

# Prevalência de fatores de risco coronariano e prontidão para atividade física em mulheres praticantes de caminhada e corrida recreativa

## Prevalence of coronary risk factors and readiness for physical activity in women practicing walking and recreational running

LAGE FXA, AMORIM PRS, MOREIRA OC, DE OLIVEIRA RAR, MARINS JCB. Prevalência de fatores de risco coronariano e prontidão para atividade física em mulheres praticantes de caminhada e corrida recreativa. *R. bras. Ci. e Mov* 2020;28(2):163-171.

**RESUMO:** Este estudo objetivou determinar a prontidão para atividade física e a prevalência de fatores de risco coronariano em mulheres praticantes de caminhada e corrida recreativa, através da aplicação dos questionários PAR-q e RISKQ. Participaram do estudo 80 mulheres, as quais foram divididas em quatro grupos etários (G1 = 20-29 anos; G2 = 30-39 anos; G3 = 40-49 anos; G4 = 50-59 anos). Adotou-se como critério de inclusão mulheres que praticassem caminhada e/ou corrida de forma recreativa há pelo menos dois meses sem orientação de um profissional de Educação Física, com frequência mínima de três vezes por semana. Utilizaram-se os questionários PAR-q, para determinar a prontidão para a prática de atividade física, e RISKQ, para identificar os fatores de risco coronariano. Em relação ao PAR-q, 32,5% da amostra respondeu positivamente a, pelo menos, uma questão, apresentando inaptidão para atividade física. A questão com maior índice de respostas positivas foi relacionada a episódios de tontura, correspondendo a 18,8% da amostra. O G3 apresentou maior prevalência em comparação aos demais grupos. O escore médio de risco coronariano obtido foi de  $15,22 \pm 3,29$  pontos (risco abaixo da média), correspondendo a 66,3% da amostra. Foram encontrados valores maiores nas avaliadas do G4. A questão com maior escore foi relacionada à hereditariedade, correspondendo a 63,8% das entrevistadas, seguida de sexo e sobrepeso. Concluiu-se que os grupos com maior faixa etária tiveram maior prevalência em respostas positivas no questionário PAR-q. No tocante ao RISKQ, a maioria da amostra foi classificada como risco abaixo da média, sendo os fatores hereditariedade, sexo e sobrepeso os de maior prevalência.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares; Fatores de risco cardiovascular; Atividade física.

**ABSTRACT:** This study aimed to determine the physical activity readiness and the coronary risk prevalence in women practicing walking and recreational running, through the application of PAR-q and RISKQ questionnaires. 80 women participated in this study, divided in four age groups (G1 = 20-29 years old; G2 = 30-39 years old; G3 = 40-49 years old; G4 = 50-59 years old). We adopted as inclusion criterion women who practiced walking and/or recreational running for at least two months, without orientation of a physical educator, with minimal frequency of 3 times per week. We used PAR-q questionnaires to determine the readiness for practicing physical activity, and RISKQ, to identify the coronary risk factors. In relation to PAR-q, 32.5% of the sample answered positively to at least one question, showing inaptitude to physical activity. The question with highest index of positive answers was related to dizziness episodes, corresponding to 18.8% of the sample. G3 presented a higher prevalence in relation to the other groups. The average score for coronary risk was  $15.22 \pm 3.29$  points (below the average risk), corresponding to 66.3% of the sample. Higher values were found in G4 age group. The question with the highest score was the one related to heredity, corresponding to 63.8% of the subjects; followed by sex and overweight. Thus, we concluded that the groups with higher age had higher prevalence in positive answers in PAR-q questionnaire. Regarding RISKQ questionnaire, most of sample was classified as below average risk, thus heredity, sex and overweight are the factors with higher prevalence.

**Keywords:** Cardiovascular diseases; Cardiovascular risk factor; Physical activity.

Flávia X. A. Lage<sup>1</sup>  
Paulo R.S. Amorim<sup>1</sup>  
Osvaldo C. Moreira<sup>1</sup>  
Renata A. R. de Oliveira<sup>1</sup>  
João C. B. Marins<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa

Recebido: 16/06/2019  
Aceito: 25/05/2020

Contato: Renata Aparecida Rodrigues de Oliveira – renata.oliveira@ufv.br

## Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são as maiores causas de morte no Brasil, representando em torno de 30% dos óbitos registrados<sup>1</sup>. Tabagismo, álcool, má alimentação e inatividade física são os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCV<sup>2</sup>.

No Brasil, indica-se que as mulheres apresentam mais inatividade física em comparação aos homens, pois a prática de atividade física (AF) entre eles está em torno de 31,8% e 45,4%, respectivamente<sup>3</sup>. É importante destacar que, a fim de promover benefícios à saúde, é importante realizar níveis mínimos de AF para obter consideráveis alterações fisiológicas. Conforme as recomendações do American College of Sports Medicine (ACSM)<sup>4</sup>, o acúmulo de 150 minutos de AF moderada ou 75 minutos de AF intensa por semana de forma contínua ou interrompida está associado à obtenção de melhorias na capacidade cardiorrespiratória, além de prevenir o desenvolvimento de DCV.

As atividades aeróbicas têm sido a forma de AF mais indicada por profissionais da saúde para obter melhorias na aptidão física. A caminhada, o trote e a corrida são exercícios comumente recomendados, devido à sua praticidade e facilidade de execução, além de poderem ser realizados pela maioria das pessoas mediante recomendações profissionais<sup>5</sup>. No Brasil, a caminhada é a AF mais praticada no tempo livre, sendo maior entre as mulheres (55,7%) em comparação aos homens (44,3%)<sup>6</sup>.

Ressalta-se que, para realização do exercício físico de forma segura, tem-se como ideal que ele seja feito de forma supervisionada por um profissional da área. Contudo, na maioria dos casos isso não ocorre. É extremamente habitual observar praticantes de caminhada realizando atividades sem nenhum tipo de supervisão, o que em certos casos pode ser um risco. Assim, destaca-se a importância da realização de uma avaliação física pré-participação e exames clínicos para obter informações sobre o atual quadro de saúde do praticante, no intuito de afastar quaisquer riscos que o exercício possa oferecer durante sua prática<sup>7</sup>. No entanto, devido ao grande número de praticantes, principalmente aqueles que fazem AF ao ar livre, esse tipo de intervenção torna-se mais difícil<sup>8</sup>.

