



**Pró-Reitoria Acadêmica
Escola de Saúde
Curso de Nutrição
Trabalho de Conclusão de Curso**

**RELAÇÃO DO PERFIL
ANTROPOMÉTRICO E NUTRICIONAL
DE USUÁRIOS FÍSICAMENTE ATIVOS
DO AMBULATORIO DE NUTRIÇÃO
UNIVERSITÁRIO.**

Autor: Pedro Marques de Almeida

Orientador: Msc. Guilherme Falcão Mendes

Brasília - DF

2016

PEDRO MARQUES DE ALMEIDA

**RELAÇÃO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO E
NUTRICIONAL DE USUÁRIOS FÍSICAMENTE ATIVOS
DO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO UNIVERSITÁRIO**

Monografia de graduação apresentada ao Curso de Bacharelado de Nutrição da Universidade Católica de Brasília (UCB) como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob a orientação do Professor MSc. Guilherme Falcão Mendes.

**Taguatinga – DF
Novembro/2016**



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB

CURSO DE NUTRIÇÃO

Portaria do MEC de Reconhecimento nº XXXXX, de XX/XX/XXXX.

TERMO DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo estudante Pedro Marques de Almeida, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, apresentado e aprovado em xx de novembro de 2016, por banca constituída pelos professores:

Prof MSc. Guilherme Falcão Mendes
Orientador

Professora MSc. Maria Fernanda Castioni
Membro da Banca

Nutricionista Patrícia Marques
Membro da Banca

Aos meus Pais e ao meu Irmão, o muito obrigado por toda ajuda fornecida nessa ajuda e todo apoio sem pensar duas vezes em todas as minhas escolhas, vocês três fazem parte da minha base

Agradeço a Deus por me prover de sabedoria e saúde.

“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores; se não houver flores,
valeu a sombra das folhas; se não houver folhas, valeu a intenção da semente.”

Henfil (1984)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS GERAIS	14
2.1 Objetivos específicos	14
2.1.1 Critério de inclusão	14
2.1.2 Critério de exclusão	14
3 METODOLOGIA	15
4 RESULTADOS	18
4.1.1 Tabela 1	19
4.1.2 Tabela 2	23
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	27
7 REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	30
APÊNDICE A	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados Gerais	
Tabela 2.1 – Cruzamento de dados com Carboidrato	
Tabela 2.2 – Cruzamento de dados com Proteína	
Tabela 2.3 – Cruzamento de dados com Lipídio	

LISTA DE SIGLAS

HP – Hiper proteica

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

RESUMO

O atendimento nutricional vem tomando proporções cada vez maiores com o passar do tempo e tem conhecimento sobre a importância deste na vida de uma pessoa para melhorar em seu estado de saúde geral, porém ainda se nota escolhas erradas na alimentação por parte da maioria dessas pessoas e que isso reflete um estado inadequado de composição corporal como um todo (avaliando IMC e percentual de gordura). Objetivo: Observar o comportamento alimentar e sua relação direta com o perfil corporal antropométrico. Método: Estudo transversal observacional descritivo e quantitativo. Uma amostra de 40 pacientes, do sexo masculino (42,5%) e feminino (57,5%), com idade compreendida entre 17 e 60 anos, e que apenas tinham que ser praticantes de atividade física de alguma forma regular, não estarem grávidas e que tenham tido no mínimo duas consultas (Primeira consulta e retorno). Estatística: Feita de maneira analítica e descritiva, feito por meio do software SPSS, com p valor adotado $p < 0,05$. Resultados: Os resultados não mostraram significância estatística nos cruzamentos de dados como um todo ($p < 0,05$), apenas tendências na composição corporal com o consumo de certos níveis de alguns macro nutrientes: proteínas e lipídios. Conclusão: Não foi observado uma relação direta entre hábitos alimentares e relação com perfil antropométrico.

Palavras-chave: Macro nutrientes, composição corporal, dieta.

ABSTRACT

Nutritional care has been taking on increasing proportions of the time that has passed and is aware of the importance of this in a person's life for improvement in their general health, but there are still mistaken choices in food for most of these people and That this reflects an inadequate state of body composition as a whole (evaluating BMI and fat percentage). Objective: To observe the eating behavior and its direct relation with the anthropometric body profile. Method: Descriptive and quantitative observational cross - sectional study. A sample of 40 patients, male (42.5%) and female (57.5%), aged between 17 and 60 years, who only had to be physically active in some Pregnant women who have had at least two visits (First consultation and return). Statistical: Made in an analytical and descriptive way, done using the SPSS software, with p value adopted $p < 0.05$. Results: The results did not show statistical significance in the data crosses as a whole ($p < 0.05$), only tendencies in the body composition with the consumption of certain levels of some macro nutrients: proteins and lipids. Conclusion: A direct relationship between eating habits and anthropometric profile was not observed.

Key words: Nutrients macros, body composition, diet

1 INTRODUÇÃO

Atendimento ambulatorial é o atendimento que se limita ao que é possível executar dentro de um consultório/ambulatório definidos por contrato, onde não se inclui internação hospitalar ou qualquer procedimento para fins de diagnósticos e de terapia que necessitem de internação, trazendo benefícios aos que buscam esse serviço (CARMO, *et. al.*, 1994). Ainda segundo o mesmo autor, em atendimentos o levantamento de informações são fundamentais para uma correta tomada de decisão clínica.

Assim, informações referentes aos dados socioeconômicos são relevantes, já que eles possivelmente apontam a postura alimentar adotada por uma pessoa de acordo com a sua renda, onde prevalece a associação entre menor renda per/capita de uma residência, e um pior inquérito nutricional levantado na primeira consulta (CABRAL, *et. al.*, 2013).

A utilização dos dados antropométricos, para determinar uma conduta nutricional é de grande valia no meio ambulatorial, pois assim, é possível observar a composição corporal do atleta e analisa-lo de forma mais específica, adaptando a conduta nutricional ao tipo de exercício realizado pelo atleta e atendendo suas demandas, promovendo dessa forma um maior desempenho durante os treinos e provas (FERREIRA, *et. al.*, 2015).

