AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO TURNO DA NOITE EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

Suzanamari Pazza[1]
Vivian Polachini Skzypek Zanardo[2]
Gabriela Pegoraro Zemolin[3]

RESUMO: As consequências da realização do trabalho no período noturno na saúde do trabalhador manifestam-se como alterações do equilíbrio biológico, dos hábitos alimentares e do sono, na perda de atenção, na acumulação de erros, no estado de ânimo e na vida familiar e social. O objetivo deste estudo foi verificar o Perfil Nutricional dos profissionais Técnicos de Enfermagem do turno da noite em um Hospital Público. A pesquisa foi transversal, do tipo quanti-qualitativo. O grupo avaliado foi composto por 30 Técnicos de Enfermagem, sendo o perfil nutricional avaliado através de dados antropométricos e do consumo alimentar. Segundo o Índice de Massa Corporal, 56,66% apresentaram eutrofia, para Circunferência da Cintura 53,33% não apresentaram risco para desenvolver Doença Cardiovascular. A média do consumo de Kcal, Carboidratos, Proteínas e Lipídios ficou dentro do recomendado. Na ingestão de proteínas (g/kg de peso corporal) os avaliados consumiram acima do recomendado e as fibras abaixo do adequado.

Palavras-chave: Avaliação Nutricional. Trabalho Noturno. Estado Nutricional.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma atividade basicamente humana, desempenhada por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Sendo sua ação direcionada à assistência à pessoa, à família ou à comunidade (PEREIRA et al., 2010).

O profissional de enfermagem, que tem seu trabalho voltado essencialmente para o cuidado com o outro, vê no seu ambiente de trabalho mais comum, o hospital, um local cheio de riscos que quase sempre os atinge. Podemos destacar entre esses, os riscos biológicos, psicológicos, físicos, sociais, químicos, econômicos e mecânicos (PEREIRA et al., 2010).

A jornada noturna altera os ritmos biológicos e sociais de forma que o organismo deve se adaptar às condições oferecidas pelo trabalho. O trabalhador então passa a ter privação e perturbações do seu sono que podem gerar estresses físicos e mentais (PEREIRA et al., 2010).

[1] Acadêmica de nutrição pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI – Erechim (suzy.pazza@hotmail.com).
[2] Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI – Erechim, Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (vzanardo@uricer.edu.br).
[3] Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI – Erechim, Mestre em Engenharia de Alimentos pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim (gabiinutri@uricer.edu.br).

Trabalhar no período noturno exige que o trabalhador conheça os limites físicos do seu corpo para que a realização da atividade não interfira no processo saúde-doença e, ao mesmo tempo, não comprometa a qualidade da assistência prestada. Nesse contexto, entende-se necessário adotar medidas para reduzir o impacto na saúde e melhorar a segurança no trabalho do período noturno. Essas medidas constituem estratégias individuais e coletivas a serem instituídas a nível organizacional, como investir na melhoria das condições de trabalho (SILVA et al., 2011).

As consequências da realização do trabalho no período noturno na saúde do trabalhador manifestam-se como alterações do equilíbrio biológico, dos hábitos alimentares e do sono, na perda de atenção, na acumulação de erros, no estado de animo e na vida familiar e social. Essa particularidade requer atenção dos profissionais que têm a responsabilidade de dimensionar os recursos humanos em relação às atividades de enfermagem (SILVA et al., 2011).

As alterações ocorrem porque o trabalho realizado no período noturno provoca situações que exigem adaptação do trabalhador, uma vez que esse experimenta uma inversão do ciclo sono-vigília, ou seja, ocorre um desordenamento do ritmo circadiano porque o trabalhador realiza a atividade no momento em que o organismo se prepara para o descanso. Os ritmos circadianos são alterações regulares, com características mentais e físicas, que ocorrem no curso de um dia, e muitos deles são controlados pelo relógio biológico localizado no hipotálamo. Os ritmos circadianos são ritmos biológicos que variam em torno de 24 horas e podem ser eventos bioquímicos, fisiológicos ou comportamentais. Estes ritmos são controlados por sincronizadores externos como a luz, a alimentação, entre outros, mas também persistem sem estas pistas ambientais, o que os caracteriza como ritmos gerados endogenamente (SILVA et al., 2011).

