MANUAL DE ENSINO E APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO

Derbena Floyd Baylão
Júlio César Soares Aragão

2020

Produto fruto de uma dissertação do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente – MECSMA – (UNIFOA – VR)

MANUAL DE ENSINO E APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO

Por Derbena Floyd Baylão
e Júlio César Soares Aragão

Sobre os autores:

Derbena Floyd Baylão é mestranda no programa de Mestrado em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA). Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) (2006). Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Federal Fluminense (UFF) (2007) e em Nutrição para Pacientes com Enfermidades Renais pelo Instituto Cristina Martins (2017). Possui título de especialista em Nutrição Parenteral e Enteral por meio de aprovação em concurso realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Clínica, Parenteral e Enteral (BRASPEN). Tem experiência em Nutrição Clínica hospitalar e atuação em Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional.

Júlio César Soares Aragão possui graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) (1992), Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (1999), Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (2007) e Pós-Doutorado em Educação pelo Instituto de Educação da Universidade do Minho. É Professor do UniFOA, atuando no Curso de Medicina desde 1996 e no Mestrado em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente desde 2008. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Ginecologia e Obstetrícia e em Ensino da Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO....2
CAPÍTULO 1: A VISÃO GERAL DO PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO....4
CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃO EM NUTRIÇÃO....7
Terminologia da AND para Avaliação em Nutrição....15
Exemplo de Avaliação em Nutrição em um Estudo de Caso....27
CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO EM NUTRIÇÃO....29
Terminologia da AND para Diagnóstico em Nutrição....31
Exemplo de Diagnóstico em Nutrição em um Estudo de Caso....34
CAPÍTULO 4: INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO....36
Terminologia da AND para Intervenção em Nutrição....38
Exemplo de Intervenção em Nutrição em um Estudo de Caso....43
CAPÍTULO 5: MONITORAMENTO E AFERIÇÃO EM NUTRIÇÃO....45
Terminologia da AND para Monitoramento e Aferição em Nutrição....47
Exemplo de Monitoramento e Aferição em um Estudo de Caso....48
CONCLUSÃO E DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO....50
REFERÊNCIAS....53
SUGESTÕES PARA LEITURA COMPLEMENTAR....54

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos cuidados em Nutrição vem evoluindo nas últimas décadas. Durante alguns anos, a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) trabalhou na elaboração de um processo que pudesse descrever e evidenciar o trabalho dos nutricionistas. E, em 2003, adotou formalmente a padronização do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN, do inglês *Nutrition Care Process* – NCP) – que fornece uma estrutura para os nutricionistas individualizarem o cuidado, auxiliando o pensamento crítico e a tomada de decisões.

Certamente, as competências e responsabilidades dos nutricionistas nos serviços de saúde são um dos principais desafios da profissão. As iniciativas de melhoria da qualidade que acontecem em diversos países, com atenção especial a aspectos como segurança, qualidade nos processos e foco em mostrar resultados, têm exigido que o nutricionista realize cuidados de acordo com as melhores práticas, documentando o cuidado realizado e permitindo sua avaliação sistemática e a busca por resultados mais efetivos.

No Brasil, um obstáculo que os nutricionistas podem encontrar nesse cenário é a falta de uma sistematização e padronização do cuidado. Sem uma padronização, há dificuldade em comunicar problemas nutricionais e demonstrar os resultados das intervenções. A padronização de um processo de cuidado favorece o estabelecimento de objetivos, a mensuração de resultados e o planejamento de intervenções. Também contribui com a melhoria da documentação em prontuário e da qualidade da assistência prestada.

Neste manual vamos entender o que é o PCN e como ele deve ser usado na prática.

O termo “processo de cuidado” é um caminho organizado, utilizado por profissionais de saúde para orientar suas abordagens de cuidado. Refere-se ao termo coletivo para todas as atividades que ocorrem nos serviços de saúde. Abrange os meios pelos quais os pacientes recebem assistência, as investigações feitas, os diagnósticos, os tratamentos que recebem, desde o primeiro atendimento e/ou internação até a alta ou encaminhamento para outro lugar.

A Nutrição não é a única profissão da saúde que tem um processo de cuidado formal. Enfermagem, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, por exemplo, têm processos de atendimento definidos que especificam cada profissão.

O objetivo não é padronizar os cuidados, mas proporcionar maior precisão e coesão no cumprimento do processo de cuidado no atendimento aos pacientes. Quando os profissionais usam um processo de cuidado para orientar a sua abordagem, é menos provável que aspectos importantes do cuidado sejam esquecidos.

Outra razão para adotar um processo de cuidado formal é sua relação com a melhoria da qualidade. A melhoria da qualidade consiste em fazer com que o cuidado de saúde seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo.

A avaliação da qualidade do cuidado prestado é realizada por meio do estudo dos resultados do cuidado, bem como dos métodos pelos quais o cuidado é fornecido.

Para avaliar a eficácia do cuidado e o seu valor, é necessário que os profissionais documentem os resultados a partir de um processo único padronizado, que permita a coleta de

dados cumulativos, sendo importante que os serviços utilizem processos de trabalho com capacidade para monitorar sistematicamente o uso de diferentes intervenções e seus impactos nos resultados clínicos.

CAPÍTULO 1: A VISÃO GERAL DO PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO

O Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) é definido, segundo Lacey e Pritchett (2003), como "um método de resolução sistemática de problemas que os profissionais de nutrição usam para pensar criticamente e tomar decisões para abordar problemas relacionados à nutrição e prestar assistência nutricional de qualidade segura e eficaz". O objetivo do processo é melhorar a qualidade e a eficácia do cuidado de nutrição, auxiliando os nutricionistas na identificação de intervenções com potencial de melhorar os resultados dos cuidados.

Consiste em quatro etapas inter-relacionadas que são coerentemente distribuídas, favorecendo o método de resolução de problemas. As quatro etapas são vistas no centro da Figura 1 e são elas: (1) Avaliação em Nutrição, (2) Diagnósticos em Nutrição, (3) Intervenção em Nutrição, e (4) Monitoramento e Aferição em Nutrição.

Além das quatro etapas, o modelo apresenta, ao redor do centro, fatores externos que são importantes para o cuidado, mas não são, necessariamente, determinados pelo nutricionista. São estes a triagem nutricional e os sistemas de referência a outro profissional/instituição e o de gestão dos resultados.

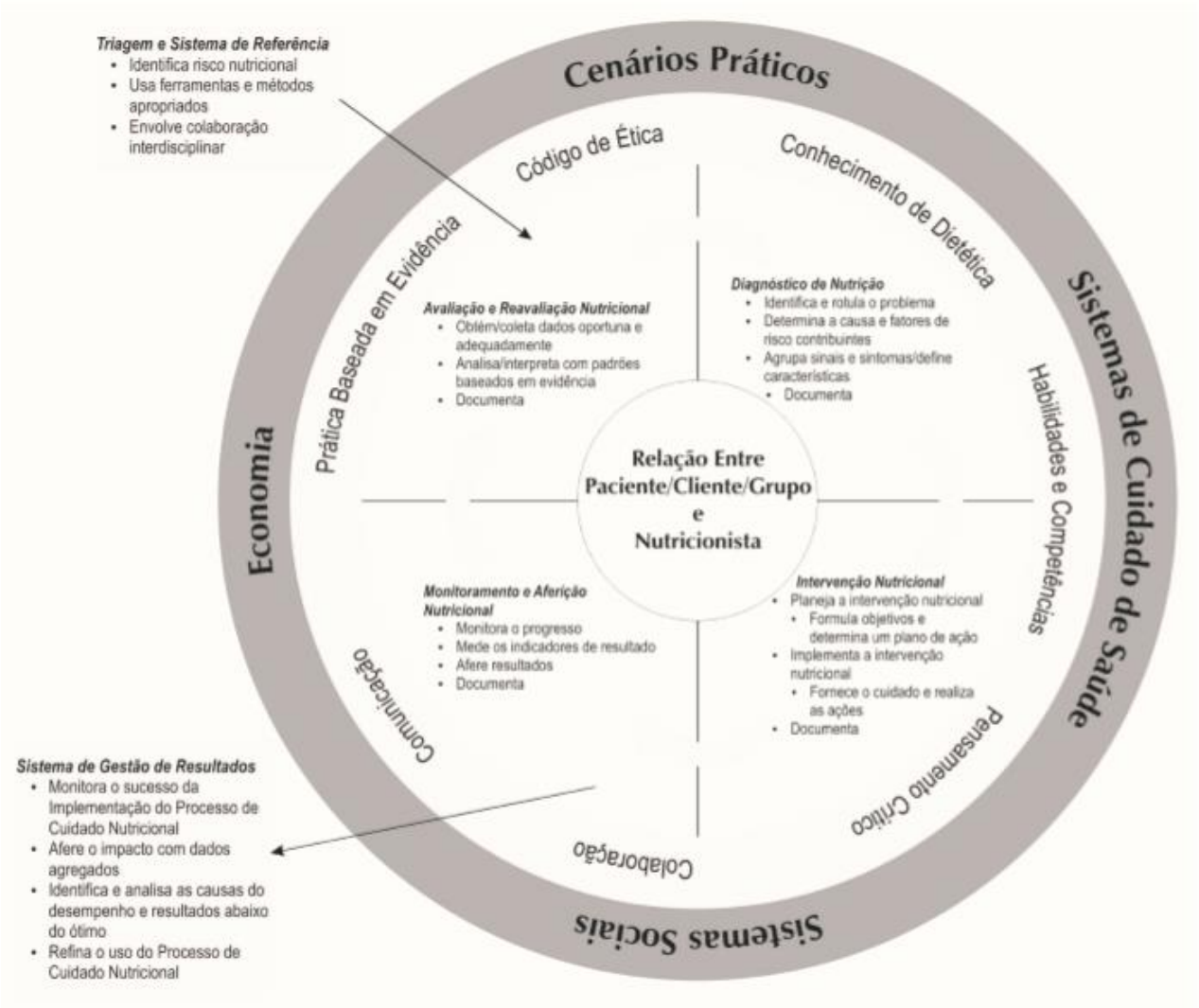
O modelo também compreende os conhecimentos e habilidades necessárias aos profissionais nutricionistas, que são: pensamento crítico, colaboração, comunicação, prática baseada em evidências, código de ética, conhecimento em dietética e habilidades e competências.

Em 2008, a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) publicou uma atualização do PCN que introduzia apenas pequenas alterações, juntamente com uma explicação mais detalhada da nova Terminologia Internacional de Nutrição e Dietética (do inglês *International Dietetics and Nutrition Terminology* – IDNT) (*Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee,* 2008). A IDNT padroniza a terminologia usada no cuidado de saúde em nutrição e define os quatro passos do PCN, facilita a comunicação entre profissionais da nutrição e outros, e promove a uniformização da documentação do cuidado. Além disso, a IDNT possibilita a diferenciação do tipo e da quantidade dos cuidados de nutrição fornecidos, e ajuda na ligação das atividades com os resultados reais ou previstos.

Em 2014, a academia publicou uma edição eletrônica da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (do inglês *Electronic Nutrition Care Process Terminology* - eNCPT), em substituição ao Manual de Referência da IDNT. A edição eletrônica é atualizada anualmente.

A Figura 1 apresenta o modelo completo do PCN.

Figura 1 – Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição



Fonte: MARTINS (2016).

A primeira etapa do modelo, Avaliação em Nutrição, é um processo contínuo que tem o propósito de identificar, analisar e interpretar dados subjetivos e objetivos para detectar problemas nutricionais e suas causas.

A segunda etapa envolve o estabelecimento do Diagnóstico em Nutrição e pode ser considerada a etapa mais desafiadora para o trabalho dos nutricionistas, representando uma verdadeira mudança na cultura da nutrição. Um Diagnóstico em Nutrição é um problema nutricional específico que pode ser melhorado ou totalmente resolvido por meio de uma intervenção nutricional.

A terceira etapa é a Intervenção em Nutrição, que é impulsionada pelo Diagnóstico em Nutrição e suas causas. O objetivo da intervenção é resolver ou melhorar o problema nutricional

e/ou seus sinais e sintomas. As estratégias de intervenção devem ser adaptadas às necessidades e condições individuais dos pacientes.

A última etapa do processo é o Monitoramento e Aferição em Nutrição, em que os dados são recolhidos para verificar o progresso alcançado. Os dados são coletados novamente em indicadores nutricionais selecionados para medir mudanças no estado nutricional.

CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃ0 EM NUTRIÇÃO

A Avaliação em Nutrição é a primeira das quatro etapas do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) e, provavelmente, o passo com que os nutricionistas estão mais familiarizados, pois na graduação já aprendem a avaliar o estado nutricional a nível individual e populacional. Porém, antes da criação do PCN, faltava uma forma padronizada para garantir que toda avaliação em nutrição utilize um processo de pensamento comum, seja suficientemente abrangente, baseada em evidências, e forneça informações que possam ser compreendidas pelos outros profissionais.

Portanto, Avaliação em Nutrição é um método sistemático para obter, verificar e interpretar os dados necessários para identificar problemas relacionados à nutrição, suas causas e sua importância.

Os dados da avaliação são comparados com normas e padrões confiáveis para avaliação sempre que possível. Além disso, a Avaliação em Nutrição inicia a coleta de dados que é continuada ao longo do PCN e forma a base para a reavaliação e a reanálise dos dados na etapa de Monitoramento e aferição em Nutrição. Para indivíduos, os dados são coletados diretamente do paciente, por meio da entrevista, ou por observação, prontuário, informações de outros profissionais e mensurações.

Os pacientes entram na Avaliação em Nutrição por meio da triagem nutricional, dados dos sistemas de vigilância e/ou encaminhamento, todos componentes externos ao PCN.

O PCN considera cinco componentes da Avaliação em Nutrição:

- História relacionada à alimentação e nutrição
- Medidas antropométricas
- Dados bioquímicos
- Achados físicos focados na nutrição
- História do cliente

Além dos componentes da avaliação, existem habilidades de pensamento crítico que são essenciais para a seleção, coleta e interpretação de dados relevantes para os pacientes. Cada paciente apresenta uma combinação única de fatores que impactam a abordagem da Avaliação em Nutrição.

São habilidades de pensamento crítico para Avaliação em Nutrição:

- Determinação de dados apropriados a serem coletados
- Determinação da necessidade de informações adicionais
- Seleção de ferramentas e procedimentos de avaliação que correspondem à situação
- Aplicação de ferramentas de avaliação de maneira válida e confiável
- Distinção dos dados relevantes dos irrelevantes
- Distinção dos dados importantes dos não importantes
- Validação dos dados

Vamos entender um pouco mais cada componente da etapa de Avaliação em Nutrição.

História relacionada à alimentação e nutrição

A história é usada para detectar sintomas de alteração no estado nutricional e todos os aspectos envolvidos com o problema.

A história relacionada à nutrição alerta o avaliador sobre alterações de macro e micronutrientes, ou do estado de hidratação. Ela pode ser coletada, incluindo os seguintes componentes: dados demográficos, queixa principal, enfermidades presentes e passadas, saúde atual, história familiar (genética), história alimentar, estado socioeconômico, estresse pessoal e condição psicológica, entre outros. Dados mais específicos abrangem relatos de cirurgia ou trauma recente, presença de doenças crônicas ou de má absorção, perda/ganho de peso recente, não intencional, de 10% ou mais do peso usual, sintomas gastrointestinais, uso de medicamentos que interagem com nutrientes, problemas de mastigação e deglutição, e diminuição da ingestão alimentar.

Uma parte importante desse método é a história alimentar, ou dietética, baseada em registros. As ferramentas de história alimentar englobam o levantamento de dados sobre a quantidade e a qualidade dos nutrientes ingeridos pelo indivíduo. Tem o objetivo de avaliar se a dieta de um indivíduo ou grupo está adequada. Para isso, devem ser reunidas e avaliadas informações sobre o consumo.

Há muitas maneiras de reunir a história alimentar relacionada à nutrição; o método selecionado depende do serviço em que o paciente se encontra e do tipo de informação necessária. Para todos os métodos, os entrevistadores devem desenvolver técnicas especializadas para que as informações sejam coletadas de maneira rápida e precisa.

As coletas podem abranger algum período (dia, dias, semanas ou vários meses). Os dados coletados a respeito da ingestão devem ser comparados ao recomendado para o indivíduo ou população, considerando a idade, o sexo e a condição fisiológica.

Um dos métodos mais simples é apenas perguntar “O que você come?”. Essa é a tática mais usada e geralmente resulta em respostas que são vagas e até inúteis. Um recordatório de 24 horas é uma forma mais adequada para se fazer essa mesma pergunta, porém reformulando-a para: “Você poderia descrever os alimentos e bebidas que você consumiu nas últimas 24 horas?”. Isso traz algum foco para a avaliação.

Dados que um nutricionista coletaria como parte da entrevista ou redação na avaliação (registro alimentar) de um paciente incluem:

- Ingestão de alimentos e nutrientes
- Administração de alimentos e nutrientes
- Medicações
- Conhecimento, crenças, atitudes
- Fatores comportamentais
- Fatores que afetam o acesso a alimentos e alimentação

• Atividade e função física

Medidas antropométricas

As medidas corporais servem para medir as dimensões do corpo. Elas incluem a antropometria e a avaliação da composição corporal.

A antropometria fornece uma determinação estimada ou real de alguns aspectos da composição corporal. O peso corporal aferido fornece uma medida real de peso total do corpo e a determinação das percentagens de gordura corporal, utilizando-se aferições de dobras, proporciona uma estimativa da gordura corporal total.

Essas aferições são importantes para avaliar a diferença entre as medidas reais e os valores de referência.

Há uma variedade de medições antropométricas utilizadas na prática clínica. Todas exigem atenção à técnica utilizada, bem como calibração dos equipamentos utilizados. A escolha da medida é fortemente dependente do tipo de serviço, tempo disponível, e necessidade de precisão.

Na maioria dos contextos clínicos, medidas de peso e altura devem ser obtidas na admissão. São comumente utilizadas para avaliar o estado nutricional de um indivíduo. A partir deles, compara-se o atual ao ideal e ao usual, além de propiciar a análise da porcentagem de mudança.

O índice de massa corporal (IMC) descreve o peso relativo à altura e é significativamente correlacionado com o conteúdo de gordura total do corpo, embora não descreva o conteúdo de gordura *per se*. É usado para avaliar o excesso de peso e obesidade e para monitorar mudanças no peso corporal. Nos adultos, o IMC é determinado dividindo-se o peso de uma pessoa em quilogramas (kg) pela altura ao quadrado (m^2).

As principais medidas antropométricas que devem ser coletadas, são:

• Altura

• Peso

• IMC

• Índices de padrões de crescimento

• Histórico de peso

• Estimativas de compartimento corporal

A escolha dos parâmetros antropométricos a serem avaliados também dependerá da fase do curso da vida do público em questão. A tabela 1 mostra os índices antropométricos adotados para a vigilância nutricional, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2011), contendo as fontes para suas referências.

Tabela 1 - Índices antropométricos para a vigilância nutricional por fases do curso da vida

Fases do curso da vida	Índices e Parâmetros
Crianças	Peso por idade [a, b] Estatura por idade [a,b] Peso por estatura [a] IMC por idade [a, b].
Adolescentes	IMC por idade [b] Estatura por idade [b] .
Adultos	IMC [c] Circunferência da Cintura [d]
Idosos	IMC [e]
Gestantes	IMC por semana gestacional [f] Ganho de peso gestacional [c, g]

Fontes: [a] (WHO, 2006); [b] (WHO, 2007); [c] (WHO, 1995); [d] (WHO, 2000); [e] (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994); [f] (ATALAH SAMUR, E., 1997); [g] (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990)

Dados bioquímicos

Há centenas de testes de diagnóstico usados por prestadores de cuidados de saúde que ajudam no diagnóstico de condições médicas. Na maioria dos ambientes de cuidados, os nutricionistas avaliam os resultados dos testes que foram solicitados pelo médico como parte do diagnóstico para um problema médico ou para avaliar a gestão de doenças crônicas. Com base na história do paciente e/ou a razão para o encaminhamento, testes adicionais podem ser solicitados como parte da Avaliação em Nutrição.