O protocolo de 7 dobras, é um método de avaliação do perfil antropométrico, que propõe equações para a estimativa da densidade corporal de homens e mulheres, com base em estudo de 308 indivíduos de 18 a 61 anos de idade, utilizando-se de soma de 7 dobras cutâneas, além da idade. Esse método tem sua comprovada validade científica (POLLOCK, *et al.*, 1977).

A avaliação do consumo alimentar de usuários de ambulatórios de nutrição, é um método válido para definir estratégias que auxilie o nutricionista na prescrição dietética, como visto no artigo desenvolvido por (FERREIRA, *et al.*, 2015).

A avaliação do consumo alimentar na prática clínica é realizada com a finalidade de fornecer subsídios para o desenvolvimento e a

implantação de planos nutricionais. Fatores como condições do estado geral do indivíduo/paciente, evolução da condição clínica e os motivos pelos quais o indivíduo necessita de orientação nutricional direcionam a escolha do método de avaliação do consumo alimentar [...]

Quando na prática clínica se deseja estimar o gasto energético de determinada prática física, a utilização da Estimativa do Equivalente Metabólico (MET), proposta pela *American College of Sport Medicine*, tem sua fidedignidade comprovada e vem sendo utilizada para estimar as necessidades energéticas de acordo com a atividade praticada pelo atleta, como citado por (COELHO, *et al.*, 2013):

O American College of Sport Medicine sugere que a unidade MET seja utilizada como método para indicar e comparar a intensidade absoluta e gasto energético de diferentes atividades físicas. Nesse contexto, o conceito de MET é aplicado nas orientações gerais à população em relação ao gasto energético das atividades, portanto o MET é uma medida de intensidade de esforço [...]

O recordatório habitual e de 24h auxilia ao nutricionista a obtenção de dados importantes sobre o cotidiano do paciente, fazendo com que tenha condutas que respeitem a individualidade e capacidade que tenha para realizar toda a prescrição de forma mais fidedigna possível e que não se torne um sacrifício, visando além promover a saúde e qualquer tipo de intercorrência (CRISPIM S.P, *et. al.*, 2009).

Já o consumo de dietas hipercalóricas e hiperlipídicas, tem mostrado um impacto negativo, favorecendo o aumento do percentual de gordura como um todo, principalmente de gordura abdominal, mas dependendo do tipo do lípidio consumido, é possível controlar o peso e a sensibilidade a insulina, principalmente quando associado com o treinamento aeróbico e/ou resistido (RAVAGNANI *et al.*, 2012).

Assim a prática de exercícios físicos tem se mostrado eficaz para controle de peso, visto que tais exercícios conseguem controlar e diminuir a expressão de hormônios ligados ao aumento da adiposidade, como o exemplo da grelina (EGUCHI., 2008).

A alteração dos níveis da leptina e da grelina é considerada um importante mecanismo capaz de alterar o padrão da ingestão alimentar e levar a desajustes nutricionais [...]

Além da prática de exercícios físicos, a estratégia de uma dieta hiperproteica, e conseqüentemente uma dieta hipoglicídica, mostra-se eficaz para a redução do peso e aumento da saciedade (BREHM, 2008). Estudos apontam que o planejamento de uma reeducação alimentar com um aspecto hipoglicídico, para pessoas que querem perder peso, pode ser altamente eficiente quando prescrito e orientado por profissionais habilitados (BLANCK, 2005).

2.0 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho consistiu em analisar a relação entre o perfil nutricional e antropométrico de usuários fisicamente ativos da Clínica Escola de Nutrição da Universidade Católica de Brasília.

2.1 OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar relação entre o recordatório alimentar habitual e o aspecto antropométricos, dos usuários do ambulatório.

2.1.1 Critérios de inclusão

1. Voluntários acima dos 12 anos de idade saudáveis de ambos os sexos;
2. Ser fisicamente ativo (frequência semanal igual ou superior a três dias na semana com carga horária semanal de treinamento físico maior igual a 150 minutos);
3. Ser capaz de comparecer ao CENUT nos horários previamente agendados;

2.1.2 Critérios de exclusão

1. Ter realizado esforço físico prévio que possa alterar a avaliação antropométrica;
2. Usar vestimentas que impossibilite a avaliação antropométrica;
3. Não ter condições de relatar sua própria alimentação e hábitos de vida;

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de observação indireta com dados obtidos em prontuários, onde foram utilizados, como amostras, 40 indivíduos de ambos os sexos, assistidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Católica de Brasília.

Como critério de elegibilidade, foram incluídos os pacientes praticantes de atividade física, com frequência semanal igual ou superior a três dias na semana, com carga horária semanal de treinamento físico maior ou igual a 150 minutos. Os critérios de exclusão foram: crianças, idosos, sedentários e gestantes.

Este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília, com o número de registro do CAAE 60700216.0.0000.0029, tendo sido autorizado o uso dos dados com o objetivo de estudo, pela Universidade, dos termos de consentimento assinados pelos próprios pacientes durante as consultas no ambulatório.

As mensurações dos dados da antropometria corporal dos indivíduos foram realizadas por meio do peso, estatura e dobras cutâneas. Para as medidas antropométricas foi utilizada uma balança com graduação de 100g da marca WELMY e um estadiômetro fixo da marca WISO, com precisão de 0,1 cm. Para a coleta de dados das dobras cutâneas, foi utilizado um adipômetro, modelo LANGE, com leitura de 1mm e um paquímetro do modelo WCS da marca Cardiomed, também com leitura de 1mm. Os dados foram coletados em ficha própria, sendo tabulados em uma planilha de cálculo, com a utilização do software GALILEU, versão 3.1.