Quando uma pessoa trabalha à noite, ela passa a dormir de dia, mas outros ritmos biológicos (o de temperatura, por exemplo) não se modificam instantaneamente, o que leva à chamada dessincronização interna. Isso se manifesta quando a pessoa tenta dormir de dia, mas se sente alerta: na realidade, ela precisa repousar no momento em que seu corpo se prepara para a vigília (MINORS & WATERHOUSE, 1981).

As refeições com a família, os estabelecimentos comerciais e o nível de ruídos seguem os horários "normais" da sociedade, contribuindo para prejudicar o sono diurno. Nesse sentido, o trabalho à noite está associado a um cotidiano essencialmente diferente do adotado pela comunidade em geral, no que concerne aos ritmos sociais e biológicos. Suas

consequências incluem a insônia, irritabilidade, sonolência de dia, sensação de "ressaca" e mau funcionamento do aparelho digestivo, que levam, a longo prazo, à doenças relacionadas ao sistema gastro- intestinal e nervoso. São ainda observados efeitos à segurança do trabalho e à qualidade de vida dos trabalhadores e suas famílias (FISCHER, 1996).

Promover a alimentação saudável e a prática de atividades físicas, assim como acompanhar o estado nutricional e de saúde da população, deve ser prioridade e fazer parte do cotidiano das ações de funcionários da saúde (COLOMBO, DERQUIN, 2008).

Dentro desse contexto, este trabalho teve por objetivo verificar o perfil nutricional dos profissionais Técnicos de Enfermagem do turno da noite em um Hospital Público através da realização da avaliação nutricional.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa é transversal, do tipo quanti-qualitativo. O grupo avaliado foi composto por 30 Técnicos de Enfermagem, homens e mulheres, que trabalham à noite em um Hospital Público no município de Erechim – RS, estes com idade igual e/ou acima dos 18 e inferior a 60 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI- Erechim, sob protocolo 180/TCH/11.

Os funcionários Técnicos de Enfermagem do turno da noite foram convidados para participar da pesquisa através de cartazes fixados na sala de lanche e no mural na entrada dos funcionários da Instituição.

A avaliação foi realizada individualmente, no turno da noite, durante o expediente dos funcionários, Técnicos de Enfermagem, em uma sala dentro da Instituição.

Antes da coleta dos dados foi esclarecido o projeto para os participantes, individualmente. Os mesmo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após foram coletados os dados antropométricos e referentes aos hábitos alimentares.

A coleta de dados antropométricos e nutricionais se deu em fevereiro 2012, conforme a data agendada pelos participantes. Para a avaliação antropométrica foram aferidos peso, estatura e Circunferência da Cintura. O peso foi verificado em uma balança digital da marca Plenna® com capacidade máxima de 150Kg e precisão de 100g, onde o participante ficou em pé em posição vertical[5], com roupas leves, no centro da balança, descalço, com os braços relaxados ao lado do corpo. A altura foi medida com um estadiômetro móvel da marca Altura Exata®, para adultos, aferida em centímetros, onde o profissional ficou em pé, descalço, com

o corpo e a cabeça eretos, olhando para a frente, com os pés juntos e com as costas e a parte inferior do joelho encostados ao estadiômetro (KAMIMURA et al., 2005).

A partir dos dados de peso e estatura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), que é um indicador simples do Estado Nutricional, sendo sua fórmula: peso atual (Kg) / estatura (m²) e classificado segundo, OMS 1995 e 1997, descrito na Tabela a seguir.

TABELA 1 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com o IMC.

