrumento atendeu a todos os critérios de confiabilidade e o consideraram adequado para avaliação do estilo de vida na população de adultos jovens.

Esse instrumento foi aplicado em indivíduos que frequentam um Shopping Center na zona sul de São Paulo e realizado o Alfa de Cronbach que apresentou um escore médio de 70,8% (dp=12,5) para ambos os sexos, considerado muito bom (MEIRA *et al*., 2015).

No questionário Estilo de Vida FANTASTICO, as questões estão dispostas na forma de escala tipo Likert. 23 questões possuem cinco alternativas de resposta e duas questões são dicotômicas. As alternativas estão dispostas na forma de colunas para facilitar a sua codificação, e a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, um para a segunda coluna, dois para a terceira coluna, três para a quarta coluna e quatro para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e quatro pontos para a última coluna.

A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total de 100 pontos, que classifica o Estilo de Vida dos participantes em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) (WILSON, CILISKA, 1984).

2.3.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados no local de trabalho, em horário previamente agendado com a direção da escola e com os participantes do estudo. Os professores foram comunicados por escrito indicando o dia o horário e outras orientações, detalhadas a seguir, que deveriam ser observadas pelos que voluntariamente desejassem colaborar com a pesquisa. Aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE, apresentado em duas vias, ficando uma com o pequisador e outra com o participante.

Os docentes foram orientados previamente sobre os passos que deveriam ser observados para a aferição da pressão arterial, a saber: eles deveriam estar sentados, com as pernas descruzadas e totalmente apoiadas no chão, o braço apoiado na altura do coração e que era importante que eles estivessem com a bexiga urinária vazia. Os níveis pressóricos dos participantes foram classificados, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (ANEXO C). Concluído o procedimento, o professor foi informado sobre os resultados obtidos com a medição de sua pressão arterial.

Para o teste de glicemia capilar recomendou-se que os participantes estivessem em jejum, de no mínimo oito horas. Os mesmos foram informados sobre essa recomendação antecipadamente, por meio de comunicado interno feito pela escola, no entanto nem todos estavam em jejum no dia da coleta de dados. O professor recebeu a informação do seu nível de glicemia capilar quando o teste foi concluído. Os valores de referência para o resultado do teste foram considerados segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) (ANEXO D). A coleta foi feita em um dos dedos, utilizando-se lancetas, sendo que apenas uma gota de sangue (4µl) foi suficiente para determinar a glicemia capilar.

Os materiais perfuro-cortantes, tiras, algodão embebido em álcool 70% e luvas de procedimentos, depois de utilizados foram descartados em caixa descarpack, adequada para esta finalidade.

Foi mensurado também o peso (em kilogramas) e a altura (em metros). A verificação dessas duas variáveis permite determinar o IMC, cuja fórmula é: peso/altura^2. Esses dados foram classificados, utilizando os critérios da III Diretrizes Brasileiras de Obesidade de 2009 (ANEXO E).

O procedimento para a coleta de dados do questionário Estilo de Vida FANTASTICO e do “Sócio-demográfico e de Saúde” foram realizados, pelo pesquisador e por dois profissionais enfermeiros, no mesmo dia e horário agendado para aferição de pressão arterial, realização do teste de glicemia capilar e mensuração da altura e do peso para o cálculo do IMC.

Vale destacar que o questionário Estilo de Vida FANTASTICO e o formulário sociodemográfico e de saúde também podiam ser auto preenchidos, com possibilidade para o participante tirar dúvidas com o pesquisador.

2.3.3 Análise dos dados

Para responder aos objetivos do estudo foram utilizadas, além de técnicas básicas de análise exploratória como média, desvio padrão e frequência absoluta, a ANOVA Two-Way e a Regressão Logística segundo Milone, (2009) e Netter, (1990), conforme detalhados a seguir.

A ANOVA foi utilizada para avaliar, estatisticamente, o efeito de IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica, por sexo, em “atividade; tipo de comportamento; família e amigos; nutrição; cigarro e drogas; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; introspecção e trabalho”. As variáveis associativas foram: sexo com IMC, sexo com glicemia capilar, sexo com pressão sistólica e sexo com pressão diastólica, e as variáveis dependentes foram as dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO: “atividade, tipo de comportamento, família e amigos, nutrição, cigarro e drogas, sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro, introspecção e trabalho”.

Para avaliar, estatisticamente, o efeito de IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica, por sexo, na variável “álcool”, foi necessário utilizar o modelo de Regressão Logística, uma vez que essa variável apresentou somente dois possíveis valores (11 e 12), caracterizando uma variável binária.

Todos os testes de hipóteses desenvolvidos neste trabalho consideraram uma significância de 5%, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando o “valor de *p*” foi menor ou igual a 0,05.

3 DESENVOLVIMENTO

Considerou para embasar esse estudo uma revisão da literatura, na qual se utilizou-se os descritores: Estilo de vida; Saúde do Trabalhador; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Obesidade. A busca foi realizada nas seguintes base de dados: Scielo-Scientific Electronic Library Online, Google Academico, LiLacs- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Web Science, considerando prioritamente artigos publicados nos últimos cinco anos relacionados ao assunto estilo de vida de docentes da educação básica. Como foram encontrados poucos artigos na literatura que pudessem subsidiar consistentemente a temática da saúde do trabalhador no que diz respeito ao exercício da docência na educação básica, a busca foi ampliada, para anos anteriores e que apresentaram dados de estilo de vida e saúde relacionados a outras populações.

3.1 O Estilo de Vida e a Promoção da Saúde

As pessoas atualmente vivem uma transformação no padrão de vida. Os avanços tecnológicos, a facilidade na comunicação, o "*labor saving devices"* (mecanismos que poupam esforços físicos), mudanças radicais no hábito alimentar, perda de valores, são características generalizadas do modo de viver da sociedade urbana contemporânea. Esses fatores podem ser indicativos de quanto o indivíduo pode estar distante de um estilo de vida saudável (EATON *et al*., 1988).

Estudos indicam que 250.000 vidas são interrompidas anualmente em função do sedentarismo (COSTA, MILANI, 2007). Por outro lado, Nahas *et al*. (2000) observaram que mudanças sócio-demográficas significativas têm contribuído para alterar o comportamento dos indivíduos nos últimos 50 anos. Como exemplos de mudanças positivas temos a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Observa-se, contudo, que as doenças infecto-contagiosas foram aos poucos sendo substituídas por doenças crônicas como câncer, diabetes e doenças do coração.

Esses autores observam que a expectativa de vida vem aumentando, principalmente para aqueles que vivem em grandes centros. Contudo, questionam quanto à qualidade desses anos adicionais, se seriam saudáveis ou não. O

percentual da população urbana (80%) supera a população rural (20%). A qualidade da água, dos alimentos, do ar, do repouso, a falta de segurança, os relacionamentos sociais em estado de decadência, a vida sedentária e o stress, nos grandes centros, são indicativos de que o estilo de vida saudável está distante do ideal (NAHAS *et al*., 2000).

Já nos anos 90, alguns pesquisadores referiram-se ao fato de que as doenças modernas estariam relacionadas com a maneira de viver. A despeito de um ambiente aparentemente favorável e de uma assistência médica que tem contribuído para melhorar a qualidade de vida, o comportamento usualmente praticado com respeito aos hábitos alimentares, administração do stress e falta de atividades físicas tem sido determinantes nas causas de doenças do homem moderno (BLAIR, 1993; BOUCHARD *et al*., 1994; DeVRIES, 1978; FLOYD *et al*., 1995).

A proposta para alcançar um estilo de vida saudável é encarada por muitos como um desafio intransponível, difícil de ser absorvido. Viver um estilo de vida saudável demanda uma mudança de comportamento, e isto é algo difícil para muitas pessoas. Ornish (1996) por exemplo, constatou que as pessoas são resistentes em substituir determinados hábitos, práticas e atitudes porque isto interferirá no seu modo de viver. Esse autor observa ainda, que muitos tem optado em mudar o comportamento apostando na possibilidade de aproveitar o que de bom a vida oferece.

Embora não tenham sido encontrados outros estudos utilizando o questionário FANTASTICO aplicados a professores da Educação Básica (Ensino Fundamental I, II e Ensino Médio), destacam-se a seguir algumas pesquisas em que fica evidente a sua pertinência e aplicabilidade para analisar questões ligadas ao estilo de vida relacionadas à saúde.

Santos *et al*. (2014) aplicou o questionário FANTASTICO em uma pesquisa com 720 estudantes. A conclusão do estudo aponta para orientação desses estudantes para se adequarem a um estilo de vida saudável incluindo a prática regular de atividade física, para que possam alcançar uma melhor qualidade de vida.

Na visão de outros autores, o questionário FANTASTICO preencheu os critérios para o qual foi criado, apresentando consistência interna e evidências que o validaram na avaliação do Estilo de Vida de jovens adultos brasileiros (BECK *et al*., 2014; PAZ *et al*., 2011; SILVA *et al*., 2011; SILVA *et al*., 2012; SILVA, BRITO, AMADO, 2014; LEITE, SANTOS, 2011; LIMA *et al*., 2014).

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Estilo de Vida

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) englobam: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, câncer, respiratórias, reumáticas e outras. O grupo das DCNT embora apresentem desenvolvimento lento e possuam etiologias múltiplas, os seus fatores de risco podem ser classificados como, não modificáveis: sexo, idade, cor, etnia, genética e modificáveis: álcool, drogas, tabagismo, sedentarismo, dieta pobre e alimentação inadequada (MALTA *et al*., 2006; BOTREL *et al*., 2000).

Segundo Alwan *et al*. (2010) as DCNT correspondem a 63,0% (36 milhões) das mortes ocorridas em 2008, ou seja, aproximadamente dois terços da mortalidade mundial. Os países pobres lideram o ranking com 80% dos casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil as DCNT com maior impacto nos casos de óbitos são: doenças do aparelho circulatório 31,3%; câncer; 16,3%; diabetes 5,2% e doenças do aparelho respiratório (crônicas) 5,8% (SCHMIDT *et al*., 2011).

Dados divulgados pela “World Health Organization” (WHO), (2011) dão conta que as DCNT aumentarão em 15% o número de mortes entre o período de 2010 e 2020.

O Ministério da Saúde, ao comentar sobre o crescimento econômico do Brasil nos últimos 40 anos, ressalta a inversão dos agentes causadores de óbitos na população, destacando que houve uma redução no número de mortes causadas por doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2011b). Contundo, o país convive com um aumento galopante de mortes ocasionadas pelas doenças cardiovasculares, entre elas, estão as doenças adquiridas em função da hipertensão (SILVA, SOUZA, 2004).

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil tem como meta para os próximos anos (2011-2022) desenvolver ações voltadas ao enfrentamento dos fatores de risco das DCNT (BRASIL, 2011a).

No recorte deste estudo serão abordados os aspectos relacionados à hipertensão, diabetes e obesidade, por se tratar das doenças mais comumente associadas ao estilo de vida e encontradas corriqueiramente na categoria profissional analisada nesta pesquisa (CRUZ, LEMOS, 2005; GASPARINI *et al*., 2005; PHILIPS *et al*., 2008).

3.2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se pela elevação da pressão arterial igual ou superior a 140 mmHg para pressão arterial sistólica e 90 mmHg de diastólica. Considera-se normal os valores que estão entre 130 mmHg de pressão arterial sistólica por 85 mmHg de pressão arterial diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Outros parâmetros foram classificados pela IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010), sendo que a partir do estágio II (moderada e grave) já indicam situações que inspiram cuidados especiais conforme Figura 3 (ANEXO H).

Publicações recentes do “VII Joint National Committee” (JNC) alertam que indivíduos com níveis pressóricos entre 120 a 139 mmHg de pressão arterial sistólica e 80 a 89 mmHg de diastólica, são candidatos a se tornarem hipertensos e apresentam riscos de complicações cardiovasculares. Esses indivíduos devem receber orientações de como administrar os fatores de risco para melhorar a sua saúde. Compete aos profissionais de saúde promover orientações sobre um estilo de vida saudável a esse grupo em especial (LOPES *et al*., 2006; CHOBANIAN *et al*., 2003).

São vários os fatores que contribuem para o surgimento da hipertensão arterial: histórico familiar, diabetes, dislipidemias, hábitos de vida, sobrepeso, obesidade e sedentarismo (SANTOS, SILVA, 2003; BARBOSA *et al*., 2008).

Dados do Ministério da Saúde (MS), confirmam a existência de cerca de 30 milhões de brasileiros com hipertensão diagnosticada e outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Essa situação se torna alarmante quando se verifica que os dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) registram que hoje, uma em cada três pessoas no mundo, são hipertensas, totalizando dois bilhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Cerca de 7,6 milhões de mortes em todo o mundo foram atribuídas a elevação da pressão arterial, sendo que 54% são por acidentes vascular encefálico e 47% por doenças isquêmicas do coração. No Brasil foram registradas 1.157.509 internações por Doenças Cardiovasculares. A prevalência global da hipertensão foi de 37,8% para homens e 32,1 para mulheres e nas cidades brasileiras a média de

hipertensos foi de 32,5 em pessoas com mais de 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 8-10).

A hipertensão arterial algumas vezes é uma doença silenciosa (SILVA, SOUZA, 2004). Talvez seja esse o motivo para tanto descuido por parte dos hipertensos no inicio do curso da doença. Na maioria dos casos, a hipertensão está associada ao estilo de vida adotado pelo homem moderno. Ela é considerada como uma doença crônico-degenerativa e se não houver a participação dos profissionais de saúde em equipe multidisciplinar junto ao hipertenso, pouco se pode fazer para estabelecer o tratamento efetivo (TEIXEIRA *et al*., 2006; BLOCH *et al*., 1994).

As enfermidades decorrentes da hipertensão arterial cobram um alto preço dos seus pacientes. Entre essas destacam-se as doenças cerebrovasculares, doenças renais crônicas e insuficiência cardíaca congestiva que são responsáveis pela morte de um contingente numeroso de pessoas no Brasil e no mundo (YUSUF *et al*., 2014; RUILOPE, 2009; WACHTELL *et al*., 2004; HAYWOOD *et al*., 2009).

Segundo Lopes *et al*. (2006), o gasto médio de pessoas hospitalizadas devido à hipertensão arterial sistêmica, no Brasil, tem um custo aproximado um bilhão e trezentos milhões de reais por ano. Ela é responsável por cerca de 40% dos óbitos decorrentes de Acidentes Vascular Cerebral (AVC), 25% das doenças coronarianas e 27% das complicações de insuficiência renal em fase terminal.