Todas as avaliações foram realizadas no ambulatório de Nutrição da Universidade Católica de Brasília, no período da manhã. Inicialmente, foram aferidas as medidas de peso, onde os pacientes foram orientados a permanecer em pé, na posição ereta, pés afastados à largura do quadril, com o peso dividido em ambos os pés, mantendo a cabeça no plano de Frankfurt, ombros descontraídos e braços soltos lateralmente. Em seguida, foi mensurada a estatura, aferida por meio de um estadiômetro, o paciente encontrava-se em posição ortostática, descalço com os calcâneos juntos. A aferição foi realizada durante a inspiração profunda. As dobras cutâneas foram medidas em nove pontos anatômicos, (tricipital, peitoral, subescapular, axilar média, abdominal, supraílica, supra-espinhal, coxa medial e panturrilha) no lado do corpo não dominante para a realização das funções motoras, estando o avaliado em posição ortostática com a musculatura relaxada.

Para o determinar o percentual de gordura corporal, foram utilizadas as equações de Jackson e Pollock (1978) sete dobras.

O recordatório alimentar habitual foi informado durante a consulta e registrado em prontuário, descrevendo nele os horários das refeições feitas pelo paciente, bem como a ingestão comum de alimentos e suas quantidades, afim de fornecer o VET (Valor Energético Total) da ingestão alimentar cotidiana dos pacientes. Para calcular tal valor, foi utilizado o software dietWin em sua versão profissional v2945. Além do valor numérico de Kcal (calorias), os valores de carboidratos, proteínas e lipídios foram categorizados conforme o seu percentual, dentro do VET, sendo hipo (valores abaixo do recomendado), normo (valores dentro do recomendado) e hiper (valores acima do recomendado) de acordo com as DRI's (Ingestão Diária Recomendada)

Os dados que se referem a percentual de gordura, foram classificados de forma dicotômica, ou seja, onde houve apenas duas apresentações desses valores, que são: fora da normalidade (pacientes que apresentavam um elevado nível de porcentagem de gordura) e dentro da normalidade (pacientes que apresentavam um nível adequado de percentual de gordura pra idade e sexo)

O uso de suplementos alimentares também foi informado e categorizado (no seu tipo), com a pergunta se o paciente já havia utilizado ou se está utilizando algum desses produtos. A partir daí, foram-se especificados e criados grupos para saber quais eram os tipos de suplementos que já foram ou são adotados pelos participantes, onde são: proteicos (suplementos a base de proteína), carboidratos (suplementos a base de carboidratos), lipídios (suplementos a base de lipídios), termogênicos (suplementos ou compostos que possam trazer uma melhora ergogênica e acelerar a termogênese) e vitaminas (suplementos a base de vitaminas com ou sem minerais, podendo ser uma única vitamina de forma isolada).

As características da dieta, com base no recordatório habitual, foram mensurados, sendo que os três macros-nutrientes (proteína, carboidratos e lipídios) advindos dessa informação, foram classificados em: hipo (onde, de acordo com a recomendação diária (RDA), se tal nutriente está abaixo do que é considerado o recomendado), normo (onde, de acordo com a recomendação diária (RDA), se tal nutrientes está abaixo do que é considerado o recomendado) e hiper (onde, de acordo com a recomendação diária (RDA), se tal nutriente está acima do que é considerado o recomendado).

Para determinar o GET (Gasto Energético Total) foi calculado a EER (*Energy Efficiency Rate*) e acrescido a ele os valores dos METS (*Estimation of Metabolic Equivalent*), de acordo com o tipo e tempo de prática do exercício realizado pelo paciente.

Os dados de prontuários foram repassados para uma plataforma *on line* (GOOGLE formulários), onde foram tabulados. Os dados de variáveis contínuas serão apresentados por média e desvio padrão (DP). As variáveis categóricas serão exibidas como valores absolutos e percentuais. Para exploração dos dados, serão testados a normalidade, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov (para $n > 20$) e Shapiro-Wilk (para $n \leq 20$), e a homogeneidade, segundo o teste de Levine.

Para os dados que respeitaram a normalidade da curva normal (gaussiana), foram adotados os testes paramétricos, e os dados que violaram o padrão de normalidade, foi adotado os testes não-paramétricos. Os coeficientes lineares de correlação de Pearson serão calculados para avaliar a associação entre variáveis. Regressão linear de Pearson será realizada para analisar o valor preditor entre variáveis. E, para comparação da variância das médias entre grupos, será realizado o teste ANOVA *one-way*. Para comparar duas médias de variáveis distintas será utilizado o teste t pareado.

O intervalo de confiança adotado foi de 95% e o valor de $p < 0,05$ para evidenciar significância estatística. Todas as análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS (versão 21,0; IBM, Chicago, IL).

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 40 pacientes, da faixa etária de 17 a 60 anos, de ambos os sexos, sendo 57,5% do sexo feminino ($23 \pm 26,5$ anos de idade) e 42,5% do sexo masculino (17 ± 39 anos de idade). A amostra, quando subdividida em 2 grupos, segundo o IMC, foi observado que 62,5% estavam no grupo $IMC \geq 25$, e 37,5% classificado como $IMC < 25$, sendo que, grande parte da amostra, estava eutrófica, (24), apenas 1 sujeito apresentou baixo peso ($IMC < 18,9$), 13 participantes apresentaram sobrepeso ($IMC > 24,9$) e 2 apresentam obesidade ($IMC > 30$), onde verificou-se uma diferença significativa estatisticamente ($p < 0,001$) no número de solteiros (32) e de casados (8), no nível de escolaridade dos participantes (predominou os que estão cursando o ensino médio e o ensino superior, 25 e 11 respectivamente), observou-se uma massiva parte da amostra com o objetivo de ganhar massa muscular (23) e a maioria dos participantes apresentou uma confirmação na presença de DCNT no histórico familiar (29) - vide tabela 1.