IMC (Kg / m²)	**Classificação**	**Risco comorbidades**
< 16	Magreza grau III	Alto
16 – 16,9	Magreza grau II	Moderado
17 – 18,4	Magreza grau I	Baixo
18,5 – 24,99	Eutrofia	Média
25 – 29.99	Sobrepeso	Baixo
30 – 34,9	Obesidade grau I	Moderado
35 a 39,9	Obesidade grau II	Alto
> 40	Obesidade grau III	Muito Alto

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 1995 - 1997.

A Circunferência da Cintura foi aferida com uma fita métrica não extensível. O profissional ficou em pé, a fita circundou o indivíduo no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, a leitura foi aferida no momento da expiração (KAMIMURA et al., 2005).

A partir dos dados obtidos, foi classificado o Risco de Doença Cardiovascular segundo OMS (1998) descrito na Tabela 2.

TABELA 2 - Pontos de corte para Circunferência da Cintura para Risco de Doença Cardiovascular.

Sexo	**Risco Elevado**	**Risco muito elevado**
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 1998.

Após foi realizado o Recordatório de 24hs, através de uma entrevista, onde o profissional foi questionado e relatou sobre todos os alimentos e bebidas ingeridos durante todo o seu dia anterior a este.

O consumo alimentar, incluindo calorias, macronutrientes e fibra, foi analisado com o auxilio do programa Avanutri®. Após a coleta dos dados, estes foram avaliados através de estatística descritiva percentual sendo os resultados demonstrados em gráficos e tabelas.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 30 Técnicos de Enfermagem, 26 (86,66%) do sexo feminino e 4 (13,33%) do sexo masculino. A idade variou de 21 a 54 anos, com média de 34,8 anos (±8,38).

Segundo a avaliação do IMC, a média obtida para esse índice foi de 24,81kg/m^2 (±5,73), prevalecendo o diagnóstico de eutrofia; mas pode-se observar que o diagnóstico de sobrepeso e obesidade tiveram uma relevância nessa pesquisa. A classificação destes dados segundo este indicador está descrita na Tabela 3.

TABELA 3 - Classificação do Índice de Massa Corporal dos Técnicos de Enfermagem avaliados

Índice de massa corporal	Percentual (%)	N
Eutrofia	56,66	17
Sobrepeso	30,00	9
Obesidade grau II	10,00	3
Obesidade grau III	3,33	1
Total	100,00	30

Fonte: Os autores, 2012.

Em um estudo realizado por Pereira *et al., (*2010), na cidade de Passos (MG) com uma equipe de enfermagem que atua no período noturno, pode-se observar segundo relatos que, para o profissional Técnico de Enfermagem, o trabalho à noite acabou interferindo muito na alimentação; algumas pessoas referiram que, a partir do momento que começaram a trabalhar de noite, apresentaram um ganho de peso, outros relataram que o nível de colesterol também aumentou bastante.

A obesidade se tornou um dos maiores agravos existentes no mundo (GANDIN; HERING; AZEVEDO, 2008), sendo considerada um dos distúrbios que mais acomete a humanidade. É uma doença crônica, que atinge todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos, e que desponta como um problema mais frequente e mais grave que a

desnutrição (SOUSA et al., 2007). Desta maneira, ao identificar pessoas obesas, também pode-se identificar pessoas com risco de adquirir outras doenças crônicas não transmissíveis (PENA; BACALLÃO, 2001). Portanto, se constitui hoje em reconhecido fator de risco para muitas outras doenças debilitantes e de alto custo social, como Diabetes Melittus tipo 2, Hipertensão Arterial, Acidentes Vasculares Cerebrais, Cardiopatias, Dislipidemias e alguns tipos de câncer (WHO, 2004).