Dessa forma, a aplicação de questionários como o Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-q)<sup>9</sup> é uma alternativa frequentemente utilizada para verificar a prévia da prontidão para a realização de exercícios físicos, pois possibilita identificar indivíduos que não estão prontamente indicados a iniciar um programa de exercícios, sendo necessário um direcionamento para um médico especialista para averiguar os possíveis problemas de saúde. Alguns trabalhos no Brasil utilizaram o PAR-q, como os de Andreazzi *et al.*<sup>10</sup> e Junior *et al.*<sup>11</sup>, que apresentaram esse questionário como uma forma eficaz de identificar a prontidão para atividade física em praticantes de academia.

Outra maneira acessível de identificar o estado de saúde e avaliar os fatores de risco do indivíduo é a aplicação do questionário de Risco Coronariano (RISKO), adaptado da Michigan Heart Association (MHA)<sup>12</sup>, composto por oito perguntas. Cada fator de risco possui determinado escore, e a soma das pontuações obtidas em cada resposta corresponderá a uma classificação formulada pela própria MHA. Estudos de Gomides *et al.*<sup>13</sup> e Moreira *et al.*<sup>14</sup> encontraram significativa prevalência de fatores de risco em jogadores de futebol recreacional; os fatores de risco coronariano mais prevalentes em praticantes de futebol recreacional no estudo de Gomides *et al.*<sup>13</sup> foram excesso de peso, sedentarismo e hipercolesterolemia, apresentando classificação de risco médio.

Assim, cabe salientar a importância de se analisar o nível de risco pré-participação dos praticantes de AF, com a finalidade de evitar que aqueles que possuem problemas ortopédicos, metabólicos e, principalmente, risco cardiovascular sejam colocados em risco durante a prática de AF. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo determinar a prontidão para AF e a prevalência de risco coronariano em mulheres praticantes de caminhada e corrida recreativa, através da aplicação dos questionários PAR-q e RISKO.

## Materiais e Métodos

### Amostra

Participaram do estudo 80 mulheres adultas, com idades entre 20 e 59 anos, que foram divididas em quatro grupos etários (Tabela 1). A composição da amostra foi de voluntárias que se apresentaram para participar do estudo através da divulgação de *folders* distribuídos pelo campus da Universidade Federal de Viçosa (UFV) e em redes sociais. Como critério de inclusão, todas as avaliadas deveriam praticar caminhada e/ou corrida recreacionalmente há pelo menos dois meses sem orientação de um profissional de educação física, com uma frequência mínima de três vezes por semana.

**Tabela 1:** Análise descritiva da idade das praticantes de caminhada e corrida recreacional, segundo a faixa etária.

Grupo etário	n	Mediana	Média	DP	25%	75%
<b>G1 = 20-29</b> anos	30	26	25,73	1,94	24	27
<b>G2 = 30-39</b> anos	30	33	33,26	2,36	31	35
<b>G3 = 40-49</b> anos	10	46	44,9	3,17	42	47
<b>G4 = 50-59</b> anos	10	55,5	55,1	2,93	54	56

G1: grupo 1; G2: grupo 2; G3: grupo 3; G4: grupo 4; DP: desvio padrão.

Após os esclarecimentos sobre a dinâmica do estudo, procedimentos de coleta de dados, tempo gasto em participar das atividades, além dos objetivos da investigação, os voluntários assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo as normativas legais brasileiras para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12). Destaca-se que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (número do protocolo: 85593718.3.0000.5153).

#### Procedimentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os questionários de Prontidão para Atividade Física (PAR-q)<sup>9</sup>, recomendado pelo ACSM, e Risco Coronariano, adaptado da Michigan Heart Association<sup>12</sup>. O primeiro é considerado um padrão mínimo de avaliação para pré-participação de atividade física e contém sete perguntas que visam identificar se o avaliado possui algum indício que possa contribuir para doenças cardiovasculares, metabólicas ou ortopédicas (problemas cardíacos já diagnosticados por um médico; dores no peito com frequência; episódios frequentes de tonteira; pressão sanguínea alta; problema ósseo ou articular que possa ser agravado com a prática de AF; presença de algum fator que possa impedir o indivíduo de realizar AF; e possuir idade acima de 65 anos e não ter costume de se exercitar). Caso o avaliado responda positivamente no mínimo a uma questão, sugere-se que ele procure um médico antes de iniciar qualquer atividade física. Destaca-se que alguns estudos já empregaram esse questionário na população brasileira<sup>8,10,11</sup>.

O segundo questionário avalia fatores de risco cardiovascular, sendo já utilizado em estudos anteriores, como, por exemplo, em jogadores de futebol recreativo<sup>13,14</sup> e estudantes de educação física<sup>15</sup>. O questionário é composto por oito perguntas, que abrangem: idade, hereditariedade, massa corporal, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e sexo. Cada fator de risco possui seis opções de resposta, e toda resposta equivale a um score, que representa o risco coronariano referente àquele fator. A soma das pontuações obtidas em todas as respostas corresponde a um score, que representa o risco coronariano, e este score possui uma classificação formulada pela própria MHA: Bem abaixo da média (6-11 pontos), Abaixo da média (12-17 pontos), Risco médio (18-24 pontos), Risco moderado (25-31 pontos), Risco alto (32-40 pontos) e Risco muito alto (41-62 pontos).

Foram adotados os seguintes critérios para consideração dos fatores como de risco: idade – maior ou igual a 40 anos; hereditariedade – ter pelo menos um parente de primeiro grau com doença cardiovascular na família; massa corporal – estar com mais de três quilos acima do peso padronizado; tabagismo – ter fumado diária, semanal ou mensalmente nos últimos 12 meses; comportamento sedentário – não possuir, nem esforço recreacional moderado; colesterol – acima de 200 mg/dl; pressão arterial sistólica – maior ou igual a 140 mmHg<sup>14</sup>; sexo – mulher com mais de 40 anos.