A hipertensão arterial, enquanto doença resultante de um estilo de vida impróprio pode comprometer a qualidade de vida do indivíduo. Os fatores de risco que podem ser modificados, precisam ser encarados com responsabilidade. Para essa doença em especial, vale o jargão popular “é melhor prevenir do que remediar”. A prevenção deve fazer parte do cotidiano do indivíduo (SIMÃO *et al*., 2007).

A hipertensão arterial é uma doença de fácil diagnóstico e pode ser controlada por meio de medidas terapêuticas recomendadas pelo profissional de saúde. A sensação do bem-estar, o senso de gozar boa saúde não deve prescindir da realização dos exames de rotina. Tais medidas podem evitar um possível quadro de infarto agudo do miocárdio, aneurisma e insuficiência renal e outros agravos decorrentes da hipertensão arterial (BLOCH *et al*., 1994).

A adesão a um estilo de vida saudável eliminará e/ou contribuirá para o controle dos fatores de risco. O consumo de alimentos nocivos, obesidade, dislipidemias, diabetes, estresse não gerenciado, sedentarismo e o uso do álcool e do cigarro são aspectos que devem ser gerenciados por aqueles que desejam uma

melhor qualidade de vida (BARBOSA *et al*., 2008; LONGO *et al*., 2009; SANTOS, SILVA, 2003).

Buss (2003) ressalta a necessidade de se investir na prevenção e que os indivíduos devem ser orientados de forma persistente e concreta. A participação em programas educativos estenderá aos participantes a possibilidade de decidir sobre seu futuro. Para Silva (2003) esse processo poderá ocorrer por meio de discussões, palestras, mídia escrita, mídia falada e seminários. A população precisa saber como melhorar sua saúde, como introduzir em sua vida cotidiana um novo estilo de vida.

Os pacientes hipertensos deveriam ser informados sobre os riscos a que estão incorrendo, recebendo orientação quanto aos benefícios da atividade física moderada e quanto a importância de aumentar do consumo de frutas e verduras no cardápio diário, bem como, substituir gorduras saturadas por poliinsaturadas e monoinsaturadas. Esse trabalho de conscientização das pessoas quanto aos riscos associados ao quadro hipertensivo, poderá ajudá-las a corrigir conceitos errôneos sobre a doença, podendo inclusive alterar positivamente seu comportamento no enfrentamento da evolução da enfermidade (OIGMAN, 1991; VERDECCHIA, ANGELI, 2003; HARBRON, 2002).

Outro ponto positivo a salientar, consiste no fato de que ao mudar o seu estilo de vida, outrora comprometedor, por um estilo de vida saudável, o indivíduo poderá até ser dispensado da terapia farmacológica ou ter a dose ou quantidade de medicamentos reduzidos (HARBRON, 2002).

No passado acreditava-se que os malefícios de um viver regado pelo excesso de gorduras, sedentarismo e estresse descontrolado só aconteciam em países desenvolvidos, industrializados. Contudo, estudos da Organização Mundial de Saúde, já em 1998, projetavam que em 2025 os mesmos problemas vividos pelos países desenvolvidos constituiriam um desafio para os países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

3.2.2 Diabetes Mellitus tipo 2

Caracterizada por um excesso de glicose na corrente sanguínea e por sintomas identificáveis e riscos para várias complicações a diabetes é uma doença que está intimamente relacionada com o estilo de vida. A literatura aponta diferentes tipos de diabetes, os mais comuns serão abordados a seguir:

O diabetes tipo 1, mais comum em crianças e adolescentes, ocorre devido a destruição das células β (beta) pancreáticas devido a um processo auto-imune. Como consequência o pâncreas não produz insulina. Neste caso em particular, o paciente terá que monitorar as taxas de glicemia capilar e fazer o uso diário da insulina exógena (IMAGAWA *et al*., 2000; ATKINSON, MACLAREN, 1994).

O Diabetes gestacional ocorre durante o período da gravidez e normalmente está associado ao aumento do peso da mãe sendo corrigida na maioria das vezes, após o término da gravidez.

Existe ainda outros tipos de diabetes que podem ser ocasionada pelo uso do álcool, pelo uso de medicamentos, depois de um transplante de órgãos ou por um defeito genético na ação da insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013; DURR, 1987).

O tipo mais comum é a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) - 2015/2016 (2016) o diagnóstico de DM II é confirmado por meio do achado de glicemia plasmática cujos valores normais estão estimados em até 100mg/dl, sendo que acima de 126mg/dl já seria indicativo de DM2.

A DM2 ocorre quando a insulina produzida pelas células do pâncreas é insuficiente ou se mostra incapaz de exercer suas funções. Após as refeições, observa-se o aumento da glicemia capilar no sangue. Para manter o equilíbrio e eliminar o excesso do açúcar da corrente sanguínea, a insulina entra em ação, exercendo a função de facilitar o acesso dessas moléculas para o interior das células, que cuidará de transformá-las em energia (IMAGAWA *et al*., 2000; ATKINSON, MACLAREN, 1994).

Quando esse processo está comprometido pode ocorrer a resistência insulínica devido a falhas em seus receptores, ou seja, as células dos tecidos alvos não conseguem captar os sinais emitidos pela insulina, impedindo que as moléculas de glicemia capilar sejam transportadas para o interior das células, ocasionado a hiperglicemia crônica (MATTHAEI *et al*., 2000; MCLELLAN *et al*., 2007).

Outras complicações podem surgir em função da resistência insulínica: DM II, síndrome metabólica problemas cardiovasculares, hipertensão arterial e disfunção do endotélio (AENGEVAEREN, 1999; ROGLIC *et al*., 2005; BAHIA *et al*., 2011).

A resistência insulínica pode ocorrer também devido a disfunções associadas a fatores genéticos. Todavia, estudos têm demonstrado que o estilo de vida

inadequado contribui para que esse quadro seja antecipado e/ou agravado. Entre os fatores identificados como coparticipantes desse processo, destacam-se: envelhecimento, sedentarismo, sobrepeso e obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; DEEDWANIA, 2011; KASTORINI, PANAGIOTAKOS, 2009; ASTRUP, 2001).

Estudos apresentados pela “International Diabetes Federation” (2015) apontam para um aumento assustador do número de diabéticos em todo mundo. Segundo esse órgão em 2011 existiam 366 milhões de diabéticos e a projeção para 2030 é que esse número alcançará a casa dos 552 milhões, sendo que cerca de 90% desses casos estarão relacionados com a DM2.

O impacto na economia desses países tem sido afetado devido ao absenteísmo e aos óbitos provenientes da diabetes e das doenças correlacionadas a ela. A DM2 é uma das DCNT que apresenta proporções epidêmicas e que poderia ter seu quadro melhorado se os portadores dessa doença optassem em seguir um estilo de vida saudável (STEYN *et al*., 2004; AMOS *et al*.,1997).

Segundo a International Diabetes Federation (2015), a obesidade é o principal fator de risco para DM2. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde alerta que o Índice de Massa Corporal (IMC) acima do ideal produz efeitos negativos no organismo, alterando a pressão arterial, colesterol, triglicérides, e a resistência à insulina como precursora da diabetes tipo II (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Segundo Francischi *et al*. (2000), quando o individuo tem uma gordura abdominal com características de obesidade androide poderá ter um risco aumentado em até dez vezes para o desenvolver o DM2. Com isso, se justifica a importância de correlacioná-la com a obesidade.

3.2.3 Obesidade

A obesidade tem como característica o acúmulo de gordura por toda região do corpo. Esse excesso de tecido adiposo subcutâneo pode ocasionar vários tipos de doenças, como a hipertensão, a diabetes, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Mellerowicz e Meller (1987, p. 106) ao se referirem a essa doença dizem:

> Devido à falta de atividade física, de trabalho e de treinamento físico, surgiu um novo tipo de doenças deficitárias. [...] elas englobam um complexo amplo de modificações orgânicas e funcionais e sintomas em quase todos os órgãos. Sem dúvida, estes sintomas não se devem somente a um fator, a falta de atividade física, mas a um amplo complexo de fatores patogênicos condicionantes, tais como alimentação excessiva e deficiente, superestimulação nervosa, vícios (fumo) etc. [...] entre as doenças hipocinéticas encontra se a obesidade.

A obesidade pode ser diagnosticada pelo IMC maior ou igual a 25 $Kg/m^{2.}$ (CARVALHO, 2002). Outro parâmetro que pode ser utilizado é a medida da Circunferência da Cintura (CC). Esse indicador classifica os possíveis graus de obesidade chamada de abdominal. Se a medida de CC no homem for superior ou igual 94 cm e na mulher 80 cm é um indicativo do primeiro estágio da obesidade abdominal. Essas medidas alteradas são consideradas como fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer, endométrio, endócrinas, metabólicas e outras (MICHELS *et al*.,1998; MOLARIUS *et al*.,1999; World Cancer Research Fund International, 2009).

O sobrepeso e a obesidade representam um sério problema para a saúde pública. Estimam-se que 2,8 milhões de óbitos ocorram todos os anos em função desse quadro. Entre as doenças que estão relacionadas com o aumento do peso destacam-se as doenças cardíacas, o diabetes e a hipertensão arterial. Essas doenças poderiam ser evitadas ou controladas se o indivíduo mantivesse o seu peso dentro dos padrões de normalidade (IMC 18,5 – 24,9 kg/m^2) estabelecidos pela World Health Organization (2009).

Um programa efetivo de redução de peso das pessoas pode significar reduzir gastos e complicações com a saúde. Segundo Bankoff (2000, p. 43):

> A diminuição de 10 kg de cada pessoa de um grupo de obesos significa mais de 20% de queda da mortalidade geral desse grupo, 30% da mortalidade por diabetes e mais 40% da mortalidade de câncer de mama, cólon, próstata e endométrio. Assim, o excesso de peso está diretamente associado à expectativa de vida do indivíduo. Estima-se que a prevenção do excesso de peso/obesidade reduziria a incidência dessas doenças em, no mínimo, 30%, com uma economia anual para o país de, no mínimo, 1 bilhão de reais.

Os dados apresentados acima por Bankoff (2000), ressaltam a importância de se investir em pesquisas que propiciem conhecer as correlações entre o Estilo de

Vida dos indivíduos e a obesidade, que figura entre as DCNT mais prevalente no Brasil e no mundo.

3.3 Estilo de vida e saúde de professores

No modelo atual de sociedade, o trabalho constitui o passaporte para alcançar a cidadania e a liberdade. Souza e Leite (2011) argumentam que a saúde e o adoecer estão intimamente relacionados com o ambiente de trabalho, a organização do trabalho, jornada de trabalho, baixos salários e ambiente insalubre.

Dejours (1992) declara que as condições decorrentes da hierarquia, arbitrariedade, desconfiança e individualismo vividos pelos individuos no ambiente de trabalho têm contribuído para o adoecimento. Outros fatores são elencados como responsáveis por esse quadro. Segundo Guiselini (2004, p. 67), 50% das alterações observadas na saúde dos indivíduos estão relacionadas à adoção de um estilo de vida precário, e os outros 50% podem ser divididos entre hereditariedade, ambiente e precariedade nas condições de assistência médica.

A maneira como se vive na atualidade em que as pessoas enfrentam jornadas exaustivas de trabalho e às vêzes até dupla jornada, se expondo a agentes estressores de várias naturezas, predispõem o organismo a uma serie de reações como é explicado por Pereira (2002, p. 28):

> Diante de um agente estressor de qualquer natureza, o organismo tem duas opções: ou enfrenta ou foge. Para tanto terá que lançar mão de seus recursos, de suas energias. O organismo se ativa para tentar fazer frente ao estressor. O pensamento acelera, assim como os batimentos cardíacos, na tentativa de levar sangue a todas as células do corpo, que por sua vez colocam à disposição seu estoque de energia, ao mesmo tempo em que o corpo se livra de tudo o que pode vir a lhe admoestar.

Ao tratar do assunto “estilo de vida e saúde” outros autores consideraram-no como sendo influenciado, também, pelos aspectos cultural, econômico, político, serviços e produção (MINAYO, GUALHANO, 2015; MONTEIRO, GONÇALVES, 1994; OUTHWAITE, BOTTOMORE, 1996; ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2002).

Segundo Teixeira *et al*. (2006), o estilo de vida de um indivíduo está relacionado ao seu grupo social e cultural. O rompimento com alguns paradigmas requer medidas antissociais. É difícil romper com hábitos adquiridos, enraizados,

que foram praticados ao longo de toda uma vida. A mudança do estilo de vida envolve renúncias a fatores condicionantes externos e também muito autocontrole.

Segundo Venturim e Molina (2005), o estilo de vida saudável deve ser o objetivo a ser perseguido por aqueles que desejam uma melhor qualidade de vida. Para esses autores, esse alvo independe de idade ou sexo.

Para Nahas (2001), o estilo de vida tem a ver com um conjunto de medidas que abrange atividade física, cuidados com a prevenção, balanceamento da nutrição, administração do estresse e do relacionamento social. Nahas ratifica que esses hábitos que foram perdidos, em função das condições impostas pela comodidade e pela modernidade, se não forem resgatados em algum momento da vida, o indivíduo poderá sofrer as consequências no seu próprio corpo.

Ao tratar dessa temática, Mendes e Leite (2008), escreveram sobre a relação que existe entre as pressões internas, condições sociais, físicas, local de trabalho e o crescente número de professores acometidos com a síndrome de Bournout. Essa síndrome está relacionada a um quadro de estresse crônico que se manifesta de modo agudo e intenso, podendo levar a tomada de decisões inconsequentes e outros transtornos físicos e emocionais que podem comprometem de alguma forma o desempenho profissional.

Outras doenças podem ser identificadas como sendo comuns na vida dos docentes, entre as quais se destam as mais comuns: depressão, distúrbios psicológicos, distúrbios vocais, estresse, esgotamento mental e Lesão de Esforço Repetitivo (LER) (JARDIM *et al*., 2007; SLIWINSKA-KOWALSKA *et al*., 2006; CRUZ, LEMOS, 2005; GASPARINI *et al*., 2005; GARRIDO, 2005; PHILIPS *et al*., 2008; PORTO *et al*., 2004; DELCOR *et al*., 2004).

3.4 Resultados

Foram convidados para participar da pesquisa 358 professores. Desse total, 311 aceitaram o convite e voluntariamente se predispuseram a colaborar participando da pesquisa. Isto corresponde a 86,87% da população total de professores, sendo 61 homens (19,6%) e 250 mulheres (80,4%). A idade dos participantes que responderam os questionários e participaram dos demais testes, objetos dessa pesquisa, estão entre 18 e 64 anos. A média de idade obtida foi de 36,8 anos, (dp= 8,436).