Dentre os resultados de perfil amostral, observou-se uma média de peso de 68,05kg, IMC de 23,5 kg/m² e percentual de gordura de 24,11% para os dados registrados no prontuário

Comentado [A1]:

As análises de comparação/cruzamento entre grupos foram feitas segundo o sexo, classificação segundo o IMC, percentual de gordura, recordatório alimentar habitual e a classificação de macro nutrientes na dieta. O sexo feminino e masculino obtiveram diferenças no que diz a respeito o cruzamento entre sexo e IMC, sendo que a maioria das pessoas do sexo feminino se encontram na classificação de eutrófico (16 pessoas), mas não houve diferença estatística significante entre o cruzamento de IMC e percentual de gordura em ambos os sexos. Foi-se observado, também, que não houve uma diferença significante estatisticamente na relação de recordatório alimentar habitual e os três macros analisados (proteína, carboidrato e lipídio), onde o valor de "p" foi: 0,393, 0,409 e 0,102, respectivamente nesta ordem. Na relação entre IMC vs macros (proteína, carboidrato e lipídio), não se obteve resultados com significâncias estatísticas, onde os resultados de "p" foram: 0,480, 0,91 e 0,791, respectivamente.

Não foi possível observar diferenças significativas para o cruzamento entre percentual de gordura vs macros (proteína, carboidrato e lipídio), onde os valores de "p" foram: 0,140, 0,906, e 0,179, respectivamente, porém, verificou-se uma tendência (seria necessário estudos voltados para isso de forma mais aprofundada), onde pessoas que relataram o consumo de uma dieta hiperlipídica na média apresentaram 14,98% de gordura corporal assim como quem consumiu uma dieta hipolipídica na média apresentaram um percentual de gordura de 24,38%. - vide tabela 2.

Tabela 1. Perfil amostral descritivo de praticantes de exercícios físicos usuários de ambulatório universitário de Nutrição, Brasília-DF, 2016.

Variável	Grupos	(n)	(%)	Qui-quadrado (χ²)	p valor
Sexo	Masculino	17	42,5	1,51	0,218
	Feminino	23	57,5		
Estado civil	Solteiro	32	80,0	39,2	<0,001‡
	Casado	8	20,0		

Possui plano de saúde?	Sim	16	40,0	0,8	0,371
	Não	24	60,0		
Nível de escolaridade?	Fundamental	3	7,5	50,52	<0,001‡
	Ensino médio	25	62,5		
	Ensino superior	11	27,5		
	Pós-graduação	1	2,5		
Renda pessoal/mês?	Maior que 10 salários	3	7,5	13,75	0,003†
	Entre 5 a 10 salários	10	25,0		
	Entre 1 a 4 salários	21	52,5		
	Até 1 salário	6	15,0		
Qual seu objetivo?	Emagrecimento	11	27,5	106,13	<0,001‡
	Ganho de massa muscular	23	57,5		
	Definição muscular	3	7,5		
	Melhoria da saúde	2	5,0		
	Terapêutico	1	2,5		
Possui histórico familiar de DCNT?	Sim	29	72,5	27,6	<0,001‡
	Não	11	27,5		
Possui histórico pessoal de DCNT?	Sim	11	27,5	0,61	0,433
	Não	29	72,5		
Está em tratamento?	Sim	7	17,5	4,51	0,033†
	Não	33	82,5		
Usa medicamentos/fitoterápicos?	Sim	12	30,0	0,2	0,654
	Não	28	70,0		
É tabagista?	Sim	1	2,5	17,11	<0,001‡
	Não	39	97,5		
É etilista?	Sim	17	42,5	1,51	0,218
	Não	23	57,5		
Possui alterações gastrointestinais?	Sim	17	42,5	1,51	0,218
	Não	23	57,5		
Frequência de evacuação?	1 vez a cada 2 dias	4	10,0	99,37	<0,001‡
	Dia sim, dia não	1	2,5		
	1 vez por dia	27	67,5		
	2 vezes por dia	4	10,0		
	3 vezes por dia	3	7,5		

	Outros	1	2,5		
	2	2	5,0		
	3	27	67,5		
Escala de Bristol*	4	9	22,5	108,48	<0,001‡
	5	1	2,5		
	6	1	2,5		
	Normal, transparente	27	67,5		
Diurese?	Normal, amarelada	5	12,5	74,42	<0,001‡
	Normal, escura	8	20,0		
	Sim	22	55,0		
Sente-se satisfeito com o sono?	Não	18	45,0	8,45	0,004†
	Baixo peso	1	2,5		
IMC (Kg/m ²)	Eutrófico	24	60,0		
	Sobrepeso	13	32,5	46,58	<0,001‡
	Obesidade	2	5,0		
	<25 kg/m ²	25	62,5		
Classificação dicotômica de IMC (kg/m ²)	≥25 kg/m ²	15	37,5	15,31	<0,001
	Muito ruim	5	12,5		
	Ruim	7	17,5		
	Abaixo da média	5	12,5		
Percentual de gordura corporal	Média	5	12,5	24,11	<0,001‡
	Acima da média	6	15,0		
	Bom	11	27,5		
	Excelente	1	2,5		
	Fora da normalidade	17	42,5		
Classificação dicotômica percentual de gordura corporal	Dentro da normalidade	23	57,5	1,51	0,219
	Sim	23	57,5		
Usa ou já usou suplementos alimentares?	Não	17	42,5	10,51	0,001†
	Proteicos	17	42,5		
	Carboidratos	2	5,0		
Qual(ais) suplementos já usou?	Lipídeos	2	5,0	94,01	<0,001‡
	Termogênico	1	2,5		
	Vitaminas	18	45,0		
	Sim	9	22,5	2,11	0,146
Possui alguma alergia ou intolerância					

alimentar?	Não	31	77,5		
Tem o hábito de sair para lanchar em <i>fast-food</i> , com frequência?	Sim	12	30,0	0,2	0,654
	Não	28	70,0		
Características de carboidratos da dieta	Hipoglicídica	5	12,5	50,5	<0,001‡
	Normoglicídica	34	85,0		
	Hiperglicídica	1	2,5		
Características de proteínas da dieta*	Normoproteica	11	27,5	0,61	0,434
	Hiperproteica	29	72,5		
Características de lipídios da dieta	Hipolipídica	14	35,0	26,5	<0,001‡
	Normolipídica	22	55,0		
	Hiperlipídica	4	10,0		
Total geral das variáveis	Total	40	100,0		

(† p valor <0,05 ; ‡ p valor < 0,001)

Tabela 2. Resultados específicos sobre o recordatório alimentar, IMC e percentual de gordura de praticantes de exercícios físicos usuários de ambulatório universitário de Nutrição, Brasília-DF, 2016.

