

CAPITULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos bem como a sua discussão, após o tratamento estatístico das variáveis envolvidas no estudo.

É propósito do presente trabalho estabelecer associações entre variáveis da condição física funcional (IMC, circunferência abdominal, força, flexibilidade, V.A.E. e resistência aeróbia) e factores de risco cardiovascular (pressão arterial, glicemia e colesterol), em homens. Estas associações serão analisadas, não só, no grupo total de homens, como também nos subgrupos etários estabelecidos.

Seguidamente, será estabelecido um ponto de corte para os valores da circunferência da cintura, comparando os grupos com circunferência da cintura menor ou igual que 102cm e maior que 102cm.

Serão também comparados dois grupos que caminharam menos de 400m e mais de 400m, mostrando as diferenças entre os mesmos.

Após a apresentação dos resultados alcançados neste trabalho, é fundamental estabelecer um raciocínio, uma ligação prática entre a literatura consultada e os mesmos, analisando as possíveis relações que se poderão estabelecer, para posteriormente servir como mais um documento com informações acerca desta população tão especial que são os idosos.

4.1 Correlação entre os parâmetros da condição física funcional com a pressão arterial, glicemia e colesterol

Para uma melhor compreensão e discussão de resultados, além das tabelas estarem divididas no que diz respeito aos factores de risco cardiovasculares (A- pressão arterial sistólica, diastólica e glicemia; B- Colesterol), estão também divididas em vários subgrupos de idade.

Tabela IV-1. Correlação total dos homens entre os parâmetros da condição física funcional e a pressão arterial e glicémia

	PA.sist	PA.diast	Glicemia
IMC	$r = -0.197; P = 0.200$	$r = -0.156; P = 0.313$	$r = 0.078; P = 0.626$
Circ. ABD	$r = 0.082; P = 0.596$	$r = -0.243; P = 0.113$	$r = 0.067; P = 0.679$
F. inf	$r = -0.077; P = 0.635$	$r = 0.054; P = 0.741$	$r = -0.062; P = 0.715$
F. sup	$r = -0.253; P = 0.116$	$r = -0.076; P = 0.640$	$r = 0.099; P = 0.559$
Fl. Inf	$r = -0.040; P = 0.808$	$r = 0.031; P = 0.849$	$r = -0.279; P = 0.095$
Fl. Sup	$r = -0.151; P = 0.352$	$r = 0.057; P = 0.727$	$r = 0.042; P = 0.806$
V.A.E.	$r = 0.035; P = 0.831$	$r = -0.264; P = 0.105$	$r = 0.149; P = 0.387$
Res. aer.	$r = -0.052; P = 0.752$	$r = 0.276; P = 0.084$	$r = -0.101; P = 0.551$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Através da análise da tabela IV-1, podemos observar que não existem relações estatisticamente significativas entre os vários parâmetros da condição física com a pressão arterial e glicemia.

Estes resultados contrariam a associação realizada por Seidell (1991) que relaciona o IMC com a pressão arterial.

O exercício físico é um estímulo poderoso para a captação da glicose (Maughan, Glesson & Greenhoff, 1997), no entanto como os valores da condição física não nos indicam se os indivíduos são fisicamente activos, não podemos estabelecer qualquer afirmação relativamente aos parâmetros da condição física e á glicemia.

Seguidamente tentaremos, analisar as associações nos vários subgrupos etários estabelecidos.

Tabela IV-2. Correlação total dos homens entre os parâmetros da condição física funcional e o colesterol