Na Tabela 1 encontram-se listados outros dados pessoais e profissionais referentes aos participantes desse estudo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas quanto a cor, trabalho e nível de escolaridade.

Variáveis/Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cor						
Branca	148	59,2	37	60,7	185	59,5
Parda	74	29,6	18	29,5	92	29,6
Preta	22	8,8	6	9,8	28	9,0
Amarelo	3	1,2	0	00	3	1,0
Indígena	3	1,2	0	0	3	1,0
Trabalho em escola Pública (dupla jornada)						
Sim	13	5,2	10	16,4	23	7,4
Não	237	94,8	51	83,6	288	92,6
Nível de escolaridade						
Graduação incompleta	4	1,6	4	6,6	9	2,9
Graduação completa	48	19,2	15	24,6	63	20,3
Especialização	129	51,6	31	50,8	160	51,4
Mestrado	61	24,4	6	9,8	67	21,5
Doutorado	7	2,8	5	8,2	12	3,8

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Tabela 2, se apresenta a prevalência de HAS, DM2 e Obesidade no grupo de professores (ambos os sexos) da população estudada. Observou-se que houve a frequência da Pressão Arterial aumentada nos estágios 1, 2 e 3, caracterizando uma prevalência de 11,6% da HAS. Demonstra também que 9,3% dos professores são portadores de DM2 auto-referida e indica a prevalência de 23,4% de obesidade com níveis I, II e II de IMC.

Tabela 2 –Prevalência da Hipertensão nos estágios 1, 2 e 3, Diabetes Mellitus (auto-referida) e Obesidade grau I, II e III (n= 311).

DCNT	Frequencia (n)	Percentual (%)
Hipertensão Arterial (estagios 1, 2 e 3)	36	11,6
Diabetes Mellitus (auto-referida)	29	9,3
Obesidade (IMC niveis I, II e III)	71	23,4

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os resultados dos valores médios e os desvios padrões para idade, Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), IMC, glicemia capilar e os dados do questionário FANTASTICO total segundo o sexo, podem ser observados na Tabela 3, que mostra a glicemia capilar e o IMC com valores aumentados, um pouco acima das médias consideradas normais (ANEXOS D e E), e o escore total do Estilo de Vida, segundo o FANTASTICO, também com media muito boa. Os valores de *p* se apresentaram sem significância estatística.

Tabela 3 – Distribuição dos indicadores de saúde, idade e escore do FANTASTICO total, segundo o sexo, pelo teste *t* de Student (n=311).

Variáveis	**Masculino (n=61)** **Média ± DP**	**Feminino (n= 250)** **Média ± DP**	**Valor de *P***
Idade	34,8 (± 7,6)	37,3 (± 8,6)	0,168
PAS	122,5 (± 13,0)	120,60 (± 15,91)	0,169
PAD	74,07 (± 11,5)	75,11(± 11,27)	0,906
Glicemia	**105,3 (± 26,5)**	**100,96 (± 24,05)**	0,086
IMC	**27,2 (± 6,0)**	**26,7 (± 4,9)**	0,949
FANTASTICO Total	74,4 (± 9,4)	73,7 (± 8,3)	0,305

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4.1 Pressão arterial Sistólica e Diastolica

A Tabela 4 apresenta um comparativo da PAS dos professores do sexo masculino e feminino. Nela observa-se que o grupo de professoras apresenta uma prevalência maior de PAS (na classificação limítrofe, estágios 2 e 3), quando comparadas com o grupo de professores.

Tabela 4 - Distribuição dos professores de acordo com a classificação da pressão arterial sistolica, segundo o sexo.

Sexo	**Classificação da Pressão Arterial Sistólica**													
	Ótima		**Normal**		**Limítrofe**		**Estágio I**		**Estágio 2**		**Estágio 3**		**Total**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Masc	26	42,6	22	36,1	5	8,2	8	**13,1**	0	0,0	0	0,0	61	100,0
Fem	126	54,4	68	27,2	28	11,2	23	**9,2**	4	1,6	1	0,4	250	100,0
Total	152		90		33		31		4		1		311	

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 5 também demonstra que as mulheres têm maior prevalência de PAD (na classificação limítrofe, estágios 2 e 3) comparado com o grupo dos homens.

Tabela 5 - Distribuição dos professores de acordo com a classificação da pressão arterial diastólica, segundo o sexo.

Sexo	Classificação da Pressão Arterial Diastólica													
	Ótima		Normal		Limítrofe		Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Masc	43	70,5	6	9,8	5	8,2	7	**11,5**	0	0	0	0	61	100,0
Fem	180	72,0	26	10,4	21	8,4	13	5,2	7	2,8	3	1,2	250	100,0
Total	223		32		26		20		7		3		311	

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4.2 Glicemia capilar

Na Tabela 6 é possível visualizar a distribuição do número de portadores de DM2 auto-referida e glicemia capilar normal e pós-prandial entre os sexos masculino e feminino.

Tabela 6 – Níveis da glicemia capilar em jejum, pós-prandial com DM2 auto-referida dos professores segundo o sexo

Sexo	Classificação da glicemia capilar							
	Normal (Jejum) <100		Pós-prandial >100<140		DM2 auto-referida (Jejum) ≥126		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	32	52,5	24	39,3	5	8,2	61	100,0
Feminino	151	60,4	75	30,0	24	9,6	250	100,0
Total	183		99		29		311	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto a glicemia capilar pós-prandial, um total de 99 (75 do sexo feminino e 24 do sexo masculino) professores participantes da pesquisa, embora orientados optaram por tomar o desjejum mais ou menos duas horas antes de realizarem o teste de glicemia capilar. Nessa situação se obteve os resultados, conforme especificado na Tabela 7.

Vale ressaltar que, embora um percentual significativo de professores tenha tomado o desjejum duas horas antes de participar da pesquisa, nenhum deles faziam parte do grupo de participante caracterizados, nesta pesquisa, como portadores de DM2 auto-referida. Sendo assim, os valores alterados foram atribuídos à condição da doença pré-existente, uma vez que, eles atenderam a recomendação de jejum de oito horas, recomendada no TCLE para a realização do teste de glicemia capilar, confirmando a informação dada pelos mesmos.

3.4.3 Índice de Massa Corporal

Os valores do IMC distribuídos entre os sexos masculino e feminino apresentam um percentual considerável de professores em estado de alerta. Ao considerar o peso “normal” (IMC = 18,5 – 24,9) apenas 122 professores (40,9%) se enquandram nesse perfil. Os demais professores apresentaram IMC alterado, embora um grupo significativo de 105 professores (35,2%) se encontraram no grupo de “Pré-obeso” (IMC = 25,0 – 29,9), 23,7% apresentaram índices compatíveis com obeso I, II e III.

Ainda com relação ao IMC do grupo de professores (n= 298), observou-se que um percentual de 59,1% (n= 176) estão acima do peso considerado normal, variando de pré-obeso a obeso III. Esta classificação foi feita em conformidade com as diretrizes brasileira de obesidade (2009) que considera os niveis abaixo do peso, normal, pré-obeso, obeso tipo I, II e III (ANEXO E). Observa-se ainda, que o sexo feminino sobressai proporcionalmente ao sexo masculino na categoria obeso I, enquanto no masculino os percentuais são maiores para pré-obeso e obeso II e III (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos professores de acordo com a classificação do IMC, por sexo (n= 298).

Sexo	**Classificação do IMC de acordo o sexo**											
	Normal		**Pré-obeso**		**Obeso I**		**Obeso II**		**Obeso III**		**Total**	
	(18,5 - 24,9)		**(25,0 - 29,9)**		**(30,0 - 34,9)**		**(35,0 -39,9)**		(≥40,0)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masc	19	32,8	28	**48,3**	5	8,6	3	**5,2**	2	**3,4**	57	100,0
Fem	103	41,9	77	31,3	50	**20,3**	7	2,8	4	1,6	241	100,0
Total	122	40,9	105	35,2	55	18,4	10	3,3	6	2,0	298	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4.4 Estilo de Vida

Não houve diferença estatisticamente significante nas médias do escore do estilo de vida segundo o FANTASTICO total entre o sexo masculino e feminino (p= 0,305). Também não houve diferença nas classificações das categorias do escore total do Estilo de Vida FANTASTICO relacionada ao sexo (p= 0,522), (Tabela 8).

Tabela 8 – Classificação das categorias do Estilo de Vida – FANTASTICO e escore total, segundo sexo (Man Whitney).

Estilo de Vida – FANTASTICO					
	Masc		Fem		
	N	%	N	%	Valor de *p*
Regular	1	1,6	3	1,2	0,536
Bom	14	23,0	69	27,7	
Muito bom	39	63,9	151	60,6	
Excelente	7	11,5	26	10,4	
Total	61	100,0	249	100,0	

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Estilo de Vida segundo o questionário FANTASTICO foi avaliado também em cada dimensão separadamente, calculando-se a média, desvio padrão, mínimo e máximo de seus escores (Tabela 9), diferenciando-as por sexo masculino e feminino.

Tabela 9 – Média, desvio padrão (dp), mínimo e máximo, das dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO.

Dimensões	Masculino	Mín	Máx	Feminino	Mín	Máx	Valor de *P*
Família e amigos	6,44 (± 1,59)	2	8	6,26 (± 1,46)	1	8	0,241
Atividades	**2,41** (± 2,08)	0	8	**2,68** (± 2,17)	0	8	0,376
Nutrição	7,05 (± 2,98)	0	12	6,84 (± 2,69)	0	12	0,527
Cigarros e drogas	15,51 (± 0,85)	11	12	15,37 (± 0,98)	10	16	0,397
Álcool	11,95 (± 0,22)	11	12	11,99 (± 0,089)	11	12	**0,022**
Sono, cinto de Segurança, estresse E sexo	15,20 (± 3,39)	0	20	15,42 (± 2,83)	4	20	0,853
Comportamento	4,39 (± 1,68)	0	8	4,01 (± 1,60)	0	8	0,084
Introspecção	8,38 (± 2,43)	2	12	7,90 (± 2,23)	2	12	0,101
Trabalho	3,10 (± 0,91)	0	4	3,25 (± 0,85)	0	4	0,213

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esta análise indicou valores abaixo da média na dimensão “Atividades” para ambos os sexos, porém sem significância estatística, enquanto na dimensão “Alcool” ficou acima da média com “valor de *p”* estatisticamente significante (p= 0,022). As demais dimensões não apresentaram distanciamento das médias e valores de *p*> 0,05.

Em seguida, foi avaliado associação entre IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica e todas as dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO por sexo. Para tanto, foi utilizado o modelo de ANOVA, em que as variáveis independentes foram o IMC, a glicemia capilar, a pressão sistólica e diastólica por sexo. As dimensões do estilo de vida FANTÁSTICO foram analisadas separadamente como variáveis dependentes

Ao avaliar a dimensão “Família e Amigos” (Tabela 10) não foi detectado diferença estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e a dependente, uma vez que, o “valor de *p”* foi maior que 0,05 em todos os casos.

Tabela 10 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Família e Amigos" segundo o sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA - Two-Way) e normalidade dos resíduos.

Variável	Categoria	Família e amigos						Valor de *p* (Variável* sexo)
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	6,23	± 1,90	126	6,16	± 1,46	0,7227
	Normal	22	6,41	± 1,44	68	6,28	± 1,47	
	Limítrofe	5	6,60	± 1,52	28	6,46	± 1,40	
	Estágio 1	8	7,13	± 0,83	23	6,48	± 1,59	
	Estágio 2	0	.	.	4	6,75	± 0,50	
	Estágio 3	0	.	.	1	6,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	6,37	± 1,66	180	6,22	± 1,44	0,3582
	Normal	6	6,83	± 1,33	26	6,54	± 1,58	
	Limítrofe	5	6,00	± 1,73	21	5,76	± 1,34	
	Estágio 1	7	6,86	± 1,46	13	6,69	± 1,75	
	Estágio 2	0	.	.	7	6,71	± 0,95	
	Estágio 3	0	.	.	3	7,00	± 1,00	
Glicemia Capilar	Normal	32	6,31	± 1,79	151	6,23	± 1,47	0,6116
	Pós-prandial	24	6,71	± 1,27	75	6,28	± 1,51	
	DM2 auto-referida	5	6,00	± 1,87	24	6,42	± 1,21	
IMC	Abaixo do peso	1	8,00	.	5	6,80	± 1,30	0,7400
	Normal	19	6,37	± 1,80	103	6,19	± 1,42	
	Pré-obeso	28	6,32	± 1,63	77	6,44	± 1,40	
	Obeso I	5	7,00	± 1,00	50	6,16	± 1,65	
	Obeso II	3	6,33	± 1,53	7	6,14	± 1,21	
	Obeso III	2	7,50	± 0,71	4	6,00	± 1,63	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								<0,0100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em seguida, o mesmo ocorreu com a dimensão “Atividade” (Tabela 11), que, segundo os resultados, não foi detectado efeito estatisticamente significativo das interações do IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica, independente do sexo. O “valor de *p”* foi maior que 0,05 em todos os casos. Dessa forma, pode-se obervar que, estatisticamente não há efeito do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e diastólica na dimensão “Atividade”.

Tabela 11 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Atividade" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos

Variável	Categoria	Atividade						Valor de *p* (Variável* sexo)
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	2,35	± 2,12	126	2,90	± 2,19	0,7807
	Normal	22	2,27	± 2,00	68	2,51	± 2,11	
	Limítrofe	5	3,40	± 2,79	28	2,71	± 2,07	
	Estágio 1	8	2,38	± 1,92	23	2,17	± 2,53	
	Estágio 2	0	.	.	4	1,50	± 0,58	
	Estágio 3	0	.	.	1	2,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	2,47	± 2,09	180	2,89	± 2,20	0,3796
	Normal	6	3,17	± 2,56	26	2,46	± 1,88	
	Limítrofe	5	2,40	± 2,07	21	1,86	± 1,77	
	Estágio 1	7	1,43	± 1,62	13	1,85	± 2,97	
	Estágio 2	0	.	.	7	1,86	± 1,07	
	Estágio 3	0	.	.	3	3,00	± 1,73	
Glicemia Capilar	Normal	32	2,44	± 2,26	151	2,84	± 2,27	0,9050
	Pós-prandial	24	2,42	± 2,04	75	2,39	± 2,03	
	DM2 auto-referida	5	2,20	± 1,10	24	2,58	± 1,89	
IMC	Abaixo do peso	1	4,00	.	5	2,00	± 1,22	0,5554
	Normal	19	2,63	± 2,01	103	2,76	± 2,17	
	Pré-obeso	28	2,21	± 2,06	77	3,16	± 2,41	
	Obeso I	5	2,80	± 2,95	50	2,16	± 1,67	
	Obeso II	3	1,33	± 1,53	7	1,29	± 2,21	
	Obeso III	2	1,00	± 1,41	4	1,50	± 1,73	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								0,0911

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em seguida foi avaliado a mesma associação com a dimensão “Tipo de Comportamento” (Tabela 12). As suposições sobre os resíduos foram satisfeitas, portanto não foi necessário utilizar uma transformação na variável dependente. A normalidade foi aceita com “valor de *p*” igual a 0,0774 (Tabela 2).

