

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Layza Vila Verde Tito

**IMPLEMENTAÇÃO DA TERMINOLOGIA DO PROCESSO DE CUIDADO EM  
NUTRIÇÃO: REVISÃO DE ESCOPO**

Goiânia

2021

Layza Vila Verde Tito

**IMPLEMENTAÇÃO DA TERMINOLOGIA DO PROCESSO DE CUIDADO EM  
NUTRIÇÃO: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Talles Marcelo G. de A. Barbosa

Goiânia

2021

T621i Tito, Layza Vila Verde

Implementação da terminologia do processo de cuidado  
em nutrição : revisão de escopo / Layza Vila Verde  
Tito. -- 2021.

85 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da  
Saúde, Goiânia, 2021

Inclui referências: f. 78-84.

1. Nutrição - Estudo e ensino. 2. Atendimentos. 3.  
Registros médicos. I.Barbosa, Talles Marcelo Gonçalves  
de Andrade. II.Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde  
- 2021. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 612.39:378(043)

## FOLHA DE AVALIAÇÃO

LAYZA VILA VERDE TITO

### IMPLEMENTAÇÃO DA TERMINOLOGIA DO PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO: REVISÃO DE ESCOPO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de mestre em Atenção à Saúde. Defendida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Talles Marcelo G. de A. Barbosa  
Presidente da Banca e Orientador – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio  
Membro Convidado Externo – Universidade Estadual do Ceará

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Marina Aleixo Rezende Diniz  
Membro Convidado Interno – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Aline Alves Brasileiro  
Membro Suplente Interno – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Kátia Kelvis Cassiano  
Membro Suplente Externo – Universidade Federal de Goiás

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Coorientadora – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a Deus, que me manteve fortalecida diante de todos os desafios. Aos meus pais, Helena Vila Verde e Francisco Augusto; ao meu marido, Marcos Lúcio; ao meu irmão, Victor Vila Verde; e à minha cunhada, Lísia Maria, por todo apoio e constante incentivo.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir realizar tantos objetivos nesta vida. Por me reerguer tantas vezes que precisei, por seu amor infinito, por seu abraço invisível e por seu olhar piedoso, que me conduziu até aqui.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Talles Marcelo Gonçalves de Andrade Barbosa, pelo apoio, conhecimento e diálogo compartilhado, mas principalmente, por sua educação e acolhimento.

À Profa. Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza, agradeço de forma muito especial. Primeiramente, pela belíssima condução do programa de pós-graduação e pelo ser humano magnífico que você é, que me mostrou com tanta delicadeza que eu era capaz e que tantas vezes parou para me ouvir e me acalantar sobre alguns problemas pessoais, que sempre me atrapalhavam muito a seguir. Gratidão, professora, pelo seu cuidado comigo!

À Profa. Dra. Vanessa Silva Carvalho Vila, por ter me direcionado e me fortalecido em meio a tantas dificuldades na construção desta pesquisa. Você contribuiu muito para meu desenvolvimento como pessoa e profissional. Quanta admiração tenho por você!

Aos amigos do MAS, que compartilharam comigo momentos de tristezas, ansiedades e alegrias e que sempre me apoiaram e me deram o suporte necessário. Em especial minha amiga, Ms. Thayza de Paula Araújo, que foi o maior presente que o mestrado poderia ter me dado. Desde o primeiro dia de aula sempre estive ao meu lado segurando minha mão. E tenho a certeza que jamais iremos desfazer esse laço. Obrigada por todas as noites me ajudando nas atividades e na minha pesquisa. Grata por tudo.

À minha cunhada, Ms. Lísia Maria de Freitas Lúcio, que neste momento que dedico meus agradecimentos a ela, lágrimas escorrem dos meus olhos, pois maior gratidão e amor não há, por todo o tempo dedicado a mim. Obrigada por sonhar comigo e fazer parte desse sonho. Obrigada por todos os encontros e por aquela frase mágica: Vamos lá! Agradeço a Deus pela oportunidade de ter conhecido você melhor.

Ao meu marido, companheiro e amigo, Marcos Lúcio de Freitas, que é o meu maior exemplo de determinação e resiliência. Grata por me apoiar, me ofertar carinho, respeito, paciência e compreensão. Essa conquista é nossa, você foi peça fundamental nesse processo.

À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, caridade, amizade, dedicação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais. E ao meu irmão maravilhoso, sempre pronto a me apoiar nas minhas decisões.