Na avaliação do estado nutricional, o método bioquímico ou laboratorial inclui a medida de um nutriente ou de seu metabólito no sangue, nas fezes ou na urina. Também estão incluídas as medidas de vários outros componentes que têm relação com o estado nutricional, no sangue e em outros tecidos. A quantidade de albumina ou de outras proteínas no sangue, por exemplo, é frequentemente indicadora do estado proteico corporal. Os níveis de hemoglobina no sangue podem refletir a condição de anemia, que pode ser nutricional. Os níveis de colesterol, que são influenciados pela alimentação, refletem o risco para doenças cardiovasculares.

Muitos dados bioquímicos, testes e procedimentos médicos, que podem ser importantes na avaliação do estado nutricional, costumam estar disponíveis. Na maioria das vezes, uma bateria de testes é solicitada quando um paciente é hospitalizado com algum quadro agudo ou em ambientes de cuidados de longo prazo. Esses testes incluem frequentemente um perfil metabólico básico no soro, que inclui a glicose, sódio, potássio, cloreto, bicarbonato, ureia e creatinina.

A Tabela 2 apresenta informações úteis para a avaliação desses exames mais comuns utilizados na prática clínica.

Além dos testes de laboratórios, outros testes e procedimentos podem ser acrescentados nesse domínio, por exemplo, tempo de esvaziamento gástrico, taxa metabólica basal, biópsias intestinais, testes de intolerância a determinado nutriente, raio-X abdominal, entre outros.

Tabela 2 – Informações úteis para avaliação de dados bioquímicos comuns na prática clínica.

Teste	Valores de referência*	Comentários
Hemoglobina	Homens: 13 a 18 g/dL. Mulheres: 11,5 a 16,5 g/dL. Crianças: 6 a 12 anos: 11,5 a 15,5 g/dℓ.	É um parâmetro laboratorial fundamental para o diagnóstico de anemias e determinação do grau de severidade de tal manifestação clínica.
Hematócrito	Homens: 41 a 54%. Mulheres: 37 a 47%. Crianças 6 a 12 anos: 35 a 45% 12 a 18 anos Meninos: 37 a 49% Meninas: 36 a 46%.	O hematócrito corresponde ao volume total ocupado pelas hemácias em uma coluna de sangue após a centrifugação. O resultado desse exame é expresso em porcentagem. Similarmente ao exame de contagem de hemácias, um resultado acima do valor de referência indica policitemias, ou, ainda, desidratação. Já um resultado abaixo do valor de referência é sugestivo de anemias.
Albumina sérica	Nutridos: > 3,5 mg/dℓ. Levemente desnutrido: 3 a 3,5 mg/dℓ. Moderadamente desnutrido: 2,4 a 2,9 mg/dℓ. Gravemente desnutrido: < 2,4 mg/dℓ. Crianças < 5 anos: 3,9 a 5,0 g/dℓ. 5 a 19 anos: 4,0 a 5,3 g/dℓ.	Reflete a capacidade funcional do fígado. Pode ser usado na investigação de desnutrição energético-proteica e investigação de má absorção intestinal de proteínas.
Glicose de jejum	Normal: < 100 mg/dℓ. Pré-diabetes: ≥ 100 mg/dℓ e < 125 mg/dℓ. Diabetes melito: ≥ 126 mg/dℓ. Crianças: 60 a 100 mg/dℓ	Glicose no sangue em jejum elevada indica a necessidade de avaliação para a diabetes.
Hemoglobina glicada	3,6 a 5,3%. Crianças 1 a 5 anos: 2,1 a 7,7%. 5 a 16 anos: 3,0 a 6,2%.	Monitoramento de controle metabólico prolongado de pacientes com diabetes melito.
Colesterol Total sérico	Adultos > 20 anos: Desejável < 190 mg/dℓ. Crianças 1 a 3 anos: 45 a 182 mg/dℓ. 4 a 6 anos: 109 a 189 mg/dℓ.	Avalia risco para doenças cardiovasculares.

Sódio sérico	135 a 145 mEq/ℓ.	Avalia equilíbrio hidroeletrolítico em associação com o exame físico.
Potássio sérico	3,6 a 5,0 mEq/ℓ.	Importante em alguns pacientes com doença renal crônica ou aqueles que tomam alguns diuréticos.
Cloreto sérico	96-106 mmol/l.	Indicador de equilíbrio ácido-básico, do balanço hídrico e da osmolalidade.
Bicarbonato	22 – 29 mEq/ℓ.	Usado para avaliar os distúrbios ácido-base, juntamente com os demais parâmetros da gasometria.
Ureia sérica	10 a 45 mg/dℓ.	Os níveis de ureia estão diretamente relacionados à função metabólica do fígado e à excretora dos rins. Ou seja, a ureia sérica aumenta quando a função renal declina. Valores levemente mais altos que o normal podem indicar incapacidade de concentrar a urina ou desidratação.
Creatinina sérica	Homens: 0,7 a 1,3 mg/dℓ. Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dℓ. Crianças: 0,3 a 0,7 mg/dℓ. Adolescentes: 0,5 a 1,0 mg/dℓ.	Avaliação e acompanhamento inicial de pacientes com suspeita de insuficiência renal.
***faixas normais para os testes de laboratório podem variar em função dos métodos de ensaio e da prática local. Certifique-se de verificar os valores normais do laboratório em questão.**		
Fontes: Andrighetti, L. *et al*. (2018); Martins (2008) e Mussoi (2014); Faludi *et al*. (2017).		

Achados físicos focados na Nutrição

Todos os profissionais de saúde que coletam histórico do paciente e realizam exame físico utilizam as mesmas técnicas gerais. Cabe a cada profissão adequar as técnicas básicas para atender suas necessidades de diagnóstico. No caso da Nutrição, são identificados sinais físicos de deficiência ou mesmo excessos nutricionais.

A combinação do exame físico com a história é também chamada de avaliação clínica do estado nutricional. Ela envolve a interpretação de sintomas e de sinais físicos associados às alterações nutricionais do corpo. A avaliação clínica pode ser eficiente e efetiva para identificar o estado nutricional de indivíduos, sem depender inteiramente de testes objetivos.

O exame físico deve ser realizado de maneira sequencial e organizada, avaliando todos os sistemas corporais. A abordagem da cabeça aos pés (cabeça e pescoço, sistema cardiopulmonar, gastrointestinal, urinário, musculoesquelético e neurológico) é eficiente e completa. Dessa forma, o estado nutricional e outros parâmetros de avaliação podem ser interpretados.

A execução do exame físico utiliza quatro técnicas:

- Inspeção (visual)
- Palpação (utilizando pontas dos dedos e uma leve pressão para identificar estruturas subcutâneas sob a pele)
- Ausculta (com um estetoscópio)
- Percussão (tocando em uma superfície do corpo para avaliar estruturas de fluidos e sólidos)

Em resumo, a realização de uma avaliação de achados físicos focados na nutrição se inicia com dois componentes:

1. Observação geral:

    - Observar aparência geral, higiene pessoal
    - Posicionamento do corpo e postura
    - Pele: presença de feridas e condição geral
    - Nível de consciência
    - Presença de dispositivos de alimentação, acessos venosos, outros equipamentos médicos
    - Método preferido de comunicação
    - Expressão facial
    - Massa muscular global
    - Presença de gordura subcutânea e sua distribuição

2. Sinais vitais:

    - Pressão sanguínea
    - Pulso
    - Respiração
    - Temperatura

Uma vez que tenha sido realizada uma observação geral do paciente e verificados os sinais vitais, o passo seguinte é uma avaliação mais específica dos sistemas focada em nutrição, que inclui:

• Cabeça e pescoço:

Observar condição do cabelo, movimento dos olhos e cor da esclera, conjuntiva, presença de xantomas, lesões na boca, dentição e movimento da língua.

• Pele:

Observar cor, pigmentação, presença de feridas, machucados ou outras lesões, qualidade da cicatrização das feridas, presença de edema, petéquia, temperatura.

• Tórax:

Observar simetria, sons respiratórios, sons do coração, sinais de perda de massa muscular.

• Gastrointestinal:

Observar presença de ascite, ruídos intestinais, distensão, firmeza ao toque, presença e qualidade dos sons intestinais, presença de dispositivos de alimentação e/ou ostomias.

• Musculoesquelética e extremidades:

Observar amputações, controle motor, maneira de andar, sinais de perda de massa muscular, força, simetria, presença de movimentos involuntários, dor ao movimento, edema.

• Neurológica:

Verificar nível de consciência, coordenação dos movimentos, afasia e disfasia.

História do cliente

A História do Cliente consiste em informações atuais e passadas relacionadas ao histórico pessoal, médico e social.

O histórico pessoal contém informações gerais do cliente como idade, sexo, raça, etnia, idioma, educação e funções familiares.

O histórico médico apresenta as condições de doença e saúde do cliente ou família que podem ter um impacto nutricional.

A história social aborda itens como *status* socioeconômico, situação da moradia, sistemas de apoio à saúde e redes de apoio social.

TERMINOLOGIA DA AND PARA AVALIAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Nesta seção será apresentada uma lista combinada de termos da Avaliação em Nutrição e do Monitoramento e Aferição, conforme descrito no eNCPT (2019). Os termos para essas duas etapas são praticamente os mesmos, sendo os termos da história do cliente usados para Avaliação em Nutrição, mas não para Monitoramento e Aferição em Nutrição. Todos os outros termos são usados para avaliação e monitoramento e aferição.

Cada termo é relacionado a um código da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (NCPT).

A terminologia para Avaliação em Nutrição está organizada em cinco domínios (categorias) identificados por siglas que correspondem ao termo original em inglês. Cada domínio tem classes e subclasses representadas por códigos alfanuméricos. São os domínios desta etapa:

- **História relacionada à alimentação e nutrição**: refere-se à ingestão de alimentos e nutrientes, administração de alimentos e nutrientes, uso de suplementos e medicamentos complementares/medicina alternativa, conhecimentos /crenças /atitudes, comportamento, disponibilidade de alimentos e suprimentos, atividade e função físicas e medidas centradas no cliente relacionadas à nutrição.
- **Medidas antropométricas**: altura, peso, Índice de Massa Corporal (IMC), índices de padrões de crescimento/classificações percentuais e histórico de peso.
- **Dados bioquímicos, testes e procedimentos clínicos**: dados laboratoriais (por exemplo, eletrólitos, glicose e perfil lipídico) e testes (por exemplo, tempo de esvaziamento gástrico, taxa metabólica em repouso).
- **Achados físicos focados em Nutrição**: as conclusões de um exame físico focado na nutrição, entrevista ou registro de saúde, incluindo gordura muscular e subcutânea, saúde bucal, capacidade de sugar/engolir/respirar, apetite, etc.
- **História do cliente**: informações atuais e passadas relacionadas à história pessoal, médica, familiar e social. Os termos deste domínio são usados apenas na etapa de Avaliação Nutricional e não na de Monitoramento e Aferição Nutricional.

Além dos cinco domínios, apresenta também uma terminologia para auxiliar os nutricionistas na comparação dos dados obtidos com padrões, com a lista de termos para **padrões comparativos**, que se refere às necessidades estimadas de energia, de macro e micronutrientes e às recomendações de peso e crescimento.

Abaixo segue a lista de termos de cada um desses domínios e dos padrões comparativos:

DOMÍNIO: HISTÓRIA RELACIONADA À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (FH)

Classe: Ingestão de Alimento e Nutriente (1)
Ingestão de Energia (1.1)
Ingestão de Energia (1.1.1)
Ingestão total de energia FH-1.1.1.1

Ingestão de Alimento e Bebida (1.2)
Ingestão de líquido/bebida (1.2.1)
Líquidos orais FH-1.2.1.1
Líquidos derivados de alimento FH-1.2.1.2
Refeição líquida de substituição ou suplemento FH-1.2.1.3

Ingestão de alimento (1.2.2)
Quantidade de alimento FH-1.2.2.1
Tipos de alimentos/refeições FH-1.2.2.2
Padrão de refeição/lanche FH-1.2.2.3
Índice da qualidade da dieta FH-1.2.2.4
Variedade alimentar FH-1.2.2.5

Ingestão de leite humano/fórmula infantil (1.2.3)
Ingestão de leite humano FH-1.2.3.1
Ingestão de fórmula infantil FH-1.2.3.2

Ingestão Enteral e Parenteral (1.3)
Ingestão de nutrição enteral (1.3.1)
Fórmula/solução de nutrição enteral FH-1.3.1.1
Lavagem de sonda de alimentação FH-1.3.1.2

Ingestão de nutrição parenteral (1.3.2)
Fórmula/solução de nutrição parenteral FH-1.3.2.1
Líquidos IV FH-1.3.2.2

Ingestão de Substâncias Bioativas (1.4)
Ingestão de álcool (1.4.1)
Tamanho/volume da bebida FH-1.4.1.1
Frequência FH-1.4.1.2
Padrão de consumo de álcool FH-1.4.1.3

Ingestão de substância bioativa (1.4.2)
Ingestão de éster de estanol vegetal FH-1.4.2.1
Ingestão de éster de esterol vegetal (fitosterol) FH-1.4.2.2
Ingestão de proteína de soja FH-1.4.2.3
Ingestão de psilium FH-1.4.2.4
Ingestão de B-glicano FH-1.4.2.5
Ingestão de aditivo alimentar (especificar) FH-1.4.2.6
Outro (especificar) FH-1.4.2.7

Ingestão de cafeína (1.4.3)
Ingestão total de cafeína FH-1.4.3.1

Ingestão de Macronutrientes (1.5)
Ingestão de lipídeos (1.5.1)
Ingestão total de lipídeo FH-1.5.1.1
Ingestão de gordura saturada FH-1.5.1.2
Ingestão de ácido graxo trans FH-1.5.1.3
Ingestão de gordura polinsaturada FH-1.5.1.4
Ingestão de ácido linoleico FH-1.5.1.4.1
Ingestão de gordura monoinsaturada FH-1.5.1.5
Ingestão de ácido graxo ômega-3 FH-1.5.1.6
Ingestão de ácido alfa linoleico FH-1.5.1.6.1
Ingestão de ácido eicosapentaenoico FH-1.5.1.6.2
Ingestão de ácido docosaexaenoico FH-1.5.1.6.3
Ingestão de ácido graxo essencial FH-1.5.1.7
Ingestão de triglicerídeos de cadeia média FH-1.5.1.8

Ingestão de colesterol (1.5.2)
Ingestão de colesterol da dieta FH-1.5.2.1

Ingestão de proteína (1.5.3)
Ingestão total de proteína FH-1.5.3.1
Ingestão de proteína de alto valor biológico FH-1.5.3.2
Ingestão de caseína FH-1.5.3.3
Ingestão de proteína do soro do leite (*whey protein*) FH-1.5.3.4
Ingestão de glúten FH-1.5.3.5
Ingestão de proteína natural FH-1.5.3.6

Ingestão de aminoácido (1.5.4)
Ingestão total de aminoácido FH-1.5.4.1
Ingestão de aminoácido essencial FH-1.5.4.2
Ingestão de histamina FH-1.5.4.2.1
Ingestão de metionina FH-1.5.4.2.2
Ingestão de isoleucina FH-1.5.4.2.3
Ingestão de leucina FH-1.5.4.2.4
Ingestão de lisina FH-1.5.4.2.5
Ingestão de treonina FH-1.5.4.2.6
Ingestão de triptofano FH-1.5.4.2.7
Ingestão de fenilalanina FH-1.5.4.2.8
Ingestão de valina FH-1.5.4.2.9
Ingestão de aminoácido não essencial FH-1.5.4.3
Ingestão de arginina FH-1.5.4.3.1
Ingestão de glutamina FH-1.5.4.3.2
Ingestão de homocisteína FH-1.5.4.3.3
Ingestão de tiramina FH-1.5.4.3.4
Ingestão de tirosina FH-1.5.4.3.5

Ingestão de carboidrato (1.5.5)
Ingestão total de carboidrato FH-1.5.5.1
Ingestão de carboidrato complexo FH-1.5.5.2
Ingestão de carboidrato de açúcar simples FH-1.5.5.3
Ingestão de galactose FH-1.5.5.4
Ingestão de lactose FH-1.5.5.5
Ingestão de frutose FH-1.5.5.6
Valor total diário estimado de índice glicêmico FH-1.5.5.7
Total diário estimado da carga glicêmica FH-1.5.5.8
Carboidrato total da dieta FH-1.5.5.9
Carboidrato total da nutrição enteral FH-1.5.5.10
Carboidrato total da nutrição parenteral FH-1.5.5.11
Carboidrato total de líquidos intravenosos FH-1.5.5.12

Ingestão de fibra (1.5.6)
Ingestão total de fibra FH-1.5.6.1
Ingestão de fibra solúvel FH-1.5.6.2
Ingestão de fibra insolúvel FH-1.5.6.3

Ingestão de Micronutriente (1.6)
Ingestão de vitamina (1.6.1)
A (1)
C (2)
D (3)
E (4)
K (5)
Tiamina (6)
Riboflavina (7)
Niacina (8)
Folato (9)
B6 (10)
B12 (11)
Ácido pantotênico (12)
Biotina (13)
Multivitamínico (14)

Ingestão de mineral/elemento (1.6.2)
Cálcio (1)
Cloreto (2)
Ferro (3)
Magnésio (4)
Potássio (5)

Fósforo (6)
Sódio (7)
Zinco (8)
Sulfato (9)
Flúor (10)
Cobre (11)
Iodo (12)
Selênio (13)
Manganês (14)
Cromo (15)
Molibdênio (16)
Boro (17)
Cobalto (18)
Multimineral (19)
Multi elementos-traço (20)

Classe: Administração de Alimento e Nutriente (2)
História da Dieta (2.1)
Prescrição da dieta (2.1.1)
Prescrição de dieta geral, saudável FH-2.1.1.1
Prescrição de dieta modificada FH-2.1.1.2
Prescrição de nutrição enteral FH-2.1.1.3
Prescrição de nutrição parenteral FH-2.1.1.4

Experiência de dieta (2.1.2)
Dietas prescritas previamente FH-2.1.2.1
Dieta/educação/aconselhamento em nutrição prévia FH-2.1.2.2
Dieta autosselecionada seguida FH-2.1.2.3
Tentativas de fazer dieta FH-2.1.2.4
Alergias alimentares FH-2.1.2.5
Intolerância alimentar FH-2.1.2.6

Ambiente de alimentação (2.1.3)
Localização FH-2.1.3.1
Atmosfera FH-2.1.3.2
Cuidador/companhia FH-2.1.3.3
Acomodações/instalações apropriadas para amamentação FH-2.1.3.4
Alimenta-se sozinho FH-2.1.3.5

Administração de nutrição enteral e parenteral (2.1.4)
Acesso enteral FH-2.1.4.1
Acesso parenteral FH-2.1.4.2
Posição corporal, NE FH-2.1.4.3

Jejum (2.1.5)
Padrão de jejum em um dia do ano, relatado FH-2.1.5.1
Padrão de jejum em uma semana do ano, relatado FH-2.1.5.2
Padrão de jejum em um mês do ano, relatado FH-2.1.5.3
Padrão de jejum em um ano, relatado FH-2.1.5.4
Tolerância ao jejum, relatado FH-2.1.5.5

Classe: Uso de Medicamento e de Remédio Complementar/Alternativo (3)
Medicamentos (3.1)
Uso de medicamento com receita FH-3.1.1
Fator de sensibilidade à insulina FH-3.1.1.1
Uso de medicamento sem receita FH-3.1.2
Mau uso de medicamento FH-3.1.3

Remédio complementar/alternativo (3.2)
Uso de remédio complementar/alternativo relacionado à nutrição FH-3.2.1