Não foi detectado efeito estatisticamente significativo das interações do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e diastólica, uma vez que o “valor de *p”* foi maior que 0,05 em todos os casos. Dessa forma, obervou-se que estatisticamente, não há efeito do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e da diastólica no Tipo de Comportamento, independente do sexo.

Tabela 12 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Tipo de comportamento" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos

Variável	Categoria	Tipo de Comportamento						Valor de *p* (Variável* sexo)
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	4,35	± 2,02	126	4,05	± 1,62	0,7134
	Normal	22	4,32	± 1,25	68	3,90	± 1,68	
	Limítrofe	5	3,60	± 1,52	28	4,11	± 1,26	
	Estágio 1	8	5,25	± 1,49	23	4,00	± 1,76	
	Estágio 2	0	.	.	4	4,25	± 1,50	
	Estágio 3	0	.	.	1	3,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	4,37	± 1,73	180	3,98	± 1,64	0,2835
	Normal	6	3,50	± 1,38	26	4,50	± 1,58	
	Limítrofe	5	5,40	± 1,52	21	3,86	± 1,28	
	Estágio 1	7	4,57	± 1,51	13	3,69	± 1,44	
	Estágio 2	0	.	.	7	3,86	± 1,86	
	Estágio 3	0	.	.	3	4,33	± 1,15	
Glicemia Capilar	Normal	32	4,53	± 1,50	151	3,95	± 1,57	0,3705
	Pós-prandial	24	4,04	± 1,97	75	4,24	± 1,57	
	DM2 auto-referida	5	5,20	± 0,84	24	3,67	± 1,83	
IMC	Abaixo do peso	1	4,00	.	5	4,40	± 1,14	0,5803
	Normal	19	4,37	± 1,61	103	3,95	± 1,61	
	Pré-obeso	28	4,29	± 1,80	77	4,03	± 1,69	
	Obeso I	5	4,60	± 2,61	50	4,20	± 1,53	
	Obeso II	3	5,00	± 0,00	7	3,71	± 1,11	
	Obeso III	2	4,00	± 1,41	4	2,25	± 1,26	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								0,0774

Fonte: Elaborado pelo autor.

Procedeu-se o teste de associação com a dimensão “Nutrição”. Para satisfazer a suposição de normalidade dos resíduos foi necessário aplicar uma transformação na variável “Nutrição”, sendo utilizado a fórmula $(\text{Nutrição}+1)^2$ (valor de nutrição mais um elevado ao quadrado)

A interação entre IMC e “Nutrição” por sexo foi considerada estasticamentes significativo com o “valor de *p”* menor que 0,0001. Observou-se nesses resultados que as mulheres apresentaram nível de obesidade I maior que dos homens ($p< 0,001$). Em contrapartida os homens estão com valores mais elevados nos níveis II e III em relação mulheres ($p< 0,001$) (Tabela 13). Esses dados foram confirmados pela matriz de correlações múltiplas de Tukey (Tabela 14).

Tabela 13 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Nutrição" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos

Variável	**Categoria**	**Nutrição**						**Valor de *p* (Variável* sexo)**
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	8,00	± 2,83	126	7,26	2,65	0,699
	Normal	22	6,00	± 2,88	68	6,63	± 2,91	
	Limítrofe	5	6,40	± 3,21	28	6,50	± 2,15	
	Estágio 1	8	7,25	± 3,15	23	5,48	± 2,59	
	Estágio 2	0	.	.	4	6,50	± 2,08	
	Estágio 3	0	.	.	1	9,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	7,37	± 2,75	180	7,14	± 2,77	0,8949
	Normal	6	5,50	± 3,73	26	6,96	± 1,75	
	Limítrofe	5	6,80	± 4,55	21	4,81	± 2,25	
	Estágio 1	7	6,57	± 2,70	13	6,38	± 2,93	
	Estágio 2	0	.	.	7	5,29	± 1,80	
	Estágio 3	0	.	.	3	7,33	± 1,53	
Glicemia Capilar	Normal	32	7,38	± 3,19	151	6,95	± 2,68	0,7505
	Pós-prandial	24	6,88	± 2,89	75	6,81	± 2,69	
	DM2 auto-referida	5	5,80	± 1,92	24	6,21	± 2,80	
IMC	Abaixo do peso	1	**10,00**	-	**5**	7,00	± 1,58	**<0,0001**
	Normal	19	8,68	± 2,87	103	8,33	± 2,40	
	Pré-obeso	28	6,25	± 3,00	77	6,44	± 2,34	
	Obeso I	5	4,80	± 1,30	50	5,04	± 2,14	
	Obeso II	3	7,33	± 3,06	7	4,57	± 2,57	
	Obeso III	2	6,00	± 2,83	4	2,50	± 1,00	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								0,0581

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi detectado efeito estatisticamente significativo da interação “Nutrição” e “IMC” por sexo, com “valor de *p*” menor que 0,0001. Pelas comparações múltiplas de Tukey (Tabela 14), pode-se concluir que de acordo com a classificação do IMC, dentre os homens, o nível 1 de IMC difere estatisticamente dos níveis 2 e 3, enquanto dentre as mulheres o nível 1 difere estatisticamente dos níveis 2, 3, 4 e 5, e o nível 2 difere-se dos níveis 3 e 5.

Tabela 14 - Comparações múltiplas de Tukey de Nutrição por sexo* IMC

IMC*		Homens						Mulheres					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Homens	0		0,7943	0,2534	0,0866	0,5580	0,3644	0,5765	0,9849	0,4346	0,2128	0,2798	0,0918
	1	0,7943		**0,0043**	**0,0025**	0,5299	0,2801	0,5405	0,5220	0,1935	**0,0158**	0,0960	**0,0101**
	2	0,2534	**0,0043**		0,1307	0,4703	0,9817	0,3760	**0,0025**	0,3886	0,6576	0,9107	0,1886
	3	0,0866	**0,0025**	0,1307		0,1023	0,4155	0,0726	**0,0005**	**0,0495**	0,2916	0,2968	0,9116
	4	0,5580	0,5299	0,4703	0,1023		0,6179	0,9485	0,2774	0,8332	0,3328	0,4850	0,1170
	5	0,3644	0,2801	0,9817	0,4155	0,6179		0,5553	0,1322	0,6617	0,8485	0,9625	0,3865
Mulheres	0	0,5765	0,5405	0,3760	0,0726	0,9485	0,5553		0,1434	0,6808	0,1506	0,3382	0,0608
	1	0,9849	0,5220	**0,0025**	**0,0005**	0,2774	0,1322	0,1434		**<0,0001**	**<0,0001**	**0,0027**	**0,0004**
	2	0,4346	0,1935	0,3886	**0,0495**	0,8332	0,6617	06808	**<0,0001**		**0,0090**	0,3470	**0,0380**
	3	0,2128	**0,0158**	0,6576	0,2916	0,3328	0,8485	0,1506	**<0,0001**	**0,0090**		0,7895	0,2303
	4	0,2798	0,0960	0,9107	0,2968	0,4850	0,9625	0,3382	**0,0027**	0,3470	0,7895		0,2403
	5	0,0918	**0,0101**	0,1886	0,9116	0,1170	0,3865	0,0608	**0,0004**	**0,0380**	0,2303	0,2403	

Fonte: Elaborado pelo autor.
*Nota: A classificação do IMC por níveis, zero = abaixo do peso; 1 = normal; 2 = pré peso; 3 = obeso I; 4 = obeso II; 5 = obeso III.

O próximo resultado apresenta associação entre a glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica e a dimensão “Cigarro e Drogas”, por sexo.

Utilizando a mesma suposição de normalidade dos resíduos encontrou-se que não foi detectado efeito estatisticamente significativo das interações das variáveis independentes com a dimensão “Cigarro e Drogas”, independente do sexo ($p > 0,05$) (Tabela 15).

Tabela 15 - Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Cigarro e drogas" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos.

Variável	Categoria	Cigarro e Drogas						Valor de *p* (Variável* sexo)
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	± 15,46	1,10	126	15,51	± 0,90	0,0544
	Normal	22	± 15,50	0,60	68	15,18	± 1,05	
	Limítrofe	5	± 15,20	0,84	28	15,61	± 057	
	Estágio 1	8	± 15,88	0,35	23	14,96	± 1,36	
	Estágio 2	0	.	.	4	15,00	± 0,82	
	Estágio 3	0	.	.	1	16,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	± 15,47	0,93	180	15,39	± 0,95	0,3064
	Normal	6	± 15,50	0,55	26	15,31	± 1,01	
	Limítrofe	5	± 15,40	0,89	21	15,38	± 1,24	
	Estágio 1	7	± 15,86	0,38	13	15,46	± 0,66	
	Estágio 2	0	.	.	7	14,86	± 1,46	
	Estágio 3	0	.	.	3	15,67	± 0,58	
Glicemia Capilar	Normal	32	± 15,59	0,61	151	15,34	± 0,98	0,3582
	Pós-prandial	24	± 15,29	1,12	75	15,47	± 0,96	
	DM2 auto-referida	5	± 16,00	0,00	24	15,29	± 1,04	
IMC	Abaixo do peso	1	± 16,00	.	5	15,80	± 0,45	0,5187
	Normal	19	± 15,68	0,58	103	15,48	± 0,79	
	Pré-obeso	28	± 15.25	1,08	77	15,39	± 0,88	
	Obeso I	5	± 15,80	0,45	50	15,20	± 1,32	
	Obeso II	3	± 15,67	0,58	7	15,14	± 1,07	
	Obeso III	2	± 16,00	0,00	4	14,25	± 2,06	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								<0,0100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Continuando a análise, associou-se os mesmos fatores independentes com a dimensão “Álcool” e também não foi detectado relação estatisticamente significativo nas interações, ou seja, não houve associação do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e diastólica nessa dimensão, independente do sexo (p> 0,05). Utilizou-se, portanto, na análise o modelo de Regressão Logística para esta varíavel (Tabela 16).

Tabela 16 - Frequência absoluta da dimensão “álcool” segundo sexo e pressão sistólica, diastólica, glicemia capilar e IMC, seguido do “valor de *p”* da regressão logística

Variável	**Categoria**	**Álcool**				**Valor de *p* (Variável* sexo)**
		Homens		Mulheres		
		11	12	11	12	
Pressão Sistólica	Ótima	1	25	1	125	0,9556
	Normal	1	21	0	68	
	Limítrofe	0	5	0	28	
	Estágio 1	1	7	1	22	
	Estágio 2	.	.	0	4	
	Estágio 3	.	.	0	1	
Pressão Diastólica	Ótima	1	42	2	178	0,9684
	Normal	1	5	0	26	
	Limítrofe	0	5	0	21	
	Estágio 1	1	6	0	13	
	Estágio 2	.	.	0	7	
	Estágio 3	.	.	0	3	
Glicemia Capilar	Normal	2	30	0	151	0,2743
	Pós-Prandial	1	23	1	74	
	DM2 auto-referida	0	5	1	23	
IMC	Abaixo do peso	0	1	0	5	0,9598
	Normal	1	18	0	103	
	Pré-obeso	2	26	1	76	
	Obeso I	0	5	1	49	
	Obeso II	0	3	0	7	
	Obeso III	0	2	0	4	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em seguida foi avaliado a interação entre as mesmas variáveis independentes com a dimensão “Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro”. Outra vez, não foi detectado efeito estatisticamente significativo entre as variáveis (p> 0,05), IMC, glicemia capilar, pressão sistólica e diastólica com as dimensões do estilo de vida “FANTASTICO” (Tabela 17).

Tabela 17 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Sono, cinto de segurança, estrese e sexo seguro" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos.

Variável	**Categoria**	**Sono, cinto de segurança, strese e sexo seguro**						**Valor de *p* (Variável* sexo)**
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	14,81	± 4,20	126	15,53	± 2,92	0,2874
	Normal	22	15,64	± 2,24	68	15,38	± 2,64	
	Limítrofe	5	16,40	± 2,30	28	15,71	± 2,61	
	Estágio 1	8	14,50	± 3,89	23	15,09	± 2,92	
	Estágio 2	0	.	.	4	13,00	± 3,92	
	Estágio 3	0	.	.	1	12,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	15,42	± 3,57	180	15,52	± 2,87	0,5602
	Normal	6	15,00	± 2,00	26	15,58	± 2,35	
	Limítrofe	5	14,00	± 4,42	21	14,86	± 2,80	
	Estágio 1	7	14,86	± 2,85	13	15,23	± 2,68	
	Estágio 2	0	.	.	7	14,14	± 3,98	
	Estágio 3	0	.	.	3	15,67	± 3,21	
Glicemia Capilar	Normal	32	14,75	± 3,84	151	15,58	± 2,63	0,9291
	Pós-prandial	24	15,71	± 2,73	75	15,12	± 3,22	
	DM2 auto-referida	5	15,60	± 3,58	24	15,33	± 2,75	
IMC	Abaixo do peso	1	18,00	.	5	16,80	± 2,17	0,6893
	Normal	19	14,68	± 4,66	103	15,21	± 2,95	
	Pré-obeso	28	15,32	± 2,78	77	15,71	± 2,95	
	Obeso I	5	16,80	± 1,79	50	15,52	± 2,15	
	Obeso II	3	13,33	± 3,06	7	15,57	± 4,35	
	Obeso III	2	14,50	± 2,12	4	14,00	± 2,94	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								0,0770

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao realizar associação entre as variáveis independetes e a dimensão “Introspecção” também não foi detectado efeito estatisticamente significativo das interações do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e pressão diastólica com a dimensão “Introspecção”, uma vez que o “valor de *p”* foi maior que 0,05 em todos os casos. Dessa forma, pode-se observar que estatisticamente não há efeito do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e diastólica com a dimensão “Introspecção”, independente do sexo (Tabela 18).

Tabela 18 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Introspecção" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos.