	Col. Tot	Col.#HDL	LDL#HDL
IMC	$r = -0.247; P = 0.111$	$r = -0.173; P = 0.273$	$r = -0.190; P = 0.228$
Circ. ABD	$r = -0.327; P = 0.032^*$	$r = -0.181; P = 0.252$	$r = -0.208; P = 0.187$
F. inf	$r = 0.243; P = 0.136$	$r = -0.024; P = 0.886$	$r = -0.127; P = 0.448$
F. sup	$r = 0.158; P = 0.338$	$r = -0.042; P = 0.801$	$r = -0.170; P = 0.309$
Fl. Inf	$r = 0.159; P = 0.333$	$r = 0.044; P = 0.793$	$r = 0.077; P = 0.646$
Fl. Sup	$r = 0.283; P = 0.080$	$r = 0.081; P = 0.630$	$r = -0.097; P = 0.561$
V.A.E.	$r = -0.482; P = 0.002^*$	$r = -0.226; P = 0.179$	$r = -0.083; P = 0.625$
Res. aer.	$r = 0.509; P = 0.001^*$	$r = 0.246; P = 0.136$	$r = 0.119; P = 0.475$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Observando a tabela IV-2, podemos constatar que existe uma relação estatisticamente significativa entre o parâmetro circunferência abdominal e o colesterol total. Estes dois parâmetros estão inversamente associados, o que contraria os estudos anteriormente referidos que focam que a circunferência abdominal e o colesterol são dois indicadores do risco cardiovascular. A relação entre eles deveria ser uma relação directa.

Quanto à relação inversa entre a V.A.E. e o colesterol não podemos aferir qualquer discussão, uma vez que não existem dados na revisão bibliográfica sobre a sua relação.

Podemos afirmar que também existe uma relação estatisticamente significativa entre a resistência aeróbia e o colesterol total. Contrariamente aos resultados apresentados, o ACSM (1998a) e (1998b) e citado por Carvalho (1999), Nieman (1999), Blair (1993), Paffenbarger & Lee, (1996), Bouchard (1997) e Leon (1997) referem que uma melhoria da resistência aeróbia indica um menor risco de doenças cardíacas, indicando também uma diminuição do colesterol, visto que, como referido anteriormente, o colesterol é um indicador de doenças cardiovasculares.

Tabela IV-3. Correlação do subgrupo de homens 65 – 74 anos entre os parâmetros da condição física funcional e a pressão arterial e glicémia

	PA.sist	PA.diast	Glicemia
IMC	$r = 0.304; P = 0.219$	$r = -0.177; P = 0.482$	$r = -0.132; P = 0.613$
Circ. ABD	$r = 0.259; P = 0.299$	$r = -0.121; P = 0.632$	$r = 0.048; P = 0.856$
F. inf	$r = -0.049; P = 0.846$	$r = -0.059; P = 0.817$	$r = 0.670; P = 0.003^*$
F. sup	$r = -0.153; P = 0.543$	$r = -0.180; P = 0.474$	$r = 0.474; P = 0.055$
Fl. Inf	$r = -0.107; P = 0.674$	$r = 0.191; P = 0.447$	$r = -0.340; P = 0.181$
Fl. Sup	$r = -0.072; P = 0.777$	$r = 0.122; P = 0.629$	$r = 0.069; P = 0.793$
V.A.E.	$r = -0.267; P = 0.285$	$r = -0.295; P = 0.235$	$r = -0.398; P = 0.114$
Res. aer.	$r = 0.143; P = 0.570$	$r = 0.393; P = 0.107$	$r = 0.240; P = 0.353$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Analisando a tabela IV-3, podemos verificar que as correlações existentes entre a glicemia são apenas com o parâmetro força inferior da condição física. Fiatarone e al., 1990, Rantanen & Heikkinen, 1998, citado por Correia & Silva, referem que a força é maior para indivíduos treinados. Assim, esta relação directa pode ser explicada pelo facto da força ser aumentada com o exercício físico, sendo este um estímulo poderoso para a captação sanguínea pelo músculo esquelético (Maughan, Gleeson & Greenhoff, 1997). No entanto, e como referem os autores anteriormente descritos, é necessário destacar que durante o exercício físico o que acontece é que, há num primeiro plano a utilização do glicogénio muscular, que antecede a utilização da glicose do sangue.

Relativamente a esta tabela, não foram encontradas mais associações entre a condição física funcional e os indicadores de risco cardiovascular.