Embora os fatores ambientais, como o excesso de consumo alimentar, sejam considerados os principais determinantes da obesidade, estes podem ser de difícil mensuração (JEFFERY et al., 2000). Há evidências de que os fatores socioeconômicos associam-se à obesidade; a renda, a escolaridade e a raça são fatores que têm sido amplamente estudados (FONSECA et al., 2004). Os fatores ambientais e socioeconômicos podem explicar mudanças do curso da epidemia, uma vez que as características individuais atuam no desenvolvimento da obesidade e o ambiente de pobreza contribui para o desenvolvimento e manutenção do ganho de peso (JAIME et al., 2007).

Além disso, embora a obesidade esteja também relacionada ao consumo excessivo de alimentos, estudos recentes mostram a importância das características qualitativas da dieta na definição do estado de saúde (MONTEIRO, MONDINI, COSTA, 2000).

Vários estudos indicam um aumento de sobrepeso e obesidade em diversas regiões do Brasil. Outros estudos epidemiológicos transversais evidenciam a tendência de elevação do sobrepeso e da obesidade na população adulta brasileira em ambos os sexos (MONTEIRO, CONDE, CASTRO, 2003).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008-2009, mostra que o sobrepeso passou de 18,6% para 50,1% e de 28,6 para 48,0% e a obesidade passou de 2,8% para 12,5% e de 7,8% para 16,9% em homens e mulheres respectivamente (IBGE, 2010).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2010), a prevalência de excesso de peso em adultos maiores de 18 anos na cidade de Porto Alegre-RS ficou em torno de 51%, e o índice de obesidade em 15%. Segundo os autores a frequência dessa condição tende a aumentar conforme a idade.

Para o controle da epidemia da obesidade, é preciso estabelecer estratégias, o primeiro passo é a estruturação de sistema de vigilância de fatores de risco, seguidas de implantações de ações educacionais de caráter amplo, que neste caso, ainda são incertas no Brasil (CARVALHO et al., 2009).

A descrição do fenômeno da obesidade, assim como a identificação de grupos de risco específicos, propicia ferramentas importantes para a promoção da saúde considerando-se as heterogeneidades dos espaços sociais. Assim, as possíveis relações entre a obesidade e diversos processos de trabalho constituem objeto de estudo, no entanto, ainda pouco explorado no Brasil (BOCLIN, BLANK, 2010).

Através da avaliação da Circunferência da Cintura dos Técnicos de Enfermagem, observou-se que 53,33% não apresentavam risco para desenvolver Doença Cardiovascular, entretanto foi observado risco para o desenvolvimento dessas doenças dentre os avaliados. Estes dados estão demonstrados na Tabela 4.

TABELA 4 - Classificação da Circunferência da Cintura dos Técnicos de Enfermagem avaliados

Circunferência da Cintura	Percentual (%)	n
Sem risco de Doença Cardiovascular	53,33	16
Risco elevado para Doença Cardiovascular	30,00	9
Risco muito elevado para Doença Cardiovascular	16,66	5
Total	100,00	30

Fonte: Os autores, 2012.

Hoje, dentre as Doenças Cardiovasculares (DCV) que mais matam, a Doença Arterial Coronariana, o Acidente Vascular Encefálico e a Hipertensão Arterial Sistêmica, apresentam a partir dos 30 anos de idade, um crescimento na mortalidade atingindo um grande número de indivíduos em plena vida produtiva (VASCONCELOS, 2009).

Durante muito tempo, acreditou-se na ideia de que as DCV seriam determinadas pela genética, mas hoje com o conhecimento dos fatores de risco existentes, essa visão foi modificada. Os principais fatores de risco conhecidos para esta são: Tabagismo, Obesidade, Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Dieta e Inatividade Física (VIEBIG et al., 2006).

Em um estudo transversal de base domiciliar realizado nos bairros de cada zona de Teresina-PI na faixa etária de 20 a 29 anos, 22,5% das mulheres e 68,9% dos homens tiveram obesidade abdominal; de 30 a 39 anos, 30% das mulheres e 13,8% dos homens também possuíam obesidade abdominal; dos 40 a 49 anos, 60,8% das mulheres e 37,8% dos homens

estavam em obesidade abdominal, o índice maior ficou entre os avaliados de 50 a 59 anos, 68,9% das mulheres e 45% dos homens possuíam obesidade abdominal (HOLANDA et al., 2011).