A todos os familiares, em especial, a minha Tia Edi Maria, por confiar tanto em mim, me incentivar e orar por mim. Nunca esquecerei de cada foto com uma vela acesa em intenção a todas minhas apresentações e conquistas.

E aos amigos que estiveram presentes na minha caminhada, mesmo não citados nominalmente, todos foram especiais nesse processo.

## RESUMO

TITO, L. V. V. **Implementação da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição: Revisão de Escopo.** 2021. 86p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

A abordagem do atendimento nutricional, ao passar dos anos, vem se aprimorando com base em sistemas de gestão de cuidados do paciente. É de suma importância que esse atendimento seja mais amplo e padronizado, envolvendo contextos clínicos, bioquímicos e comportamentais. Atualmente, tem sido recomendado o modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) e a Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN). Este modelo consiste em um método sistemático de resolução de problemas relacionados à Nutrição, com termos e definições padronizados, que os nutricionistas usam para pensar de forma crítica na tomada de decisões. Assim, o propósito desta Revisão de Escopo foi mapear as evidências científicas acerca das estratégias, barreiras e benefícios decorrentes da implementação da TPCN. Foram adotados os pressupostos metodológicos do *Joanna Briggs Institute - Manual For Evidence Synthesis*, de 2021. Para isso, implementou-se buscas nas bases de dados Medline/Pubmed; Scopus; Web of Science; Embase; CINHALL, FSTA, Food Science Source e SPORTD. A amostra final foi composta por 17 estudos publicados na Austrália (10 artigos), Estados Unidos (4 artigos), Suécia (1 artigo), Reino Unido (1 artigo) e Canadá (1 artigo). Quanto às abordagens metodológicas utilizadas nos estudos foram identificados: *i*) ensaio não randomizado (quase experimento) em 6 estudos; *ii*) estudo não experimental (8 estudos; *iii*) estudo qualitativo (2 estudos); e *iv*) estudo qualitativo/estudo descritivo (1 estudo). Foram encontrados três tipos de estratégias para implementação: treinamentos, sistemas e programa gestão de mudança. Os benefícios destacados foram: padronização de relatórios e comunicação; melhor assistência ao paciente; padronização/consistência do atendimento de qualidade e conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas. As barreiras evidenciadas foram: falta de conhecimento, educação e treinamento; falta de tempo; falta de suporte, apoio e planejamento da gerência; documentação inadequada; falta de confiança; ausência de sistema eletrônico; custo com implementação; falta de disseminação da TPCN; vício da linguagem popular e falta de motivação. Verificou-se que as estratégias empregadas são complementares e a combinação destas pode levar a resultados satisfatórios. Em relação às barreiras, nota-se que o planejamento antecipado focado em educação e treinamento é essencial para que os profissionais da nutrição se familiarizem com a TPCN. Os benefícios considerados pelos estudos permitem compreender que a implementação da TPCN realiza melhorias na prática do nutricionista.

**Palavras-chave:** Atendimento nutricional. Assistência ao paciente. Documentação nutricional. Gestão nutricional. Padronização de linguagem.



## ABSTRACT

TITO, L. V. V. Implementation of Care Process Terminology in Nutrition: Scope Review. 2021. 86p. Dissertation (Masters in Health Care) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2021.

The approach to nutritional care, over the years, has improved based on patient care management systems. This service must be broader and more standardized, involving clinical, biochemical, and behavioral contexts. Currently, the model of the Process of Care in Nutrition (PCN) and the Terminology of the Process of Care in Nutrition (TPCN) have been recommended. This model consists of a systematic method of solving nutrition-related problems, with standardized terms and definitions, which nutritionists use to think critically in decision-making. Thus, the purpose of this Scope Review was to map the scientific evidence about the strategies, barriers, and benefits arising from the implementation of the TPCN. The methodological assumptions of Joanna Briggs Institute - Manual For Evidence Synthesis of 2021 were adopted. A search was implemented in Medline/Pubmed databases; Scopus; Web of Science; Embase; CINHALL, FSTA, Food Science Source, and SPORTD. The sample consisted of 17 studies included, with the majority published in Australia (10 articles), United States (4 articles), Sweden (1 article), United Kingdom (1 article), and Canada (1 article). As for the methodological approaches used in the studies, the following were identified: non-randomized trial (almost experiment) (6 studies); non-experimental study (8 studies); qualitative study (2 studies), and qualitative study/descriptive study (1 study). Three types of strategies for implementation were found (training, systems, and change management program). The benefits highlighted were: standardization of reporting and communication; better patient care; standardization/consistency of quality care and technical knowledge of guidelines/recognition by nutritionists. The barriers highlighted were: lack of knowledge, education, and training; lack of time; lack of management support, support, and planning; inadequate documentation; lack of confidence; absence of electronic system; implementation cost; lack of dissemination of TPCN; addiction to popular language and lack of motivation. It was found that the strategies used are complementary and the combination of these can lead to satisfactory results. Regarding barriers, it is noted that planning focused on education and training is essential for nutrition professionals to become familiar with the TPCN. The benefits considered by the studies allow us to understand that the implementation of the TPCN improves the practice of nutritionists.