Variável	**Categoria**	**Instrospecção**						**Valor de *p* (Variável* sexo)**
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	8,46	± 2,92	126	7,94	± 2,12	0,9932
	Normal	22	8,23	± 2,29	68	7,71	± 2,27	
	Limítrofe	5	8,60	± 0,89	28	7,64	± 2,28	
	Estágio 1	8	8,38	± 2,07	23	8,35	± 2,46	
	Estágio 2	0	.	.	4	8,00	± 3,56	
	Estágio 3	0	.	.	1	12,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	8,47	± 2,54	180	7,87	± 2,15	0,5683
	Normal	6	8,00	± 2,37	26	7,73	± 2,18	
	Limítrofe	5	9,00	± 2,35	21	7,48	± 2,82	
	Estágio 1	7	7,71	± 2,21	13	8,92	± 1,98	
	Estágio 2	0	.	.	7	7,29	± 2,36	
	Estágio 3	0	.	.	3	11,33	± 0,58	
Glicemia Capilar	Normal	32	8,41	± 2,55	151	7,86	± 2,23	0,2677
	Pós-prandial	24	8,00	± 2,15	75	8,08	± 2,25	
	DM2 auto-referida	5	10,00	± 2,83	24	7,58	± 2,24	
IMC	Abaixo do peso	1	5,00	.	5	7,80	± 1,79	0,0599
	Normal	19	8,11	± 2,49	103	7,71	± 2,23	
	Pré-obeso	28	8,64	± 2,56	77	8,36	± 2,15	
	Obeso I	5	9,00	± 1,22	50	7,82	± 2,27	
	Obeso II	3	9,00	± 1,73	7	7,86	± 3,24	
	Obeso III	2	4,50	± 0,71	4	6,00	± 2,16	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								0,1812

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por fim foi avaliado a interação com a dimensão “Trabalho”, e também não foi detectado efeito estatisticamente significativo das interações do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e diastólica com a dimensão “trabalho” por sexo, uma vez que o “valor de *p”* foi maior que 0,05 em todos os casos. Mais uma vez conclui-se que não há efeito do IMC, da glicemia capilar, da pressão sistólica e diastólica na dimensão “Trabalho”, independente do sexo (Tabela 19).

Tabela 19 – Média e desvio padrão das variáveis pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC na dimensão "Trabalho" por sexo, seguido do "valor de *p"* (ANOVA Two-Way) e normalidade dos resíduos.

Variável	Categoria	Trabalho						Valor de *p* (Variável* sexo)
		Homens			Mulheres			
		N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
Pressão Sistólica	Ótima	26	2,88	± 0,86	126	3,22	± 0,95	0,0544
	Normal	22	3,05	± 1,00	68	3,24	± 0,74	
	Limítrofe	5	3,60	± 0,55	28	3,18	± 0,86	
	Estágio 1	8	3,63	± 0,74	23	3,55	± 0,60	
	Estágio 2	0	.	.	4	3,00	± 0,82	
	Estágio 3	0	.	.	1	4,00	.	
Pressão Diastólica	Ótima	43	2,95	± 0,90	180	3,21	± 0,89	0,3064
	Normal	6	2,83	± 0,98	26	3,38	± 0,80	
	Limítrofe	5	3,60	± 0,89	21	3,25	± 0,79	
	Estágio 1	7	3,86	± 0,38	13	3,54	± 0,66	
	Estágio 2	0	.	.	7	3,00	± 0,58	
	Estágio 3	0	.	.	3	4,00	± 0,00	
Glicemia Capilar	Normal	32	3,09	± 0,86	151	3,25	± 0,87	0,3582
	Pós-prandial	24	3,04	± 1,04	75	3,23	± 0,85	
	DM2 auto-referida	5	3,40	± 0,55	24	3,33	± 0,76	
IMC	Abaixo do peso	1	1,00	.	5	3,20	± 0,84	0,5187
	Normal	19	3,37	± 0,68	103	3,09	± 0,93	
	Pré-obeso	28	2,93	± 1,05	77	3,44	± 0,68	
	Obeso I	5	3,20	± 0,45	50	3,20	± 0,93	
	Obeso II	3	3,00	± 1,00	7	3,83	± 0,41	
	Obeso III	2	3,50	± 0,71	4	3,50	± 0,58	
Valor de *p* (normalidade dos resíduos)								<0,0100

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.5 Discussão

Na análise dos dados dos docentes da educação básica, participantes da presente pesquisa, verificou-se a prevalência foi de 11,6% para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 9,3% para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e 23,4% para o Índice de Massa Corporal (IMC) indicativos de obesidade nível I, II e III, em ambos os sexos (Tabela 2). A prevalência de HAS entre os professores da educação básica, participantes deste estudo, é significativamente inferior aos valores encontrados na média nacional HAS (24,3%) (BRASIL, 2013c), no entanto, a prevalência de DM2 auto-referida se mostrou bem maior que a média (5,2%) apontada em estudos desenvolvidos pelo "Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico" - VIGITEL (BRASIL. 2011b). A prevalência da obesidade e sobrepesso se apresentou reduzida a menos da metade ao ser comparada com a média nacional (52,5%) (BRASIL, 2014).

Para Lessa *et al*. (2004), a adoção de um estilo de vida não adequado abre portas para a aparecimento dessas e de outras DCNTs. Contudo, existem outros fatores de risco que também poderiam ser modificados pela adoção de um estilo de vida saudável, como por exemplo o controle do estresse.

Os valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) apresentaram média dentro dos padrões de normalidade adotados pela Sociedade Brasileira de hipertensão (2010) (ANEXO C). No entanto, a glicemia capilar e o IMC apresentaram valores aumentados, um pouco acima das médias consideradas normais segundo classificação da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) (ANEXOS D) e das Diretrizes Brasileira de Obesidade (2009) (ANEXOS E), porém com valores de *p* sem significância estatística. O resultado do escore total do Estilo de Vida, segundo o questionário FANTASTICO, também, apresentou médias compatíveis com um estilo de vida que muito bom e excelente.

3.5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Como padrão de avaliação e classificação da PAS e PAD, adotou-se as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, (SBC, 2010) que recomenda valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) <140 mmHg e de Pressão Arterial

Diastólica (PAD) < 90 mmHg. Valores acima destes, em condições normais, podem ser indicativos da HAS (CHOBANIAN *et al*., 2003).

Ao comparar estes dados com os de outras pesquisas envolvendo docentes da educação básica de várias localidades, relativo à HAS, observou-se índices superiores de prevalência. Em: Bagé - RS. 20,3% (SANTOS; MARQUES, 2013); Viçosa - MG. 20% (OLIVEIRA *et al*., 2015) e Maceió - AL. 18,4% (CUNHA *et al*. 2014). Embora, os dados apresentados façam parte de uma categoria profissional especifica, ressalta-se que eles estão inseridos no contexto da população adulta do Brasil, cuja média nacional e de 24,3% (BRASIL, 2013c) e que a prevalência de hipertensão entre os professores da educação básica, participantes deste estudo, é significativamente inferior aos valores da mesma categoria profissional, encontrados nas cidades citadas.

Outras pesquisas realizadas em algumas capitais brasileira, observou-se que a prevalência de HAS variou consideravelmente de um local para o outro, mesmo utilizando-se instrumentos semelhantes de avaliação. Nas cidades de Florianópolis - SC 14,9%; Palmas - TO 14,9% e Brasília - DF 15,5% (BRASIL, 2007), obtiveram um índice menor de prevalência de HAS para o sexo masculino. Por outro lado, verificou-se que os indivíduos do sexo masculino das cidades de Belo Horizonte - MG 22,7%, Recife - PE 22,5% e Vitória - ES 23,1% (BRASIL, 2007) apresentaram uma prevalência maior de HAS. Quanto ao sexo feminino, embora tenham apresentado prevalências de HAS elevadas nas capitais Recife - PE 26,8%; Salvador - BA 27,3% e Rio de Janeiro - RJ 28,0% (BRASIL, 2007), e significativamente reduzidas em Palmas - TO 15,3%; Teresina - PI 18,4% e Manaus - AM 19,2% (BRASIL, 2007), ainda assim, os valores são superiores aos encontrados, por exemplo, nos docentes da Universidade Federal de Viçosa - MG em que a prevalência foi de16,55%, sendo 20,39% do sexo masculino e 7,14% do sexo feminino (MOREIRA *et al*., 2011). Portanto, cabe ressaltar que a prevalência de HAS encontrada nas pesquisas mencionadas acima, se mostrou compatível com a média nacional de 24,3% (BRASIL, 2013c).

Ao analisar a PAS e a PAD dos professores desta pesquisa, verificou-se que o sexo feminino apresentou um índice menor de prevalência de HAS no estágio 1 referentes à PAS (9,2%) e PAD (5,2%), comparado ao grupo de professores do sexo masculino PAS (13,1%) e PAD (11,5%), (Tabelas 4 e 5). Esses dados, embora colhidos em uma única ocasião, que por si só não prova que o indivíduo é portador

de hipertensão, sugerem que outros fatores, não analisados neste estudo, como perfil socioeconômico, estresse psicossocial e ingestão de medicamentos possam ter contribuído para o surgimento da diferença de 2,1% no PAS e 2,3% PAD entre os sexos feminino e masculino.

Cabe ressaltar que embora boa parte dos estudos correlacionam HAS com a idade, indicando que os indivíduos com mais de 40 anos possuem 2,51% a mais de chances de ter elevação na pressão arterial (BARBOSA *et al*., 2008; CASTRO *et al*., 2007; COSTA *et al*., 2007; JARDIM *et al*., 2007; PIMENTA *et al*., 2008; SOUZA *et al*., 2007). Neste sentido, pressupõe-se que os professores, participantes desta pesquisa, com média de idade 36,84% ± 8,43 anos, tenham outros fatores considerados como responsáveis pelo percentual de 11,6% de prevalência de HAS e que não estariam relacionados à idade, necessariamente, mas que poderiam ser atribuídos, provavelmente, ao estilo de vida, bem como, a outros aspectos elencados acima.

Ao comparar ainda, a prevalência de HAS entre os docentes participantes desta pesquisa com os resultados encontrados em estratos da população adulta brasileira relatados em pesquisas realizadas por diferentes autores tem-se os seguintes prevalências: Capilheira *et al*. (2008), na cidade de Pelotas - RS de HAS de 23,8%; Mion Jr *et al*. (2010) em São Paulo - SP de 23,0%; Longo *et al*. (2009) em Lages – SC de 33,7%; Castro *et al*. (2007) em Formiga - MG 32,7% e Moreira *et al*. (2011) em Virgem das Graças – MG de 47%. Observa-se que, embora, os professores da rede, analisada nesta pesquisa, façam parte de uma população adulta, cuja média nacional de pessoas com HAS seja de 24,3% (BRASIL, 2013c), ainda assim, o índice de 11,6% é inferior aos índices apresentados nas pesquisas mencionadas acima.

3.5.2 Diabetes Melittus tipo 2

No que diz respeito à prevalência de Diabetes DM2, destaca-se que foram realizados estudos em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal que apontam 5,6% dos indivíduos como portadores da doença. Destaca-se que que há um aumento progressivo da DM2, sendo que em 2006 foi registrado que 4,4% dos homens eram portadores de DM2 e em 2011 esse quadro passou para 5,2%. As mulheres sobressaem aos homens com 6% dos casos. Destaca-se ainda, que a

baixa escolaridade pode contribuir para o aumento tanto da HAS como da DM2 na população, uma vez que, 7,5% das pessoas com menos de oito anos de estudos eram portadores de diabetes enquanto entre aqueles que tinham 12 anos, ou mais, de estudos somente 3,7% foram diagnosticados com diabetes. Chama a atenção que a diferença de um grupo para o outro foi de mais de 50% (BRASIL, 2011b).

O mesmo estudo, mencionado acima, concluiu que com o avançar da idade também aumenta o número de pessoas com diabetes, sendo que 21% das pessoas com mais de 65 anos apresentam a doença, enquanto apenas 0,6% entre pessoas na faixa etária de 18 e 24 anos desenvolveram. Apontou maior prevalência de DM2 nas capitais: Fortaleza - CE (7,3%); Vitória - ES (7,1%) e Porto Alegre - RS (6,3%) enquanto Palmas - TO (2,7%); Goiânia - GO (4,1%) e Manaus - AM (4,2%) figuram como as de menor ocorrência de diabetes (BRASIL, 2011).

No grupo de professores participantes desta pesquisa, verificou-se que no cômputo geral, 9,3% são portadores da DM “auto referida” (Tabela 6). O grupo feminino sobressaiu com 9,6% sobre o grupo masculino com 8,2% dos casos. Esses dados por si só são preocupantes, pois estão acima da média nacional que é de 5,2% para homens e 6% para mulheres. Comparando esses dados com outras pesquisas envolvendo professores da educação básica de outra região, pode se verificar que entre os docentes da educação básica de Maceió - AL, 2,43% são portadores da DM, embora um percentual maior esteja em situação de alerta quanto ao desenvolvimento de DM2. Desses 12,5% são do sexo feminino e 11,76% do sexo masculino. Esses resultados reforçam as informações da OMS quando diz que 44% dos casos de DM e 23% das doenças cardíacas estão relacionadas ao sobrepeso e à obesidade (CUNHA *et al*., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Considerando que 52,5% da população brasileira está acima do peso e 17,9% desses com obesidade, aumenta a preocupação com os casos registrados de DM2, uma vez que, além de ter uma chance maior de desenvolverem DM2 as pessoas diagnosticadas com DM2 apresentam também 6,6 vezes mais a chance de adquirir a HAS. A Sociedade Brasileira de Diabetes alerta que o contrário também pode ocorrer, podendo inclusive desencadear outros problemas cardiovasculares. (BRASIL, 2011; 2012; 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; SOUZA *et al*., 2007).

3.5.3 Obesidade

Analisando o perfil do professor da educação básica da rede estudada nesta pesquisa com relação à prevalência de obesidade, observou se que 35,23% estão com sobrepeso, enquanto 18,45% são obesos tipo I, 3.5% obeso tipo II e 2,0% obeso tipo III. Esse quadro se torna mais preocupante ao comparar o sexo masculino com o feminino em que a prevalência de sobrepeso/obesidade nos homens foi de 3,6 vezes maior que o observado no grupo das mulheres (Tabela 8).

Comparando esses dados com outras pesquisas realizadas com professores da educação básica de outras localidades como: Bagé - RS em que 32,3% das mulheres apresentaram sobrepeso e 14,4% obesidade (SANTOS; MARQUES, 2013); Maceió - AL em que o sexo feminino aparece com 25% de pré-obeso, 4,17% de obesidade I, 12,5% de obesidade II e o sexo masculino 47,05% pré-obeso, 11,76% obesidade I e 5,9% obesidade II (CUNHA *et al*., 2014).