Classe: Conhecimento/Crenças/Atitudes (4)
Conhecimento/habilidade em alimentação e nutrição (4.1)
Área(s) e nível de conhecimento/habilidade FH-4.1.1
Diagnóstico específico ou escore global de conhecimento relacionado à nutrição FH-4.1.2

Crenças e atitudes (4.2)
Conflito com sistema de valor pessoal/familiar FH-4.2.1
Imagem corporal distorcida FH-4.2.2
Decisões de final de vida FH-4.2.3
Motivação FH-4.2.4
Preocupação com alimentos/nutrientes FH-4.2.5
Preocupação com peso FH-4.2.6
Preparo para mudar comportamentos relacionados à nutrição FH-4.2.7
Autoeficácia FH-4.2.8
Autoconversa/cognições FH-4.2.9
Objetivos não realistas relacionados à nutrição FH-4.2.10
Crenças/atitudes não científicas FH-4.2.11
Preferências alimentares FH-4.2.12
Emoções FH-4.2.13

Classe: Comportamento (5)
Aderência (5.1)
Escore de aderência autorrelatado FH-5.1.1
Comparecimento à visita em nutrição FH-5.1.2
Habilidade de relembrar objetivos em nutrição FH-5.1.3
Automonitoramento a uma taxa conforme acordado FH-5.1.4
Automanejo conforme acordo FH-5.1.5

Comportamento evasivo (5.2)
Evasão FH-5.2.1
Ingestão restritiva FH-5.2.2
Causa do comportamento evasivo FH-5.2.3

Comportamento de compulsão e purgação (5.3)
Comportamento alimentar compulsivo FH-5.3.1
Comportamento de purgação FH-5.3.2

Comportamento em horário de refeição (5.4)
Duração da refeição FH-5.4.1
Percentual de tempo da refeição usado para comer FH-5.4.2
Preferência por beber ao invés de comer FH-5.4.3
Recusa em comer/mastigar FH-5.4.4
Expulsão de alimento da boca FH-5.4.5
Ruminação FH-5.4.6
Fadiga durante o processo de alimentação do paciente/cliente/cuidador, resultando em ingestão subótima
FH-5.4.7
Disposição para experimentar novos alimentos FH-5.4.8
Número limitado de alimentos aceitos FH-5.4.9
Preferências sensoriais rígidas FH-5.4.10

Rede social (5.5)
Habilidade para construir e utilizar rede social FH-5.5.1

Classe: Fatores que Afetam o Acesso a Alimentos e Suprimentos Relacionados à Alimentação e Nutrição (6)
Participação em programa de alimentação/nutrição (6.1)
Elegibilidade para programas governamentais FH-6.1.1
Participação em programas governamentais FH-6.1.2
Elegibilidade para programas comunitários FH-6.1.3
Participação em programas comunitários FH-6.1.4

Disponibilidade de alimento/refeição seguro (6.2)
Disponibilidade de lugares de compra FH-6.2.1
Aquisição de alimento seguro FH-6.2.2
Instalações apropriadas para preparo de refeições FH-6.2.3
Disponibilidade de armazenamento seguro de alimentos FH-6.2.4
Técnica apropriada de armazenamento FH-6.2.5
Identificação de alimento seguro FH-6.2.6

Disponibilidade de água segura (6.3)
Disponibilidade de água potável FH-6.3.1
Descontaminação apropriada da água FH-6.3.2

Disponibilidade de suprimento relacionado à alimentação e nutrição (6.4)
Acesso a suprimentos relacionado à alimentação e nutrição FH-6.4.1
Acesso a aparelhos de assistência à alimentação FH-6.4.2
Acesso a aparelhos de assistência ao preparo de alimentos FH-6.4.3

Classe: Atividade Física e Função (7)
Amamentação (7.1)
Iniciação da amamentação FH-7.1.1
Duração da amamentação FH-7.1.2
Amamentação exclusiva FH-7.1.3
Problemas na amamentação FH-7.1.4

Atividades diárias de vida (ADV) e atividades instrumentais diárias de vida (AIDV) relacionadas à nutrição (7.2)
Habilidade física para completar tarefas de preparo de refeições FH-7.2.1
Habilidade física de se autoalimentar FH-7.2.2
Habilidade em se posicionar em relação ao prato FH-7.2.3
Recebimento de assistência para a ingestão FH-7.2.4
Habilidade para usar aparelhos adaptativos para a alimentação FH-7.2.5
Habilidade cognitiva para completar tarefas de preparo de refeições FH-7.2.6
Lembrança de comer FH-7.2.7
Recordação do que comeu FH-7.2.8
Pontuação do Miniexame do Estado Mental FH-7.2.9
Pontuação de atividades de vida diária (AVDs) relacionadas à nutrição FH-7.2.10
Pontuação de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) relacionadas à nutrição FH-7.2.11

Atividade física (7.3)
História de atividade física FH-7.3.1
Regularidade FH-7.3.2
Frequência FH-7.3.3
Duração FH-7.3.4
Intensidade FH-7.3.5
Tipo de atividade física FH-7.3.6
Força FH-7.3.7
Tempo em TV/tela FH-7.3.8
Outro tempo de atividade sedentária FH-7.3.9
Movimento físico involuntário FH-7.3.10
Termogênese de atividade de não exercício FH-7.3.11

Fatores que afetam o acesso à atividade física (7.4)
Segurança na vizinhança FH-7.4.1
Caminhabilidade na vizinhança FH-7.4.2
Proximidade de parques/espaço verde FH-7.4.3
Acesso a instalações/programas para atividade física FH-7.4.4

Classe: Medidas Centralizadas no Paciente/Cliente Relacionadas à Nutrição (8)
Qualidade de vida nutricional (8.1)
Respostas à qualidade de vida nutricional FH-8.1.1

DOMÍNIO: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (AD)

História da composição corporal/crescimento/peso (1.1)
Estatura AD-1.1.1

Estatura medida AD-1.1.1.1
Comprimento medido AD-1.1.1.2
Comprimento de nascimento AD-1.1.1.3
Estatura pré-amputação medida AD-1.1.1.4
Estatura pré-amputação estimada AD-1.1.1.5
Estatura estimada AD-1.1.1.6
Estatura relatada AD-1.1.1.7
Pico de estatura de adulto medida AD-1.1.1.8
Pico de estatura de adulto relatada AD-1.1.1.9
Altura do joelho AD-1.1.1.10
Comprimento da tíbia AD-1.1.1.11
Extensão (envergadura) dos braços AD-1.1.1.12
Semiextensão dos braços AD-1.1.1.13
Meia extensão dos braços AD-1.1.1.14
Aparelho de medida da estatura AD-1.1.1.15

Peso AD-1.1.2

Peso medido AD-1.1.2.1
Peso relatado AD-1.1.2.2
Pico de peso relatado AD-1.1.2.3
Pico de peso medido AD-1.1.2.4
Peso usual (PU) relatado AD-1.1.2.5
Percentagem do PU AD-1.1.2.6
Peso de nascimento AD-1.1.2.7
Peso pré-gestação relatado AD-1.1.2.8
Peso calculado AD-1.1.2.9
Peso seco estimado AD-1.1.2.10
Peso pré-amputação medido AD-1.1.2.11
Peso pré-amputação estimado AD-1.1.2.12
Peso pós-amputação medido AD-1.1.2.13
Peso pós-amputação estimado AD-1.1.2.14

Peso pré-diálise AD-1.1.2.15
Peso pós-diálise AD-1.1.2.16

Compleição (estrutura) AD-1.1.3

Tamanho da compleição AD-1.1.3.1
Circunferência do punho AD-1.1.3.2

Mudança de peso AD-1.1.4

Ganho de peso AD-1.1.4.1
Perda de peso AD-1.1.4.2
Percentagem de mudança de peso AD-1.1.4.3
Ganho de peso Inter dialítico medido AD-1.1.4.4
Perda de peso Inter dialítico medido AD-1.1.4.5
Ganho de peso gestacional medido AD-1.1.4.6
Perda de peso gestacional medido AD-1.1.4.7
Mudança de peso intencional AD-1.1.4.8

Massa corporal AD-1.1.5

Índice de massa corporal AD-1.1.5.1
Índice de massa corporal prime AD-1.1.5.2

Índices de padrão de crescimento AD-1.1.6

Percentil do IMC para idade AD-1.1.6.1
Escore z do IMC para idade AD-1.1.6.2
Circunferência da cabeça AD-1.1.6.3
Circunferência da cabeça ao nascimento AD-1.1.6.4
Percentil da circunferência da cabeça para idade AD-1.1.6.5
Escore z da circunferência da cabeça para idade AD-1.1.6.6
Percentil do comprimento para idade AD-1.1.6.7
Escore z do comprimento para idade AD-1.1.6.8
Percentil da estatura para idade AD-1.1.6.9
Escore z da estatura para idade AD-1.1.6.10
Percentil do peso para comprimento AD-1.1.6.11
Escore z do peso para comprimento AD-1.1.6.12
Percentil do peso para idade AD-1.1.6.13
Escore z do peso para idade AD-1.1.6.14
Percentil do peso para estatura AD-1.1.6.15
Escore z do peso para estatura AD-1.1.6.16
Comparativo da estatura média dos pais AD-1.1.6.17

Estimativas de compartimento corporal AD-1.1.7

Percentagem de gordura corporal AD-1.1.7.1
Técnica de percentagem de gordura corporal AD-1.1.7.2
Área de superfície corporal AD-1.1.7.3
Área de superfície corporal calculada AD-1.1.7.4
Idade óssea AD-1.1.7.5
Escore t de densidade mineral óssea AD-1.1.7.6
Escore z de densidade mineral óssea AD-1.1.7.7
Técnica de densidade mineral óssea AD-1.1.7.8
Circunferência muscular do braço AD-1.1.7.9
Percentil da circunferência muscular do braço AD-1.1.7.10
Dobra cutânea do tríceps AD-1.1.7.11
Percentil da dobra cutânea do tríceps AD-1.1.7.12
Escore z da dobra cutânea do tríceps AD-1.1.7.13
Circunferência da cintura AD-1.1.7.14
Ponto mais estreito da circunferência da cintura AD-1.1.7.15
Circunferência da cintura na crista ilíaca AD-1.1.7.16
Circunferência do quadril AD-1.1.7.17
Relação cintura/quadril AD-1.1.7.18
Circunferência do braço AD-1.1.7.19
Circunferência do braço esquerdo AD-1.1.7.20
Escore z da circunferência do braço AD-1.1.7.21

DOMÍNIO: DADOS BIOQUÍMICOS, TESTES E PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (BD)

Equilíbrio ácido básico (1.1)
pH arterial BD-1.1.1
Bicarbonato arterial BD-1.1.2
Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial, PaCO2 BD-1.1.3
Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial, PaO2 BD-1.1.4
pH venoso BD-1.1.5
Bicarbonato venoso BD-1.1.6

Perfil de eletrólitos e renal (1.2)
Nitrogênio ureico no sangue BD-1.2.1
Creatinina BD-1.2.2
Taxa de nitrogênio ureico no sangue: creatinina BD-1.2.3
Taxa de filtração glomerular BD-1.2.4
Sódio BD-1.2.5
Cloreto BD-1.2.6
Potássio BD-1.2.7
Magnésio BD-1.2.8
Cálcio, sérico BD-1.2.9
Cálcio, ionizado BD-1.2.10
Fósforo BD-1.2.11
Osmolalidade sérica BD-1.2.12
Hormônio da paratireoide BD-1.2.13

Perfil de ácidos graxos essenciais (1.3)
Taxa trieno: tetraeno BD-1.3.1

Perfil gastrointestinal (1.4)
Fosfatase alcalina BD-1.4.1
Alanina aminotransferase, ALT BD-1.4.2
Aspartato aminotransferase, AST BD-1.4.3
Gama glutamil transferase, GGT BD-1.4.4
Volume residual gástrico BD-1.4.5
Bilirrubina, total BD-1.4.6
Amônia, sérica BD-1.4.7
Exame toxicológico, incluindo álcool BD-1.4.8
Tempo da protrombina, PT BD-1.4.9
Tempo parcial da tromboplastina, PTT BD-1.4.10
INR (taxa) BD-1.4.11
Amilase BD-1.4.12
Lipase BD-1.4.13
Gordura fecal, 24 horas BD-1.4.14
Gordura fecal, 72 horas BD-1.4.15
Gordura fecal, qualitativa BD-1.4.16
Calprotectina fecal BD-1.4.17
Lactoferrina fecal BD-1.4.18
Elastase pancreática BD-1.4.19
Nucleotidase 5 BD-1.4.20
D-xilose BD-1.4.21
Teste respiratório de hidrogênio da lactulose BD-

1.4.22
Teste respiratório de hidrogênio da lactose BD-1.4.23
Teste respiratório de hidrogênio da frutose BD-1.4.24
Teste respiratório de hidrogênio da glicose BD-1.4.25
Teste respiratório de hidrogênio da ureia BD-1.4.26
Biópsia intestinal BD-1.4.27
Cultura de fezes BD-1.4.28
Tempo de esvaziamento gástrico BD-1.4.29
Tempo de trânsito do intestino delgado BD-1.4.30
Raio-x abdominal BD-1.4.31
Tomografia abdominal BD-1.4.32
Ultrassom abdominal BD-1.4.33
Ultrassom endoscópico BD-1.4.34
Tomografia pélvica BD-1.4.35
Deglutição de bário (esofagogafia) modificada BD-1.4.36
Deglutição de bário BD-1.4.37
Esofagogastroduodenoscopia BD-1.4.38
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica BD-1.4.39
Endoscopia capsular BD-1.4.40
Manometria esofágica BD-1.4.41
Teste de pH esofágico BD-1.4.42
Monitoramento do refluxo gastroesofágico BD-1.4.43
Monitoramento do esfíncter gastrointestinal BD-1.4.44
Urato BD-1.4.45

Perfil de glicose/endócrino (1.5)
Glicose, jejum BD-1.5.1
Glicose, casual BD-1.5.2
HgbA1c BD-1.5.3
Glicemia capilar pré-prandial BD-1.5.4
Glicemia capilar pós-prandial de pico BD-1.5.5
Teste de tolerância à glicose BD-1.5.6
Nível de cortisol BD-1.5.7
Proteína ligadora do IGF BD-1.5.8
Hormônio estimulante da tireoide BD-1.5.9
Teste de tiroxina BD-1.5.10
Triiodotironina BD-1.5.11
Hormônio adrenocorticotrófico BD-1.5.12
Hormônio folicular estimulante BD-1.5.13
Hormônio de crescimento BD-1.5.14
Hormônio luteinizante BD-1.5.15

Perfil inflamatório (1.6)
Proteína C reativa BD-1.6.1

Perfil lipídico (1.7)
Colesterol, sérico BD-1.7.1
Colesterol, HDL BD-1.7.2
Colesterol, LDL BD-1.7.3
Colesterol, não HDL BD-1.7.4
Colesterol total: DL colesterol BD-1.7.5
LDL: HDL BD-1.7.6
Triglicerídeos, sérico BD-1.7.7

Perfil de taxa metabólica (1.8)
Taxa metabólica de repouso, medida BD-1.8.1
Quociente respiratório, medido BD-1.8.2

Perfil mineral (1.9)
Cobre, sérico ou plasma BD-1.9.1
Iodo, excreção urinária BD-1.9.2
Zinco, sérico ou plasma BD-1.9.3
Boro, sérico ou plasma BD-1.9.4
Cromo, sérico ou urinário BD-1.9.5
Flúor, plasma BD-1.9.6
Manganês, urina, sangue, plasma BD-1.9.7
Molibdênio, sérico BD-1.9.8
Selênio, sérico ou urinário BD-1.9.9

Perfil de anemia nutricional (1.10)
Hemoglobina BD-1.10.1
Hematócrito BD-1.10.2
Volume corpuscular médio BD-1.10.3
Folato da célula vermelha do sangue BD-1.10.4
Amplitude de distribuição da célula vermelha BD-1.10.5
B12, sérico BD-1.10.6
Ácido metilmalônico, sérico BD-1.10.7
Folato, sérico BD-1.10.8
Homocisteína, sérica BD-1.10.9
Ferritina, sérica BD-1.10.10
Ferro, sérico BD-1.10.11
Capacidade total de ligação do ferro BD-1.10.12
Saturação da transferrina BD-1.10.13

Perfil proteico (1.11)
Albumina BD-1.11.1
Pré albumina BD-1.11.2
Transferrina BD-1.11.3
Fenilalanina, plasma BD-1.11.4
Tirosina, plasma BD-1.11.5
Painel de aminoácido BD-1.11.6
Fenilalanina, mancha seca de sangue BD-1.11.7
Tirosina, mancha seca de sangue BD-1.11.8
Fenilalanina: tirosina BD-1.11.9
Hidroxiprolina BD-1.11.10
Treonina BD-1.11.11
Serina BD-1.11.12
Asparagina BD-1.11.13
Glutamato BD-1.11.14
Glutamina BD-1.11.15
Prolina BD-1.11.16
Glicina BD-1.11.17
Alanina BD-1.11.18
Citrulina BD-1.11.19
Valina BD-1.11.20
Cisteína BD-1.11.21
Metionina BD-1.11.22
Isoleucina BD-1.11.23
Leucina BD-1.11.24
Ornitina BD-1.11.25
Lisina BD-1.11.26
Histidina BD-1.11.27
Arginina BD-1.11.28
Lisina: arginina BD-1.11.29
Triptofano BD-1.11.30
Painel de ácido orgânico no plasma BD-1.11.31
Ácidos orgânicos/creatinina BD-1.11.32
3-hidroxibutirato BD-1.11.33
3-hidroxisovalerato BD-1.11.34
Acetoacetato BD-1.11.35
Etilmalonato BD-1.11.36
Succinato BD-1.11.37
Fumarato BD-1.11.38
Glutarato BD-1.11.39

3-metilglutarato BD-1.11.40
Adipato BD-1.11.41
2-hidroxiglutarato BD-1.11.42
3-hidroxifenilacetato BD-1.11.43
2-cetoglutarato BD-1.11.44
Citrato BD-1.11.45
Propionato BD-1.11.46
Metilcitrato BD-1.11.47
3-hidroxipropionato BD-1.11.48
B-hidroxibutirato BD-1.11.49
Creatinoquinase BD-1.11.50
Troponina I. cardíaca BD-1.11.51
Troponina T. cardíaca BD-1.11.52
Peptídeo natriurético tipo B BD-1.11.53
Succinilacetona BD-1.11.54
Imunoglobulina A total sérica BD-1.11.55
Anticorpos transglutaminase tecidual (IgA) BD-1.11.56
Anticorpos transglutaminase tecidual (IgG) BD-1.11.57
Anticorpos peptídeo gliadina deamidado BD-1.11.58
Anticorpos endomisial BD-1.11.59
Transferrina deficiente em carboidrato BD-1.11.60
Perfil urinário (1.12)
Cor da urina BD-1.12.1
Osmolalidade da urina BD-1.12.2
Gravidade específica da urina BD-1.12.3
Volume urinário BD-1.12.4
Cálcio na urina, 24 horas BD-1.12.5
D-xilose na urina BD-1.12.6
Glicose na urina BD-1.12.7
Cetonas na urina BD-1.12.8
Sódio na urina BD-1.12.9
Microalbumina na urina BD-1.12.10
Proteína na urina, aleatória BD-1.12.11
Proteína na urina, 24 horas BD-1.12.12
Ácido úrico na urina, aleatório BD-1.12.13
Ácido úrico na urina, 24 horas BD-1.12.14
Painel de ácido orgânico na urina BD-1.12.15
Glutarato na urina BD-1.12.16
Metilmalonato na urina BD-1.12.17
Acilglinas/creatinina na urina BD-1.12.18
Argininosuccinato na urina BD-1.12.19
Succinato/creatinina na urina BD-1.12.20
Orotato na urina BD-1.12.21
Orotato/creatinina na urina BD-1.12.22
2-hidroxisovalerato na urina BD-1.12.23
2-oxoisovalerato na urina BD-1.12.24
Galactitol na urina BD-1.12.25
Substâncias redutoras na urina BD-1.12.26
Porfirinas na urina BD-1.12.27 Perfil vitamínico (1.13)
Vitamina A sérica ou retinol plasmático BD-1.13.1
Vitamina C, plasma ou sérica BD-1.13.2
Vitamina D, 25-hidroxi BD-1.13.3
Vitamina E, alfa-tocoferol plasmático BD-1.13.4
Tiamina, atividade coeficiente para atividade da eritrócito transcetolase BD-1.13.5
Riboflavina, atividade coeficiente para atividade da eritrócito glutationa redutase BD-1.13.6
Niacina, concentração urinária da N metilnicotinamida BD-1.13.7
Vitamina B6, concentração plasmática ou sérica da piridoxal 5 fosfato BD-1.13.8
Ácido pantotênico, excreção urinária do pantotenato, plasmático BD-1.13.9
Biotina, excreção urinária do ácido 3-hidroxisovalérico BD-1.13.10
Biotina, linfócito propionil-CoA carboxilase na gestação, sérica BD-1.13.11
Biotinidase BD-1.13.12
Proteína induzida pela ausência da vitamina K ou antagonista II BD-1.13.13