Tabela IV-4. Correlação do subgrupo de homens 65 – 74 anos entre os parâmetros da condição física funcional e o colesterol

	Col. Tot	Col.#HDL	LDL#HDL
IMC	$r = -0.375; P = 0.125$	$r = -0.218; P = 0.384$	$r = -0.301; P = 0.241$
Circ. ABD	$r = -0.250; P = 0.317$	$r = -0.056; P = 0.826$	$r = -0.179; P = 0.492$
F. inf	$r = 0.175; P = 0.488$	$r = -0.408; P = 0.093$	$r = -0.362; P = 0.154$
F. sup	$r = 0.120; P = 0.636$	$r = -0.301; P = 0.225$	$r = -0.245; P = 0.344$
Fl. Inf	$r = 0.037; P = 0.885$	$r = 0.064; P = 0.800$	$r = -0.011; P = 0.966$
Fl. Sup	$r = 0.512; P = 0.030^*$	$r = 0.135; P = 0.592$	$r = -0.110; P = 0.673$
V.A.E.	$r = -0.644; P = 0.004^*$	$r = -0.145; P = 0.565$	$r = 0.260; P = 0.314$
Res. aer.	$r = 0.690; P = 0.002^*$	$r = 0.203; P = 0.419$	$r = 0.077; P = 0.770$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Relativamente à tabela IV-4, podemos encontrar relações estatisticamente significativas entre os parâmetros da flexibilidade superior, V.A.E. e a resistência aeróbia da condição física funcional e o colesterol total.

Quanto aos parâmetros da resistência aeróbia e V.A.E., os resultados apresentados estão de acordo com a tabela da correlação do grupo total dos homens, resultados estes já discutidos na tabela IV-2.

A relação directa da flexibilidade superior e o colesterol total não pode ser discutida, uma vez que, são poucos os estudos que relacionem estes dois factores. Como refere Nieman (1999), poucos estudos bem elaborados comprovam os benefícios da flexibilidade para a saúde.

Portanto, apenas podemos constatar que quanto maior a flexibilidade superior maior é o índice de colesterol total, o que causa alguma interrogação.

Tabela IV-5. Correlação do subgrupo de homens 75 - 84 anos entre os parâmetros da condição física funcional e a pressão arterial e glicemia

	PA.sist	PA.diast	Glicemia
IMC	$r = 0.291; P = 0.189$	$r = -0.241; P = 0.281$	$r = 0.145; P = 0.541$
Circ. ABD	$r = 0.177; P = 0.430$	$r = -0.364; P = 0.096$	$r = 0.053; P = 0.825$
F. inf	$r = -0.153; P = 0.531$	$r = -0.055; P = 0.824$	$r = -0.174; P = 0.505$
F. sup	$r = -0.289; P = 0.230$	$r = -0.148; P = 0.546$	$r = 0.175; P = 0.501$
Fl. Inf	$r = -0.012; P = 0.962$	$r = -0.213; P = 0.381$	$r = -0.229; P = 0.376$
Fl. Sup	$r = -0.059; P = 0.809$	$r = -0.039; P = 0.873$	$r = 0.048; P = 0.855$
V.A.E.	$r = 0.132; P = 0.600$	$r = -0.019; P = 0.939$	$r = 0.444; P = 0.085$
Res. aer.	$r = -0.206; P = 0.397$	$r = -0.041; P = 0.869$	$r = -0.218; P = 0.402$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Através da análise da tabela IV-5, podemos observar que não existem relações estatisticamente significativas entre os vários parâmetros da condição física e a pressão arterial e glicemia para o subgrupo etário dos 75 aos 84 anos.

Tabela IV-6. Correlação do subgrupo de homens 75 - 84 anos entre os parâmetros da condição física funcional e o colesterol

	Col. Tot	Col.#HDL	LDL#HDL
IMC	$r = -0.125; P = 0.589$	$r = -0.150; P = 0.528$	$r = -0.024; P = 0.919$
Circ. ABD	$r = -0.235; P = 0.306$	$r = -0.167; P = 0.483$	$r = -0.086; P = 0.712$
F. inf	$r = -0.125; P = 0.621$	$r = 0.009; P = 0.973$	$r = -0.259; P = 0.299$
F. sup	$r = -0.199; P = 0.430$	$r = 0.042; P = 0.874$	$r = -0.422; P = 0.081$
Fl. Inf	$r = -0.075; P = 0.766$	$r = -0.166; P = 0.525$	$r = -0.058; P = 0.818$
Fl. Sup	$r = -0.113; P = 0.655$	$r = -0.108; P = 0.681$	$r = -0.193; P = 0.443$
V.A.E.	$r = 0.394; P = 0.118$	$r = 0.171; P = 0.527$	$r = 0.127; P = 0.627$
Res. aer.	$r = -0.147; P = 0.561$	$r = 0.033; P = 0.901$	$r = -0.238; P = 0.341$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Observando a tabela 8, podemos observar que também não existem relações estatisticamente significativas entre os vários parâmetros da condição física e o colesterol para o subgrupo etário dos 75 aos 84 anos.