Percebe-se que os índices apresentados pelos docentes da educação básica, objeto dos estudos mencionados acima, embora tenham apresentado algumas variações no, estão abaixo da média nacional 52,5% (BRASIL, 2014; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2009). Isto não significa, necessariamente, que o grupo de professores do presente estudo, caracterizado como “sobrepeso”, não deva tomar os devidos cuidados para evitar que a situação caminhe em direção da obesidade. Quanto aos demais docentes “obeso I, II e III” (n= 71; 23,8%) são aqueles que precisam adaptar a sua vida a um novo estilo de vida principalmente no que diz respeito a prática de atividade física de maneira sistemática.

Outros estudos, voltados para a população de um modo geral, apontam na mesma direção. Nessas pesquisas observou-se que o nível pré-obeso variou entre 46,4% em São Luís e 56,2% em Manaus. Observou-se ainda, que os maiores índices de pré-obesos foram observados, no caso de homens, em Belém (62,9%), Fortaleza (62,3%) e Porto Alegre (62,0%) e, para as mulheres, em Recife (54,9%), Curitiba (52,9%) e Maceió (52,7%). E os menores índices de pré-obesos foram encontrados, entre homens, em Belo Horizonte 49,7%, Goiânia 51,5% e Recife 52,7% e, entre mulheres, em São Luís 40,6%, Palmas 43,3% e Florianópolis 43,6% (BRASIL, 2014).

Quando analisado as 27 cidades brasileiras, observou-se que a média nacional para o sobrepeso ou pré-obeso foi de 52,5%, sendo que os homens

aparecem com 56,5% e as mulheres 49,1%. Em ambos os sexos, constatou-se que a frequência do sobrepeso tende a aumentar até os 54 anos (BRASIL, 2014).

Outro índice com média nacional de 17,9% diz respeito a frequência de adultos obesos em ambos os sexos, cuja a frequência tende a aumentar com a idade também. No entanto a prevalência da obesidade passa a diminui após os 65 anos em ambos os sexos. Outro dado importante que chama atenção é que com o aumento do nível de escolaridade, tanto o sobrepeso como a obesidade, podem diminuír em ambos os sexos (BRASIL, 2014).

Costa *et al*. (2007) chama a atenção para o risco de se manter o IMC em níveis elevados, afirmando que aumenta em 3,5 vezes a possibilidade da elevação da PAS. Portanto é importante que os indivíduos que estão vivendo essa situação introduzam nos seus hábitos de vida, atividade física diária, adotando um estilo de vida saudável (GELBRICH *et al*., 2008).

3.5.4 Estilo de Vida

Quanto ao estilo de vida observou que os docentes, participantes dessa pesquisa, não apresentaram diferença estatisticamente significante nas médias do escore do estilo de vida segundo o FANTASTICO total entre o sexo masculino e feminino (p= 0,305). Também não houve diferença nas classificações das categorias do escore total do Estilo de Vida FANTASTICO entre os sexos masculino e feminino (p=0,522). O percentual de professores que avaliaram sua saúde como muito bom foram 63,9%; bom 23,0% e regular 1,6% em contrapartida as professoras quanto aos mesmos quesitos, responderam para o item muito bom 60,6%; bom 27,7% e regular 1,2%.

Esses dados são semelhantes, quando comparados com outros estudos realizados. Em Bagé - RS, em pesquisa com professores da educação básica, os percentuais foram de 14,3% para ruim e regular e 85,7% para bom, muito bom e ótimo (SANTOS; MARQUES 2013). Na Bahia - Ba, 55,3% professores universitários responderam que tinham um estilo de vida bom, enquanto que 44,7% disseram que era excelente (FERNANDES *et al*., 2009).

Em outro estudo sobre Estilo de Vida, utilizando o FANTASTICO, realizado com estudantes universitários os percentuais foram de 1,2% para excelente, 41% muito bom, 51,2% bom e 6,6% regular (LEITE; SANTOS, 2011). Estes dados

apresentam pequenas variações em relação a outro estudo realizado nos Colégios Militares do Brasil, quando a classificação do Estilo de Vida obteve que 9,1% dos professores estão em condição regular, enquanto 45,6% bom e 39,4% muito bom para apenas 6,1%, como excelente (AZAMBUJA *et al*., 2016).

Diante das pesquisas apresentadas acima, os dados indicam que os docentes participantes desta pesquisa, em uma ou outra situação, apresentam escores total melhor que os dos indivíduos avaliados nos diferentes estudos.

Os resultados encontrados nessas pesquisas, embora tenham apresentado o "escore total" do estilo de vida segundo o FANTASTICO tendendo para "bom e muito bom", observa-se que a adoção do estilo de vida plenamente saudável pode estar ausente na vida da maioria dos participantes das pesquisas. No caso da presente pesquisa, pressupõe-se que outros fatores também podem estar interferindo para um Estilo de Vida mais saudável, pois os dados indicam que existe uma prevalência considerável de HAS e DM2, bem como, de sobrepeso e obesidade.

No que diz respeito à associação entre as diversas dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO e os dados da PAS e PAD, Glicemia capilar e IMC, destaca-se que houveram relação estatisticamente significante apenas nas dimensões IMC e Nutrição com o "valor de p" menor que 0,0001 (Tabela 13) sendo que os homens no no estagio de pre-obeso, obeso II e III são proporcionalmente maiores que as mulheres. Enquanto as mulheres se sobressai aos homens apenas no estagio de obeso I. Broch *et al*. (1994) menciona em seus estudos que embora exista pouca relação entre IMC e níveis glicêmicos, a obesidade pode desencadear novos casos de diabetes e aumentar o risco de desenvolver problemas cardíacos e hipertensão.

4. CONCLUSÃO

O estilo de vida dos professores da educação básica da rede confessional, “cenário desse estudo”, apresentou alterações inversamente relacionadas às prevalências das DCNTs: hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade.

Identificou-se que os professores apresentaram Pressão Arterial com valores alterados nos estágios 1, 2 e 3, indicando uma prevalência de 11,6% de HAS, índice menor que a média nacional que é de 24,3%.

Quanto aos níveis de glicemia capilar, os valores estiveram acima da média de normalidade apenas no grupo de docentes que informou serem portadores de DM2. Neste caso, a prevalência foi de 9,3%, que é maior que a média nacional de 5,6%. Em relação à obesidade, houve alterações relacionadas aos níveis de IMC que apresentaram índices maiores para o sexo masculino na categoria de pré-obeso (48,3%) obeso II (5,2%) e obeso III (3,4%) emquanto no sexo feminino houve predomínio no estágio de obeso I (20,3%). Com isto, observou-se uma prevalência de obesidade geral de 23,4%, maior que a média nacional de 17,9%.

Destaca-se que a análise o estilo de vida dos professores, avaliados por meio do questionário FANTASTICO, somando os niveis “bom” e “excelente, obteve um escore total de 75,4% para o sexo masculino e de 71% para o feminino”. Essa variação entre os sexos não apresentou significância estatística (p= 0,522).

Ao investigar as dimensões estilo de vida “segundo o questionário FANTASTICO” observou-se que o item “álcool”, para ambos os sexos, apresentou o “valor de p” estatisticamente significante (p=0,022), porém, este dado não foi considerado relevante por ter tido uma amplitude mínima (11) e máxima (12) muito estreita em relação à média de indivíduos pesquisados (n= 311).

Por outro lado, na dimensão “Nutrição” houve associação com o IMC, considerando todos os estágios da classificação de obesidade, segundo o sexo. (p<0,0001), estatisticamente significante.

As demais dimensões do estilo de vida FANTASTICO não apresentaram associações estatisticamente significante ao serem relacionadas com os níveis da pressão sistólica e diastólica, glicemia capilar e IMC, segundo o sexo.

Concluiu-se que, embora os dados, mencionados acima, tenham apresentado significância estatística, ao analisar a associação com as dimensões do estilo de vida, mensurados nesta pesquisa, não foram identificadas alterações no escore total

do estilo de vida, nem em suas dimensões, que possam justificar os níveis de prevalências de HAS, DM2 auto referida e obesidade, na população pesquisada no presente estudo.

Espera-se que a divulgação dos resultados desta pesquisa possa somar aos poucos estudos que abordam, especificamente, o estilo de vida de professores da educação básica, podendo assim contribuir para indicar melhorias que sirvam de incentivo aos docentes, quanto à adoção de um estilo de vida saudável.

Outra reflexão, possibilitada na condução deste estudo, diz respeito à condição dos docentes que, no exercício dessa nobre profissão, são formadores de opinião e consequentemente têm como privilégio e responsabilidade serem multiplicadores do conhecimento acerca da importância da adoção de um estilo de vida promotor da saúde.

5 REFERÊNCIAS

AENGEVAEREN, W. R. Beyond lipids. The role of endothelium in coronary artery disease. **Atherosclerosis,** Amsterdam, v. 147, Supl. 1, p. S11-16, 1999.

ALMEIDA FILHO, N. A ciência da saúde. In: **Práxis:** Teoria do modo de vida e saúde. Cap. 12. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 153-171.

ALWAN, A.; MACLEAN, D. R.; RILEY, L. M.; D'ESPAIGNET, E. T.; MATHERS, C. D.; STEVENS, G. A. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, London, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 36, p. Supl. 1, S11-66, 2013.

AMOS, A. F.; McCARTY, D. J.; ZIMMET, P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. **Diabet Med,** Chichester, v. 14, Supl. 5, p. S1-85**,** 1997.

ASTRUP, A. Healthy lifestyles in Europe: prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity. **Public Health Nutr,** Wallingford, v. 4, n. 2b, p. 499-515, 2001.

ATKINSON, M. A.; MACLAREN, N. K. The pathogenesis of insulin dependent diabetes. **N Engl J Med,** Boston, v. 331, n. 21, p. 1428-1436, 1994.

AZAMBUJA, C. R.; BRUM, L. M.; PANDOLFO, K. C. M.; CERATTI, D. A.; SANTOS, D. L.; SCHETINGER, M. R. C. Estilo de vida de professores de colégios militares do Brasil. RIAEE - **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 11, n. 3, p.1519-1538, 2016.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev Bras Epidemiol,** São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

BAHIA, L. R.; ARAUJO, D. V.; SCHAAN, B. D.; DIB, S. A.; NEGRATO, C. A.; LEÃO, M. P. S.; RAMOS, A. J. S.; FORTI, A. C.; GOMES, M. B.; FOSS, M. C.; MONTEIRO, R. A.; SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. **Value Health**, Malden, v. 14, n. 5, supl. 1, p. S137-40, 2011.

BANKOFF, A. D. P. M. Obesidade, adolescência e atividade física e saúde. In: MOREIRA, W. W. SIMÕES, R. (Org.). **Fenômeno Esportivo no início de um novo milênio.** Piracicaba: UNIMEP, 2000. p. 43-52.

BARBOSA, J. B.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; BARBOSA, M. M.; BARBOSA, M. M.; FIGUEIREDO NETO, J. A.; SOARES, N. J. S.; NINA, V. J. S.; BARBOSA, J. N. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 91, n.4, p. 260-266, 2008.

BECK, S. K.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O.; MEIRA, M. D. D.; BERTOLLI, L. G.; SILVA, R. L. Perfil nutricional de adultos atendidos em uma feira de saúde em shopping na cidade de São Paulo. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde,** Três Corações, v. 12, n. 2, p. 1013-1049, 2014.

BLAIR, S. N. C. H. McCloy research lecture: physical ativity, physical fitness and health. **Res Q Exerc Sport**, Washington DC, v. 64, n. 4, p. 365-376. 1993.

BLOCH, K. V.; KLEIN, C. H.; SOUZA, S. N. A.; NOGUEIRA, A. R.; CAMPOS, L. H. S. Hipertensão arterial e obesidade na Ilha do Governador - Rio de Janeiro. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 17-22, 1994.

BOTREL, T. E. A.; COSTA, R. D.; COSTA, M. D.; COSTA, A. M. D. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção/Cardiovascular diseases: etiology and prevention, **Rev Bras Clin Terap,** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 87-90, 2000.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R. J.; STEPHENS, T. **Physical Activity, Fitness and Health.** Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil,** v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: MS; 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 06 abr. 2015.

_____. Ministerio da Saúde. **VIGITEL Brasil 2011**: Vigilancia de fatores de riscos para doenças crônicas por inquéritos telefônicos. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemograficfa de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011b. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/vigitel-2011-diabetes/>. Acesso em 20 de jun. 2016.

_____. Ministerio da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014**: Vigilancia de fatores de riscos para doenças crônicas por inquéritos telefônicos abril 2014. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/72/553a243c4b9f3.pdf>. Acesso em 13 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12** que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: em 09 ago. 2014.

BROCH, K.V.; KLEIN, C.H.; SILVA, N.A.S.; NOGUEIRA, A.R.; CAMPOS, L.H.S. Hipertensão arterial e obesidade na Ilha do Governador – Rio de Janeiro. **Arq Bras Cardiol.** v. 62, n. 1, p. 17-22, 1994.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D.; Freitas C. M. (Org). **Promoção de Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 78-87.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I.S.; AZEVEDO JUNIOR, M. R.; REICHERT, F.F. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2767-2774, 2008.

CARVALHO, K. M. B. Obesidade. In: CUPPARI, L. (Ed.). **Nutrição: nutrição clínica do adulto.** Barueri: Manole, 2002, p. 131-50.

CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO JUNIOR, J. L.; JONES, D. W.; MATERSON, B. J.; OPARIL, S.; WRIGHT JUNIOR, J. T.; ROCCELLA, E. J. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, Dallas, v. 42, p. 1206-1252, 2003.

COSTA, J. S. D.; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, I. K. T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A.; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; FUCHS, S. C. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na Cidade de Formiga, MG. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 88, n. 3, p. 334-339, 2007.

COSTA, R. M.; MILANI, N. S. Perfil do estilo de vida entre professores da rede estadual e particular de ensino regular da cidade de Muriaé-MG. **R Min Educ Fís,** Viçosa, v. 15, n. 1, p. 32-56, 2007.

CRUZ, R. M.; LEMOS, J. C. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. **Motriviv,** Florianópolis, n. 24, p. 59-80, 2005.

CUNHA, R. C. P. M.; CAHET, A. Q. V.; BARBOSA, M. S. A.; LOPES, D. G. A. F; CELESTINO, R. P. M. C. Perfil dos professores de uma escola estadual em Maceió: Riscos para doenças cardiovasculares. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 3, n 1, 2014.

DEEDWANIA, P. C. Blood pressure control in diabetes mellitus: is lower always better and how low should it go? **Circulation**, Dallas, v. 123, n. 24, p. 2776-2778, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho, 5. ed. São Paulo: Cortez/Oboré,1992. 173 p.