Perfil do metabolismo de carboidrato (1.14)
Galactose-1 fosfato na célula vermelha do sangue BD-1.14.1
Galactose-1 fosfato uridil transferase BD-1.14.2
Frutose BD-1.14.3
Lactose BD-1.14.4
Piruvato BD-1.14.5
Lactato piruvato BD-1.14.6

Perfil de ácidos graxos (1.15)
Painel acilcarnitina BD-1.15.1
Acilcarnitina, plasmática BD-1.15.2
Carnitina livre BD-1.15.3
Carnitina total BD-1.15.4
Carnitina livre: carnitina total BD-1.15.5
Painel de ácido graxo mitocondrial C8-C18 BD-1.15.6
Painel de ácido graxo essencial C12-C22 BD-1.15.7
Painel de ácido graxo peroxisomal C22-C26 BD-1.15.8
Ensaio de enzima MCAD em fibroblastos ou outros tecidos BD-1.15.9
B-oxidação de ácido graxo em fibroblastos BD-1.15.10

DOMÍNIO: ACHADOS FÍSICOS FOCADOS EM NUTRIÇÃO (PD)
Achados físicos focados em Nutrição

Achados gerais (1)
Astenia PD-1.1.1.1
Corcunda de búfalo PD-1.1.1.2
Caquexia PD-1.1.1.3
Aparência cushingoide PD-1.1.1.4
Ectomorfia PD-1.1.1.5
Endomorfia PD-1.1.1.6
Letargia PD-1.1.1.7
Mesomorfia PD-1.1.1.8
Negligência com higiene pessoal PD-1.1.1.9
Obesidade PD-1.1.1.10
Estatura baixa para idade PD-1.1.1.11
Estatura alta PD-1.1.1.12

Adiposo (2)
Atrofia de gordura orbital PD-1.1.2.1
Excesso de gordura subcutânea PD-1.1.2.2
Perda de gordura subcutânea PD-1.1.2.3
Adiposidade central PD-1.1.2.4
Perda de gordura subcutânea no tríceps PD-1.1.2.5
Perda de gordura subcutânea no bíceps PD-1.1.2.6
Perda de gordura subcutânea que cobrem as costelas PD-1.1.2.7

Ossos (3)
Pernas encurvadas PD-1.1.3.1
Saliência frontal PD-1.1.3.2
Sulcos de Harrison PD-1.1.3.3
Rosário raquítico PD-1.1.3.4
Raquitismo PD-1.1.3.5
Escoliose PD-1.1.3.6

Saliência anormal do acrômio PD-1.1.3.7
Alargamento ósseo das extremidades PD-1.1.3.8
Saliência anormal da clavícula PD-1.1.3.9
Saliência anormal da costela PD-1.1.3.10
Saliência anormal da escápula PD-1.1.3.11
Saliência anormal da espinha PD-1.1.3.12
Saliência anormal da crista ilíaca PD-1.1.3.13
Saliência anormal da patela PD-1.1.3.14

Sistema cardiovascular-pulmonar (4)
Sons respiratórios ausentes PD-1.1.4.1
Bradicardia PD-1.1.4.2
Bradipneia PD-1.1.4.3
Sons respiratórios reduzidos PD-1.1.4.4
Dispneia PD-1.1.4.5
Sons respiratórios aumentados PD-1.1.4.6
Sons respiratórios normais PD-1.1.4.7
Taquipneia PD-1.1.4.8
Taquicardia PD-1.1.4.9
Respiração crepitante PD-1.1.4.10

Sistema digestório (5)
Inchaço abdominal PD-1.1.5.1
Cólica abdominal PD-1.1.5.2
Distensão abdominal PD-1.1.5.3
Dor abdominal PD-1.1.5.4
Sons intestinais ausentes PD-1.1.5.5
Anorexia PD-1.1.5.6
Ascite PD-1.1.5.7
Fezes volumosas PD-1.1.5.8
Obstipação PD-1.1.5.9
Redução do apetite PD-1.1.5.10
Diarreia PD-1.1.5.11
Saciedade precoce PD-1.1.5.12
Dor epigástrica PD-1.1.5.13
Excesso de apetite PD-1.1.5.14
Excesso de arroto PD-1.1.5.15
Excesso de flato PD-1.1.5.16
Fezes gordurosas PD-1.1.5.17
Azia PD-1.1.5.18
Sons intestinais hiperativos PD-1.1.5.19
Sons intestinais hipoativos PD-1.1.5.20
Aumento do apetite PD-1.1.5.21
Fezes líquidas PD-1.1.5.22
Fezes soltas PD-1.1.5.23
Náusea PD-1.1.5.24
Sons intestinais normais PD-1.1.5.25
Ânsia de vômito PD-1.1.5.26
Vômito PD-1.1.5.27
Volume de drenagem gastrointestinal PD-1.1.5.28
Volume de drenagem gástrica PD-1.1.5.29
Volume de drenagem do duto biliar PD-1.1.5.30
Volume de drenagem pancreática PD-1.1.5.31
Volume de drenagem quilosa PD-1.1.5.32
Volume de drenagem de ferida PD-1.1.5.33
Volume de saída de fístula intestinal PD-1.1.5.34

Edema (6)
Edema de pressão +1 PD-1.1.6.1
Edema de pressão +2 PD-1.1.6.2
Edema de pressão +3 PD-1.1.6.3
Edema de pressão +4 PD-1.1.6.4
Anasarca PD-1.1.6.5
Edema de tornozelo PD-1.1.6.6
Edema de panturrilha PD-1.1.6.7
Edema de pálpebra PD-1.1.6.8
Edema de pé PD-1.1.6.9
Edema de mão PD-1.1.6.10
Edema de escroto PD-1.1.6.11
Edema de coxa PD-1.1.6.12
Edema de vulva PD-1.1.6.13
Edema de mucosa PD-1.1.6.14
Edema sacral PD-1.1.6.15

Extremidades (7)
Pé amputado PD-1.1.7.1
Mão amputada PD-1.1.7.2
Perna amputada PD-1.1.7.3
Movimento atetoide PD-1.1.7.4
Movimento de variação do tornozelo reduzido PD-1.1.7.5
Movimento de variação da espinha cervical reduzido PD-1.1.7.6
Movimento de variação do cotovelo reduzido PD-1.1.7.7
Movimento de variação do dedo reduzido PD-1.1.7.8
Movimento de variação do pé reduzido PD-1.1.7.9
Movimento de variação do quadril reduzido PD-1.1.7.10
Movimento de variação do joelho reduzido PD-1.1.7.11
Movimento de variação da espinha lombar reduzido PD-1.1.7.12
Movimento de variação do ombro reduzido PD-1.1.7.13
Movimento de variação da subtalar (junção do talus com o calcâneo) reduzido PD-1.1.7.14
Movimento de variação do polegar reduzido PD-1.1.7.15
Movimento de variação de dedo do pé reduzido PD-1.1.7.16
Movimento de variação da espinha torácica reduzido PD-1.1.7.17
Movimento de variação do pulso reduzido PD-1.1.7.18
Hipertonia PD-1.1.7.19
Hipotonia PD-1.1.7.20
Artralgia PD-1.1.7.21
Espasticidade de membro inferior PD-1.1.7.22
Cianose periférica PD-1.1.7.23
Espasticidade (músculos tensos e rígidos, sem controle) PD-1.1.7.24
Tetania (contrações musculares involuntárias) PD-1.1.7.25
Espasticidade de membro superior PD-1.1.7.26

Olhos (8)
Visão anormal PD-1.1.8.1
Blefarite angular PD-1.1.8.2
Manchas de Bitot PD-1.1.8.3
Círculos embaixo dos olhos PD-1.1.8.4
Arco corneal PD-1.1.8.5
Descoloração da conjuntiva PD-1.1.8.6
Hemorragia da conjuntiva PD-1.1.8.7
Queratinização da conjuntiva PD-1.1.8.8
Produção de lágrima excessiva PD-1.1.8.9
Queratomalácia PD-1.1.8.10
Esclera ictérica PD-1.1.8.11
Cegueira noturna PD-1.1.8.12

Oftalmoplegia PD-1.1.8.13
Olhos encovados PD-1.1.8.14
Xeroftalmia PD-1.1.8.15
Xantelasma PD-1.1.8.16
Conjuntiva pálida PD-1.1.8.17

Sistema genitourinário (9)
Amenorreia PD-1.1.9.1
Anúria PD-1.1.9.2
Retardo no desenvolvimento sexual e/ou puberdade PD-1.1.9.3
Menorragia PD-1.1.9.4
Oligúria PD-1.1.9.5
Poliúria PD-1.1.9.6

Cabelo (10)
Queratinização anormal de folículo capilar PD-1.1.10.1
Alopecia PD-1.1.10.2
Cabelo frágil PD-1.1.10.3
Cabelo de saca rolha PD-1.1.10.4
Cabelo seco PD-1.1.10.5
Cabelo fino PD-1.1.10.6
Hiperqueratose folicular PD-1.1.10.7
Mudanças no cabelo devido à desnutrição PD-1.1.10.8
Cabelo sem brilho PD-1.1.10.9
Hipertricose PD-1.1.10.10
Perda de cabelo aumentada PD-1.1.10.11
Mudança de cor do cabelo nutricional PD-1.1.10.12
Cabelo branco PD-1.1.10.13
Cabelo facilmente arrancável PD-1.1.10.14
Formação de lanugo PD-1.1.10.15

Cabeça (11)
Olfato alterado PD-1.1.11.1
Anosmia PD-1.1.11.2
Fontanela abaulada PD-1.1.11.3
Epistaxe PD-1.1.11.4
Cefaleia PD-1.1.11.5
Hiposmia PD-1.1.11.6
Macrocefalia PD-1.1.11.7
Microcefalia PD-1.1.11.8
Mucosa nasal seca PD-1.1.11.9
Fontanela encovada PD-1.1.11.10

Mãos e unhas (12)
Linhas de Beau (depressões transversais nas unhas) PD-1.1.12.1
Abaulamento das unhas PD-1.1.12.2
Descamação das unhas PD-1.1.12.3
Coloiníquia PD-1.1.12.4
Leuconíquia PD-1.1.12.5
Ranhuras longitudinais das unhas PD-1.1.12.6
Linhas de Muehrcke (faixas brancas transversais nas unhas) PD-1.1.12.7
Mudanças nas unhas PD-1.1.12.8
Eritema palmar PD-1.1.12.9
Unhas estriadas PD-1.1.12.10
Rachaduras nas unhas PD-1.1.12.11
Unhas finas PD-1.1.12.12
Traquioníquia (unhas rugosas) PD-1.1.12.13
Listras hemorrágicas embaixo das unhas PD-1.1.12.14
Manchas brancas nas unhas PD-1.1.12.15
Leito ungueal azulado PD-1.1.12.16
Leito ungueal pálido PD-1.1.12.17
Sinal de Russel (calosidade no dorso das mãos) PD-1.1.12.18

Boca (13)
Ageusia (perda de paladar) PD-1.1.13.1
Estomatite angular PD-1.1.13.2
Úlcera aftosa na boca PD-1.1.13.3
Aptialismo (falta de saliva) PD-1.1.13.4
Lábios azulados PD-1.1.13.5
Linha azul na gengiva PD-1.1.13.6
Candidíase na boca PD-1.1.13.7
Queilose PD-1.1.13.8
Queilite PD-1.1.13.9
Fenda palatina PD-1.1.13.10
Lábios rachados PD-1.1.13.11
Baba PD-1.1.13.12
Membranas mucosas secas PD-1.1.13.13
Disgeusia (alteração de paladar) PD-1.1.13.14
Salivação excessiva PD-1.1.13.15
Sede excessiva PD-1.1.13.16
Hipertrofia gengival PD-1.1.13.17
Gengivite PD-1.1.13.18
Halitose PD-1.1.13.19
Gengivite hemorrágica PD-1.1.13.20
Hipogeusia (redução de paladar) PD-1.1.13.21
Hálito cetônico PD-1.1.13.22
Micrognatia (queixo pequeno) PD-1.1.13.23
Gengivas edemaciadas PD-1.1.13.24
Candidíase oral PD-1.1.13.25
Lesão oral PD-1.1.13.26
Parótida edemaciada PD-1.1.13.27
Higiene oral deficiente PD-1.1.13.28
Retenção de alimento na boca PD-1.1.13.29
Estomatite PD-1.1.13.30
Hálito urêmico PD-1.1.13.31
Gengivas pálidas PD-1.1.13.32

Músculos (14)
Atrofia muscular PD-1.1.14.1
Contratura muscular PD-1.1.14.2
Câimbra muscular PD-1.1.14.3
Dor muscular PD-1.1.14.4
Fraqueza muscular PD-1.1.14.5
Atrofia do músculo quadríceps PD-1.1.14.6
Atrofia do músculo deltoide PD-1.1.14.7
Atrofia do músculo gastrocnêmio (da panturrilha) PD-1.1.14.8
Atrofia do músculo glúteo PD-1.1.14.9
Atrofia do músculo interósseo da mão PD-1.1.14.10
Atrofia do músculo peitoral PD-1.1.14.11
Atrofia do músculo temporal PD-1.1.14.12
Atrofia do músculo trapézio PD-1.1.14.13
Atrofia do músculo latissiumus dorsi PD-1.1.14.14

Pescoço (15)
Bócio PD-1.1.15.1

Nervos, cognição e sensações (16)
Marcha anormal PD-1.1.16.1
Reflexo ausente PD-1.1.16.2
Asterixis (tremor no pulso quando estendido) PD-1.1.16.3
Ataxia (sem coordenação) PD-1.1.16.4

Consciência turva (confusão) PD-1.1.16.5
Achado do nervo craniano PD-1.1.16.6
Sensação vibratória reduzida PD-1.1.16.7
Delírio PD-1.1.16.8
Demência PD-1.1.16.9
Humor deprimido PD-1.1.16.10
Desorientação PD-1.1.16.11
Tontura PD-1.1.16.12
Sensação de frio PD-1.1.16.13
Afeição/emoção superficial PD-1.1.16.14
Hiperreflexia (reflexos exagerados) PD-1.1.16.15
Hiporeflexia (reflexos diminuídos) PD-1.1.16.16
Afeição/emoção inapropriada PD-1.1.16.17
Muitas convulsões ao dia PD-1.1.16.18
Dormência no pé PD-1.1.16.19
Dormência na mão PD-1.1.16.20
Doença de nervo periférico PD-1.1.16.21
Tremor de mão estendida PD-1.1.16.22
Formigamento do pé PD-1.1.16.23
Formigamento da mão PD-1.1.16.24

Pele (17)
Acantose nigricans PD-1.1.17.1
Calcinose PD-1.1.17.2
Carotenemia PD-1.1.17.3
Xantoma cutâneo PD-1.1.17.4
Turgor da pele reduzido PD-1.1.17.5
Dermatite PD-1.1.17.6
Assadura PD-1.1.17.7
Pele seca PD-1.1.17.8
Equimose PD-1.1.17.9
Eritema PD-1.1.17.10
Eczema PD-1.1.17.11
Rubor PD-1.1.17.12
Hirsutismo PD-1.1.17.13
Hiperpigmentação da pele PD-1.1.17.14
Integridade da pele alterada PD-1.1.17.15
Icterícia PD-1.1.17.16
Queratinização da pele PD-1.1.17.17
Pele pálida PD-1.1.17.18
Pele descascando PD-1.1.17.19
Petéquia PD-1.1.17.20
Cicatrização de ferida alterada PD-1.1.17.21
Lesão de pressão de tornozelos PD-1.1.17.22
Lesão de pressão de costas PD-1.1.17.23
Lesão de pressão de peito PD-1.1.17.24
Lesão de pressão de nádegas PD-1.1.17.25
Lesão de pressão de dorso do pé PD-1.1.17.26
Lesão de pressão de cotovelo PD-1.1.17.27
Lesão de pressão de cabeça PD-1.1.17.28
Lesão de pressão de calcanhar PD-1.1.17.29
Lesão de pressão do quadril PD-1.1.17.30
Lesão de pressão do joelho PD-1.1.17.31
Lesão de pressão da fenda de nascimento PD-1.1.17.32
Lesão de pressão de ombros PD-1.1.17.33
Lesão de pressão estágio 1 PD-1.1.17.34
Lesão de pressão estágio 2 PD-1.1.17.35
Lesão de pressão estágio 3 PD-1.1.17.36
Lesão de pressão estágio 4 PD-1.1.17.37
Prurido da pele PD-1.1.17.38
Psoríase PD-1.1.17.39
Descamação da pele PD-1.1.17.40
Dermatite seborreica PD-1.1.17.41
Erupção cutânea PD-1.1.17.42
Úlcera de estase PD-1.1.17.43
Pele amarela PD-1.1.17.44
Hemorragias perifoliculares PD-1.1.17.45
Lesão de pressão de cóccix PD-1.1.17.46
Lesão de pressão de sacro PD-1.1.17.47
Erupção cutânea vesículobolhosa PD-1.1.17.48

Dentes (18)
Cárie de mamadeira do bebê PD-1.1.18.1
Dentadura quebrada PD-1.1.18.2
Dentes quebrados PD-1.1.18.3
Cáries dentárias PD-1.1.18.4
Fluorose dentária PD-1.1.18.5
Placa dentária PD-1.1.18.6
Dentadura solta PD-1.1.18.7
Dentadura perdida PD-1.1.18.8
Dentadura presente PD-1.1.18.9
Desdentado PD-1.1.18.10
Erosão de dentes PD-1.1.18.11
Dentição alterada PD-1.1.18.12
Dentadura mal fixada PD-1.1.18.13
Manchas no esmalte PD-1.1.18.14
Mandíbula parcialmente desdentada PD-1.1.18.15
Maxila parcialmente desdentada PD-1.1.18.16
Cáries dentárias exageradas PD-1.1.18.17

Garganta e deglutição (19)
Sufocamento durante a deglutição PD-1.1.19.1
Tosse PD-1.1.19.2
Disfagia PD-1.1.19.3
Lesão esofágica PD-1.1.19.4
Aderência de alimento ao deglutir PD-1.1.19.5
Engasgo PD-1.1.19.6
Voz rouca PD-1.1.19.7
Reflexo de náusea hipoativo PD-1.1.19.8
Odinofagia PD-1.1.19.9
Alteração da deglutição PD-1.1.19.10
Descoordenação da sucção, deglutição, respiração PD-1.1.19.11