Já em um estudo transversal realizado com 570 adultos na cidade de Salvador-Bahia, 64,3% das mulheres e 87,1% dos homens não tinham excesso de gordura abdominal segundo os valores estabelecidos para a Circunferência da Cintura e que 35,7% das mulheres e 12,9% dos homens possuíam excesso de gordura abdominal (OLIVEIRA et al., 2009).

Os Técnicos de Enfermagem avaliados ingeriram em média 2060,88 (±934,58) kcal. A avaliação do Recordatório de 24hs dos participantes da pesquisa esta demonstrada na Tabela 5.

TABELA 5 - Avaliação do consumo alimentar dos Técnicos de Enfermagem avaliados através do Recordatório de 24hs

Macronutrientes	**Kcal (±DP)**	**g (±DP)**	**%(±DP)**
Carboidratos	1046,96 (±459,33)	261,74 (±114,83)	52,32 (±11,43)
Proteínas	336,04 (±232,23)	84,01 (±58,05)	15,49 (±5,71)
Lipídios	677,88 (±397,15)	75,32 (±44,12)	32,19 (±9,15)
Total	2060,88	-	100,00

Fonte: Os autores, 2012.

Avaliando a ingestão de proteínas (g/ kg de peso corporal) podemos observar que os avaliados consumiram em média 1,23 g/kg de peso corporal (±0,86), sendo que o recomendado para uma pessoa adulta é de 0,8g ptn/kg/dia para ambos os sexos, o que corresponde a 56g/dia para homens e 46g/dia para mulheres, levando-se em conta o peso corporal de referência (FRANCESCHINI et al., 2010).

Conforme a recomendação da RDA-*Recommended Dietery Allowances* (THE NATIONAL ACADEMY PRESS, 2005), tanto os homens como as mulheres devem ingerir por dia, a partir dos 19 anos de idade cerca de 45-65% do Valor Energético Total (VET) de Carboidratos, 20-35% do VET de Lipídios e 10-35% do VET de Proteínas. Através desses parâmetros e dos dados demonstrados na tabela anterior, podemos observar que a média do consumo desses macronutrientes ficou dentro do recomendado.

Apesar da avaliação do Recordatório de 24hs ter apresentado resultados dos macronutrientes dentro do adequado, segundo Medeiros et al., (2009) o trabalho noturno pode

causar um impacto negativo na saúde dos profissionais, essa deterioração da saúde pode se manifestar nos distúrbios do sono e hábitos alimentares, e a longo prazo, pode provocar alterações mais graves no sistema digestivo e também no cardiovascular.

Os ritmos circadianos e diurnos afetam a ingestão de alimentos. Alguns estudos têm sugerido que com o passar do dia, o tamanho da refeição aumenta, enquanto os intervalos após as refeições e as taxas de saciedade decrescem (CASTRO, 2004). Num estudo com a população de 375 homens e 492 mulheres americanas, em que foi aplicado o método de semanário alimentar, o autor sugeriu que a ingestão durante a manhã pode apresentar maior poder de saciedade e reduzir a quantidade total ingerida durante o dia, e que a ingestão no período da noite tem menor efeito sobre a saciedade, resultando em aumento da ingestão total diária (GAUCHE, CALVO, DE ASSIS, 2006).

Em um estudo realizado com 150 indivíduos adultos na faixa etária de entre 20 e 59 anos, residentes na zona rural na cidade de Ibatiba, estado do Espírito Santo, foi evidenciado que o hábito alimentar encontrado (consumo de carboidratos simples e complexos, sobretudo os açúcares, pães e farinhas; gorduras, especialmente as de origens animal e margarinas) concorre para o incremento na ocorrência de obesidade, que pode gerar transtornos metabólicos importantes como aqueles que geralmente a acompanham: hipertensão, cardiopatias entre outros (CARVALHO, DA ROCHA, 2011).