Tabela IV-7. Correlação do subgrupo de homens ≥ 85 anos entre os parâmetros da condição física funcional e a pressão arterial e glicemia

	PA.sist	PA.diast	Glicemia
IMC	$r = -0.609; P = 0.391$	$r = 0.483; P = 0.517$	$r = -0.065; P = 0.935$
Circ. ABD	$r = -0.934; P = 0.066$	$r = -0.146; P = 0.854$	$r = -0.664; P = 0.336$
F. inf	$r = 0.987; P = 0.102$	$r = 0.982; P = 0.121$	$r = 0.969; P = 0.158$
F. sup	$r = -0.824; P = 0.383$	$r = 0.969; P = 0.160$	$r = -0.981; P = 0.123$
Fl. Inf	$r = -0.392; P = 0.743$	$r = -0.052; P = 0.967$	$r = 0.005; P = 0.997$
Fl. Sup	$r = -0.931; P = 0.238$	$r = -0.749; P = 0.461$	$r = -0.709; P = 0.498$
V.A.E.	$r = 0.859; P = 0.342$	$r = 0.983; P = 0.119$	$r = 0.992; P = 0.082$
Res. aer.	$r = -0.999; P = 0.029^*$	$r = -0.954; P = 0.194$	$r = -0.935; P = 0.231$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Analisando a tabela IV-7, podemos verificar que as correlações existentes com a pressão arterial sistólica são apenas com o parâmetro resistência aeróbia da condição física funcional. Como refere Jones e al. (1999) e ACSM (1996), a resistência aeróbia apresenta valores superiores em indivíduos treinados, ou seja, com melhor condição física e menor risco de doenças cardiovasculares. Assim, a relação inversa entre estes dois parâmetros, estão de acordo com Veríssimo (1999) e com inúmeros estudos citados por Nieman (1999), afirmando que os indivíduos treinados apresentam diminuições na pressão arterial. No entanto, o presente estudo apenas apresenta resultados significativos com a pressão arterial sistólica.

Não se observam mais associações entre a condição física funcional e os indicadores de risco cardiovascular global para este subgrupo etário.

Tabela IV-8. Correlação do subgrupo de homens \geq 85 anos entre os parâmetros da condição física funcional e o colesterol

	Col. Tot	Col.#HDL	LDL#HDL
IMC	$r = 0.062; P = 0.938$	$r = 0.001; P = 0.999$	$r = 0.216; P = 0.784$
Circ. ABD	$r = -0.375; P = 0.625$	$r = -0.438; P = 0.562$	$r = -0.356; P = 0.644$
F. inf	$r = 0.586; P = 0.601$	$r = 0.634; P = 0.563$	$r = 0.828; P = 0.379$
F. sup	$r = -0.876; P = 0.320$	$r = -0.904; P = 0.282$	$r = -0.988; P = 0.098$
Fl. Inf	$r = 0.645; P = 0.553$	$r = 0.598; P = 0.592$	$r = 0.345; P = 0.776$
Fl. Sup	$r = -0.092; P = 0.941$	$r = -0.152; P = 0.903$	$r = -0.427; P = 0.719$
V.A.E.	$r = 0.843; P = 0.361$	$r = 0.874; P = 0.323$	$r = 0.976; P = 0.139$
Res. aer.	$r = -0.490; P = 0.674$	$r = -0.541; P = 0.636$	$r = -0.758; P = 0.452$

* Correlação é significativa para $P \leq 0.05$

Observando a tabela IV-8, podemos observar que não existem relações estatisticamente significativas entre os vários parâmetros da condição física e o colesterol para o subgrupo etário \geq 85 anos.