Língua (20)
Atrofia de papilas gustativas PD-1.1.20.1
Língua com vermelhidão PD-1.1.20.2
Língua com dificuldade de movimento PD-1.1.20.3
Língua seca PD-1.1.20.4
Glossite PD-1.1.20.5
Glossodinia (dor na língua) PD-1.1.20.6
Hipertrofia das papilas gustativas PD-1.1.20.7
Lesão da língua PD-1.1.20.8
Língua de morango PD-1.1.20.9
Macroglossia PD-1.1.20.10
Língua com frênulo curto PD-1.1.20.11
Língua com frênulo separado PD-1.1.20.12
Língua azulada PD-1.1.20.13
Língua rachada PD-1.1.20.14
Língua magenta PD-1.1.20.15
Língua pálida PD-1.1.20.16
Sinais vitais PD-1.1.21
Pressão arterial PD-1.1.21.1
Taxa cardíaca PD-1.1.21.2
Pressão venosa jugular PD-1.1.21.3
Pressão arterial média PD-1.1.21.4
Taxa de pulso PD-1.1.21.5
Taxa respiratória PD-1.1.21.6 Temperatura PD-1.1.21.7

DOMÍNIO: HISTÓRIA DO CLIENTE (CH)

História Pessoal (1)
Dados pessoais (1.1)
Idade CH-1.1.1
Gênero CH-1.1.2
Sexo CH-1.1.3
Raça CH-1.1.4
Etnia CH-1.1.5
Língua CH-1.1.6
Fatores de escolaridade CH-1.1.7
Educação CH-1.1.8
Papel na família CH-1.1.9
Uso de tabaco CH-1.1.10
Dificuldade física CH-1.1.11
Mobilidade CH-1.1.12

História Clínica/Saúde do Paciente/Cliente/Família (2)
História clínica/saúde relacionada à nutrição do paciente/cliente OU família (2.1)
Queixa principal em nutrição do paciente/cliente (especificar) CH-2.1.1
Cardiovascular (especificar) CH-2.1.2
Endócrino/metabolismo (especificar) CH-2.1.3
Excretório (especificar) CH-2.1.4
Gastrointestinal (especificar) CH-2.1.5
Ginecológico (especificar) CH-2.1.6
Hematológico/oncológico (especificar) CH-2.1.7
Imunológico (ex.: alergias alimentares) (especificar) CH-2.1.8
Tegumentar (especificar) CH-2.1.9
Musculoesquelético (especificar) CH-2.1.10
Neurológico (especificar) CH-2.1.11
Psicológico (especificar) CH-2.1.12
Respiratório (especificar) CH-2.1.13
Outro (especificar) CH-2.1.14

Tratamentos/Terapia (2.2)
Tratamento/terapia clínica (especificar) CH-2.2.1
Tratamento cirúrgico (especificar) CH-2.2.2
Cuidado paliativo de fim de vida (especificar) CH-2.2.3

História Social (3)
História social (3.1)
Fatores socioeconômicos (especificar) CH-3.1.1
Situação de moradia CH-3.1.2
Assuntos domésticos CH-3.1.3
Apoio social e clínico CH-3.1.4
Localização geográfica do domicílio CH-3.1.5
Ocupação CH-3.1.6
Religião CH-3.1.7
História de crise recente CH-3.1.8

Nível de estresse diário CH-3.1.9

DOMÍNIO: PADRÕES COMPARATIVOS (CS)

Necessidades de Energia (1)
Necessidades estimadas de energia (1.1)
Necessidades totais estimadas de energia CS-1.1.1
Método de estimativa de necessidades CS-1.1.2

Necessidades de Macronutriente (2)
Necessidades estimadas de lipídeo (2.1)
Necessidades totais estimadas de lipídeo CS-2.1.1
Tipo de gordura necessária CS-2.1.2
Método de estimativa de necessidades CS-2.1.3

Necessidades estimadas de proteína (2.2)
Necessidades totais estimadas de proteína CS-2.2.1
Tipo de proteína necessária CS-2.2.2
Método de estimativa de necessidades CS-2.2.3

Necessidades estimadas de carboidrato (2.3)
Necessidades totais estimadas de carboidrato CS-2.3.1
Tipo de carboidrato necessário CS-2.3.2
Método de estimativa de necessidades CS-2.3.3

Necessidades estimadas de fibra (2.4)
Necessidades totais estimadas de fibra CS-2.4.1
Tipo de fibra necessária CS-2.4.2
Método de estimativa de necessidades CS-2.4.3

Necessidades de Líquido (3)
Necessidades estimadas de líquido (3.1)
Necessidades totais estimadas de líquido CS-3.1.1
Método de estimativa de necessidades CS-3.1.2

Necessidades de Micronutriente (4)
Necessidades estimadas de vitamina (4.1)
A (1)
C (2)
D (3)
E (4)
K (5)
Tiamina (6)
Riboflavina (7)
Niacina (8)
Folato (9)
B6 (10)
B12 (11)
Ácido pantotênico (12)
Biotina (13)
Método de estimativa de necessidades (14)

Necessidades estimadas de mineral (4.2)
Cálcio (1)
Cloreto (2)
Ferro (3)
Magnésio (4)
Potássio (5)
Fósforo (6)
Sódio (7)
Zinco (8)
Sulfato (9)
Flúor (10)
Cobre (11)
Iodo (12)
Selênio (13)
Manganês (14)
Cromo (15)
Molibdênio (16)
Boro (17)
Cobalto (18)
Método de estimativa de necessidades (19)

Recomendação de Peso e Crescimento (5)
Peso corporal/índice de massa corporal/crescimento recomendado (5.1)
Peso corporal ideal/referência (PI) CS-5.1.1
Índice de massa corporal (IMC) recomendado CS-5.1.1
Objetivo de peso CS-5.1.1
Objetivo de ganho de peso/dia CS-5.1.1
Objetivo de escore z do peso para comprimento CS-5.1.1
Objetivo de escore z da circunferência do braço CS-5.1.1
Objetivo de escore z do IMC para idade CS-5.1.1
Percentagem mediana do IMC CS-5.1.1

Fonte: ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. **Electronic Nutrition Care Process Terminology (eNCPT)**: A Standardized Terminology to Ensure Optimal Nutrition Care. [*S. l.*]: 2019. Disponível em: http://ncpt.webauthor.com. Acesso em: 27 jun. 2020.

Exemplo de Avaliação em Nutrição em um Estudo de Caso

Parte 1 – Realizando uma Avaliação em Nutrição

O objetivo deste exercício é exemplificar o uso da terminologia da Avaliação em Nutrição por meio do estudo de caso de um paciente a fim de facilitar o entendimento deste capítulo.

– A paciente é uma mulher de 50 anos e seu nome é Ana. Ana recebeu o diagnóstico de câncer de adrenal há 3 meses, quando começou a apresentar dor torácica e fadiga, e atualmente está em tratamento com quimioterapia e radioterapia. Seu médico fez um encaminhamento para o nutricionista, devido à perda de peso que Ana apresenta. Ela é professora, estando no momento afastada de suas atividades, o que a deixa muito triste. Mora sozinha, mas conta com uma ajudante e tem um filho, do qual ela diz sentir muita falta, pois ele trabalha em outra cidade e costuma visitá-la aos fins de semana. Ana relata perda de 9,07kg em 2 meses e queixa-se de falta de apetite, cansaço e lesões bucais. Seu peso atual é de 61,2kg e altura: 1,67m. A coleta da história alimentar e o Recordatório de 24 horas indicam que ela ingere < 50% das refeições e recusa frequentemente algumas refeições, ingerindo entre 1000-1200Kcal/dia. Relata ainda que costumava sair todas as manhãs para uma caminhada, mas que não se sente mais disposta para isso.

Sugestão de exercício: Baseando-se no seu conhecimento prévio em Nutrição e nas informações contidas neste capítulo, liste quais são os dados importantes para uma avaliação em nutrição neste relato de caso.

Após esse exercício, consulte a lista de termos padronizados da Avaliação em Nutrição e identifique os que se enquadram e podem ser extraídos das informações disponíveis desta paciente.

Indique também quais parâmetros ou padrões comparativos podem ser usados para avaliar os dados; quais dados parecem mais importantes para fazer um diagnóstico em nutrição e que termos, não disponíveis no relato atual, podem ser coletados em uma próxima avaliação.

Agora, vamos aos termos selecionados pelo nutricionista na Avaliação em Nutrição desta paciente:

Domínio: História relacionada à alimentação e nutrição

Na Classe: Ingestão de alimentos e nutrientes (1.1). Subclasse: Ingestão de energia (1.1.1)

- Ingestão de energia total (FH 1.1.1.1) = 1000 – 1200 Kcal/dia.

Na subclasse: Ingestão de alimento (1.2.2)

- Quantidade de alimento (FH 1.2.2.1): Ingestão de < 50% das refeições

Domínio: Achados físicos focados em Nutrição (PD)

- Redução do apetite (PD-1.1.5.10)
- Lesão oral (PD-1.1.13.26)

Domínio: Medidas Antropométricas (AD)

Na Classe: História da composição corporal/crescimento/peso (1.1)

- Altura / comprimento (AD-1.1.1): 1,67m
- Peso (AD-1.1.2): 61,2 kg
- Mudança de peso (AD-1.1.4): redução de 9,07kg em 2 meses
- IMC (AD-1.1.5.1): 21,9kg/m²

Domínio: História do Cliente

Na classe: História Pessoal (1). Subclasse: Dados pessoais (1.1)

- Idade (CH 1.1.1): 50 anos
- Gênero (CH 1.1.2): Feminino

Na classe: História clínica / Saúde do paciente/família (2)

- Tratamento / terapia clínica (CH 2.2.1): paciente em quimioterapia e radioterapia

Na classe: História Social (3)

- Ocupação (CH 3.1.6): Professora (afastada de suas atividades)

Padrões comparativos

Na classe: Necessidades de energia (1). Subclasse: Necessidade de energia estimada (1.1)

- Necessidades estimadas de energia total (CS 1.1.1): 1600 Kcal/dia para manutenção do peso
- Método para estimativa das necessidades (CS 1.1.2): Equação de Mifflin-St Jeor com nível de atividade para sedentários

Na classe: Recomendação de peso e altura (5). Subclasse: Peso corporal/IMC/Altura recomendados (5.1)

- Índice de Massa Corporal (IMC) recomendado (CS 5.1.2): 18,5-24,9 kg/m²

Isto conclui o estudo de caso referente à etapa de Avaliação em Nutrição. Prossiga para a etapa de Diagnóstico em Nutrição para posteriormente continuar o estudo deste caso.

CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO EM NUTRIÇÃO

A segunda etapa do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) é o Diagnóstico em Nutrição, que é definido no eNCPT (c2020), como “a identificação e rotulagem, por um profissional de Nutrição, de um ou mais problemas nutricionais existentes e que pode ser resolvido com uma intervenção nutricional”. Esse conceito é essencial para a prática da Nutrição, uma vez que reconhece o nutricionista como o único responsável por diagnosticar problemas nutricionais, consolidando assim o seu papel na área da saúde. Os diagnósticos em nutrição são diferentes dos diagnósticos médicos. O diagnóstico médico refere-se a uma doença, ou condição de órgãos específicos ou de sistemas corporais, que pode ser tratada ou prevenida. Um diagnóstico médico não muda enquanto a doença ou condição existir. O Diagnóstico em Nutrição muda conforme a resposta do indivíduo ou do grupo populacional. Por definição, todo diagnóstico de nutrição deve ter a possibilidade de ser resolvido e é de responsabilidade do nutricionista.

Para determinar o Diagnóstico em Nutrição, os nutricionistas devem usar uma terminologia padrão de diagnóstico para rotular o(s) diagnóstico(s) do cliente por meio de dados coletados e analisados na Avaliação em Nutrição. Esses diagnósticos devem ter um foco amplo, apontando características anormais da ingestão de nutrientes específicos, de aspectos da nutrição clínica e do comportamento e ambiente do paciente. Dependendo da condição do paciente/cliente, pode ser definido mais de um diagnóstico em nutrição. Nesse caso, é apropriado determinar os diagnósticos prioritários, selecionando, no máximo, três diagnósticos que possam ter uma intervenção imediata. O planejamento das intervenções deve ser feito para um diagnóstico de nutrição de cada vez.

O eNCPT dispõe de uma folha de referência para cada diagnóstico em nutrição que inclui sua definição, etiologia/causas possíveis e sinais ou sintomas comuns identificados na etapa de Avaliação em Nutrição. No PCN, os diagnósticos em nutrição devem ser escritos com exatamente as mesmas palavras por todos os nutricionistas.

Comunicando um Diagnóstico em Nutrição

Para o registro do Diagnóstico em Nutrição, a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) sugere a utilização de um formato estruturado e resumido. Esse formato é chamado de declaração PES (Problema, Etiologia, Sinais e Sintomas) e descreve cada problema, suas causas principais, e os dados da avaliação que fornecem evidências para os Diagnósticos em Nutrição, trazendo toda a Avaliação em Nutrição para uma visão mais clara (eNCPT, 2018).

O formato para cada declaração PES é "[**Termo de diagnóstico em nutrição** (problema) **relacionado a** (etiologia), **conforme evidenciado por** (sinais / sintomas)]".

(P) Problema ou Termo de diagnóstico em nutrição: descreve alterações no estado nutricional do cliente.	(E) Etiologia: causa/fatores de risco contribuintes vinculados ao termo de diagnóstico em nutrição pelas palavras "relacionado a".	(S) Sinais/sintomas: dados ou indicadores usados para determinar o diagnóstico em nutrição do cliente. Ligado à etiologia pelas palavras "conforme evidenciado por".

Diretrizes para escrever uma declaração PES clara:

Ao escrever a declaração do PES, os profissionais de nutrição podem fazer uma série de perguntas que ajudam a esclarecer os diagnósticos em nutrição.
P - O profissional de nutrição pode resolver ou melhorar o Diagnóstico em Nutrição do cliente?
E - Avalie se a etiologia de cada problema é a "causa raiz" específica que pode ser tratada com uma Intervenção em Nutrição. E se abordar a etiologia não pode resolver o problema, a intervenção do nutricionista pode pelo menos diminuir os sinais e sintomas?
S - A mensuração dos sinais e sintomas indica se o problema foi resolvido ou melhorado? Os sinais e sintomas são específicos o suficiente para monitorar (medir/avaliar mudanças) e comunicar a resolução de um Diagnóstico em Nutrição?
PES Global - Os dados da Avaliação em Nutrição suportam o diagnóstico, etiologia e sinais e sintomas nutricionais?

Habilidades de pensamento crítico para Diagnóstico em Nutrição

Algumas habilidades de pensamento crítico são necessárias para a etapa de Diagnóstico em Nutrição. Essas habilidades podem variar dependendo do nível de prática do nutricionista. São elas:

- Localizar relação entre os dados e possíveis causas
- Fazer inferências
- Registrar cada problema de forma clara e distinta
- Saber incluir ou excluir diagnósticos específicos
- Apontar uma etiologia para cada problema que pode ser resolvido, minimizado ou gerenciado pela(s) intervenção(ões)
- Identificar sinais e sintomas mensuráveis ou que possam ter suas alterações rastreadas
- Saber priorizar problemas identificados

TERMINOLOGIA DA AND PARA DIAGNÓSTICO EM NUTRIÇÃO

Nesta seção será apresentada a lista de termos do Diagnóstico em Nutrição, conforme descrito no eNCPT (2019).

A terminologia para o Diagnóstico em Nutrição está organizada em três domínios (categorias):

- **Ingestão**: problemas relacionados à ingestão de energia, nutrientes, líquidos e substâncias bioativas por via oral, sonda ou parenteral. Excesso ou deficiência na ingestão de um alimento ou nutriente, comparado às necessidades reais ou estimadas.
- **Nutrição Clínica**: achados/problemas nutricionais identificados, relacionados a condições clínicas ou físicas.
- **Comportamento/Ambiente Nutricional**: achados/problemas nutricionais identificados, relacionados ao conhecimento, atitudes/ crenças, ambiente físico, acesso aos alimentos ou segurança alimentar.

Abaixo segue a lista de termos de cada um desses domínios:

DOMÍNIO: INGESTÃO – NI

Balanço Energético (NI-1)
Mudanças na ingestão de energia mensurada ou estimada (caloria/kcal)
Gasto energético aumentado NI-1.1
Ingestão de energia subótima NI-1.2
Ingestão de energia excessiva NI-1.3
Ingestão de energia prevista subótima NI-1.4
Ingestão de energia prevista excessiva NI-1.5

Ingestão Oral ou Suporte Nutricional (NI-2)
Ingestão mensurada ou estimada de alimentos e bebida pela dieta oral ou suporte nutricional, comparada com o objetivo.
Ingestão oral subótima NI-2.1
Ingestão oral excessiva NI-2.2
Infusão de nutrição enteral subótima NI-2.3
Infusão de nutrição enteral excessiva NI-2.4
Composição de nutrição enteral em desacordo com as necessidades NI-2.5
Administração de nutrição enteral em desacordo com as necessidades NI-2.6
Infusão de nutrição parenteral subótima NI-2.7
Infusão de nutrição parenteral excessiva NI-2.8
Composição de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades NI-2.9
Administração de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades NI-2.10
Aceitação aos alimentos subótima NI-2.11

Ingestão de Líquido (NI-3)
Ingestão mensurada ou estimada de líquido, comparada com o objetivo para o paciente/cliente.
Ingestão de líquido subótima NI-3.1
Ingestão de líquido excessiva NI-3.2

Ingestão de Substâncias Bioativas (NI-4)
Ingestão mensurada ou estimada de substâncias bioativas, incluindo componentes únicos ou múltiplos de alimentos funcionais, ingredientes, suplementos dietéticos e álcool.
Ingestão de substância bioativa subótima NI-4.1
Ingestão de éster de estanol vegetal subótima NI-4.1.1
Ingestão de éster de esterol vegetal (fitosterol) subótima NI-4.1.2
Ingestão de proteína de soja subótima NI-4.1.3
Ingestão de psyllium subótima NI-4.1.4
Ingestão de beta-glicano subótima NI-4.1.5
Ingestão de substância bioativa excessiva NI-4.2
Ingestão de éster de estanol vegetal excessiva NI-4.2.1
Ingestão de éster de esterol vegetal (fitosterol) excessiva NI-4.2.2
Ingestão de proteína de soja excessiva NI-4.2.3
Ingestão de psyllium excessiva NI-4.2.4
Ingestão de beta-glicano excessiva NI-4.2.5
Ingestão de aditivo alimentar excessiva NI-4.2.6
Ingestão de cafeína excessiva NI-4.2.7
Ingestão de álcool excessiva NI-4.3

Ingestão de Nutriente (NI-5)
Ingestão mensurada ou estimada de grupos específicos de nutrientes ou nutrientes únicos, comparada aos níveis desejados.
Necessidades de nutriente aumentadas (especificar) NI-5.1
Ingestão proteico-energética subótima NI-5.2
Necessidades de nutriente diminuídas (especificar) NI-5.3
Desequilíbrio de nutrientes NI-5.4

Gordura e Colesterol (NI-5.5)
Ingestão de gordura subótima NI-5.5.1
Ingestão de gordura excessiva NI-5.5.2
Ingestão de tipos de gordura em desacordo com as necessidades (especificar) NI-5.5.3

Proteína (NI-5.6)
Ingestão de proteína subótima NI-5.6.1
Ingestão de proteína excessiva NI-5.6.2
Ingestão de tipos de proteínas em desacordo com as necessidades (especificar) NI-5.6.3

Aminoácido (NI-5.7)
Ingestão de tipos de aminoácido em desacordo com as necessidades (especificar) NI-5.7.1

Carboidrato e Fibra (NI-5.8)
Ingestão de carboidrato subótima NI-5.8.1
Ingestão de carboidrato excessiva NI-5.8.2
Ingestão de tipos de carboidrato em desacordo com as necessidades (especificar) NI-5.8.3
Ingestão de carboidrato irregular NI-5.8.4
Ingestão de fibra subótima NI-5.8.5
Ingestão de fibra excessiva NI-5.8.6

Vitamina (NI-5.9)
Ingestão de vitamina subótima (especificar) NI-5.9.1
A (1); C (2); D (3); E (4); K (5); Tiamina (6); Riboflavina (7); Niacina (8); Folato (9); B6 (10); B12 (11); Ácido pantotênico (12);
Biotina (13).