Os questionários foram aplicados individualmente no Laboratório de Performance Humana (LAPEH), situado no Departamento de Educação Física da UFV, por um único avaliador devidamente treinado, conforme horário adequado ao voluntário. Os avaliados responderam às questões através de autorrelato, sem interferência do avaliador. Dessa forma, os resultados, como massa corporal, intensidade de exercício, colesterol e pressão arterial, foram derivados de valores autodeclarados.

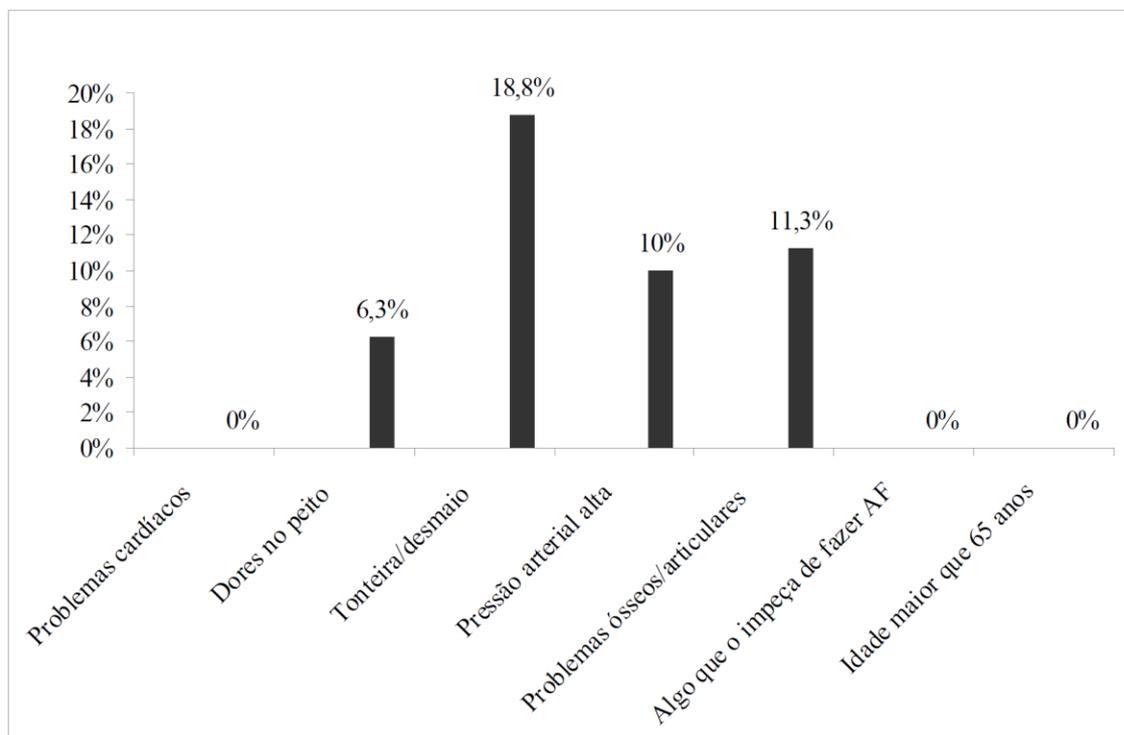
#### Análise Estatística

Para verificar a normalidade dos dados, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Procedeu-se, então, à análise descritiva (média, mediana, desvio-padrão, intervalo interquartil e porcentagem) para caracterização da amostra. Como as variáveis não apresentaram normalidade, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Dunn's para comparação do risco coronariano entre as avaliadas dos diferentes grupos etários. Além disso, foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson para comparar a distribuição percentual do risco coronariano. O tratamento estatístico foi realizado pelos programas SPSS versão 20 e SigmaStat versão 3.5. Adotou-se como nível de significância estatística o valor de  $p < 0,05$  para todas as análises.

#### Resultados

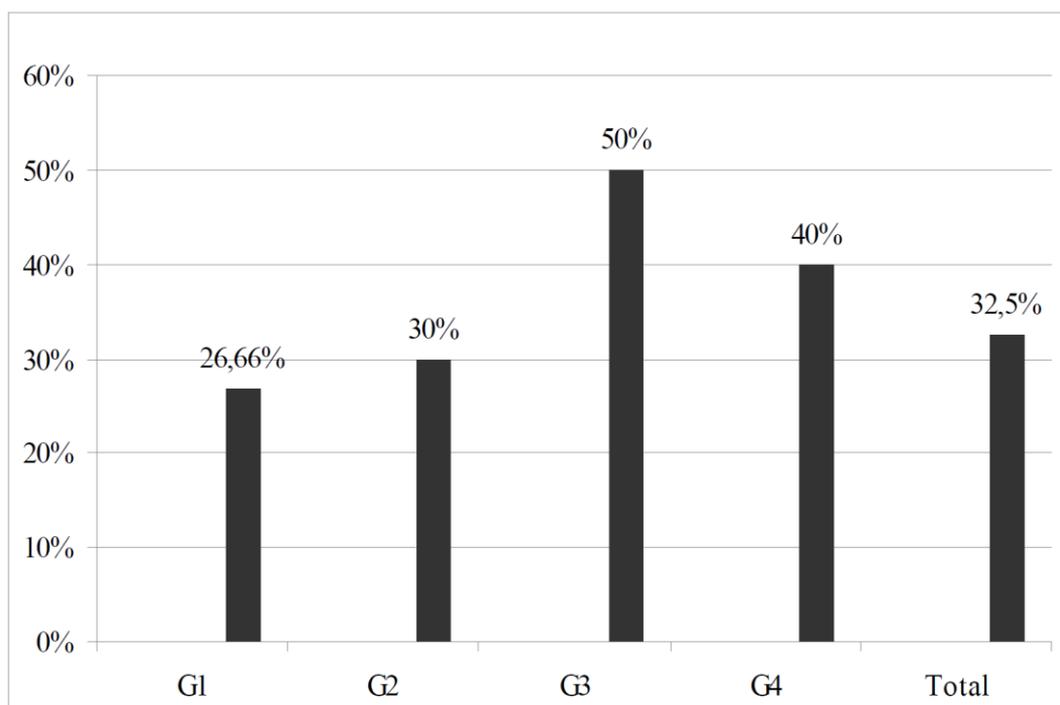
Para compor a amostra do presente estudo, foram avaliadas 80 mulheres voluntárias, praticantes de caminhada e/ou corrida recreacional no mínimo há dois meses.