DELCOR, N. S.; ARAUJO, T. M.; REIS, E. J. F. B.; PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; SILVA, M. O.; BARBALHO, L.; ANDRADE, J. M. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Victoria da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 187-196, 2004.

DeVRIES, H. A. **Health science**: a positive approach. Santa Mônica, California: Good Year Publishing Company, 1978.

DIAS, S. R.; MASANO, T. F.; LIMEIRA, T. M V.; JONES, V. **Gestão de Marketing**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010 - ABESO – **Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica**. 3.ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

DURR, J. A. **Diabetes insipidus in pregnancy**. Am J Kidney Dis, New York, v. 9, n. 4, p. 276-283, 1987.

DURKHEIM, E. **L'Éducation Morale**. Paris: PQF, 1963. 264 p.

EATON, S. B.; SHOSTAK, M.; KONNER, M. **The paleolithic prescription:** a program diet & exercise and a design for living. New York: HarperCollins, 1988. 306 p.

EHRLICH, E.; FLEXNER, S. B.; CARRUTH, G.; HAWKINS, J. M. **Oxford American Dictionary**. New York: Avon Books Inc., 2000.

FERNANDES, M. H.; PORTO, G. G.; ALMEIDA, L. G. D.; ROCHA, V. M. Estilo de Vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 94-99, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da língua Portuguesa.** Coord. Marina Baird Ferreira, Margarida dos Anjos; Elza Tavares Ferreira; Joaquim Campelo Marques – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FINOTTI, M. A. **Estilos de Vida**: Uma contribuição ao estudo da segmentação de Mercado. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de economia Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-13092004-115348/en.php>. Acesso em: 7 ago. 2015.

FLOYD, P. A.; MIMMS, S. E.; YELDING-HOWARD, C. **Personal health:** a multicultural approach. Englewood, CO: Morton Publishing Company, 1995.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S.; KLOPFER, M. L.; SANTOS, R. C.; VIEIRA, P. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev Nutr,** Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-29, 2000.

GARRIDO, M. P. Análisis comparativo. In: CUENCA, R.; GARZÓN, E. F.; KOHEN, J.; GARRIDO, M. P.; GUZMÁN, L. R.; TOMASINA, F. **Condiciones de trabajo y salud docente.** Santiago de Chile: OREALC, UNESCO; 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001425/142551s.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educ Pesqui,** São Paulo, v. 31, n. 2, p. 180-199, 2005.

GELBRICH, G.; BLÜHER, S.; REICH, A.; MÜLLER, G.; KIESS, W. Prevalence of obesity and elevated blood pressure as well as onset of puberty in German school children attending different educational tracks. **Horm Res**, Basel, v. 70, n. 6, p. 340-348, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, A. **Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga):** análise de concepções, de valores e de práticas. 2004. 162 f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Criança-Promoção da Saúde e do Meio Ambiente) - Universidade do Minho-Braga, Portugal, 2004.

GUISELINI, M. **Aptidão Física, Saúde e Bem-Estar:** Fundamentos teóricos e exercícios práticos, São Paulo: Phorte, 2004.

HARBRON, E. Medical and complementary. **Nurs Times,** v. 98, p. 32-34, 2002.

HAYWOOD, L. J.; FORD, C. E.; CROW, R. S.; DAVIS, B. R.; MASSIE, B. M.; EINHORN, P. T.; WILLIARD, A.; ALLHA, T. Collaborative Research Group. Atrial fibrillation at baseline and during follow-up in ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial). **J Am Coll Cardiol,** New York, v. 54, n. 22, p. 2023-2031, 2009.

HERMANN, B. Developing a model of quality of life in epilepsy: the contribution of Neuro psychology. **Epilepsia,** Copenhagen, v. 34, supl. 4, p. S14-21, 1993.

IMAGAWA, A.; HANAFUSA, T.; MIYAGAWA, J. I.; MATSUZAWA, Y. for the Osaka IDDM Study Group. A novel subtype of type 1 diabetes mellitus characterized by a rapid onset and an absence of diabetes-related antibodies. **N Engl J Med,** Boston, v. 342, n. 5, p. 301-307, 2000.

INSTITUTO NACIONALDE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS (INEP). **Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar de 2007.** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília: INEP; 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. 2015. Disponível em: <https://www.idf.org> Acesso em: 25 jul. 2016.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2439-2461**,** 2007.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JNC - JOINT NATIONAL COMMITEE. O Sétimo Relatório do Comitê Misto Nacional de Prevenção. Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial o Relatório JNC 7, 2003. Disponível em: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196589. Acesso em: 15 fev. 2015.

KASTORINI, C. M.; PANAGIOTAKOS, D. B. Dietary patterns and prevention of type 2 diabetes: from research to clinical practice; a systematic review. **Curr Diabetes Rev,** Saif Zone, v. 5, n. 4, p. 221-227, 2009.

KOTLER, P. **Administração de marketing:** Analise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1998.

LEITE, T. R. A.; SANTOS, B. R. M. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 27, p. 14-20, 2011.

LESSA, I.; ARAUJO, M. J.; MAGALHÃES, L.; ALMEIDA, F. M.; AQUINO, E.; COSTA, M. C. R. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev Panam Salud Publica,** Washington DC, v. 16, n. 2, p. 131-137, 2004.

LIMA, M. C. M. A.; MAZON, L.; PETREÇA, D. R.; PAWLOWYTSCH, P. W. M.; CAMPOS, R. Fatores de riscos cardiovasculares em estudantes universitários. **Rev. Inspirar**, v. 6, n. 1, 2014.

LONGO, G. Z.; NEVES, J.; LUCIANO, V. M.; PERES, M. A. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 93, n. 3, p. 387-394, 2009.

LOPES, A. C.; DEL GIGLIO, A.; PALOMBINI, B. C.; TEIXEIRA, P. J. Z.; FILHO, D. R.; DANTAS, F.; KALIL, J. CASTRO, F. F. M.; BODANESE, L. C.; GANANÇA, M. M.; JOSÉ, N. K.; CARRICONDO, P. C. **Diagnóstico e tratamento:** v. 1, 1. ed. São Paulo: Manole, 2006.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAES, N. O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MATTHAEI, S.; STUMVOLL, M.; KELLERER, M. HARING H.U. Pathophysiology and pharmacological treatment of insulin resistance. **Endocr Rev,** Chevy Chase, v. 21, n. 6, p. 585-618, 2000.

MCLELLAN, K. C. P.; BARBALHO, S. M.; CATTALINI, M.; LERARIO, A. C. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev Nutr,** Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524**,** 2007.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do estilo de vida de adultos da zona sul de São Paulo. **LifeStyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2015.

MELLEROWICZ, H.; MELLER, W. **Treinamento físico:** bases e princípios fisiológicos. São Paulo: EPU, 1987.

MENDES, R. A.; LEITE, N. **Ginastica laboral:** princípios e aplicações práticas. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2008.

MILONE, G. **Estatística geral e aplicada.** Física geral e Thomson, 2009.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Estilo de vida e desigualdade em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n.4, 2015.

MICHELS, K. B.; GREENLAND, S.; ROSNER, B. A. Does body mass index adequately capture the relation of body composition and body size to health outcomes? **Am J Epidemiol,** Baltimore, v. 147, n. 2, p. 167-172, 1998.

MION JUNIOR, D.; PIERIN, A. M. G.; BENSENOR, I. M.; MARIN, J. C. M.; COSTA, K. R. A.; HENRIQUE, L. F. O.; ALENCAR, N. P.; COUTO, R. C.; LAURENTI, T. E.; MACHADO, T. A. O. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: Prevalência referida por contato telefônico. **Arq Bras Cardiol,** São Paulo, v. 95, n. 1, 2010.

MOLARIUS, A.; SEIDELL, J. C.; SANS, S.; TUOMILEHTO, J.; KUULASMAA, K. Waist and hip circumferences, and waist-hip ratio in 19 populations of the WHO MONICA Project. **Int J Obes Relat Metab Disord,** Hampshire, v. 23, n. 2, p. 116-125,1999.

MONTEIRO, H. L.; GONÇALVES, A. Salud colectiva y actividad fisica: evolución de las principales concepciones y praticas. **Rev Ciencias de la Actividad Física,** Talca, v. 2, p. 33-45,1994.

MOREIRA, O. C.; OLIVEIRA, R. A. R.; ANDRADE NETO, F.; AMORIM, W.; OLIVEIRA, C. E. P.; DOIMO, L. A.; AMORIM, P. R. S.; LATERZA, M. C.; MONTEIRO, W. D.; MARINS, J. C. B. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Rev Bras Educ Fís Esporte,** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 397-406, 2011.

MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I. C. M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública,** São Paulo, v. 46, n. 3, p. 534-542, 2012.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida:** Conceitos e Sugestões para um estilo de vida ativo. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NETTER, J.; WASSWEMAN, W.; KUTNER, M.H.; **Applied linear statistical models**: regression, analysis of variance, and experimental designs. 3. ed. Boston: IRWIN; Chapter 9, Polynomial Regression Models; p. 315-48, 1990.

NUNES FILHO, J. R.; DEBASTIANI, D.; NUNES, A. D.; PERES, K. G. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007.

OIGMAN, W. Recomendações não farmacológicas coadjuvantes no tratamento da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol,** São Paulo, v. 57, n. 4, p. 314-346, 1991.

OLIVEIRA, R. A. R.; MOTA JUNIOR, R. J.; TAVARES, D. D. F.; MOREIRA, O. C.; MARINS, J. C. B. Fatores associados à pressão arterial elevada em professores da educação básica. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 1, p. 119-129, 2015.

ORNISH, D. **Program for reversing heart disease.** New York: Ivy Books, 1996.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

PAZ, E. P. A.; SOUZA, M. H. N.; GUIMARÃES, R. M.; PAVANI, G. F.; CORREA, H. F. S.; CARVALHO, P. M.; RODRIGUES, R. M. Estilos de Vida de pacientes hipertensos atendidos com a estratégia de saúde familiar. **Invest Educ Enferm**, Medellin, v. 29, n. 3, p. 467, 2011.

PEREIRA, A. M. T. B (org.). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do professor. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

PHILIPS, S. J.; SEM, D.; McNAMEE, R. Risk factors for work-related stress and health in head teachers. **Occup Med,** London, v. 58, n. 8, p. 584-586, 2008.

PIMENTA, A. M.; KAC, G.; GAZZINELLI, A.; CORRÊA-OLIVEIRA, R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. **Arq Bras Cardiol,** São Paulo, v. 90, n. 6, p. 419-425, 2008.

PORTO, L. A.; REIS, I. C.; ANDRADE, J. M.; NASCIMENTO, C. R.; CARVALHO, F. M. Doenças ocupacionais em professores atendidos pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT). **Rev Baiana Saúde Pública,** Salvador, v. 28, n. 1, p. 33-49, 2004.

RAPLEY, M. **Quality of Life Research:** a critical introduction. London: SAGE Publications, 2003.

REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de Pesquisa:** do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

ROCHER, G. **Sociologia Geral**: A organização social. Lisboa: Editorial Presença, 1989. 248 p.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário "estilo de vida FANTASTICO": tradução e validação para adultos jovens. **Arq Bras Cardiol,** São Paulo, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

ROGLIC, G.; UNWIN, N.; BENNETT, P. H.; MATHERS, C.; TUOMILEHTO, J.; NAG. S. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. **Diabetes Care**, New York, v. 28, n. 9, p. 2130-2135, 2005.

RUILOPE, L. M. Arterial hypertension greatly contributes to the development and evolution of cardiovascular and renal diseases (Ed). **Journal of Hypertension**, London, v. 27, supl. 3, p. S1, 2009.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical, activity e behavioral medicine.** Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.

SANTOS, J. J. A.; SARACINI, N.; SILVA, W. C.; GUILHERME, J. H.; COSTA, T. A.; SILVA, M. R. A. G. Estilo de vida relacionado à saúde de Estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. **ABCS Health Sciences,** Santo André, v. 39, n. 1, 2014.

SANTOS, M. N.; MARQUES, A. C. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 837-846, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. **Hipertensão arterial:** abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza: Brasil Tropical, 2003.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet,** London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SHETH, J. N. **Comportamento do cliente:** indo além do comportamento do consumidor. Atlas, São Paulo, 2001.

SHUMAKER, S.; ANDERSON, R.; CZAJKOWSKI, S. Psychological tests and scales. In: **Quality of rife assessments in clinical trials.** New York: Raven Press. B. Spilker, 1990, p. 95-113.

SLIWINSKA-KOWALSKA, M.; NIEBUDEK-BOGUSZ, E.; FISZER, M.; LOS-SPYCHALSKA, T.; KOTYLO, P.; SZNUROWSKA-PRZYGOCKA, B.; MODRZEWSKA, M. The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. **Folia Phoniatr Logop,** Basel, v. 58, n. 2, p. 85-101, 2006.

SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M. S.; HAYHASHIDA, M.; CESARINO, E. J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destiladora do interior paulista. **Rev Eletr Enferm,** Goiânia, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2007.

SILVA, A. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário de avaliação de estilo de vida FANTASTICO com estudantes do ensino superior. **Ciênc Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1901-1909, 2014.

SILVA, B. D. G. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, D. A. S.; QUADROS, T. M. B.; GORDIA, A. P.; PETROSKI, E. L. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. **Ciênc Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 11**,** p. 4473-4479, 2011.

SILVA, D. A. S.; PEREIRA, I. M. M.; ALMEIDA, M. B.; SILVA, R. J. S.; OLIVEIRA, A. C. C. Estilo de vida de acadêmicos de educação física de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil. **Rev Bras Ciênc Esporte,** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 53-67, 2012.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev Eletr Enferm,** Goiânia, v. 6, n. 3, p. 330-335, 2004.

SOBEL, E. **Life style and social structure.** New York: Academic Press, 1981.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, (2015/2016). **Principios básicos, avaliação e diagnóticos diabetes mellitus 2016.** Disponivel em: <http://www.diabetes.org.br/sbbonline/images/docs/DIRETRIZES-SBB-2015-2016.PDF>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 8-10 jan-mar. 2010. Disponível em: <http://sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-60, 2010.

SOUZA, A. N.; LEITE, M. P. Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil. **Educ Soc,** Campinas, v. 32, n. 117, p. 1105-1121, 2011.