Ingestão de vitamina excessiva (especificar): NI-5.9.2
A (1); C (2); D (3); E (4); K (5); Tiamina (6); Riboflavina (7); Niacina (8); Folato (9); B6 (10); B12 (11); Ácido pantotênico (12);
Biotina (13)

Mineral (NI-5.10)
Ingestão de mineral subótima (especificar): NI-5.10.1
Cálcio (1); Cloreto (2); Ferro (3); Magnésio (4); Potássio (5); Fósforo (6); Sódio (7); Zinco (8); Sulfato (9); Flúor (10); Cobre (11); Iodo (12); Selênio (13); Manganês (14); Cromo (15); Molibdênio (16); Boro (17); Cobalto (18).

Ingestão de mineral excessiva (especificar): NI-5.10.2
Cálcio (1); Cloreto (2); Ferro (3); Magnésio (4); Potássio (5); Fósforo (6); Sódio (7); Zinco (8); Sulfato (9); Flúor (10); Cobre (11); Iodo (12); Selênio (13); Manganês (14); Cromo (15); Molibdênio (16); Boro (17); Cobalto (18).

Multinutriente (NI-5.11)
Ingestão de nutriente prevista subótima NI-5.11.1
Ingestão de nutriente prevista excessiva (especificar) NI-5.11.2

DOMÍNIO: CLÍNICA - NC
Achados/alterações identificados em nutrição que estão relacionados às condições clínicas ou físicas.

Funcional (NC-1)
Disfunção física ou mecânica que interfere ou dificulta na nutrição do indivíduo.
Deglutição com dificuldade NC-1.1
Mordedura/mastigação com dificuldade NC-1.2
Amamentação com dificuldade NC-1.3
Função gastrointestinal alterada NC-1.4
Amamentação prevista com dificuldade NC-1.5

Bioquímica (NC-2)
Mudança na capacidade de metabolizar nutrientes devido a medicamentos, cirurgia ou conforme indicado nos valores laboratoriais alterados.
Utilização de nutriente alterada (especificar) NC-2.1
Valores laboratoriais relacionados à nutrição alterados (especificar) NC-2.2
Interação fármaco-nutriente (especificar) NC-2.3
Interação fármaco-nutriente prevista (especificar) NC-2.4

Peso (NC-3)
Peso corporal ou mudança de peso comparado ao usual ou ao desejado.
Baixo peso NC-3.1
Perda de peso não intencional NC-3.2
Sobrepeso/obesidade NC-3.3
Sobrepeso, adulto ou pediatria NC-3.3.1
Obesidade, pediatria NC-3.3.2
Obesidade, classe I NC-3.3.3
Obesidade, classe II NC-3.3.4
Obesidade, classe III NC-3.3.5
Ganho de peso não intencional NC-3.4
Taxa de crescimento abaixo do esperado NC-3.5
Taxa de crescimento acima do esperado NC-3.6

Distúrbios da Má-Nutrição (NC-4)
Consequências à saúde que resultam da ingestão subótima ou excessiva de energia e/ou de nutriente, comparada às necessidades fisiológicas e/ou utilização.
Desnutrição (subnutrição) NC-4.1
Desnutrição relacionada à inanição NC-4.1.1
Desnutrição moderada relacionada à inanição NC-4.1.1.1
Desnutrição grave relacionada à inanição NC-4.1.1.2
Desnutrição relacionada à doença ou condição crônica NC-4.1.2
Desnutrição moderada relacionada à doença ou condição crônica NC-4.1.2.1
Desnutrição grave relacionada à doença ou condição crônica NC-4.1.2.2
Desnutrição relacionada à doença ou injúria aguda NC-4.1.3
Desnutrição moderada relacionada à doença ou injúria aguda NC-4.1.3.1
Desnutrição grave relacionada à doença ou injúria aguda NC-4.1.3.2
Desnutrição pediátrica não relacionada à enfermidade NC-4.1.4
Desnutrição pediátrica leve não relacionada à enfermidade NC-4.1.4.1
Desnutrição pediátrica moderada não relacionada à enfermidade NC-4.1.4.2
Desnutrição pediátrica grave não relacionada à enfermidade NC-4.1.4.3
Desnutrição pediátrica relacionada à enfermidade NC-4.1.5
Desnutrição pediátrica leve relacionada à enfermidade NC-4.1.5.1
Desnutrição pediátrica moderada relacionada à enfermidade NC-4.1.5.2
Desnutrição pediátrica grave relacionada à

enfermidade NC-4.1.5.3

DOMÍNIO: COMPORTAMENTAL - AMBIENTAL - NB
Achados/alterações identificados em nutrição que estão relacionados ao conhecimento, atitudes/crenças, meio ambiente, acesso aos alimentos ou segurança alimentar.

Conhecimento e Crença (NB-1)
Conhecimento e crenças atuais relatados, observados ou documentados.
Conhecimento relacionado à alimentação e nutrição subótimo NB-1.1
Atitudes/crenças não comprovadas quanto à alimentação ou tópicos relacionados (uso com cautela) NB-1.2
Despreparo para mudança na dieta/estilo de vida NB-1.3
Automonitoramento subótimo NB-1.4
Padrão alimentar desordenado NB-1.5
Adesão às recomendações relacionadas à nutrição subótima NB-1.6
Escolhas alimentares indesejáveis NB-1.7

Atividade Física e Funcionalidade (NB-2)
Atividade física atual, autocuidado e problemas da qualidade de vida relatados, observados ou documentados.

Inatividade física NB-2.1
Atividade física excessiva NB-2.2
Gerenciamento do autocuidado subótimo NB-2.3
Capacidade de preparar alimentos/refeições subótima NB-2.4
Qualidade de vida relacionada à nutrição subótima NB-2.5
Autoalimentação com dificuldade NB-2.6

Segurança e Acesso alimentar (NB-3)
Problemas atuais com segurança ou acesso a alimentos, água ou suprimentos relacionados à nutrição.
Ingestão de alimentos inseguros NB-3.1
Acesso a alimentos subótimo NB-3.2
Acesso a suprimentos relacionados à nutrição subótimo NB-3.3
Acesso à água potável subótimo NB-3.4

DOMÍNIO: OUTRO - NO
Achados em nutrição que não estão classificados como problemas de ingestão, clínicos ou comportamental/ambiental
Nenhum diagnóstico em nutrição no momento NO-1.1

Fonte: ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. **Electronic Nutrition Care Process Terminology (eNCPT)**: A Standardized Terminology to Ensure Optimal Nutrition Care. [*S. l.*]: 2019. Disponível em: http://ncpt.webauthor.com. Acesso em: 27 jun. 2020.

EXEMPLO DE DIAGNÓSTICO EM NUTRIÇÃO EM UM ESTUDO DE CASO

Parte 2 – Identificando e comunicando o Diagnóstico em Nutrição

Aqui será exemplificado o uso da terminologia do Diagnóstico em Nutrição e desenvolvida uma comunicação no formato PES, a partir do estudo de caso iniciado na etapa de Avaliação em Nutrição.

- Lembrando que se trata da paciente Ana, do sexo feminino, com 50 anos e diagnóstico de câncer de adrenal, em consulta com nutricionista.

Estes são dados da Avaliação em Nutrição considerados relevantes para o Diagnóstico em Nutrição:

- Perda de peso de 9,07kg em 2 meses
- IMC dentro da normalidade
- Em tratamento com quimioterapia e radioterapia
- Cansaço, falta de apetite, lesões bucais, mal-estar geral
- Aceitação parcial (<50%) e recusa de refeições
- Recordatório de 24 horas indica ingestão calórica entre 1000-1200Kcal/dia

Quais são as possíveis declarações no formato PES para o paciente em questão, com base nos dados da Avaliação em Nutrição?

1. Ingestão de energia subótima (problema) **relacionada à** diminuição do apetite e lesões bucais (etiologia), **conforme evidenciado pela** perda de peso de 9,07kg em 2 meses (sinal/sintoma).
2. Ingestão oral subótima (problema) **relacionada à** diminuição do apetite e lesões bucais (etiologia), **conforme evidenciado pela** baixa ingestão calórica e perda de peso (sinais/sintomas).
3. Ingestão oral subótima **relacionada à** diminuição do apetite e lesões bucais (etiologia), **conforme evidenciado pela** ingestão de < 50% das refeições e negação frequente de refeições e lanches (sinal/sintoma).

    - Observe que as declarações no formato PES conectam a avaliação, a intervenção e o monitoramento. A etiologia indica que tipo de intervenção é necessária e os sinais e sintomas indicam o que deve ser monitorado e reavaliado pelo nutricionista.
    - Os diagnósticos em nutrição utilizados nesses exemplos foram selecionados do domínio: INGESTÃO NUTRICIONAL (NI) e são eles, respectivamente: Ingestão de energia subótima (NI-1.2) e Ingestão oral subótima (NI-2.1)
    - Para auxiliar no raciocínio e avaliar se a declaração PES realizada está adequada, pense nas perguntas que podem ser feitas:

- O problema identificado pode ser resolvido por um nutricionista?
- A etiologia faz sentido? Ela se relaciona com os dados da avaliação?
- Existe uma ou mais intervenções possíveis?
- O nutricionista poderá monitorar esse paciente com base nos sinais e sintomas declarados?

No exemplo listado, podemos responder sim para essas questões. Neste caso, a escolha da declaração PES mais adequada poderá ser feita baseando-se nos recursos que o nutricionista terá disponíveis quando for reavaliar esse paciente. Ou seja, se os sinais e sintomas declarados poderão ser reavaliados para o monitoramento das metas da(s) intervenção(s).

Nesse contexto, utilizaremos a declaração PES de número 2: Ingestão oral subótima **relacionada à** diminuição do apetite e lesões bucais, **conforme evidenciado pela** baixa ingestão calórica (entre 1000-1200Kcal) e perda de peso.

Isto conclui o estudo de caso referente à etapa de Diagnóstico em Nutrição.

Para prosseguir, que tal utilizar o seu conhecimento prévio em Nutrição e listar qual ou quais intervenções em nutrição poderiam ser realizadas para essa paciente a partir da declaração PES escolhida?
Depois de listar uma ou mais intervenções, prossiga para a etapa de Intervenção em Nutrição para posteriormente continuar o estudo de caso.

CAPÍTULO 4: INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO

Após a identificação do problema, passamos então para a etapa de solução de problemas do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN), na qual os profissionais planejam e executam intervenções em nutrição focadas, sempre que possível, na etiologia do(s) problema(s) ou na diminuição dos sinais e sintomas do diagnóstico em nutrição.

Uma Intervenção em Nutrição é uma ação planejada com a intenção de alterar um comportamento relacionado à nutrição, um fator de risco, uma condição ambiental ou um aspecto do estado de saúde para resolver ou melhorar o diagnóstico ou problemas nutricionais identificados.

Ou seja, o diagnóstico em nutrição e sua etiologia determinam a seleção de uma intervenção em nutrição. As ações planejadas de nutrição escolhidas para alterar ou eliminar a etiologia ou diminuir os sinais e sintomas de um problema nutricional e o uso da terminologia de Intervenção em Nutrição definida facilitam a compreensão entre todos os profissionais de saúde e outros colaboradores de que as intervenções nutricionais são capazes de manter ou melhorar a saúde e minimizar a doença.

A prescrição nutricional declara de forma concisa e personalizada a ingestão recomendada de energia e/ou alimentos ou nutrientes com base nos padrões de referência e diretrizes alimentares atuais e no diagnóstico de condição de saúde de um cliente. Ela é parte essencial do planejamento da Intervenção em Nutrição e é determinada usando os dados da Avaliação em Nutrição; a declaração do Diagnóstico em Nutrição (PES); evidências, políticas e procedimentos atuais; e valores e preferências do cliente.

Com as metas do cliente e a prescrição nutricional definidas, o profissional de nutrição cria um plano de ação que se baseia nas metas de atendimento centradas nas pessoas e em evidências científicas para resolver ou amenizar os problemas nutricionais.

As metas de Intervenção em Nutrição, idealmente desenvolvidas em colaboração com o cliente, constituem a base para o monitoramento do progresso e a mensuração dos resultados.

A Intervenção em Nutrição é realizada em duas etapas distintas e inter-relacionadas: planejamento e implementação.

Planejar a Intervenção em Nutrição envolve:

– Priorizar intervenções com base na urgência, impacto e recursos disponíveis;

– Definir, junto ao cliente, as metas da intervenção para cada diagnóstico;

– Escrever uma prescrição nutricional personalizada com base na ingestão dietética recomendada de energia e/ou alimentos ou nutrientes selecionados com base nos padrões de referência atuais e diretrizes dietéticas e no diagnóstico de condição de saúde e nutrição de um cliente;

– Selecionar estratégias específicas de intervenção em nutrição focadas na etiologia do problema e conhecidas por serem eficazes com base nos melhores conhecimentos e evidências atuais;

– Definir o tempo e a frequência dos cuidados.

A implementação é a fase de ação e envolve:

– Acordar com o cliente a execução do plano de cuidados;
– Comunicar o plano de cuidados nutricionais;
– Modificar o plano de cuidados, conforme necessário;
– Acompanhar e verificar se o plano está sendo implementado;
– Revisar estratégias com base em mudanças de condição ou resposta à intervenção.

Habilidades de pensamento crítico para a etapa de Intervenção em Nutrição

- Saber estabelecer e priorizar metas
- Definir a prescrição nutricional ou um plano básico
- Fazer conexões interdisciplinares
- Estabelecer estratégias de intervenção nutricional de acordo com as necessidades e valores do cliente e o diagnóstico (s) em nutrição
- Saber determinar um plano de ação
- Determinar o tempo e a frequência do atendimento

TERMINOLOGIA DA AND PARA INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO

Nesta seção será apresentada uma lista de termos da Intervenção em Nutrição, conforme descrito no eNCPT (2019).

A terminologia para Intervenção em Nutrição é organizada em quatro domínios (categorias):

- **Oferta de alimento e/ou nutriente**: abordagem personalizada para fornecimento de alimentos e/ou nutrientes.
- **Educação em Nutrição**: um processo formal para instruir ou treinar um cliente para uma habilidade ou transmitir conhecimento para ajudá-lo a gerenciar ou modificar voluntariamente as escolhas de alimentos e comportamentos de nutrição e atividade física para manter ou melhorar a saúde.
- **Aconselhamento em Nutrição**: um processo de apoio, caracterizado por um relacionamento colaborativo entre conselheiro-cliente, para estabelecer prioridades, metas e planos de ação de alimentação, nutrição e atividade física que reconheçam e promovam a responsabilidade pelo autocuidado para tratar uma condição existente e promover a saúde.
- **Coordenação do Cuidado em Nutrição por um profissional da Nutrição**: Consulta, encaminhamento ou coordenação dos cuidados nutricionais com outros prestadores de cuidados de saúde, instituições ou agências que podem ajudar no tratamento ou gerenciamento de problemas relacionados à nutrição.

Cada um desses domínios possui classes e subclasses e podem ser usados por todos os profissionais de Nutrição em todos os ambientes de intervenção nutricional (por exemplo, comunidade, saúde pública, atendimento domiciliar, cuidados prolongados, consultório particular e atendimento ambulatorial) para todas as faixas etárias.

Abaixo segue a lista de termos de cada um desses domínios:

Prescrição em Nutrição (NP) NP-1.1
Ingestão dietética recomendada de energia e/ou alimentos ou nutrientes, baseada em padrões de referência atuais e guias dietéticos, e na condição atual de saúde e diagnóstico em nutrição do cliente (especificar).

DOMÍNIO: OFERTA DE ALIMENTO E/OU NUTRIENTE (ND)
Abordagem individualizada para a provisão de alimento/nutriente.

Refeição e Lanches (1)
Episódio normal de alimentação (refeição); alimento servido entre refeições normais (lanche).
Dieta saudável/geral ND-1.1

Modificação na composição de refeições/lanches ND-1.2

Dieta modificada na consistência (1) ND-1.2.1
Dieta fácil de mastigar ND-1.2.1.1
Dieta mecanicamente alterada ND-1.2.1.2
Dieta pastosa ND-1.2.1.3
Consistência líquida - líquidos finos ND-1.2.1.4
Consistência líquida - líquidos com consistência de néctar ND-1.2.1.5
Consistência líquida - líquidos com consistência de mel ND-1.2.1.6
Consistência líquida - líquidos com consistência de colher ND-1.2.1.7

Dieta modificada em energia (2) ND-1.2.2
Dieta com aumento de energia ND-1.2.2.1
Dieta com redução de energia ND-1.2.2.2

Dieta modificada em proteína (3) ND-1.2.3
Dieta uniforme em proteína ND-1.2.3.1
Dieta com aumento de proteína ND-1.2.3.2

Dieta com redução de proteína ND-1.2.3.3
Dieta com redução de caseína ND-1.2.3.4
Dieta com redução de glúten ND-1.2.3.5
Dieta sem glúten ND-1.2.3.5.1
Dieta modificada em aminoácido ND-1.2.3.6
Dieta modificada em arginina ND-1.2.3.6.1
Dieta com aumento de arginina ND-1.2.3.6.1.1
Dieta com redução de arginina ND-1.2.3.6.1.2
Dieta modificada em glutamina ND-1.2.3.6.2
Dieta com aumento de glutamina ND-1.2.3.6.2.1
Dieta com redução de glutamina ND-1.2.3.6.2.2
Dieta modificada em histidina ND-1.2.3.6.3
Dieta com aumento de histidina ND-1.2.3.6.3.1
Dieta com redução de histidina ND-1.2.3.6.3.2
Dieta com aumento de homocisteína ND-1.2.3.6.4
Dieta modificada em isoleucina ND-1.2.3.6.5
Dieta com aumento de isoleucina ND-1.2.3.6.5.1
Dieta com redução de isoleucina ND-1.2.3.6.5.2
Dieta modificada em leucina ND-1.2.3.6.6
Dieta com aumento de leucina ND-1.2.3.6.6.1
Dieta com redução de leucina ND-1.2.3.6.6.2
Dieta modificada em lisina ND-1.2.3.6.7
Dieta com aumento de lisina ND-1.2.3.6.7.1
Dieta com redução de lisina ND-1.2.3.6.7.2
Dieta modificada em metionina ND-1.2.3.6.8
Dieta com aumento de metionina ND-1.2.3.6.8.1
Dieta com redução de metionina ND-1.2.3.6.8.2
Dieta modificada em fenilalanina ND-1.2.3.6.9
Dieta com aumento de fenilalanina ND-1.2.3.6.9.1
Dieta com redução de fenilalanina ND-1.2.3.6.9.2
Dieta modificada em treonina ND-1.2.3.6.10
Dieta com aumento de treonina ND-1.2.3.6.10.1
Dieta com redução de treonina ND-1.2.3.6.10.2
Dieta modificada em triptofano ND-1.2.3.6.11
Dieta com aumento de triptofano ND-1.2.3.6.11.1
Dieta com redução de triptofano ND-1.2.3.6.11.2
Dieta com redução de tiramina ND-1.2.3.6.12
Dieta modificada em tirosina ND-1.2.3.6.13
Dieta com aumento de tirosina ND-1.2.3.6.13.1
Dieta com redução de tirosina ND-1.2.3.6.13.2
Dieta modificada em valina ND-1.2.3.6.14
Dieta com aumento de valina ND-1.2.3.6.14.1
Dieta com redução de valina ND-1.2.3.6.14.2