A Figura 1 apresenta a prevalência de respostas positivas para cada fator do questionário PAR-q. Nota-se que a questão sobre episódios de tonteira ou desmaio obteve maior prevalência entre as demais com respostas positivas (18,8% das avaliadas). Destaca-se que nesta figura foram apresentadas todas as avaliadas em conjunto.



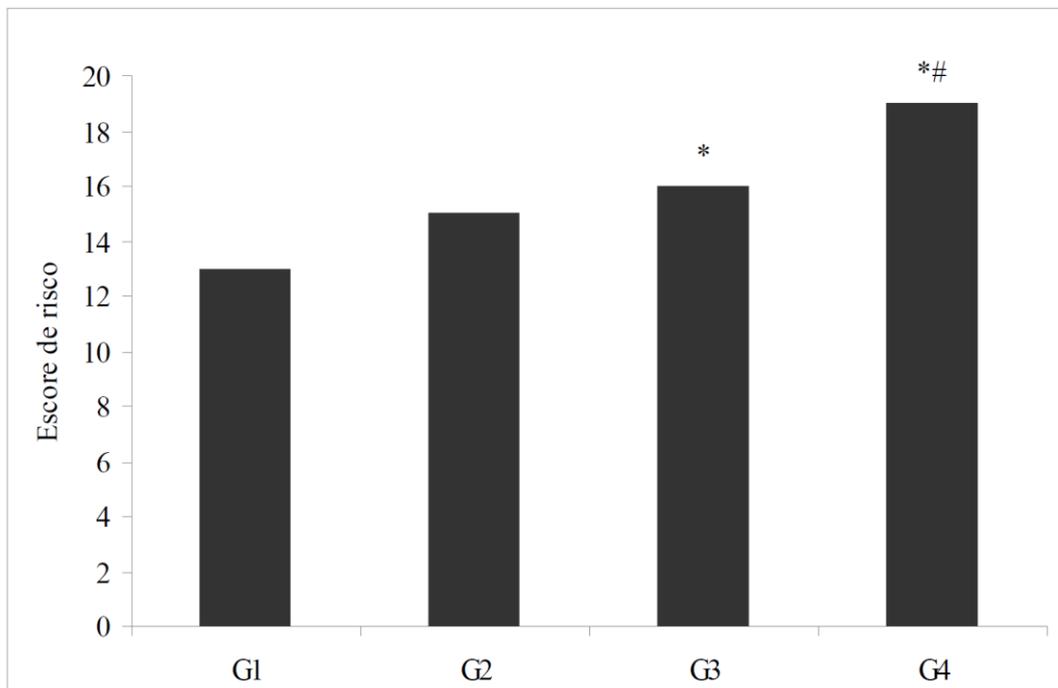
**Figura 1:** Prevalência das respostas positivas de cada fator obtidas através do questionário PAR-Q nas praticantes de caminhada e/ou corrida recreacional, considerando o total de avaliadas.

Já a Figura 2 apresenta a prevalência de ao menos uma resposta positiva para cada grupo etário e do total da amostra. Observa-se que o G3 mostrou maior prevalência em relação aos demais grupos.



**Figura 2:** Prevalência de ao menos uma resposta positiva através do questionário PAR-Q nas praticantes de caminhada e/ou corrida recreacional, segundo grupos etários.

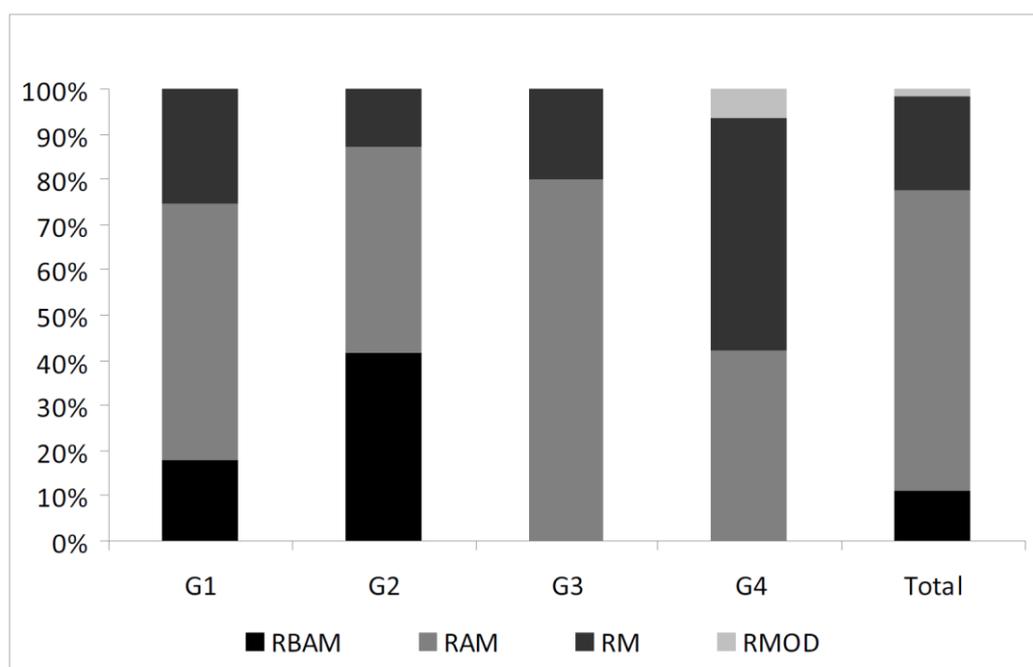
Na totalidade da amostra, o escore médio de risco coronariano obtido foi de  $15,22 \pm 3,29$  pontos (risco abaixo da média). Foram encontrados valores maiores nas avaliadas do G4, com idade entre 50 e 59 anos, que obtiveram mediana de escore de 19,5 (18-24) pontos. Foram observadas diferenças significativas de risco cardiovascular entre os grupos, conforme indicado na Figura 3, que apresenta a mediana da pontuação obtida de acordo com o grupo.