A percepção do que se trata uma "dieta saudável" também pode levar o individuo à omissão de alimentos considerados pobres nutricionalmente ou superestimar o consumo de alimentos considerados bons para a saúde (FISBERG, MARCHIONI, COLUCCI, 2009).

O Guia Alimentar Brasileiro para a População (BRASIL, 2005) descreve que uma alternativa de ação para a alimentação saudável deve favorecer, por exemplo, o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural-alimentar das populações ou comunidades. Refere, também, que os valores sociais, afetivos/emocionais e comportamentais, precisam ser cuidadosamente integrados às propostas de mudanças alimentares.

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária, portanto deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico, ou grupo deles

isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e consequente manutenção da saúde (BRASIL, 2005).

Na ingestão de fibras, o consumo dos Técnicos de Enfermagem avaliados ficou com a média de 12,02g/dia (±6,33), sendo que o recomendado pela RDA para os homens de 19 a 50 anos é de até 38g/dia e acima dos 50 anos é de até 30g/dia; e para as mulheres de 19 a 50 anos é de até 25g/dia e acima dos 50 anos é de até 21g/dia, concluindo que a ingestão destes está abaixo do recomendado (FOOD AND NUTRITION INFORMATION CENTER, 2005).

As fibras alimentares estão presentes em diferentes grupos, como as frutas, legumes, verduras, feijões e oleaginosas, além dos cereais integrais. Possuem papel na prevenção e no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e importância no funcionamento adequado do intestino (MENEZES, GIUNTINI, 2008).

Estudos têm mostrado que a fibra da dieta pode participar do controle da motilidade gastrointestinal, interferir no metabolismo da glicose e dos lipídios, modular a atividade metabólica das bactérias intestinais, influenciar na concentração de componentes tóxicos no lúmen, do cólon e contribuir em direção à manutenção do equilíbrio do ecossistema do intestino grosso e da integridade da mucosa intestinal (KRITCHEVSKI, 2010).

Apesar das inúmeras pesquisas desenvolvidas até agora, existem ainda muitas controvérsias sobre a definição de fibra alimentar, como os componentes químicos envolvidos, os métodos de analise utilizados para sua determinação, as necessidades diárias de ingestão, os seus efeitos fisiológicos no organismo humano e a rotulagem dos alimentos processados contendo fibra. Isto se deve principalmente ao fato de que a fibra da dieta, também denominada fibra alimentar (FA), não é uma única substância, mas é composta, principalmente, de diferentes polissacarídeos interligados entre si, formando uma rede tridimensional e com a presença de outras substâncias, como proteína de parede celular, lignina, compostos fenólicos, fitatos, oxalatos e outros (FILISETTI, 2010).

De modo geral a fibra alimentar está relacionada à prevenção de Diabetes Melittus, Doenças Cardiovasculares, Síndrome do Cólon Irritável, Obesidade, Diverticulose e Câncer de Cólon Retal, uma vez que tem propriedades para atuar na retenção de água no cólon distal e de adsorver compostos carcinogênicos e ácidos biliares. Esta também pode contribuir na redução de peso, aumento da saciedade, redução de colesterol e triacilglicerol plasmáticos, prevenção da constipação intestinal e diminuição da glicemia pós-prandial (MENEZES, GIUNTINI, 2008).

Uma alimentação equilibrada, variada, colorida, com diferentes grupos de alimentos é

capaz de garantir às pessoas os nutrientes necessários para a manutenção do corpo e da saúde, ou seja, a qualidade da alimentação é de fundamental importância para que ocorra a oferta dos nutrientes que serão absorvidos pelo organismo (GALANTE, CARUSO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das atividades laborais no turno noturno é essencial para a prestação da assistência de enfermagem nos serviços de saúde, entretanto poderá acarretar prejuízos à vida desses trabalhadores, pois o trabalho noturno pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de doenças biopsicossociais.