Variável	Grupo	Resposta	N	Média	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		ANOVA	p valor
						Limite inferior	Limite superior		
Recordatório alimentar habitual (kcal)		Hipoglicídica	5	2076,4	511,3	1441,5	2711,3	0,957	0,393
		Normoglicídica	34	2023,0	716,5	1773,0	2273,0		
		Hiperglicídica	1	3000,0					
		Total	40	2054,1	696,5	1831,3	2276,8		
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	Características de carboidratos da dieta	Hipoglicídica	5	23,5	3,0	19,8	27,2	0,749	0,480
		Normoglicídica	34	24,4	4,0	23,0	25,8		
		Hiperglicídica	1	20,0					
		Total	40	24,2	3,9	23,0	25,4		
Percentual de Gordura total (%)		Hipoglicídica	5	21,6	8,0	11,7	31,6	2,076	0,140
		Normoglicídica	34	22,8	8,8	19,7	25,8		
		Hiperglicídica	1	4,9					
		Total	40	22,2	8,9	19,3	25,0		
Recordatório alimentar habitual (kcal)		Normoproteica	11	2203,8	794,6	1670,0	2737,6	0,696	0,409
		Hiperproteica	29	1997,3	661,8	1745,6	2249,0		
		Total	40	2054,1	696,5	1831,3	2276,8		
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	Características de proteínas da dieta*	Normoproteica	11	25,9	4,8	22,6	29,1	3,013	0,091
		Hiperproteica	29	23,6	3,3	22,3	24,8		
		Total	40	24,2	3,9	23,0	25,4		
Percentual de Gordura total (%)		Normoproteica	11	22,5	10,3	15,5	29,4	0,014	0,906
		Hiperproteica	29	22,1	8,5	18,8	25,3		
		Total	40	22,2	8,9	19,3	25,0		
Recordatório alimentar habitual (kcal)		Hipolipídica	14	1782,1	700,0	1377,9	2186,2	2,424	0,102
		Normolipídica	22	2135,9	577,2	1880,0	2391,8		
		Hiperlipídica	4	2556,3	1058,3	872,2	4240,3		
		Total	40	2054,1	696,5	1831,3	2276,8		
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	Características de lipídios da dieta	Hipolipídica	14	24,6	4,2	22,2	27,1	0,284	0,754
		Normolipídica	22	24,2	3,7	22,5	25,8		
		Hiperlipídica	4	23,0	4,2	16,3	29,6		
		Total	40	24,2	3,9	23,0	25,4		
Percentual de Gordura total (%)		Hipolipídica	14	24,4	9,7	18,8	30,0	1,802	0,179
		Normolipídica	22	22,1	8,3	18,4	25,7		
		Hiperlipídica	4	15,0	7,4	3,3	26,7		
		Total	40	22,2	8,9	19,3	25,0		

* Algumas das variáveis não tiveram respostas para todos os quesitos. († p valor <0,05 ; ‡ p valor < 0,001)

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho foi capaz de demonstrar que alguns achados não tiveram sua relevância significativa, estatisticamente falando, porém apresentou algumas tendências que necessitariam de trabalhos e investigações mais profundas para serem averiguadas.

Porém, assim, foi-se uma proposta muito interessante para própria Escola de Nutrição da Universidade Católica, onde é capaz de se fazer uma avaliação daquilo que foi passado em atendimento, a capacidade de avaliar possíveis melhorias nos materiais usados pelos alunos para fazerem a abordagem das consultas (prontuário), revisão dos conteúdos abordados para uso dos mesmo na prática dentro dos consultórios de estágio e uma avaliação daqueles alunos que já passaram, se conseguiram atingir os objetivos propostos.

Os resultados achados nos presentes cruzamentos mostraram não uma significância estatística, mas ao menos uma tendência daquilo que já é mostrado na literatura, como o caso dos valores de IMC vs Dieta Normoproteica e Hiperproteica, onde a tendência foi que os pacientes que apresentaram uma dieta mais hiperproteica (HP) obtiveram um resultado de IMC mais adequado aos padrões estabelecidos, o mesmo que ocorreu no percentual de gordura, onde se observou uma tendência a pessoas com dieta HP terem um percentual de gordura menor, como mostrado por (Westerterp-Plantenga MS, 2012), onde pacientes que foram submetidos a dietas HP tiveram maior perda de peso e diminuição de gordura corporal em relação aqueles que fizeram uma dieta hipoglicídica.

Não foi-se encontrado valores que mostrassem um favorecimento de dietas hipoglicídicas para valores adequados de IMC e Percentual de gordura, mesmo tendo a associação com a prática de exercícios físicos, o que já é divergente em relação ao estudo de (TRUBY, 2016), onde o grupo submetido a dieta hipoglicídica e com o exercício resistido, apresentou uma maior eficácia na perda de peso que o grupo que usou a dieta hipolipídica.

Outra tendência que foi mostrado no cruzamento de dados, foram os valores menores (mais adequados) de Percentual de gordura e IMC para aqueles pacientes que apresentaram uma dieta com teor mais acentuado de

lipídios (hiperlipídica), onde mesmo sem uma diferença significativamente estatística, consegue-se fazer uma alusão que esse tipo de dieta possa favorecer a melhora da composição corporal, como visto no estudo de (BERGOUIGNAN, 2012), que a amostra obteve como resultados a melhora da oxidação de gordura corporal acompanhado de uma mudança em musculo esquelético, isso tanto em indivíduos em peso adequado quanto em obesos.