**Figura 3:** Comparação dos escores de risco coronariano nas praticantes de caminhada e/ou corrida recreacional, segundo grupos etários.

\*  $p < 0,05$  comparado ao G1; #  $p < 0,05$  comparado ao G2.

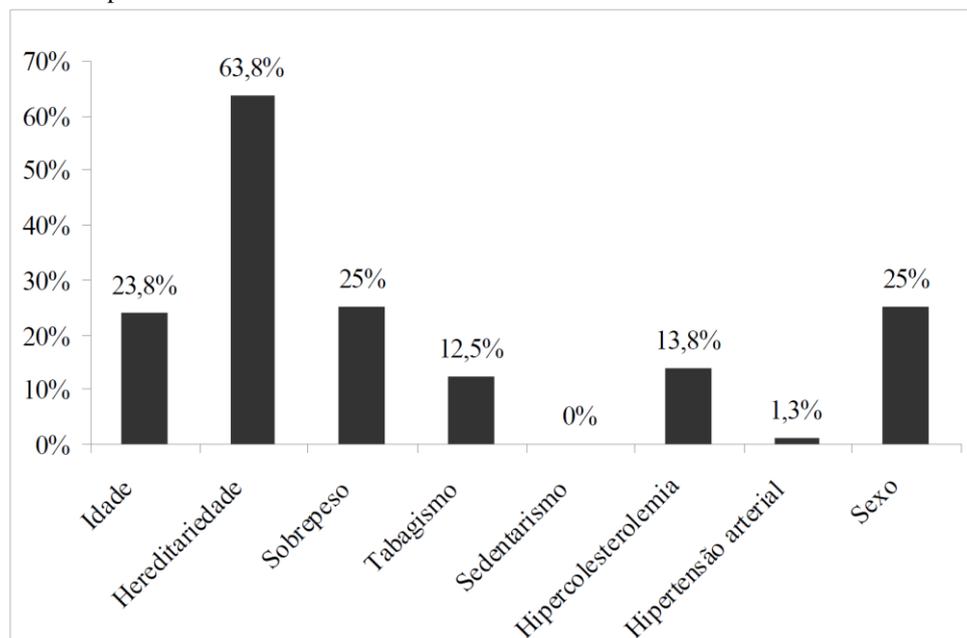
A distribuição percentual do risco coronariano no total de avaliadas e por grupos etários encontra-se na Figura 4. Os resultados apontam que 66,3% da amostra total foi classificada como de “risco abaixo da média”. Somente o G4 apresentou “risco moderado” (25-31 pontos), e nenhum grupo apresentou escore maior que 32 pontos, que pudesse ser classificado como de “alto risco” e “risco muito alto”.



**Figura 4:** Distribuição percentual do risco coronariano nas praticantes de caminhada e/ou corrida recreacional, segundo grupos etários.

**RBAM:** risco bem abaixo da média; **RAM:** risco abaixo da média; **RM:** risco médio; **RMOD:** risco moderado; **AR:** alto risco; **RMA:** risco muito alto.

Na Figura 5 está disposta a prevalência de cada fator de risco coronariano, considerando-se o grupo total. Observa-se que a maior parte das avaliadas possui ao menos um membro da família com problema cardiovascular (63,8%). Cabe salientar que, em razão das características do grupo avaliado, não houve respostas que pudessem indicar o sedentarismo como um fator de risco prevalente.



**Figura 5:** Prevalência de cada fator de risco nas praticantes de caminhada e/ou corrida recreacional, considerando o total de avaliadas.

### Discussão

O presente estudo teve como objetivo determinar a prontidão para atividade física e a prevalência de risco coronariano em mulheres praticantes de caminhada e corrida recreativa, através da aplicação dos questionários PAR-q e RISKQ. Em relação ao PAR-q, uma série de trabalhos fez o levantamento sobre o risco pré-participação de AF. Esses estudos apresentaram resultados diferentes em função do tipo da amostra<sup>8,16-20</sup>.

A questão 3, relacionada a tontura e sensação de desmaio, foi a que apresentou maior índice percentual de respostas positivas (18,8%). Tais resultados são superiores aos observados nos trabalhos de Lopes et al.<sup>8</sup> e Farias et al.<sup>20</sup>, que encontraram valores de 2,92% e 8,5%, respectivamente. Essa maior prevalência pode estar relacionada a variações do ciclo hormonal, podendo ter maior ocorrência no período da menopausa e pré-menstrual<sup>21,22</sup>. Borges et al.<sup>21</sup> observaram que a maioria das pacientes em período de menopausa citaram a ocorrência de cefaleia juntamente com ansiedade e depressão. No entanto, foi comprovada a associação entre a prática de AF e episódios de tontura e sintomas depressivos em um grupo de adultos de meia-idade<sup>23</sup>, o que indica que a adesão à prática de AF pode reduzir sintomas de depressão na população, além de diminuir sintomas de cefaleia e tontura.

Em se tratando de problemas ósseos ou articulares, 11,3% das entrevistadas relataram tal ocorrido. Resultado semelhante foi obtido no estudo de Júnior et al.<sup>11</sup>, com praticantes de musculação em academias de uma cidade do interior de Minas Gerais. Já Farias et al.<sup>20</sup> apontaram que 20,51% de frequentadores das academias da comunidade ao ar livre responderam positivamente a essa questão. Mesmo sendo um valor próximo ao encontrado em outros estudos, é de extrema importância haver um acompanhamento de um médico especialista antes de realizar qualquer AF, principalmente em grupos com maior faixa etária, pois, com o avanço da idade, os riscos de fratura são agravados.