O trabalho da enfermagem nesse turno muitas vezes é realizado para complementar e/ou aumentar a renda familiar, podendo levar ao acúmulo da jornada de trabalho, sendo uma delas em outro local ou espaço doméstico podendo assim comprometer a saúde desses profissionais que reduzem as horas de repouso.

Em virtude do processo de trabalho do enfermeiro, cuja atividade exige concentração, estado de alerta, rapidez, qualidade na execução de tarefas previstas e imprevistas, são necessárias medidas preventivas, que incluem avaliação nutricional, tendo em vista que inadequações relacionadas com a alimentação ou com estado nutricional podem comprometer a qualidade de vida destes profissionais e consequentemente interferir na sua rotina de trabalho.

Os resultados apresentados na pesquisa demonstram que os Técnicos de Enfermagem avaliados possuem um perfil nutricional adequado tanto no que se refere à avaliação antropométrica, quanto ao consumo alimentar, tendo que adequar somente o consumo de fibras. Desta maneira, promover sempre a alimentação saudável, acompanhando o estado nutricional e a saúde, deve fazer parte do cotidiano desses funcionários, para que haja em consequência disso um bom andamento no ambiente de trabalho e consequentemente a prevenção de doenças relacionadas ao estilo de vida.

Através da realização do presente estudo pode-se observar que ainda existe uma escassez de trabalhos realizados em torno do Técnico de Enfermagem, Alimentação e Trabalho Noturno, sendo que são assuntos relevantes para estudos pelo grande número de pessoas que realizam o trabalho neste turno.

NUTRITIONAL EVALUATION OF TECHNICAL NURSING FROM THE NIGHT SHIFT IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE NORTHERN OF RIO GRANDE DO SUL

ABSTRACT: The consequences of working at night in workers' health are manifested as changes in biological balance, dietary habits and sleep, loss of attention, accumulation of errors, in the state of mind and family and social life. The aim of this study was to determine the Technical Nursing Nutrition Profile from the night shift at a public hospital. The study was transversal, quantitative and qualitative type. The evaluated group was composed of 30 nursing technicians, and the nutritional status assessed through anthropometric data and dietary intake. According to the Body Mass Index, 56.66% were eutrophic, for Waist Circumference 53.33% showed no risk for Cardiovascular Disease. The average consumption for Kcal, Carbohydrates, Proteins and Lipids remained within recommended. For protein intake (g/kg body weight) the evaluated consumed above the recommended and for fibers they consumed below the adequate levels.

Keywords: Nutritional Assessment. Night Work. Nutritional Status.

REFERÊNCIAS

BOCLIN, K. L. S.; BLANK, N. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. **Rev. Bras. Saúde Ocup**., São Paulo, p. 124-130, 2010.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/051109M.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2012.

CARVALHO, E. O.; DA ROCHA, E. F. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 179-185, 2011.

CASTRO, J. M. The time of day of food intake influences overall intake in humans. **J Nutr.** v. 134, n. 1, p. 104-11, 2004.

COLOMBO, P. A. R.; DERQUIN, E. S. Avaliação do perfil antropométrico (Indíce de Massa Corporal – IMC), hábitos alimentares e atividade física, em agentes comunitários de saúde (ACS), do município de Colider-MT. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 490-497, Set./Out. 2008.

CARVALHO, K. M. B, et al. Obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Fatores de Risco e Intervenção Nutricional.**Revista Nutrição em Pauta**, p. 5-10, 2009.

MENEZES, E. W.; GIUNTINI, E. B. **Fibras alimentares**. In: PHILIPPI, S. T. Pirâmide dos Alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri, SP: Manole, p. 341-362, 2008.