**Keywords:** Nutritional care. Patient care. Nutritional documentation. Nutritional management. Language standardization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

<b>Figura 1:</b>	Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN)	20
<b>Figura 2:</b>	Exemplificação da hierarquia da TPCN	31
<b>Figura 3:</b>	Evolução da quantidade de termos de 2008 para 2017	32
<b>Figura 4:</b>	Hierarquia de evidências: níveis para diferentes questões de práticas baseadas em evidências	44
<b>Figura 5:</b>	Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos	47
<b>Figura 6:</b>	Gráfico dos continentes e países em que foram publicados os estudos	51

### QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Características da Etapa 1 (avaliação e reavaliação nutricional) do MPCN	22
<b>Quadro 2:</b>	Características da Etapa 2 (diagnóstico nutricional) do MPCN	24
<b>Quadro 3:</b>	Características da Etapa 3 (intervenção nutricional) do MPCN	25
<b>Quadro 4:</b>	Características da Etapa 4 (monitoramento e aferição nutricional) do MPCN	26
<b>Quadro 5:</b>	Conceitos dos domínios que compõem a TPCN	33
<b>Quadro 6:</b>	Visão geral do processo de implementação TPCN	36
<b>Quadro 7:</b>	Descrição da estratégia PCC	40
<b>Quadro 8:</b>	Bases escolhidas e suas respectivas descrições	42
<b>Quadro 9:</b>	Estratégia de busca conforme as bases de dados	43
<b>Quadro 10:</b>	Estudos selecionados na revisão de escopo sobre Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição	48
<b>Quadro 11:</b>	Sínteses dos estudos primários incluídos na revisão de escopo quanto ao objetivo, principais resultados e estratégias para implementação e avaliação da TPCN	52
<b>Quadro 12:</b>	Benefícios encontrados pelos autores dos estudos durante a implementação da TPCN	66
<b>Quadro 13:</b>	Barreiras encontradas pelos autores dos estudos, durante a implementação da TPCN	67

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVO</b> .....	15
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
3.1 A CONTRIBUIÇÃO DA LINGUAGEM PADRONIZADA PARA ÁREA DA SAÚDE .....	16
3.2 PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO (PCN).....	19
3.2.1 Histórico e Conceito .....	19
3.2.2 Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN) .....	20
3.3 TERMINOLOGIA DO PROCESSO DE CUIDADO EM NUTRIÇÃO (TPCN).....	29
3.3.1 Histórico e Conceito .....	29
3.3.2 Estrutura da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN).....	29
3.3.3 Implementação da TPCN: relevância, estratégias e aplicabilidade .....	35
3.4 BENEFÍCIOS DO USO DA TPCN.....	37
<b>4 MÉTODO</b> .....	39
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	39
4.2 IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA .....	39
4.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES (CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO).....	40
4.4 BUSCA SISTEMATIZADA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS .....	41
4.5 MAPEAMENTO E EXTRAÇÃO DOS DADOS .....	43
4.6 ANÁLISE E SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	44
<b>5 RESULTADOS</b> .....	46
5.1 RESULTADOS DA BUSCA SISTEMATIZADA .....	46
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS ELEGÍVEIS.....	47
5.3 ESTRATÉGIAS, BENEFÍCIOS E BARREIRAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA TPCN .....	51
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	69
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>ANEXO</b> .....	85

## 1 INTRODUÇÃO

A abordagem do atendimento nutricional vem se aprimorando de forma fundamentada, com sistemas de gestão de cuidados ao paciente. Esse fato permitiu aos nutricionistas novas atribuições. Entre essas, a padronização das informações contidas em relatórios, para melhorar a comunicação entre os profissionais e a equipe (MARTINS, 2016).