A terceira questão com maior porcentagem positiva está relacionada com o fato de algum médico já ter mencionado que a pressão arterial (PA) da avaliada estava muito alta, obtendo um valor de 10% de respostas positivas. Esse valor é superior aos observados nos estudos de Lopes et al.<sup>8</sup> e Júnior et al.<sup>11</sup>, com participantes de um torneio universitário e praticantes de musculação; contudo, é inferior ao resultado de Farias et al.<sup>20</sup>, em uma amostra com praticantes de atividade física em academia ao ar livre em Rio Branco-AC. Os resultados do presente estudo podem ser considerados positivos em comparação ao estudo de Farias et al.<sup>20</sup>, pois sua amostra também foi composta por indivíduos que realizavam AF sem acompanhamento de um profissional.

Ressalta-se que, durante a realização de um exercício aeróbico, é casual observar uma elevação da PA. Assim, em sujeitos com quadro de hipertensão em repouso já presente, o exercício não supervisionado poderia implicar níveis tensionais elevados, o que representaria risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto. Dessa forma, é importante haver controle sobre os níveis pressóricos para diminuir o risco cardiovascular.

A Figura 2 aponta que 32,5% do total da amostra apresentou ao menos uma resposta positiva ao PAR-q, com os grupos G3 e G4 mostrando os maiores índices (50 e 40%, respectivamente). Resultado semelhante foi obtido em praticante de atividade física em academia ao ar livre<sup>20</sup>. De fato, a idade é um fator que contribui para que existam essas diferenças entre as faixas etárias, uma vez que o envelhecimento é universal, progressivo e intrínseco, fazendo com que sejam observadas perdas estruturais e funcionais que progridem com o passar do tempo<sup>24</sup>.

Quanto ao risco coronariano, foi observado que os grupos de mulheres mais velhas apresentaram maior escore (G3 e G4). Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Gomides et al.<sup>13</sup>, após avaliarem os fatores de risco coronariano em praticantes de futebol recreativo; Hazar et al.<sup>25</sup>, em estudantes de educação física; e Sampaio et al.<sup>26</sup>, em uma unidade de estratégia saúde da família. Ressalta-se que o aumento do risco coronariano concomitantemente com o avanço da idade pode estar associado a alterações genéticas oriundas do processo de envelhecimento. Essas alterações geram impacto negativo sobre o índice de massa corporal, PA, tolerância à glicose, capacidade cardiorrespiratória e nível de AF, contribuindo para maiores riscos cardiovasculares<sup>27</sup>.

A maioria da amostra foi classificada como de “risco abaixo da média”, e apenas o G4 apresentou “risco moderado”. Além disso, nenhum grupo demonstrou classificações de “alto risco” e “risco muito alto”, resultado este também encontrado no estudo de Gomides et al.<sup>13</sup>, com praticantes de futebol recreacional, e Moreira et al.<sup>15</sup>, com estudantes de educação física.

Destaca-se que, apesar de não terem sido observados resultados com classificações de “alto risco” e “risco muito alto”, ainda assim é importante incentivar as avaliadas a manterem a prática de atividade física regular e bons hábitos alimentares a fim de reduzir o desenvolvimento de DCV<sup>28</sup>, sobretudo, em indivíduos com idade mais avançada<sup>29</sup>.

Na Tabela 3 é apresentado um resumo dos resultados de alguns estudos realizados com a aplicação do mesmo questionário em outras amostras e no presente estudo. É possível observar algumas convergências e divergências entre os trabalhos.

**Tabela 3.** Prevalência dos fatores de risco coronariano encontrados em diversos estudos através do questionário RISK0.

<b>Estudo</b>	<b>Her.</b>	<b>Sob.</b>	<b>Tab.</b>	<b>Sed.</b>	<b>Hip.</b>	<b>HAS</b>
<b>Moreira; Marins<sup>30</sup></b>	74,3	66,4	17,1	72,9	32,9	20,4
<b>Moura et al.<sup>28</sup></b>	62	62	12	20	46	16
<b>Moreira et al.<sup>31</sup></b>	56,25	53,1	15,6	70,3	30,5	20,3
<b>Pereira et al.<sup>32</sup></b>	63,06	32,38	5,68	38,06	7,38	4,54
<b>Gomides et al.<sup>33</sup></b>	57,86	28,07	3,51	40,35	5,26	3,51
<b>Moreira et al.<sup>15</sup></b>	58,37	27,35	3,67	32,65	32,24	2,45
<b>Tores et al.<sup>34</sup></b>	49,06	37,74	5,12	59,30	9,97	4,31
<b>Gomides et al.<sup>13</sup></b>	12,94	44,78	17,4	38,31	24,38	8,46
<b>Presente estudo</b>	63,8	25	12,5	0	13,8	1,3

Her.: hereditariedade; Sob.: sobrepeso; Tab.: tabagismo; Sed.: sedentarismo; Hip.: hipercolesterolemia; HAS: hipertensão arterial.

No presente estudo, a hereditariedade foi o maior fator de risco encontrado, atingindo 63,8% da amostra total. Tais resultados estão próximos dos valores encontrados por Moura et al.<sup>28</sup>, com 62% de prevalência em estudo realizado com homens praticantes de atividade aeróbica ao ar livre; e por Pereira et al.<sup>32</sup>, com 63,06% de prevalência em pesquisa realizada em atletas universitários. Mesmo sendo um fator de risco não modificável, esse resultado indica a necessidade de implantação de programas que tenham medidas educativas voltadas para a promoção da prática regular de AF<sup>13</sup>.

O segundo fator de risco com maior prevalência foi sobrepeso, com 25%. Os achados de Gomides et al.<sup>33</sup> e Moreira et al.<sup>15</sup> com estudantes de educação física foram próximos aos do presente estudo. Nacionalmente, os índices de excesso de peso em mulheres variaram entre 58,4% no Rio de Janeiro-RJ e 44,1% em Palmas-TO. Em Belo Horizonte-MG foi encontrado um valor de 50,5%<sup>3</sup>. Assim, apesar de ter sido o segundo fator de risco com maior prevalência, os achados do presente estudo podem ser considerados satisfatórios quando comparados aos dados nacionais.