Dieta modificada em carboidrato (4) ND-1.2.4
Dieta uniforme em carboidrato ND-1.2.4.1
Dieta com aumento de carboidrato ND-1.2.4.2
Dieta com aumento de carboidrato complexo ND-1.2.4.2.1
Dieta com aumento de carboidrato simples ND-1.2.4.2.2
Dieta com redução de carboidrato ND-1.2.4.3
Dieta com redução de carboidrato complexo ND-1.2.4.3.1
Dieta com redução de carboidrato simples ND-1.2.4.3.2
Dieta modificada em galactose ND-1.2.4.4
Dieta com aumento de galactose ND-1.2.4.4.1
Dieta com redução de galactose ND-1.2.4.4.2
Dieta modificada em lactose ND-1.2.4.5
Dieta com aumento de lactose ND-1.2.4.5.1
Dieta com redução de lactose ND-1.2.4.5.2
Dieta modificada em frutose ND-1.2.4.6
Dieta com aumento de frutose ND-1.2.4.6.1
Dieta com redução de frutose ND-1.2.4.6.2

Dieta modificada em gordura (5) ND-1.2.5
Dieta com aumento de gordura ND-1.2.5.1
Dieta com redução de gordura ND-1.2.5.2
Dieta modificada em gordura monoinsaturada ND-1.2.5.3
Dieta com aumento de gordura monoinsaturada ND-1.2.5.3.1
Dieta com redução de gordura monoinsaturada ND-1.2.5.3.2
Dieta modificada em ácido graxo poli-insaturado ND-1.2.5.4
Dieta com aumento de gordura poli-insaturada ND-1.2.5.4.1
Dieta com aumento de ácido linoleico ND-1.2.5.4.1.1
Dieta com redução de gordura poli-insaturada ND-1.2.5.4.2
Dieta com redução de ácido linoleico ND-1.2.5.4.2.1
Dieta modificada em gordura saturada ND-1.2.5.5
Dieta com redução de gordura saturada ND-1.2.5.5.1
Dieta modificada em gordura trans ND-1.2.5.6
Dieta com redução de gordura trans ND-1.2.5.6.1
Dieta modificada em ácido graxo ômega-3 ND-1.2.5.7
Dieta com aumento de ácido graxo ômega-3 ND-1.2.5.7.1
Dieta com aumento de ácido alfa linolênico ND-1.2.5.7.1.1
Dieta com aumento de ácido eicosapentaenoico ND-1.2.5.7.1.2
Dieta com aumento de ácido docosahexaenoico ND-1.2.5.7.1.3
Dieta com redução de ácido graxo ômega-3 ND-1.2.5.7.2
Dieta com redução de ácido alfa linolênico ND-1.2.5.7.2.1
Dieta com redução de ácido eicosapentaenoico ND-1.2.5.7.2.2
Dieta com redução de ácido docosahexaenoico ND-1.2.5.7.2.3
Dieta modificada em triglicerídeos de cadeia média ND-1.2.5.8
Dieta com aumento de triglicerídeos de cadeia média ND-1.2.5.8.1
Dieta com redução de triglicerídeos de cadeia média ND-1.2.5.8.2

Dieta modificada em colesterol (6) ND-1.2.6
Dieta com redução de colesterol ND-1.2.6.1

Dieta modificada em fibra (7) ND-1.2.7
Dieta com aumento de fibra ND-1.2.7.1
Dieta com redução de fibra ND-1.2.7.2
Dieta modificada em fibra solúvel ND-1.2.7.3
Dieta com aumento de fibra solúvel ND-1.2.7.3.1
Dieta com redução de fibra solúvel ND-1.2.7.3.2
Dieta modificada em fibra insolúvel ND-1.2.7.4
Dieta com aumento de fibra insolúvel ND-1.2.7.4.1
Dieta com redução de fibra insolúvel ND-1.2.7.4.2

Dieta modificada em líquido (8) ND-1.2.8
Dieta com aumento de líquido ND-1.2.8.1
Dieta restrita em líquido ND-1.2.8.2
Dieta com líquidos claros (líquida restrita) ND-1.2.8.3

Dieta com líquidos completos (líquida completa) ND-1.2.8.4

Dieta modificada em alimentos ou ingredientes específicos (9) ND-1.2.9
Dieta modificada em vitamina (10) ND-1.2.10
Dieta modificada em vitamina A ND-1.2.10.1
Dieta com aumento de vitamina A ND-1.2.10.1.1
Dieta com redução de vitamina A ND-1.2.10.1.2
Dieta modificada em vitamina C ND-1.2.10.2
Dieta com aumento de vitamina C ND-1.2.10.2.1
Dieta com redução de vitamina C ND-1.2.10.2.2
Dieta modificada em vitamina D ND-1.2.10.3
Dieta com aumento de vitamina D ND-1.2.10.3.1
Dieta com redução de vitamina D ND-1.2.10.3.2
Dieta modificada em vitamina E ND-1.2.10.4
Dieta com aumento de vitamina E ND-1.2.10.4.1
Dieta com redução de vitamina E ND-1.2.10.4.2
Dieta modificada em vitamina K ND-1.2.10.5
Dieta com aumento de vitamina K ND-1.2.10.5.1
Dieta com redução de vitamina K ND-1.2.10.5.2
Dieta modificada em tiamina ND-1.2.10.6
Dieta com aumento de tiamina ND-1.2.10.6.1
Dieta com redução de tiamina ND-1.2.10.6.2
Dieta modificada em riboflavina ND-1.2.10.7
Dieta com aumento de riboflavina ND-1.2.10.7.1
Dieta com redução de riboflavina ND-1.2.10.7.2
Dieta modificada em niacina ND-1.2.10.8
Dieta com aumento de niacina ND-1.2.10.8.1
Dieta com redução de niacina ND-1.2.10.8.2
Dieta modificada em ácido fólico ND-1.2.10.9
Dieta com aumento de ácido fólico ND-1.2.10.9.1
Dieta com redução de ácido fólico ND-1.2.10.9.2
Dieta modificada em vitamina B6 ND-1.2.10.10
Dieta com aumento de vitamina B6 ND-1.2.10.10.1
Dieta com redução de vitamina B6 ND-1.2.10.10.2
Dieta modificada em vitamina B12 ND-1.2.10.11
Dieta com aumento de vitamina B12 ND-1.2.10.11.1
Dieta com redução de vitamina B12 ND-1.2.10.11.2
Dieta modificada em ácido pantotênico ND-1.2.10.12
Dieta com aumento de ácido pantotênico ND-1.2.10.12.1
Dieta com redução de ácido pantotênico ND-1.2.10.12.2
Dieta modificada em biotina ND-1.2.10.13
Dieta com aumento de biotina ND-1.2.10.13.1
Dieta com redução de biotina ND-1.2.10.13.2
Dieta modificada em mineral (11) ND-1.2.11
Dieta modificada em cálcio ND-1.2.11.1
Dieta com aumento de cálcio ND-1.2.11.1.1
Dieta com redução de cálcio ND-1.2.11.1.2
Dieta modificada em cloreto ND-1.2.11.2
Dieta modificada em ferro ND-1.2.11.3
Dieta com aumento de ferro ND-1.2.11.3.1
Dieta com redução de ferro ND-1.2.11.3.2
Dieta modificada em magnésio ND-1.2.11.4
Dieta com aumento de magnésio ND-1.2.11.4.1
Dieta com redução de magnésio ND-1.2.11.4.2
Dieta modificada em potássio ND-1.2.11.5
Dieta com aumento de potássio ND-1.2.11.5.1
Dieta com redução de potássio ND-1.2.11.5.2
Dieta modificada em fósforo ND-1.2.11.6
Dieta com aumento de fósforo ND-1.2.11.6.1
Dieta com redução de fósforo ND-1.2.11.6.2
Dieta modificada em sódio ND-1.2.11.7
Dieta com aumento de sódio ND-1.2.11.7.1
Dieta com redução de sódio ND-1.2.11.7.2
Dieta modificada em zinco ND-1.2.11.8
Dieta com aumento de zinco ND-1.2.11.8.1
Dieta com redução de zinco ND-1.2.11.8.2
Dieta modificada em enxofre ND-1.2.11.9
Dieta modificada em flúor ND-1.2.11.10
Dieta modificada em cobre ND-1.2.11.11
Dieta com aumento de cobre ND-1.2.11.11.1
Dieta com redução de cobre ND-1.2.11.11.2
Dieta modificada em iodo ND-1.2.11.12
Dieta com aumento de iodo ND-1.2.11.12.1
Dieta com redução de iodo ND-1.2.11.12.2
Dieta modificada em selênio ND-1.2.11.13
Dieta modificada em manganês ND-1.2.11.14
Dieta modificada em cromo ND-1.2.11.15
Dieta com aumento de cromo ND-1.2.11.15.1
Dieta modificada em molibdênio ND-1.2.11.16
Dieta modificada em boro ND-1.2.11.17
Dieta modificada em cobalto ND-1.2.11.18

Horário modificado de alimentos/líquidos ND-1.3
Horário modificado de ingestão para reduzir jejum ND-1.3.1

Alimentos/bebidas ou grupos específicos ND-1.4
Dieta modificada em fruta ND-1.4.1
Dieta modificada em hortaliça ND-1.4.2
Dieta modificada em hortaliças amiláceas ND-1.4.2.1
Dieta modificada em feijão e ervilha ND-1.4.2.2
Dieta modificada em grãos ND-1.4.3
Dieta modificada para amido alimentar não cozido ND-1.4.3.1
Dieta modificada em proteína alimentar ND-1.4.4
Dieta com alimentos modificados contendo pouca proteína ND-1.4.4.1
Dieta modificada para ovo ND-1.4.4.2
Dieta sem ovo cru ND-1.4.4.2.1
Outro (especificar) ND-1.5

Nutrição Enteral e Parenteral (2)
Nutrição fornecida no trato gastrointestinal (GI) via sonda, cateter ou estoma (enteral) ou via intravenosa, central ou periférica (parenteral).

Nutrição Enteral (2.1)
Nutrição fornecida no trato gastrointestinal (GI).
Mudança na composição da nutrição enteral ND-2.1.1
Mudança na concentração da nutrição enteral ND-2.1.2
Mudança na taxa de infusão da nutrição enteral ND-2.1.3
Mudança no volume da nutrição enteral ND-2.1.4
Mudança no horário da nutrição enteral ND-2.1.5
Mudança da via de nutrição enteral ND-2.1.6
Inserção de sonda de nutrição enteral ND-2.1.7
Cuidado no local de acesso de nutrição enteral ND-2.1.8
Lavagem da sonda de nutrição ND-2.1.9

Nutrição Parenteral/Líquidos IV (2.2)
Administração intravenosa de nutrientes e líquidos.
Mudança na composição da nutrição parenteral ND-

2.2.1
Mudança na concentração da nutrição parenteral ND-2.2.2
Mudança na taxa de infusão da nutrição parenteral ND-2.2.3
Mudança no volume da nutrição parenteral ND-2.2.4
Mudança no horário da nutrição parenteral ND-2.2.5
Mudança na via de nutrição parenteral ND-2.2.6
Cuidado no local de acesso de nutrição parenteral ND-2.2.7
Administração de líquido IV ND-2.2.8

Terapia Nutricional Suplementar (3)
Terapia Clínica com Suplemento Alimentar (3.1) Alimentos ou bebidas comerciais ou preparados que têm o objetivo de suplementar a ingestão de energia, proteína, carboidrato, fibra e/ou lipídeo.
Bebida comercial ND-3.1.1
Alimento comercial ND-3.1.2
Bebida modificada ND-3.1.3
Alimento modificado ND-3.1.4
Objetivo ND-3.1.5

Terapia com Suplemento de Vitamina e Mineral (3.2)
Vitaminas ou minerais suplementares.
Terapia com suplemento de multivitaminas/ minerais ND-3.2.1
Terapia com suplemento de elementos-traço ND-3.2.2
Terapia com suplemento de vitamina ND-3.2.3
A (1); C (2); D (3); E (4); K (5); Tiamina (6); Riboflavina (7); Niacina (8); Folato (9); B6 (10); B12 (11); Ácido pantotênico (12); Biotina (13).

Terapia com suplemento de mineral ND-3.2.4
Cálcio (1); Cloreto (2); Ferro (3); Magnésio (4); Potássio (5); Fósforo (6); Sódio (7); Zinco (8); Sulfato (9); Flúor (10); Cobre (11); Iodo (12); Selênio (13); Manganês (14); Cromo (15); Molibdênio (16); Boro (17); Cobalto (18).

Manejo de Substância Bioativa (3.3)
Adição ou mudança na oferta de substâncias bioativas.
Ésteres de estanol vegetal ND-3.3.1
Ésteres de esterol vegetal ND-3.3.2
Proteína de soja ND-3.3.3
Psillium ND-3.3.4
B-Glucano ND-3.3.5
Aditivos alimentares (especificar) ND-3.3.6
Álcool ND-3.3.7
Cafeína ND-3.3.8
Outro (especificar) ND-3.3.9

Assistência à Alimentação (4)
Acomodação ou assistência na alimentação.
Aparelhos adaptativos para a alimentação ND-4.1
Posição para a alimentação ND-4.2
Montagem de refeição ND-4.3
Cuidado bucal ND-4.4
Assistência na seleção de cardápio ND-4.5
Outro ND-4.6

Manejo do Ambiente de Alimentação (5)
Ajustes dos fatores onde o alimento é servido, que impactam no consumo alimentar.
Iluminação ND-5.1
Odores ND-5.2
Distrações ND-5.3
Altura da mesa ND-5.4
Serviço de mesa ND-5.5
Temperatura ambiente ND-5.6
Serviço de refeição ND-5.7
Local da refeição ND-5.8
Outro ND-5.9

Manejo de Medicamento Relacionado à Nutrição (6)
Modificação de um fármaco ou medicamento complementar/alternativo para otimizar o estado nutricional ou de saúde do cliente.
Medicamento com receita médica ND-6.1
Medicamento sem receita médica ND-6.2
Substâncias complementares/alternativas ND-6.3

DOMÍNIO: EDUCAÇÃO EM NUTRIÇÃO (E)
Processo formal para instruir e treinar clientes em uma habilidade, ou para transmitir conhecimento para que, voluntariamente, eles possam manejar ou modificar escolhas e comportamentos alimentares, nutricionais e de atividade física que podem manter ou melhorar a saúde.

Conteúdo de Educação em Nutrição (1)
Instrução ou treinamento objetivado a levar o conhecimento relacionado à nutrição.
Objetivo da educação em nutrição E-1.1
Modificações de prioridade E-1.2
Informação de sobrevivência E-1.3
Relação da nutrição com a saúde/doença E-1.4
Modificações recomendadas E-1.5
Outro ou tópicos relacionados E-1.6
Outro E-1.7
Diretriz para atividade física E-1.8

Aplicação de Educação em Nutrição (2)
Instrução ou treinamento objetivado a levar a resultados na interpretação e/ou habilidades relacionadas à nutrição.
Interpretação de resultado E-2.1
Desenvolvimento de habilidade E-2.2
Outro E-2.3

ACONSELHAMENTO EM NUTRIÇÃO (C)
Um processo de apoio, caracterizado pelo relacionamento colaborativo entre o conselheiro e o cliente, para estabelecer prioridades, metas e planos de ação na alimentação, nutrição e atividade física, que reconhece e estimula a responsabilidade para o autocuidado para tratar uma condição existente e promover a saúde.

Abordagem/Base Teórica (1)
As teorias ou modelos usados para planejar e implementar uma intervenção.
Teoria cognitivo-comportamental C-1.1
Modelo de crença na saúde C-1.2
Teoria de aprendizado social C-1.3
Modelo/estágios de mudança transteórico C-1.4
Outro C-1.5

Estratégias (2)
Métodos ou planos de ação selecionados, baseados em evidência, designados a alcançar um objetivo particular.
Entrevista motivacional C-2.1
Estabelecimento de objetivos C-2.2
Automonitoramento C-2.3
Resolução de problema C-2.4
Apoio social C-2.5
Manejo de estresse C-2.6
Controle de estímulo C-2.7
Restruturação cognitiva C-2.8
Prevenção de relapso C-2.9
Manejo de recompensa/contingência C-2.10
Outro C-2.11 (especificar)

DOMÍNIO: COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM NUTRIÇÃO POR UM PROFISSIONAL DA NUTRIÇÃO (RC)
Consulta com referência a ou coordenação do cuidado em nutrição com outros provedores, instituições ou agências que podem auxiliar no tratamento ou manejo de problemas relacionados à nutrição.

Colaboração e Referência de Cuidado Durante o Cuidado em Nutrição (1)
Facilitação de serviços com outros profissionais, instituições ou agências durante o cuidado em nutrição.
Reunião com equipe RC-1.1
Referência a nutricionista com especialidade diferente RC-1.2
Colaboração com outros nutricionistas RC-1.3
Colaboração com outros provedores RC-1.4
Referência a outros provedores RC-1.5
Referência a programas/agências da comunidade RC-1.6

Alta e Transferência de Cuidado em Nutrição para Novo Local ou Provedor (2)
Plano de alta e transferência de cuidado em nutrição de um nível ou local de cuidado para outro.
Alta e transferência para outros provedores RC-2.1
Alta e transferência para agências/programas comunitários RC-2.2
Alta e transferência para outro nutricionista RC-2.3

Fonte: ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. **Electronic Nutrition Care Process Terminology (eNCPT)**: A Standardized Terminology to Ensure Optimal Nutrition Care. [*S. l.*]: 2019. Disponível em: http://ncpt.webauthor.com. Acesso em: 27 jun. 2020.

EXEMPLO DE INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO EM UM ESTUDO DE CASO

Parte 3 – Definindo a Intervenção em Nutrição

Nesta parte vamos utilizar a terminologia da intervenção em nutrição para o desenvolvimento da prescrição nutricional.

- ✓ Continuamos no caso da paciente Ana, de 50 anos, com diagnóstico de câncer de adrenal, que está sendo atendida pelo nutricionista.

Esses dados da Avaliação em Nutrição são relevantes para a Intervenção em Nutrição:

- Perda de peso de 9,07kg em 2 meses
- IMC dentro da normalidade
- Em tratamento com quimioterapia e radioterapia
- Cansaço, falta de apetite, lesões bucais, mal-estar geral
- Aceitação parcial (<50%) e recusa de refeições
- Recordatório de 24 horas indica ingestão calórica entre 1000-1200Kcal/dia

Revisando as declarações PES e os sinais e sintomas que poderiam ser potencialmente resolvidos com uma prescrição nutricional adequada, quais seriam as possíveis prescrições nutricionais para Ana, com base na etiologia das declarações PES realizadas na etapa de Diagnóstico em Nutrição?
Lembrando que as declarações PES são desenvolvidas a partir dos dados coletados na Avaliação em Nutrição. O problema define o Diagnóstico em Nutrição. As etiologias indicam o tipo de Intervenção em Nutrição necessária. E os sinais e sintomas indicam o que será preciso monitorar e reavaliar.

Avaliando a declaração PES:

- ✓ Ingestão oral subótima **relacionada à** diminuição do apetite e lesões bucais, **conforme evidenciado pela** baixa ingestão calórica (entre 1000-1200Kcal) e perda de peso.

Nesse caso, o nutricionista pode abordar a etiologia da diminuição do apetite e lesões bucais e planejar uma intervenção que corrija a ingestão oral subótima. Os sinais e sintomas de baixa ingestão calórica e de perda de peso podem ser efetivamente monitorados.

Agora que você já usou o seu conhecimento para listar algumas possíveis condutas para este caso, consulte a lista de termos da Intervenção em Nutrição e selecione os termos padronizados que se assemelham com a sua conduta.

Para essa paciente, a principal Intervenção em Nutrição poderia ser:

- ✓ Gerenciamento da composição das refeições (ND-4.3), com orientações para modificação para uma dieta com aumento de energia (ND-1.2.2.1). Nessa intervenção, o nutricionista poderia planejar uma dieta com maior densidade calórica e maior fracionamento das refeições.

Intervenções complementares poderiam ser:

- ✓ Utilização de Terapia Nutricional Suplementar (ND-3), com prescrição de bebida comercial (ND-3.1.1).

- ✓ Também seria importante utilizar o domínio de Educação em Nutrição (E) para orientar sobre Modificações recomendadas (E-1.5) como aos cuidados com higienização e preparo dos alimentos e adequação das refeições de acordo com os efeitos colaterais do tratamento.