SOUZA, A. R. A.; COSTA, A.; NAKAMURA, D.; MOCHETI, L. N.; STEVANATO FILHO, P. R.; OVANDO, L. A. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol,** São Paulo, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

STEYN, N. P.; MANN, J.; BENNETT, P. H.; TEMPLE, N. P.; ZIMMET, P.; TUOMILEHTO, J. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. **Public Health Nutr**, Wallingford, v. 7, n. 1A, p. 147-165, 2004.

TEIXEIRA, E. R.; LAMAS, A. R.; SILVA, J. C.; MATOS, R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 378-384, 2006.

VENTURIM, L. M. V. P.; MOLINA, M. D. C. B. Mudanças no estilo de vida após ações realizadas no serviço de orientação ao exercício - Vitória-ES. **Rev Bras Ativ Fís Saúde,** Pelotas, v. 10, n. 2, p. 4-16, 2005.

VERDECCHIA, P.; ANGELI, F. The Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The Weapons Are Ready. **Rev Esp Cardiol,** v. 56, n. 9, p. 843-47, 2003.

WACHTELL, K.; PAPADEMETRIOU, V.; SMITH, G.; GERDTS, E.; DAHLÖF, B.; ENGBLOM, E.; AURIGEMMA, G. P.; BELLA, J. N.; IBSEN, H.; ROKKEDAL, J.; DEVEREUX, R. B. Relation of impaired left ventricular fil ling to systolic midw all mechanics in hypertensive patients with normal left ventricular systolic chamber function: The Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension (LIFE) study. **American Heart Journal,** v. 148, n. 3, p. 538-544, 2004.

WILSON, D. M.; CILISKA, D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Can Fam Physician**, Mississauga, v. 30, p. 1863-1866, 1984.

WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. American Institute for Cancer Research. **Food, nutrition, and physical activity:** a global perspective. Washington: World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research; 2009. Disponível em: <http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing, and Managing the Global Epidemic.** Geneva: World Health Organization – WHO. Consultation on Obesity; 1998.

_____. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.** Technical Report Series no. 894. WHO, Geneva, 2000.

_____. The World Health Organization Report 2002: **reducing risks, promoting healthy life**. Geneve, WHO. 2002.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization; 2009

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.

_____. **World Health Statistics 2012**. Geneva: World Health Organization; 2012.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaration of Helsinki**. Alterado pela 64ª Assembléia Geral WMA, Fortaleza, Brasil, outubro 2013. Disponível em: <http:// http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. Acesso em: 26 mar. 2015.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; OUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F.; McQUEEN, M.; BUDAJ, A.; PAIS, P.; VARIGOS, J.; LISHENG, L. Effect of potentially modificable risk factors associate with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet,** London, v. 364, n. 9438, p. 937-52, 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada Estilo de Vida de Professores de uma Rede Educacional Confessional na Região Metropolitana de São Paulo, sob responsabilidade do pesquisador Elton Hermes Oliveira, CPF nº 276.098.631-49.O objetivo geral desta pesquisa é: “Analisar o estilo de vida dos professores da educação básica, de uma rede educacional confessional na Região Metropolitana de São Paulo e as implicações no estado geral de saúde referida”. Os objetivos específicos: 1º) **“**Investigar o estilo de vida adotado por docentes de uma rede educacional confessional na Região Metropolitana de São Paulo”. 2º) “Analisar a relação entre estilo de vida e a presença de morbidades auto-referidas, tais como diabetes, hipertensão e obesidade”. Sua participação na pesquisa ocorrerá da seguinte forma: respondendo ao questionário Estilo de Vida FANTASTICO e ficha Sócio-demográfico e de saúde. Será aferida a Pressão Arterial, e medidas de peso e altura para cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal). Esses procedimentos não oferecem nenhum risco aos participantes da pesquisa. Será realizado ainda, o Teste de Glicemia capilar (que requer jejum de oito horas), por meio da coleta de uma gota de sangue retirada de um dos dedos. Quanto a este teste, poderá ocorrer um leve desconforto ocasionado pela picada com a lanceta, tontura ou mal-estar devido ao jejum. Caso ocorra qualquer um dos incômodos mencionados acima, você será atendido por um profissional de saúde que estará a posto. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem ser prejudicado. Você não receberá pagamento pela sua participação no estudo e nem haverá custos para você. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia que o sigilo relativo à sua identidade, como participante da pesquisa, será preservado. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento do pesquisador ou sobre mudanças ocorridas na pesquisa que não constam neste termo e caso se considere prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável senhor Elton Hermes Oliveira pessoalmente ou pelo telefone 98174-8010 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNASP, pelo telefone (11) 2128-6130.

Diante do exposto, eu concordo em participar da pesquisa, e sei que terei uma cópia deste termo que será assinado em duas vias.

São Paulo _____/_____/_____

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Elton Hermes Oliveira

Assinatura: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

1– Informações pessoais:

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: _____
Cor/etnia:
Branca ( ) Parda ( ) Negro ( ) Amarela ( ) Indígena ( )
Estado civil:
Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viúvo/a ( ) Outro:____
Religião referida:

2 – Informações econômicas:

Nível sócio-econômico*
Alto ( ) Médio-Alto ( ) Médio ( ) Médio-Baixo ( ) Baixo ( )

* Considerando:
Baixo: Até 2 salários mínimos.
Médio-baixo: 2 a 4 salários mínimos.
Médio: 4 a 10 salários mínimos.
Médio-alto 10 a 20 salários mínimos.
Alto: Acima de 20 salários mínimos.

3 – Informações acadêmicas/trabalho

Escolaridade:

Magistério ( ) Graduação incompleta ( ) Graduação completa ( )

Especialização ( ) Qual:_____ Mestrado ( ) Doutorado ( )

Tempo de magistério:

_____. Nessa rede? _____

Carga horária semanal nesta escola: ___ em outras escolas da rede: _____

Trabalha em outra escola? Pública ( ) Particular ( ) carga horária:_____

4 – Informações/dados de saúde:

4Você tem alguma doença diagnosticada? Sim ( ) Não ( )

( ) Dislipidemia ( ) Cardiológica ( ) Pulmonar ( ) Diabete

( ) Hipertensão Arterial ( ) Depressão ( ) Estresse ( ) Coluna

( ) Lesão de Esforço Repetitivo - LER ( ) outras:_____

Pressão arterial: _____

Glicemia capilar: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Você acredita que seu estilo de vida é:

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

ANEXO A – PARECER CEP/UNASP-SP.

CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO - UNASP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTILO DE VIDA DE PROFESSORES DE UMA REDE EDUCACIONAL PRIVADA CONFESSIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DA CIDADE DE SÃO PAULO
Pesquisador: Elton Hermes Oliveira
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 35813614.9.0000.5377
Instituição Proponente: Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 812.354
Data da Relatoria: 11/09/2014

Apresentação do Projeto:
Projeto de Pesquisa para obtenção de Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação - Mestrado profissional em Promoção da Saúde no Centro Universitário Adventista de São Paulo.
Título: ESTILO DE VIDA DE PROFESSORES DE UMA REDE EDUCACIONAL PRIVADA CONFESSIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DA CIDADE DE SÃO PAULO
Trata-se de Estudo quantitativo, envolvendo 358 professores da Educação Básica (Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II e Ensino Médio) de 10 escolas de uma rede educacional privada confessional que atende a Região Metropolitana da cidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Geral

Analisar o estilo de vida dos professores de educação básica, de uma rede educacional privada confessional da Região Metropolitana de São Paulo.

Objetivos Específicos

Endereço: Estrada de Itapecerica, 5859
Bairro: Jd. IAE **CEP:** 05.858-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2128-6230 **E-mail:** cep.unasp@unasp.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO - UNASP

Investigar a relação entre estilo de vida e as condições de saúde do docente.
Analisar a relação entre estilo de vida e a presença de morbidades tais como diabetes, hipertensão e obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Será calculada a porcentagem de gordura corporal. Essa mensuração e a do peso serão aferidas utilizando uma balança digital modelo HBF-214 marca Omron. É um método que usa a Análise Bioeléctrica de Impedância, por meio de uma baixa corrente elétrica segura (sem riscos à pessoa)que passa através do corpo quando a pessoa se coloca descalça em cima da balança. Será realizado o teste de glicemia, que embora seja invasivo (minimamente), não oferecerá risco aos professores.
Benefícios:
Os professores participantes obterão informações quanto ao seu peso, altura, índice de massa corpórea e porcentagem de gordura corpórea.
Também serão informados acerca do valor de sua pressão arterial e imediatamente após a realização do teste de glicemia o valor glicêmico correspondente. Após a conclusão da pesquisa e publicação da mesma, o pesquisador se compromete a visitar cada uma das escolas participantes para ministrar uma palestra em horário que os professores utilizam para reunião do corpo docente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Estudo bem desenhado com objetivos claros e factíveis.
Estudo de relevância para a população estuada pelo grande percentual de risco de desenvolvimento de doenças decorrentes de alterações na pressão arterial e glicêmica,por trabalham em ambientes muitas vezes estressantes podem ter esses riscos agravados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todos os termos foram apresentados apropriadamente

Recomendações:
Incluir o teste de impedância nos procedimentos que aparecem do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
sem pendências

Endereço: Estrada de Itapecerica, 5859
Bairro: Jd. IAE **CEP:** 05.858-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2128-6230 **E-mail:** cep.unasp@unasp.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO - UNASP

Continuação do Parecer: 812.354

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 30 de Setembro de 2014

Assinado por:
Haller Elinar Stach Schunemann
(Coordenador)

Endereço: Estrada de Itapecerica, 5859
Bairro: Jd. IAE **CEP:** 05.858-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2128-6230 **E-mail:** cep.unasp@unasp.edu.br

ANEXO B - Questionário de Estilo de Vida FANTASTICO

Fonte- Rodriguez Anez, Reis, Petroski (2008)

			1	2	3	4	5
Família e amigos	**1**	**Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequência**	**Quase sempre**
	2	**Dou e recebo afeto**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequência**	**Quase sempre**
Atividade	**3**	**Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)**	**Menos de 1 vez por semana**	**1-2 vezes por semana**	**3 vezes por semana**	**4 vezes por semana**	**5 ou mais vezes por semana**
	4	**Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)**	**Menos de 1 vez por semana**	**1-2 vezes por semana**	**3 vezes por semana**	**4 vezes por semana**	**5 ou mais vezes por semana**
Nutrição	**5**	**Como uma dieta balanceada (ver explicação*)**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequência**	**Quase sempre**
	6	**Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos**	**Quatro itens**	**Três itens**	**Dois itens**	**Um item**	**Nenhum**
	7	**Estou no intervalo de ____ quilos acima do meu peso considerado saudável**	**Mais de 8 kg**	**8 kg**	**6 kg**	**4 kg**	**2 kg**
Cigarro e drogas	**8**	**Fumo cigarros**	**Mais de 10 por dia**	**1 a 10 por dia**	**Nenhum nos últimos 6 meses**	**Nenhum no ano passado**	**Nenhum nos últimos anos**
	9	**Uso drogas como maconha e cocaína**	**Algumas vezes**				**Nunca**
	10	**Abuso de remédios ou exagero**	**Quase diariamente**	**Com relativa frequência**	**Ocasionalmente**	**Quase nunca**	**Nunca**
	11	**Ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou colas)**	**Mais de 10 vezes por dia**	**7 a 10 vezes por dia**	**3 a 6 vezes por dia**	**1 a 2 vezes por dia**	**Nunca**
Álcool	**12**	**Minha ingestão média por semana de álcool é ____doses (ver explicação)**	**Mais de 20**	**13 a 20**	**11 a 12**	**8 a 10**	**0 a 7**
	13	**Bebo mais de quatro doses em uma ocasião**	**Quase diariamente**	**Com relativa frequência**	**Ocasionalmente**	**Quase nunca**	**Nunca**
	14	**Dirijo após beber**	**Algumas vezes**				**Nunca**
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	**15**	**Durmo bem e me sinto descansado**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequência**	**Quase sempre**
	16	**Uso cinto de segurança**	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**A maioria das vezes**	**Sempre**
	17	**Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequência**	**Quase sempre**
	18	**Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequência**	**Quase sempre**
	19	**Pratico sexo seguro (ver explicação)**	**Quase nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Com muita frequênci**	**Sempre**

						a	
Tipo de comportamento	20	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	21	Sinto-me com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Introspecção	22	Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com muita frequência	Quase sempre
	23	Sinto-me tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	24	Sinto-me triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com muita frequência	Quase sempre

***Explicação: Dieta balanceada** – é aquela que a pessoa (4 anos e mais) come grãos e cereais integrais e produtos enriquecidos (5-12 porções), vegetais verde-escuros e alaranjados (5-10 porções), derivados do leite com baixo teor de gordura (2-4 copos), carnes magras, aves e peixes, assim como ervilhas, feijão e lentilha (2-3 porções), outros alimentos (ricos em gorduras, calorias usadas com moderação, 2-3 porções). **Obs.**: para a maioria das pessoas a quantidade ideal é ficar no número intermediário.
****Álcool** - 1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml);
*****Sexo seguro** - Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.
Fonte- Rodriguez Anez CR, Reis RS, Petroski EL. Versão Brasileira do questionário "Estilo de Vida FANTASTICO": tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol.** 2008,91(2):102-109.

ANEXO C –Tabela de Classificação da Pressão Arterial

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

* *Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.*

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO 2010.

ANEXO D - Valores de Glicemia Plasmática

Valores de glicemia plasmática para diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios pré-clínicos. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016).

Tabela 1. Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de *diabetes mellitus* e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum*	Duas horas após 75 g de glicose	Casual
Glicemia normal	Menor que 100	Menor que 140	-
Tolerância à glicose diminuída	Maior que 100 a menor que 126	Igual ou superior a 140 a menor que 200	-
Diabetes mellitus	Igual ou superior a 126	Igual ou superior a 200	Igual ou superior a 200 (com sintomas clássicos)***

Fonte- Sociedade Brasileira de Diabetes 2016.

Alvos glicêmicos para o controle clínico do diabetes*

HbA_{1c}	**<6.5%**
Pré-refeição (jejum)	5.5 mmol/l (<100 mg/dl)
2 horas pós-prandial	7.8 mmol/l (<140 mg/dl)

* O objetivo máximo no controle do diabetes é reduzir todos os parâmetros de glicose para valores o mais próximo possível dos normais. Os patamares acima fornecem uma referência para a iniciação e monitoramento do controle clínico da glicemia mas os alvos glicêmicos devem ser individualizados. Esses alvos não são apropriados para crianças e mulheres grávidas.

Fonte- Sociedade Brasileira de Diabetes 2016.

ANEXO E - Classificação de peso pelo IMC Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009)

Figura 1 - Classificação de peso pelo IMC

Tabela 1 - Classificação de peso pelo IMC[12](D)

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte- III Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009.