Como as voluntárias do presente estudo praticam atividade aeróbica no mínimo três vezes por semana e sem orientação de um Educador Físico, a carga de exercício provavelmente não estaria provocando alterações metabólicas suficientes para manutenção da GC. Assim, a presença de profissional de educação física para monitorar e orientar a carga de treino facilitaria a obtenção de resultados benéficos à saúde, contribuindo para o emagrecimento, principalmente no grupo com sobrepeso. Outro aspecto que colabora ainda mais para o emagrecimento é o padrão dietético adotado, o que demonstra também a importância do acompanhamento de um nutricionista para auxiliar na mudança dos hábitos alimentares.

O fator de risco relacionado à idade obteve 23,8%. Moreira et al.<sup>31</sup> encontraram um valor de 71,8% em sua amostra de técnicos administrativos de uma universidade, de ambos os gêneros e com idades entre 21 e 58 anos. Já Moura et al.<sup>28</sup> encontraram um valor de 60% em homens praticantes de exercício aeróbico ao ar livre e com idades entre 30 e 50 anos. O fato de o presente estudo ter em sua maioria mulheres com menos de 40 anos (n=60) justifica os valores significativamente abaixo dos achados supracitados.

Salienta-se que, além do envelhecimento ser progressivo e provocar perdas morfofuncionais ao longo do tempo<sup>24</sup>, um estudo com afro-americanos demonstrou que a idade está associada com o aumento da incidência de sobrepeso e obesidade<sup>35</sup>, aumentando o risco para o desenvolvimento de DCV. Ademais, sabe-se que a prevalência dos eventos coronarianos tende a aumentar com o avançar da idade<sup>36</sup>. Assim, tendo em vista que a idade é um fator de risco de caráter não modificável, é de extrema importância a adoção de um estilo de vida mais ativo e uma alimentação balanceada para redução do peso corporal, com a finalidade de minimizar o risco para desenvolvimento de DCV.

No presente estudo, nenhuma avaliada relatou o sedentarismo como fator de risco, pelo fato de ter sido adotado como critério de inclusão mulheres que já realizassem atividades aeróbicas ao ar livre pelo menos há dois meses, no mínimo três vezes na semana, fazendo com que elas se autodeclarassem como ativas. Dessa forma, esse pode ser um fator positivo nas avaliadas, pois sabe-se que a atividade física contribui para a redução das DCV.

Apesar do reduzido percentual de hipercolesterolemia encontrado no presente estudo, em comparação com a maioria dos estudos apresentados (Tabela 3), é necessário ressaltar que os resultados de hipercolesterolemia foram obtidos através dos relatos das avaliadas, sem haver registros dos parâmetros sanguíneos. Assim, mesmo esses índices estando abaixo dos valores já encontrados em outros estudos<sup>13,14,28,30,31</sup>, é importante realizar exames de sangue para avaliar esses parâmetros de forma objetiva antes de ingressar em um programa de AF.

Além disso, indicadores antropométricos são bons métodos para identificar fatores de risco cardiometabólico<sup>37</sup>. Tendo em vista sua praticidade, esses indicadores podem ser uma ótima estratégia para sugerir uma avaliação mais detalhada antes de ingressar em um programa de AF, contribuindo assim para a maior fidedignidade dos dados.

O fator limitante deste estudo foi o instrumento usado na coleta de dados. Os questionários trazem respostas subjetivas, além da possibilidade de as avaliadas não terem real conhecimento do atual estado de saúde, sendo respeitada a opinião individual de cada entrevistada. No entanto, a aplicação de questionários é uma estratégia rápida e de baixo custo com a finalidade de obter uma avaliação prévia sobre as condições de saúde do indivíduo, auxiliando no conhecimento sobre os fatores de risco e suas formas de prevenção. Ressalta-se que o questionário utilizado vem sendo amplamente empregado em estudos prévios, com resultados promissores<sup>10,11,13,15,34</sup>.

### Conclusão

O presente estudo apresentou um valor significativo de falta de prontidão para AF em mulheres praticantes de caminhada e corrida recreativa, tendo a questão sobre tontura e desmaio obtido maior número de respostas positivas. Além disso, os grupos com maior faixa etária tiveram maior prevalência de respostas positivas. Em relação à prevalência do risco coronariano, constatou-se que a maioria das avaliadas apresentou um “risco abaixo da média”. Os três fatores de risco mais prevalentes nessa amostra foram hereditariedade, sexo e sobrepeso, fazendo com que a atenção seja voltada totalmente a este último, uma vez que possui caráter modificável.

Contudo, ressalta-se que é interessante uma avaliação mais detalhada dos praticantes com resultados positivos e com algum fator de risco cardiovascular, a fim de verificar possíveis riscos à saúde.