E com a análise que esse estudo trouxe, se mostra cada vez que para se atingir níveis adequados de composição corporal (IMC, percentual de gordura), a restrição de calorias é uma variável importante, como visto (KURODA, 2012), mas a sua distribuição como um todo pelos três macro nutrientes (Carboidrato, Proteína e Lipídio) que vem tomando a proporção de ser a forma mais correta de agir, respeitando a individualidade bioquímica do paciente atendido.

Bem, pelo estudo ter apresentado uma amostra relativamente pequena e não homogênea nos quesitos de prática esportiva e consumo, isso pode interferir na validade dos dados para a comparação com outras referências na literatura.

Conclusão:

Não foi observada uma relação direta entre perfil nutricional e antropométrico de usuários fisicamente ativos de ambulatório de uma Universidade. Porém, mesmo dessa forma, podemos observar que a procura de uma consulta nutricional vem tomando maior conhecimento por parte da população, em vista da maior disseminação da informação por meios de comunicação e assim se atentarem da importância que este pode ser pra sua saúde em geral. Porém, percebe-se que mesmo com a maior disseminação de informação, as pessoas que compuseram a amostra desse presente estudo, apresentaram em sua grande maioria aspectos inadequados de acordo com recomendações, diretrizes nutricionais no que se diz a respeito a alimentação preconizada em domicilio e que reflete diretamente no seu perfil antropométrico. Se faz necessário mais estudos que aprofundem as tendências aqui relatadas (discussão) sobre consumos de dietas hiperlipídicas e composição corporal, visto que há literatura que afirme tal perspectiva porém com controvérsias em relação a outros estudos.

6 REFERÊNCIAS

BLANCK, HEIDI MICHELS et al. Use of low-carbohydrate, high-protein diets among americans: correlates, duration, and weight loss. **MedGenMed: Medscape general medicine**, v. 8, n. 2, p. 5-5, 2005.

BERGOUIGNAN, Audrey et al. Increasing dietary fat elicits similar changes in fat oxidation and markers of muscle oxidative capacity in lean and obese humans. **PLoS One**, v. 7, n. 1, p. e30164, 2012.

BREHM, BONNIE J.; D'ALESSIO, DAVID A. Benefits of high-protein weight loss diets: enough evidence for practice?. **Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity**, v. 15, n. 5, p. 416-421, 2008.

CABRAL, M.J; VIEIRA, K.A; SAWAYA, A.L and FLORENCIO, T.M.M.T. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Estud. av.* [online]. 2013, vol.27, n.78

CARMO, M.G.T; BATISTA, S.M.M. Experiência no atendimento nutricional em ambulatório **Rev. ciênc. saúde**;13(1/2):95-107, jan.-jun. 1994.

CLIFTON, Peter M.; BASTIAANS, Kathryn; KEOGH, Jennifer B. High protein diets decrease total and abdominal fat and improve CVD risk profile in overweight and obese men and women with elevated triacylglycerol. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 19, n. 8, p. 548-554, 2009.

CRISPIM S.P; RIBEIRO R.C.L; PANATO E; SILVA M.M.S; ROSADO L.E.F.P, ROSADO G.P. Validade relativa de um questionário de frequência alimentar para utilização em adultos. **Rev Nutr.** 2009; 22(1):81-95.

COELHO, CHRISTIANNE, et al . Estimativa do equivalente metabólico (MET) de um protocolo de exercícios físicos baseada na calorimetria indireta. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 134-138, abr. 2013 .

EGUCHI, RICARDO et al . Efeitos do exercício crônico sobre a concentração circulante da leptina e grelina em ratos com obesidade induzida por dieta. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 14, n. 3, p. 182-187, jun. 2008 .

FERREIRA, VANESSA RORIZ; BENTO, ANA PAULA NUNES; SILVA, MARA REIS. Consumo alimentar, perfil antropométrico e conhecimentos em nutrição de corredores de rua. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 6, p. 457-461, 2015.

FONSECA, P.H.S; MARINS, J.C.B and SILVA, A.T. Validação de equações antropométricas que estimam a densidade corporal em atletas profissionais de futebol. **Rev Bras Med Esporte** [online]. 2007, vol.13, n.3

KREIDER, Richard B. et al. A carbohydrate-restricted diet during resistance training promotes more favorable changes in body composition and markers of health in obese women with and without insulin resistance. **The Physician and sportsmedicine**, v. 39, n. 2, p. 27-40, 2011.

KURODA, Leandro Kazuhiro et al. Diferentes distribuições de macronutrientes aliadas ao treinamento resistido na perda de gordura e melhora da composição corporal. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 6, n. 31, 2012.

MARQUEZE, ELAIN, et. al. Atividade Física Durante o ritmo de lazer e esforço físico no Trabalho Entre Trabalhadores Noturnos de Uma Indústria Cerâmica. **Rev. bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 34, n. 119, p. 93-100, junho de 2009.

NAUDE, Celeste E. et al. Low carbohydrate versus isoenergetic balanced diets for reducing weight and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. e100652, 2014.

PANVELOSKI-COSTA, Ana Carolina et al . Treinamento resistido reduz inflamação em músculo esquelético e melhora a sensibilidade à insulina periférica em ratos obesos induzidos por dieta hiperlipídica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 55, n. 2, p. 155-163, mar. 2011

POLLOCK, WILMORE, et. al. Precisão da previsão da densidade corporal, peso corporal magra, e as equações de volume total do corpo. [Medicine and Science in Sports](#).1977

RAVAGNANI, FABRICIO CESAR DE PAULA et al . Efeito de dietas hiperlipídicas com extrato de baru e chocolate sobre a área de adipócitos de ratos submetidos ao exercício físico. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 190-194, jun. 2012 .

SOENEN, Stijn et al. Relatively high-protein or 'low-carb'energy-restricted diets for body weight loss and body weight maintenance?. **Physiology & behavior**, v. 107, n. 3, p. 374-380, 2012.

TRUBY, Helen et al. A Randomized Controlled Trial of Two Different Macronutrient Profiles on Weight, Body Composition and Metabolic Parameters in Obese Adolescents Seeking Weight Loss. **PloS one**, v. 11, n. 3, p. e0151787, 2016.