Em nenhum dos subgrupos foram encontradas associações entre o IMC e os indicadores de risco cardiovascular global. Entendendo a composição corporal como quantificação do corpo humano em massa de gordura e massa corporal magra (Síri, 1961, Brozek, 1963), estes resultados contrariam estudos realizados por Brownell & Kayes (1972), Coates & Thorensen (1978), Bouchard et al. (1991), ACSM (1996) e Nieman (1999) que associam o excesso de massa gorda (maior índice de massa corporal) a elevados níveis de colesterol sanguíneo, pressão alta e diabetes, entre outros.

4.2 Comparação dos factores de risco vascular e da condição física funcional entre os homens com circunferência da cintura menor ou igual que 102cm e maior que 102cm.

Tabela IV-9. Comparação entre os grupos com circunferência da cintura menor ou igual que 102cm e maior que 102cm.

	≤102cm	>102cm	F	P
	X; dp	X; dp		
IMC	26.90; 3.05	30.36; 3.32	12.866	0.001*
PA.sist	153.42; 27.32	141.95; 10.12	3.151	0.083
PA.diast	78.12; 9.23	72.00; 9.43	4.711	0.036*
Glicemia	96.65; 30.37	102.45; 39.55	0.295	0.590
Col. Tot	231.96; 38.88	188.70; 37.99	13.524	0.001*
Col.#HDL	4.56; 0.85	4.35; 1.32	0.421	0.520
LDL#HDL	2.10; 0.81	1.80; 0.65	1.640	0.208
F. inf	14.13; 3.83	11.06; 3.99	6.068	0.018*
F. sup	16.04; 4.27	14.41; 2.81	1.876	0.179
Fl. inf	-16.72; 12.74	-19.56; 15.21	0.412	0.525
V.A.E.	7.47; 4.18	9.09; 3.60	1.591	0.215
Fl. sup	-24.83; 12.02	-35.41; 15.07	6.109	0.018*
Res. aer.	439.56; 100.03	360.18; 107.18	5.796	0.021*
FC.6min	119.50; 20.84	118.19; 23.08	0.030	0.863

* Diferença é significativa para $P \leq 0.05$

Analisando a tabela IV-9, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas no IMC entre o grupo com a circunferência da cintura menor ou igual que 102 cm e maior que 102 cm. Segundo Anjos (1992), Kuczmarsky (1994) e Rosembaum (1997) referem que o IMC é um dos mais importantes factores de risco para doenças cardiovasculares, assim como referem Selby (1989) e Pereira (1998) a razão das medidas de circunferência abdominal. Verificamos assim, que o ponto de corte de 102 cm é significativo para estes dois indicadores, demonstrando que os dois grupos apresentam diferenças nos mesmos.

Relativamente ao colesterol total, também existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com a circunferência da cintura menor ou igual que 102 cm e maior que 102 cm. Como se pode verificar na revisão da Literatura, Bouchard &

Deprés, 1990 (Cit. p. Fragoso & Vieira, 1994), ao estudarem a adiposidade na pessoa idosa observaram que a adiposidade visceral está intimamente correlacionada com a circunferência da cintura. Quanto maior a circunferência da cintura, maior é a quantidade de colesterol no sangue (Lourdes, 2000).

Em relação aos parâmetros força inferior e flexibilidade superior, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com a circunferência da cintura menor ou igual que 102 cm e maior que 102 cm. A revisão da literatura não possui fundamentos que suportem esta afirmação. Podemos apenas afirmar, como refere ASCM (1998 a,b,) e Evans, (1999), citado por Carvalho (1999), que os idosos mantêm a capacidade para se adaptarem ao treino de força, com uma hipertrofia muscular e um aumento significativo de força, e que a flexibilidade é perdida com a idade (Lemmiink et al., 1994, Phillips e HasKell, 1995 e Baumann, 1994, citados por Marques, 1996).

Relativamente às diferenças da pressão arterial diastólica entre os dois grupos, não existem documentos disponíveis na revisão da literatura para discutir tais diferenças. Contudo, como a circunferência da cintura é uma medida que indica a massa gorda, como referem Brownell & Kayes (1972), Coates & Thorensen (1978), Bouchard et al. (1991), ACSM (1996) e Nieman (1999) a obesidade está relacionada com a pressão alta.