FILISETTI, T. M. C. C. **Fibra alimentar**-Definições, Componentes e Métodos Analíticos. In: DA SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D'. A. P. Tratado de nutrição, alimentação e dietoterapia. 2. ed. São Paulo: Roca, p. 203-224, 2010.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.

FISCHER, F. M. **Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores.** In: Seminário Nacional sobre Jornada de Trabalho em Turnos de Revezamento, Exposiçõese Resultados, São Paulo: Central Única dos Trabalhadores, p. 5-8, 1996.

FONSECA, M. J. M et al. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 38, n. 3, p. 392-8, 2004.

Food and Nutrition Information Center.Dietary Reference Intakes: Macronutrients. Disponível em: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/7/300/0.pdf>. Acesso em: 11 abr., 2012.

FRANCESCHINI, S. C. C et al. **Nutrição na fase adulta**. In: DA SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D'. A. P. Tratado de nutrição, alimentação e dietoterapia. 2. ed. São Paulo: Roca, p. 449-460, 2010

GALANTE, A. P.; CARUSO L**.** Como a alimentação pode diminuir o risco de doenças? **Paulus**, São Paulo, 2005.

GANDIN, M. M.; HERING, B.; AZEVEDO, L. C. Estado nutricional e presença de fatores de risco para Doenças Cardiovasculares em colaboradores de uma Indústria de Santa Catarina. **Revista Nutrição em Pauta**, p. 36-41, mai./jun. 2008.

GAUCHE, H.; CALVO, M. C. M.; DE ASSIS, M. A. A. Ritmos circadianos de consumo alimentar nos lanches e refeições de adultos: aplicação do semanário alimentar. **Rev. Nutr**. Campinas, SP, p. 177-185, mar./abr., 2006.

HOLANDA, L. G. M et al. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 1, p. 50-55, 2011.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos, 2008-2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/20082009encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2012.

JAIME, P. C et al. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Rev Saude Pública**. v. 41, n. 1, p. 154-7, 2007.

JEFFERY, R et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. **Health Psychol**. v. 19 (1 Suppl), p. 5-16, 2000.

KRITCHEVSKY, D. **Dietary fibre in health and diseases**.In: DA SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D'. A. P. Tratado de nutrição, alimentação e dietoterapia. 2. ed. São Paulo: Roca, p. 203-224, 2010.

MEDEIROS, S. M et al. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, RS, v. 12, n. 7, Set., 2009.

MINORS, D. & WATERHOUSE, J. Masking in humans: The problem and some attempts to solve it. **Chronobiology International**, v. 6, p. 29-53, 1981.

MONTEIRO C. A.; CONDE W. L.; CASTRO I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 19, (supl. 1), p. 67-75, 2003.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 251-8, 2000.

OLIVEIRA, L. P. M et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 570-582, mar. 2009.

PENA, M.; BACALLAO, J. La obesidade y sus tendências em la región. **Rev Panam Salud Pública.** v. 10, n. 2, p. 75-8, 2001.

PEREIRA, L. C et al. Trabalho Noturno: a privação do sono da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. **Ciência ET Praxis**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 19-24, 2010.

SILVA, R. M. et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 270-276, abr./jun. 2011.

SOUSA, R. M. R. P et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. **Rev Nutr**, Campinas, SP, v. 20, n. 5, p. 1-13, 2007.

The National Academy Press.Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients), 2005. Disponivel em: <http://www.nap.edu/books/0309085373/html/1324.html>. Acesso em: 11 abr. 2012.

VASCONCELOS, S. M. L. Nutrição e Doenças Cardiovasculares. O que há de evidências na prevenção e tratamento? **Revista Nutrição em Pauta**. p. 20-26, set./out. 2009.

VIEBIG, R. F. et al. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 86, n. 5, p. 253-260, 2006.

VIGITEL 2010. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2012.

WHO. World Health Organization.Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh World Health Assembly, WHA57.17. Geneva: WHO, 2004. In: CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis.** 1. ed. Barueri, SP: Manole, p.71-139, 2009.