### Referências

1. Rocha RM, Martins WA. Manual de prevenção cardiovascular. 1. ed. Rio de Janeiro, Socerj; 2017.
2. Schmidt MI, Duncan BB, E Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949–61.
3. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. 2019.
4. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43(7):1334–59.
5. Moura B, Marins J. Perfil dos praticantes de exercícios aeróbicos no campus da Universidade Federal de Viçosa - MG. *Fit Perform J*. 2009;8(4):302–10.
6. Ministério do Esporte. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Práticas de Esporte e Atividade Física. 2015.
7. Marins J, Giannichi R. Avaliação e prescrição da atividade física. Shape, editor. Rio de Janeiro; 1996.
8. Lopes PRNR, Moreira OC, Marins JCB, Oliveira RAR de. Prontidão para a prática de atividade física em estudantes participantes de um torneio universitário TT - Readiness for physical activity in students participants in a university tournament. *Rev bras ciênc mov*. 2013;21(1):132–8.
9. Shephard RJ. PAR-Q, Canadian Home Fitness Test and Exercise Screening Alternatives. *Sport Med*. 1988;5(3):185–95.
10. Andreazzi IM, Takenaka VS, Da Silva PSB, De Araújo MP. Exame pré-participação esportiva e o PAR-Q, em praticantes de academias. *Rev Bras Med do Esporte*. 2016;22(4):272–6.
11. Júnior AM, Silva DC, Ferreira EF, Oliveira ATO, Gonzaga WA, Oliveira RAR. Prontidão para Exercício físico nos praticantes de musculação das academias de Ubá-MG. *Educação Física em Revista*. 2017;11(3):19-29.
12. Michigan Heart Association (MHA). RISKQ. *Lancet*. 1973;2:243-244.
13. Gomides PHG, Moreira OC, Oliveira RAR, Matos DG, Oliveira CEP. Prevalencia de factores de riesgo coronario en jugadores recreacionales de fútbol. *Rev Andaluza Med del Deport*. 2016;9(2):80–4.
14. Moreira DG, Rocha, MC, Amorim, PRS, Marins, JCB. Risco coronariano em praticantes de futebol recreativo. *HU Revista*. 2011;191–7.
15. Moreira OC, Oliveira CEP, Matos DG, Hickner RC, Oliveira RAR, Aidar FJ, et al. Prevalence of coronary heart disease risk factors in physical education students. *Motriz*. 2015;21(4):415-20.
16. Moreira OC, Teodoro BG, Surian I, Brito DS, Moura BP. Aptidão para atividade física regular em estudantes de educação física da Universidade Federal de Viçosa. *HU Revista*. 2010;36(1)55–9.
17. Moreira O, Benfca D, Meloni P, Brito I, Marins J. Prontidão para atividade física em professores e técnicos administrativos do CCA da UFV. *Coleção Pesqui em Educ Física*. 2007;6:179–84.

18. Moreira OC, Oliveira CEP, Garcia FLN, Makkai LFC, Marins JCB. Prontidão para atividade física regular em professores e técnicos administrativos do CCE da UFV. *Coleção Pesqui em Educ Física*. 2007;6:465–70.
19. Moura B, Moreira O, Meloni P, Oliveira C, Marins J. Prontidão para atividade física em praticantes de exercícios aeróbicos no campus da Universidade Federal de Viçosa. *Lect Educ Física y Deport*. 2008;13:1–1.
20. Farias N, Silva L, Queiroz L, Cavalcante F. Prontidão para atividade física e índice de massa corporal de frequentadores das academias da comunidade ao ar livre de Rio Branco-Acre. *Espacios*. 2016;37(38):12.
21. Borges FDO, Torres FRC, Neves JA de M. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina e suas múltiplas ações farmacoterapêuticas. *Cenarium Pharm*. 2008;2(2):1–19.
22. Bittar RSM, Oiticica J, Bottino MA, Ganança FF, Dimitrov R. Population epidemiological study on the prevalence of dizziness in the city of São Paulo. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79(6):688–98.
23. Teixeira AR, Wender MH, Gonçalves AK, Freitas CDLR, Santos AMPV Dos, Soldera CLC. Dizziness, physical exercise, falls, and depression in adults and the elderly. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2016;20(2):124–31.
24. Barbanti VJ. Aptidão física: um convite à saúde. Manole, editor. São Paulo; 1990. 109-115 p.
25. Hazar M, Moreira O, Júnior MC, Teodoro B, Oliveira C. Determinação da prevalência de fatores de risco coronariano em estudantes de Educação Física de uma faculdade privada de Minas Gerais. *R Bras Ci e Mov*. 2010;18:58–66.
26. Sampaio MR, Melo MBO, Wanderley MSA. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. *Rev Bras Cardiol*. 2010;1(1):51–60.
27. Hjelmborg JVB, Fagnani C, Silventoinen K, McGue M, Korkeila M, Christensen K, et al. Genetic influences on growth traits of BMI: A longitudinal study of adult twins. *Obesity*. 2008;16(4):847–52.
28. Moura BP de, Moreira OC, Nunes N, Marins JCB. Prevalência De Fatores De Risco Coronariano Em Praticantes De Atividades Aeróbicas No Campus Da Universidade Federal De Viçosa – Mg. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 2008;12(3):213–9.
29. Cornelissen VA, Amout J, Holvoet P, Fagard RH. Influence of exercise at lower and higher intensity on blood pressure and cardiovascular risk factors at older age. *J Hypertens*. 2009;27(4):753–62.
30. Moreira O, Marins J. Estudo do Risco Coronariano em professores do Centro de Ciências Biológica e do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal de Viçosa. *Coleção Pesqui em Educ Física*. 2006;4:405–9.
31. Moreira O, Oliveira C, Teodoro B, Souza G, Lizardo F, Santos L, et al. Fatores de risco de doença cardiovascular em técnicos administrativos da Universidade Federal de Viçosa. *Biosci J. Philadelphia*; 2009;25:133–40.
32. Pereira J, Devéns M, Moreira O, Marins JCB. Fatores de risco de doença coronariana em atletas universitários. *R Min Educ Fís*. 2010;3:121–38.
33. Gomides P, Moreira O, Oliveira R, Filho M, Matos D, Oliveira C. Determinação do risco coronariano em estudantes de educação física de uma universidade pública do estado de Minas Gerais como estratégia de avaliação pré-participação. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 2014;8:565–70.
34. Torres JO, Oliveira CEP, Matos EG, Gomides PHG, Oliveira RAR, Aidar FJ, et al. Prevalence of Coronary Heart Disease Risk Factors in College Students. *Journal of Exercise Physiology*. 2016;19(5):147-58.
35. Houston D, Cai J, Stevens J. Overweight and obesity in young and middle age and early retirement: the ARIC Study. *Obesity*. 2009;17:143–9.
36. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(2):139-44.
37. Santana GDJ, Silva NDJ, Costa JO, Maria C, Vázquez P, Góes D, et al. Comparação entre o Índice de Massa Corporal e o percentual de gordura como indicadores do risco cardiometabólico. *J Heal Sci Inst*. 2015;63–8.