Ainda analisando a tabela IV-9, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas na resistência aeróbia entre o grupo com a circunferência da cintura menor ou igual que 102 cm e maior que 102 cm. Sendo a circunferência da cintura um indicador de risco cardiovascular, e como refere ACSM (1998), citado por Martins & Gomes (2002), que a resistência aeróbia é de grande importância de risco cardíaco, mais uma vez, podemos constatar que os valores entre os dois grupos possuem diferenças entre si. A resistência aeróbia pode ser entendida como um indicador de risco cardiovascular.

4.3 Comparação dos factores de risco vascular e da condição física funcional entre os homens que andaram 400 metros ou menos e os homens que andaram mais de 400 metros

Tabela IV-10. Comparação entre o grupo que andou menos ou igual que 400m e o grupo que andou mais que 400 m.

	≤400m	>400cm	F	P
	X; dp	X; dp		
IMC	29.96; 4.48	27.63; 2.70	4.670	0.036*
Circ. ABD	105.56; 10.64	99.55; 6.71	5.297	0.026*
PA.sist	149.06; 21.55	147.71; 22.42	0.038	0.847
PA.diast	73.50; 9.29	76.39; 9.96	0.901	0.348
Glicémia	99.61; 32.88	99.16; 36.51	0.002	0.967
Col. Tot	188.94; 43.55	225.41; 38.67	8.136	0.007*
Col.#HDL	4.09; 1.15	4.70; 0.89	3.701	0.062
LDL#HDL	1.97; 0.71	1.96; 0.78	0.001	0.970
F. inf	9.00; 3.95	14.46; 3.02	22.748	0.000*
F. sup	12.75; 3.28	16.46; 3.46	10.072	0.003*
Fl. inf	-21.67; 15.85	-16.32; 12.69	1.282	0.265
V.A.E.	13.31; 4.03	6.10; 1.07	78.634	0.000*
Fl. sup	-39.04; 14.31	-25.16; 12.22	9.778	0.003*
FC.6min	116.44; 27.01	119.76; 19.87	0.152	0.699

* Diferença é significativa para $P \leq 0.05$

Analisando a tabela IV-10, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas no IMC entre o grupo que andou mais de 400 metros e o grupo que andou menos de 400 metros. Existem também diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito à circunferência abdominal. Uma vez mais, os valores indicam que a resistência aeróbia, está interligada com o IMC e a circunferência da cintura sendo estes indicadores de doenças, principalmente, cardiovasculares (ACSM, 1998 citado por Martins & Gomes, 2002, Anjos, 1992, Kuczmarsky, 1994 e Rosebaum, 1997).

Sendo o colesterol total outro indicador de doenças cardiovasculares (McArdle, Katch & Katch, 1998), as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que andou mais de 400 metros e o grupo que andou menos de 400 metros, é suportada pelo

facto de os indivíduos que percorreram mais de 400m estarem mais bem treinados, apresentando melhores índices de resistência aeróbia.

Os dois grupos apresentam também diferenças estatisticamente significativas no parâmetro força. Uma vez que a resistência aeróbia é medida através de um teste onde os participantes caminham, podemos considera-la intimamente ligada com a força inferior. Por sua vez, esta também está associada á força superior. Estão assim explicadas as diferenças entre os dois grupos no referido parâmetro.

Finalmente, encontramos também diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros V.A.E. e flexibilidade superior. Estas diferenças podem ser explicadas através da relação da força e resistência aeróbia, que uma melhoria das mesmas significa uma melhoria na velocidade da marcha e no índice de mobilidade funcional (Fiatarone e al., 1990).

Analisando as tabelas anteriores, podemos constatar que não existem muitas correlações estatisticamente significativas entre os parâmetros da condição física funcional e os vários factores que podem indicar o risco cardiovascular global.

Uma das hipóteses que poderemos colocar para os resultados apresentados será que os idosos, na maioria pertencentes a uma instituição social, estão a realizar alguma medicação para o controlo destes vários factores de risco.

Como a amostra do estudo apresenta indícios de sedentarismo, os valores da condição física funcional são relativamente baixos. Este facto poderá condicionar a relação com os vários factores de risco cardiovascular, uma vez que os mesmos poderão ser controlados, como referido anteriormente, através de terapias ou medicamentos.