ANEXO

PROTOCOLO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Responsável pelo atendimento: _____
Data de atendimento: ____/____/____

I – DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOS

Nome completo: _____
DN: ____/____/____ Idade: ____ anos Estado Civil: _____
Naturalidade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Escolaridade _____ Ocupação atual: _____

1. Possui plano de saúde?

- (A) Sim
- (B) Não

2. Quanto é - aproximadamente - a sua renda pessoal/mês?

- (A) Maior que 10 Salários mínimos
- (B) Entre 5 a 10 Salários mínimos
- (C) Entre 1 a 4 Salários mínimos
- (D) Até 1 Salário mínimo

II – OBJETIVO DA CONSULTA/ACOMPANHAMENTO

3. Motivo da consulta, queixas principais e objetivos:

III – DADOS CLÍNICOS

4. Histórico familiar de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis:

(A) Sim, especificar - qual (is) a(s) DCNT(s) e se em pai, mãe, irmãos, avós paternos e maternos:

(B) Não.

5. História pessoal de doenças (passada e atual):

(A) Sim, especificar: _____

(B) Não.

5.1 Sem sim, está em tratamento?

(A) Sim, especificar: _____

(B) Não

6. Já realizou procedimentos cirúrgicos?

(A) Sim, especificar: _____

(B) Não

7. Tem ou já teve lesões do aparelho locomotor?

(A) Sim, especificar: _____

(C) Não

8. Usa medicamento(s)/fitoterápico(s):

(A) Sim, especificar:

Nome	Dose	Frequência	Finalidade

(B) Não.

9. Tabagismo:

(A) Sim.

(B) Não.

(C) Cessou? Especificar há quanto tempo: _____

10. Etilismo: No caso de etilista ativo, especificar o tipo predominante, a quantidade e a frequência:

(A) Sim _____

(B) Não.

(C) Cessou, especificar há quanto tempo: _____

11. Ocorrem alterações recentes no seu trato digestório (constipação, diarreia, flatulência, pirose, epigastralgia, refluxo gastro-esofágico, gastrite, úlcera péptica, plenitude pós-prandial)?

(A) Sim.

Especificar (tempo, tipo, qual a associação alimentar feita pelo paciente com a(s) alteração(s) do trato digestório):

(B) Não.

12. Funcionamento intestinal e aspectos das fezes (frequência, coloração, consistência):

13. Diurese?

14. Sono:

Satisfação	Tempo Médio	Queixas

IV – DADOS DE EXERCÍCIO (S) FÍSICO (S) E ESPORTE (S)

15. Há quanto tempo pratica exercícios físicos de forma regular: _____

16. Exercício (s) físico (s) / modalidade (s) atualmente praticado (s):

Tipo	Frequência semanal	Tempo/sessão	Descrição

V – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

17. Histórico do peso (aumento, redução, já houve perda/ganho passado). Registrar peso médio:

18. Peso _____ (kg) Estatura: _____ (m) IMC: _____ (kg/m²)

- Dobras Cutâneas (DC) -

Perimetria

Estrutura	M1	M2	M3	Média	Estrutura	Medida (cm)	
						D	E
Abdômen (AB)					Ombro		
Axilar Média (AM)					Peitoral Relaxado		
Coxa medial(CX)					Cintura		
Subescapular (SB)					Abdômen		
Supra Iliaca (SI)					Quadril		
Peitoral (PT)					Bíceps Relaxado		
					Bíceps Contraído		
					COXA PROXIMAL		
					Panturrilha		

Tríceps (TR)				
* Supra-Espinal (SE)				
* Panturrilha medial				

*Aferir a DC Supra-Espinal (SE) para a tabulação do somatotipo.

- Paquimetria -

Estrutura	Valores
Umeral	
Femural	
Radioulnar	

VI – DADOS DIETÉTICOS

19. Usa suplementos nutricionais? Já usou?

(A) Sim, especificar - qual (is) o(s) suplemento(s) com nome e marca, tempo e frequência de consumo:

20. Usa Esteróides Anabolizantes? Já usou

(A) Sim, especificar - qual(is) o(s) anabolizante(s), tempo e frequência de uso:

21. História alimentar

I. Alergia ou intolerância alimentar? _____

II. Aversões e preferências? _____

III. Quantificar e especificar (água e outros líquidos) a ingestão hídrica _____

IV. Quem faz as compras? _____

V. Quem prepara os alimentos? _____

VI. Local onde as refeições são realizadas: _____

VII. Tem o hábito de fazer programas onde a diversão principal são os *fast-foods* (*Mcdonalds*, por exemplo)? Qual a frequência destes programas?

22. Rotina Diária Onde está? O que está fazendo?

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã							
Meio da manhã							
Hora do almoço							
Meio da tarde							
Noite							

22. Consumo alimentar habitual

Refeição	Alimentos e quantidades	
Café da Manhã Horário:		
Colação Horário:		
Almoço Horário:		
Lanche Horário:		
Jantar Horário:		
Ceia Horário:		

CHO: _____% LIP: _____% PTN: _____% VET: _____KCAL

23. Diagnóstico:

24. Conduta:

25. Retorno para entrega da prescrição agendado para o dia ____/____/____, às ____ h ____.

Estagiários (as) responsáveis pelo atendimento - nome completo por extenso, seguido das respectivas matrículas e rubricas:

1. _____
2. _____
3. _____

Nutricionista responsável pelo Estágio de Nutrição Aplicada ao Exercício Físico

Guilherme Falcão CRN1 5436

Caroline Romeiro CRN1 3200

Protocolo de RETORNO

Responsável pelo atendimento:

Data de atendimento: ____ / ____ / ____

I – DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOS

Nome completo: _____ DN: ____ / ____ / ____

Idade: ____ anos Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Telefone(s): _____

E-Mail(s): _____ Ocupação atual _____

II – OBJETIVO DA CONSULTA/ACOMPANHAMENTO

1- Ocorrem alterações recentes no seu trato digestório (constipação, diarreia, flatulência, pirose, epigastria, refluxo gastro-esofágico, gastrite, úlcera péptica, plenitude pós-prandial)?