Isto conclui o estudo de caso referente à etapa de Intervenção em Nutrição. Prossiga para a etapa de Monitoramento e Aferição em Nutrição para posteriormente continuar o estudo de caso.

CAPÍTULO 5: MONITORAMENTO E AFERIÇÃO EM NUTRIÇÃO

A quarta etapa do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN), Monitoramento e Aferição em Nutrição, é o passo no qual o nutricionista consegue determinar o quanto houve de progresso nas metas da intervenção nutricional instituída na etapa anterior. Nela identificam-se os resultados do cuidado e os indicadores relevantes para o diagnóstico e a intervenção em nutrição. Após o Diagnóstico em Nutrição, o nutricionista determina a intervenção em nutrição mais apropriada, com base na avaliação, nos objetivos do cliente e na causa (etiologia) desse diagnóstico. O planejamento para o Monitoramento e Aferição em Nutrição é o componente final da etapa de intervenção em nutrição.

No atendimento inicial, devem ser escolhidos indicadores que serão monitorados e avaliados. Nos atendimentos subsequentes, também conhecidos como reavaliação nutricional, os profissionais avaliam e comunicam se o problema ou problemas relacionados à nutrição ainda existem e o progresso feito na resolução do(s) problema(s). Para cada atendimento, o nutricionista determina com antecedência os dados de reavaliação apropriados ou indicadores de cuidados nutricionais que serão revisados e comparados com padrões de referência, recomendações, objetivos do cliente ou dados anteriores.

Na etapa de Monitoramento e Aferição em Nutrição, existem três ações que consistem em monitorar, aferir e avaliar as mudanças nos indicadores dos cuidados nutricionais, a saber:

– Monitorar: nesta fase os profissionais monitoram, apresentando evidências de que a intervenção nutricional está ou não alterando algum comportamento ou *status*. O monitoramento geralmente começa durante o planejamento das intervenções nutricionais, quando o nutricionista deve decidir quais serão os dados necessários para depois avaliar se a intervenção está sendo bem-sucedida. Para isso, é importante selecionar indicadores que tenham o potencial de mudar ao longo do período selecionado para o monitoramento.

– Aferir: consiste em medir os resultados reunindo dados para os indicadores. Há muitas maneiras de medir uma resposta a intervenções nutricionais. Um exemplo seria aplicar um pré-teste antes de fornecer uma intervenção de educação nutricional a um paciente/cliente e, posteriormente, aplicar um pós-teste. Mudanças na pontuação do teste podem então ser usadas como uma medida do sucesso da educação nutricional.

– Avaliar: momento em que o nutricionista compara os resultados atuais com os anteriores, avalia os objetivos da Intervenção Nutricional e o impacto geral da intervenção na nutrição do cliente, no Diagnóstico em Nutrição e nos resultados de saúde. Uma avaliação precisa depende da seleção de referências corretas para os indicadores que estão sendo monitorados.

Para essa etapa, também é importante definir o que são resultados em nutrição e indicadores.

Resultados em Nutrição: podem ser vistos como os resultados obtidos a partir de uma intervenção diretamente ligada a ações tomadas por um nutricionista. Os resultados estarão relacionados ao Diagnóstico em Nutrição e aos objetivos do plano de intervenção. Podem ser definidos resultados esperados a curto e a longo prazo.

Os resultados podem ser medidos por meio dos indicadores da história relacionada à nutrição, das medidas antropométricas, dos dados bioquímicos, dos exames médicos e

procedimentos, dos achados físicos focados na nutrição, de conhecimento(s) adquirido(s) e de mudança(s) de comportamento.

Indicadores: marcadores que podem ser medidos e avaliados para determinar a eficácia dos cuidados nutricionais. No PCN, são chamados de sinais e sintomas.

Na avaliação, os indicadores são coletados e reunidos para identificar e rotular um diagnóstico em nutrição. Eles também identificam a causa do problema. Os indicadores selecionados podem ser usados, no futuro, para avaliar mudanças no diagnóstico em nutrição e nos objetivos da intervenção. E também são usados na gestão da qualidade do cuidado de nutrição.

Os indicadores são comparados a critérios ou normas e padrões de referência relevantes. As normas e os padrões de referência podem ser nacionais, internacionais ou regulatórios.

A avaliação em Monitoramento e Aferição envolve a avaliação simultânea de múltiplos indicadores e a determinação do progresso geral em direção à resolução dos diagnósticos nutricionais. É sugerido que os profissionais utilizem as seguintes definições para comunicar o *status* de cada diagnóstico em nutrição:

- Novo: quando se identifica um diagnóstico que não havia sido identificado na avaliação anterior
- Ativo: os sinais e sintomas do diagnóstico em nutrição ainda requerem intervenção em nutrição e monitoramento e avaliação para atingir a meta
- Resolvido: os sinais e sintomas identificados no diagnóstico em nutrição atingiram o objetivo
- Descontinuado: o diagnóstico em nutrição não existe mais porque a condição ou situação do paciente/cliente mudou. Os dados de avaliação atuais do cliente não sustentam mais esse diagnóstico em nutrição

Habilidades de pensamento crítico para Monitoramento e Aferição em Nutrição

- Selecionar indicadores apropriados
- Utilizar padrões de referência apropriados para comparação dos dados
- Identificar como o cliente está em termos de resultados esperados
- Saber explicar ao cliente a variação dos resultados esperados
- Capacidade de determinar os fatores que ajudam ou dificultam o progresso
- Saber decidir entre alta ou cuidados continuados

TERMINOLOGIA DA AND PARA MONITORAMENTO E AFERIÇÃO EM NUTRIÇÃO

Os termos para as etapas Avaliação em Nutrição e Monitoramento e Aferição em Nutrição são praticamente os mesmos, sendo apenas os termos da história do cliente usados para Avaliação, mas não para Monitoramento e Aferição. Todos os outros termos são usados para ambos. Por isso, você pode consultar os termos para a etapa de Monitoramento e Aferição em Nutrição no Capítulo 2 – Avaliação em Nutrição.

EXEMPLO DE MONITORAMENTO E AFERIÇÃO EM NUTRIÇÃO EM UM ESTUDO DE CASO

Parte 4 – Realizando reavaliação e monitorando o diagnóstico em nutrição

Chegamos ao exercício da última etapa do PCN, em que vamos exemplificar o uso da terminologia do Monitoramento e Aferição em Nutrição.

- Agora, a paciente Ana retorna para revisão com o nutricionista.

Estes são os dados da Avaliação em Nutrição considerados relevantes para a Intervenção em Nutrição:

- Perda de peso de 9,07kg em 2 meses
- IMC dentro da normalidade
- Em tratamento com quimioterapia e radioterapia
- Cansaço, falta de apetite, lesões bucais, mal-estar geral
- Aceitação parcial (<50%) e recusa de refeições
- Recordatório de 24 horas indica ingestão calórica entre 1000-1200Kcal/dia

Para a intervenção em Nutrição, o nutricionista optou por se concentrar na declaração PES: Ingestão oral subótima **relacionada à** diminuição do apetite e lesões bucais, **conforme evidenciado pela** baixa ingestão calórica (entre 1000-1200Kcal) e perda de peso.

Relembrando que as declarações PES conectam as etapas de Avaliação em Nutrição, Intervenção em Nutrição e Monitoramento e Aferição em Nutrição.
– O **P**roblema é o diagnóstico em nutrição
– A **E**tiologia indica que tipo de intervenção pode ser necessária
– Os **S**inais e sintomas indicam o que precisará ser monitorado e reavaliado

A partir desses dados, o nutricionista abordou a etiologia da diminuição do apetite e lesões bucais e forneceu orientações para um aumento da densidade calórica e maior fracionamento das refeições.

- ✓ Se os sinais e sintomas indicam o que será monitorado, para essa paciente, o nutricionista irá monitorar a ingestão calórica e a perda de peso. Estes indicadores, então, serão avaliados novamente pelo nutricionista, como forma de avaliar se as intervenções nutricionais alcançaram os resultados esperados.

A prescrição para essa paciente foi:

- ✓ Gerenciamento da composição das refeições (ND-4.3), com orientações para modificação para uma dieta com aumento de energia (ND-1.2.2.1). Nessa intervenção, o nutricionista planejou uma dieta com maior densidade calórica e maior fracionamento das refeições.

Sendo assim, a terminologia usada para Monitoramento e Aferição seria:

- ✓ Ingestão total de energia (FH 1.1.1.1)
- ✓ Peso (AD 1.1.2)
- ✓ Mudança de peso (AD 1.1.4)

Após avaliar esses indicadores selecionados, o nutricionista poderá determinar o progresso geral em direção à resolução do diagnóstico identificado e, ao classificar se o *status* do diagnóstico é novo, ativo, resolvido ou descontinuado, definirá se um novo ciclo no PCN se inicia ou se o processo foi concluído para essa paciente.

Lembrando que as etapas do PCN não são necessariamente lineares. Ou seja, se o diagnóstico permanecer ativo na etapa de Monitoramento e Aferição, uma nova intervenção pode ser necessária e os mesmos indicadores podem ser reavaliados ou podem ser identificados novos indicadores durante o monitoramento. Se o diagnóstico for resolvido, uma nova avaliação pode ser necessária e assim por diante.

CONCLUSÃO E DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO

Como vimos, o Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) serve como um roteiro para o atendimento em Nutrição, direcionando, por meio das suas quatro etapas, as decisões do cuidado. Em tese, podemos separar essas quatro etapas em dois componentes: identificação e solução de problemas. Essa distinção pode ser útil para fins de aplicação. A identificação do problema inclui Avaliação e reavaliação em Nutrição (Etapa 1) e Diagnóstico em nutrição (Etapa 2). A solução de problemas abarca a Intervenção em Nutrição (Etapa 3) e o Monitoramento e Aferição em Nutrição (Etapa 4).

Este manual pretendeu demonstrar como o PCN elucida o papel do nutricionista no atendimento clínico, favorecendo a prática baseada em evidências e pesquisa. O conteúdo aqui exposto é uma leitura resumida do PCN e visa estimular a progressão das habilidades necessárias para a sua aprendizagem e aplicação, considerando que isso dependerá da exploração dos conhecimentos prévios e do nível de prática do aprendiz.

É importante ressaltar que o modelo passa por revisões constantes. Sendo assim, sugerimos o aprofundamento e atualização no site da *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND), https://www.eatrightpro.org/.

Com o intuito de aproximar ainda mais o aprendizado teórico da prática, vamos discutir um novo caso clínico?

PROBLEMATIZAÇÃO

Trata-se de uma mulher, com 30 anos de idade, chamada Camila, que convive com o quadro de diabetes melito há 16 anos. No momento foi hospitalizada devido a náuseas, vômitos e dor abdominal, que pioraram nos últimos dois dias. Na visita de admissão feita pelo nutricionista, estava acompanhada do seu pai. Apresentava-se um pouco letárgica, e queixou-se de náusea “leve”. Relatou uso de insulina glargina todas as manhãs e insulina asparte para contagem de carboidratos. Esse esquema foi mantido no hospital. No momento da avaliação, recebia hidratação venosa. Na coleta da história relacionada à alimentação e nutrição e do cliente, Camila relatou que se consultou com um gastroenterologista recentemente, pois percebeu que quando sua glicemia está descompensada, ela tem crises de gastroparesia, que duram de um a dois dias, cursando com náuseas e dor que limitam sua capacidade de ingestão alimentar nesses dias e ela percebe que realmente come um pouco mais que o habitual no dia seguinte. Isso vem ocorrendo, mais ou menos, uma vez por mês nos últimos oito meses. Ela afirma que, como tem diabetes há muitos anos, não tem dúvidas sobre o seu gerenciamento, pois vai ao endocrinologista regularmente. Mas associa esses períodos de descompensação aos períodos em que ela trabalha com horários irregulares e, muitas vezes, viajando. Ela trabalha com produção de eventos e diz que em algumas semanas fica realmente muito atarefada e “não sabe como organizar sua alimentação”.

Nas duas últimas semanas, teve uma perda de peso de 3kg, associada a uma semana de

trabalho intenso com ingestão alimentar desregrada, seguida de uma semana com baixa ingestão alimentar, de cerca de 50% do habitual, quando já cursava com náuseas. O exame físico revela aparência magra, com pouca gordura corporal.

História da composição corporal/crescimento/peso (AD-1.1)
Estatura (AD-1.1.1): 1,65 m
Peso (AD-1.1.2): 48 Kg
IMC (AD-1.1.5.1): 17,68 Kg/m²
Peso Usual (AD-1.1.2.5): 51 Kg
Percentagem de mudança de peso (AD-1.1.4.3): 5,88% de perda em 2 semanas

Exames laboratoriais: Ureia: 35mg/dL. Creatinina: 1,1mg/dL. K: 4,0mEq/L. Na: 138mEq/L Glicose: 156mg/dL. Hemoglobina glicada: 7,4%. Albumina 3,6g/dL.

1. Quais são os diagnósticos em nutrição para a paciente Camila e em que domínio se encontram?
2. Identifique os sinais e sintomas e os indicadores para esses diagnósticos e escreva a declaração PES.
3. Uma vez que foram identificados os problemas nutricionais, passamos para a etapa de solução de problemas. Podemos focar na etiologia ou na diminuição dos sinais e sintomas. Para isso, é necessário estabelecer metas junto à paciente e realizar a prescrição nutricional. Sendo assim, responda:
   a. Que metas podem ser estabelecidas para Camila em cada diagnóstico?
   b. Defina a prescrição nutricional com base na urgência, impacto e recursos disponíveis.
4. Quais indicadores podem ser monitorados para os diagnósticos em nutrição identificados?

Tente resolver as questões e depois confira as respostas abaixo.

1. Quais são os diagnósticos em nutrição para a paciente Camila e em que domínio se encontram?
   Resposta: Podemos identificar dois diagnósticos em nutrição:
   1 – Ingestão oral subótima (NI-2.1), no domínio Ingestão (NI)
   2 – Perda de peso não intencional (NC-3.2), no domínio Clínica (NC)

2. Identifique os sinais e sintomas e os indicadores para esses diagnósticos e escreva a declaração PES.
   Resposta: Para cada diagnóstico, faremos uma declaração PES
   1 – Ingestão oral subótima relacionada à náusea, como evidenciado pela ingestão inferior a 50% do habitual na semana passada.
   2 – Perda de peso não intencional relacionada à ingestão abaixo do ideal nas últimas duas semanas, como evidenciado por uma perda de peso de 5,88% do peso usual.

3. Uma vez que foram identificados os problemas nutricionais, passamos para a etapa de solução de problemas. Podemos focar na etiologia ou na diminuição dos sinais e sintomas.

Para isso, é necessário estabelecer metas junto à paciente e realizar a prescrição nutricional. Sendo assim, responda:

a. Que metas podem ser estabelecidas para Camila em cada diagnóstico?
   Resposta: Considerando que a paciente está com uma baixa ingestão alimentar devido a náuseas, a meta para o diagnóstico de domínio Ingestão, poderia ser que Camila consuma mais de 75% das refeições antes da alta hospitalar. Essa seria uma meta prioritária.

   Já no diagnóstico do domínio Clínica, perda de peso não intencional, a meta poderia ser garantir que Camila mantenha ingestão adequada para atender às suas necessidades nutricionais após a alta para recuperar o peso perdido em 30-40 dias.

b. A principal prescrição poderia ser:
   Dieta saudável/geral (ND- 1.1)

   Essa intervenção refere-se a uma dieta sem restrições, priorizando nesse momento atender às necessidades estimadas. Considerando que a paciente é experiente na contagem de carboidratos, poderá fazer seleções com base na sua condição e apetite. É imprescindível que essa conduta seja acordada com a paciente e que esse planejamento seja acompanhado e modificado se necessário.

4. Quais indicadores podem ser monitorados para os diagnósticos em nutrição identificados?
   Resposta:
   1 – Ingestão > 75% das refeições – por meio da estimativa da ingestão atual
   2 – Peso na alta

É importante notar que os diagnósticos do domínio de ingestão naturalmente serão prioritários, pois são mais possíveis de serem resolvidos em curto prazo. No exemplo de Camila, trata-se de uma provável internação curta. Para o diagnóstico do domínio Clínica, uma nova intervenção poderia ser prescrita na alta, baseada em uma terceira meta, que poderia ser: Não reinternar pelo mesmo motivo em 30 dias.

A intervenção então seria:

Alta e transferência para outro nutricionista (RC-2.3)

Um encaminhamento pode ser realizado contendo as informações dos indicadores a serem monitorados pelo nutricionista em nível ambulatorial. Um alerta pode ser definido para indicar se Camila foi readmitida nos próximos 30 dias.

REFERÊNCIAS

ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. **Electronic Nutrition Care Process Terminology (eNCPT)**: A Standardized Terminology to Ensure Optimal Nutrition Care. [*S. l.*]: 2019. Disponível em: http://ncpt.webauthor.com. Acesso em: 27 jun. 2020.

ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. **Electronic Nutrition Care Process Terminology (eNCPT)**: **The Nutrition Care Process (NCP)**. [*S. l.*]: c2020. Disponível em: https://www.ncpro.org/nutrition-care-process. Acesso em 22 Ago. 2020.

ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. **Electronic Nutrition Care Process Terminology (eNCPT)**: **The Nutrition Care Process (NCP)**. [*S. l.*]: 2018. Disponível em: https://www.ncpro.org/nutrition-diagnosis-snapshot. Acesso em 17 Fev. 2020.

ANDRIGHETTI, L. H. *et al*. **Farmacologia aplicada à nutrição e interpretação de exames laboratoriais**. 2. ed. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

ATALAH SAMUR, E. et al. Propuesta de um nuevo estándar de Evaluación nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, [S. l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Título. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

DE ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, [S. l.], v. 85, p. 660-667, 2007.

FALUDI, A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy**. Washington D.C. US: National Academy Press, 1990.

LACEY, K.; PRITCHETT, E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. **Journal of the American Dietetic Association**, [S*. l.*], v. 103, n. 8, p. 1061–1072, Aug. 2003.

MARTINS, C. **Avaliação do Estado Nutricional e Diagnóstico**. Curitiba (PR): Nutroclínica, 2008.

MARTINS, C. **Diagnósticos em Nutrição:** fundamentos e implementação da padronização internacional. 1. edição. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MUSSOI, T. **Avaliação nutricional na prática clínica**: da gestação ao envelhecimento. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice**: a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who child growth standards**: length/height-for-age,weight-for-age, weight- for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity. (WHO Technical Report Series n. 894). Geneva, Switzerland: WHO, 2000.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE. Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [*S.*

l.], v. 108, n. 7, p. 1113-1117, 2008.

SUGESTÕES PARA LEITURA COMPLEMENTAR

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: OLIVEIRA, R. G. *et al*. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. cap. 6, p. 159-197.

HAMMOND, M. I.; MYERS, E. F.; TROSTLER, N. Nutrition Care Process and Model: An Academic and Practice Odyssey. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [*S.l*], v. 114, n. 12, p. 1879–1894, dez. 2014.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. Tradução de Claudia Coana *et al*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1.228 p.

MATHIEU, J.; FOUST, M.; OUELLETTE, P. Implementing nutrition diagnosis, step two in the Nutrition Care Process and model: challenges and lessons learned in two health care facilities. **Journal of the American Dietetic Association**, [*S. l.*], v. 105, n. 10, p. 1636-1640, 2005.

MOORE, M. **Pocket guide to nutrition assessment and care**. [*S.l.*], 6. ed. Mosby, 2009.

MORDARSKI, B. WOLFF, J. **Nutrition Focused Physical Exam Pocket Guide**. [*S.l.*], AND, 2008.

WOLFE, A. Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, [*S. l.*], v. 2, n. 3, p. 233–235, 1 ago. 2001.

WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE. Nutrition Care Process Part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to Document the Nutrition Care Process. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [*S. l.*], v. 108, n. 8, p. 1291-1293, 1 Aug. 2008.