(A) Sim. Especificar (tempo, tipo, qual a associação alimentar feita pelo paciente com a(s) alteração(s) do trato digestório):

(B) Não.

2. Rotina de funcionamento intestinal e coloração das fezes:

03. A sua diurese está normal?

(A) Sim.

(B) Não.

(C) Qual é a coloração? _____

04. Uso de suplementos nutricionais com finalidades ergogênicas - no momento atual -:

(A) Sim, especificar - qual(is) o(s) suplemento(s), há quanto tempo utiliza, frequência, dosagem, finalidade : _____

(B) não faz uso, mas gostaria de fazer.

05. Como foi sua adaptação a rotina e aos alimentos sugeridos no plano alimentar anterior?

06. Como são suas noites de sono (registrar o nível de satisfação/insatisfação, média de horas de sono diária. Se porta insônia, sonambulismo, terror noturno, etc. Se o sono é leve, profundo, turbulento, restaurador, etc. Se acorda mais descansado ou cansado após uma noite de sono. Em média, quantas horas ininterruptas de sono o[a] paciente consegue repousar em uma noite)?

07. Consumo alimentar habitual

Refeição	Alimentos e quantidades	
Café da Manhã Horário:		
Colação Horário:		
Almoço Horário:		
Lanche Horário:		
Jantar Horário:		
Ceia Horário:		

CHO: _____% LIP: _____% PTN: _____% VET: _____ KCAL

08. Treinamento:

a) Houve mudança na rotina do treino?

b) Qual é a Intensidade/desgate com o treino?

09. Exames laboratoriais

10. Conclusão: de acordo com os protocolos de Frequência Alimentar e Recordatório 24h, o(a) paciente faz uso _____% de alimentos energéticos, _____% ingestão de alimentos construtores e _____% consumo de alimentos reguladores.

11. Conduta e prescrição dietoterápica

11. Observações

V – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

17. Histórico do peso (aumento, redução, já houve perda/ganho passado). Registrar peso médio:

18. Peso _____ **Estatura:** _____ **IMC:** _____

- Dobras Cutâneas (DC) -

Perimetria

Estrutura	M1	M2	M3	Média	Estrutura	Medida (cm)	
						D	E
Abdômen (AB)					Ombro		
Axilar Média (AM)					Peitoral Relaxado		
Coxa medial(CX)					Cintura		
Subescapular (SB)					Abdômen		
					Quadril		
					Bíceps Relaxado		
					Bíceps Contraído		
					COXA PROXIMAL		
					Panturrilha		

Supra Ilíaca (SI)				
Peitoral (PT)				
Tríceps (TR)				
* Supra-Espinal (SE)				
* Panturrilha medial				

*Aferir a DC Supra-Espinal (SE) para a tabulação do somatotipo.

- Paquimetria -

Estrutura	Valores
Umeral	
Femural	

25. Retorno para entrega da prescrição agendado para o dia ____ / ____ / ____, às ____ h ____.

Estagiários (as) responsáveis pelo atendimento - nome completo por extenso, seguido das respectivas matrículas e rubricas:

1. _____
2. _____

Nutricionista responsável pelo Estágio de Nutrição Aplicada ao Exercício Físico

 Guilherme Falcão CRN1 5436

 Caroline Romeiro CRN1 3200



Universidade Católica de Brasília
Pró-Reitoria de Graduação
Pró-Reitoria de Extensão
Curso de Nutrição
Estágio Supervisionado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, natural de _____, portador de RG nº _____ SSP/____, residente no endereço _____, estou sendo convidado a participar de um acompanhamento nutricional, o qual inclui consultas e retornos, sendo que este será realizado por estagiários do curso de nutrição da Universidade Católica de Brasília (UCB), supervisionado (a) por um (a) Nutricionista e tem como objetivo oferecer um atendimento nutricional adequado de acordo com o meu estado nutricional.

A minha participação no referido acompanhamento será no sentido de informar os dados solicitados durante os atendimentos para que seja proposto um tratamento adequado ao meu estado nutricional.

Fui alertado de que, o atendimento nutricional proposto poderá me oferecer os seguintes benefícios: recebimento de prescrição dietética (dieta), orientações alimentares e acompanhamento nutricional.

Recebi informações que em nenhum momento este atendimento oferecerá qualquer risco à minha saúde, já que não realizarei movimentos anormais, não entrarei em contato com quaisquer substâncias nocivas, nem terei qualquer instrumento introduzido em meu corpo.

Fui informado que todos os dados que possam me identificar serão mantidos em sigilo, respeitando desta maneira a minha privacidade.

Também fui informado de que posso me recusar a participar dos atendimentos ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se, desejar não ser mais acompanhado, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Durante o período de acompanhamento nutricional terei o esclarecimento adicional de todas as dúvidas sobre este tipo de atendimento e que meus dados poderão ser utilizados para elaboração de pesquisas, contudo manterão a minha privacidade.

Enfim, diante de todas as informações mencionadas deste tipo de acompanhamento nutricional, e tendo entendido o objetivo deste, manifesto meu livre consentimento em participar voluntariamente, estando totalmente esclarecido de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do paciente ou responsável

Assinatura do paciente ou responsável

Termo de consentimento livre e esclarecido
Pró-Reitoria de Graduação em parceria com a Pró-Reitoria de Extensão – Curso de Nutrição/Projeto
EPCT Q.S. 7, Lote 1 – Águas Claras Bloco M Sala 121 Clínica Escola de Nutrição - CENUT
CEP: 72030-170 – Brasília – DF
Endereço eletrônico: www.ucb.br – cenut@ucb.br
Fone: 061 – 3356-9338

APENDICE

Anamnese nutricional NAAF (TCC)

Registrado em prontuário na Clínica Escola de Nutrição, CENU/UCB

*Obrigatório



1 - Data de atendimento *

Data

dd/mm/aaaa

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulário Google.