Mesmo diante deste cenário, muitos nutricionistas ainda têm a prática de diagnosticar pacientes por meio das reservas corporais, considerando somente o estado nutricional, como desnutridos, eutróficos ou obesos. É importante um atendimento global, amplo e padronizado, envolvendo também questões relacionadas à ingestão e absorção de nutrientes, contextos clínicos, bioquímicos e comportamentais (ASBRAN, 2014; HAMMOND; MYERS; TROSTLER, 2014).

O sistema de gestão de cuidado, desenvolvido como o intuito de padronizar conceitos e terminologias para diagnóstico em nutrição, atualmente também fornece uma estrutura individualizada do cuidado ao paciente. Ele leva em conta crenças, estilo de vida e valores pessoais, para obter evidências claras durante o atendimento (MARTINS, 2016).

Tendo em vista que as diretrizes práticas desse sistema de gestão de cuidado auxiliam no desenvolvimento das novas competências necessárias à profissão (MARTINS, 2016), juntamente com a necessidade de prestar serviços de qualidade, consistentes, padronizados e cujos resultados são mensuráveis, tem sido recomendado o modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) e a Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN) (LACEY; PRITCHETT, 2003).

Esses modelos servem como uma estrutura organizacional para orientar os cuidados nutricionais e elaborar documentos padronizados acerca da evolução dos pacientes durante o tratamento (HAKEL-SMITH; LEWIS, 2004). Esta documentação em linguagem padronizada não é importante apenas para obter uma boa comunicação entre os profissionais, mas, também, por ter o potencial de melhorar os cuidados em saúde dos pacientes (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010). Eles permitem ao nutricionista pensar de forma lógica, ordenada e eficiente a respeito de um diagnóstico mais preciso (MARTINS, 2016).

Criado em 2003 pela Academia de Nutrição e Dietética (ADA), o Modelo de Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN) consiste em um método sistemático de

resolução de dificuldades relacionadas à Nutrição, fazendo com que o profissional nutricionista deixe de olhar somente para os problemas nutricionais e passe a olhar a saúde nutricional. Esse método visa facilitar as tomadas de decisões por meio de uma relação de procedimentos (SWAN *et al.*, 2019).

O MPCN é constituído por quatro etapas principais de um ciclo: (1) Avaliação e Reavaliação nutricional, que consiste na coleta, análise e interpretação e documentação dos dados; (2) Diagnóstico nutricional, para identificar o problema, a etiologia, os sinais e sintomas; (3) Intervenção nutricional, para planejar, formular e implementar a operação; e (4) o Monitoramento e a Aferição nutricional, para monitorar, medir e aferir os resultados (SWAN *et al.*, 2019).

Em complementação ao MPCN, em 2008 foi estabelecida a Terminologia Internacional de Nutrição e Dietética (TIND). Atualmente nomeada como Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN), consiste em um vocabulário controlado com definições e explicações para a implementação das quatro etapas do MPCN. Cada etapa tem um grupo de termos e cada grupo é organizado por domínios, classes e subclasses (SWAN *et al.*, 2019).

Desde sua última atualização em 2017, a TPCN contabilizou 2.694 termos distribuídos entre as quatro etapas do ciclo MPCN. Esses termos também foram disponibilizados pela Internet por meio da e-TPCN, uma versão eletrônica que facilita a divulgação entre os profissionais da nutrição (SWAN *et al.*, 2019). Por sua vez, tanto o MPCN, quanto a TPCN, melhoram o foco na pessoa e na segurança do paciente, bem como a qualidade geral dos cuidados nutricionais.

Para os nutricionistas, a implementação de uma tomada de decisão estruturada e comunicação clara são vistas como partes essenciais de um atendimento de alta qualidade e seguro para o paciente (O'SULLIVAN, 2013). Portanto, explorar as experiências dos nutricionistas durante a implementação do TPCN para a obtenção de benefícios é de suma importância para a prática clínica.

Estudos apontam a necessidade de identificar e analisar as lacunas apresentadas durante a implementação da TPCN (PARROTT; GALEOS; RIGASSIO-RADLER, 2012; ZELIG *et al.*, 2011). O termo implementação aqui referido significa aplicar, na prática, diretrizes e protocolos a um problema pré-estabelecido. Esta aplicação conduz às ações necessárias para que uma política saia do papel e funcione efetivamente (NAJBERG; BARBOSA, 2006).

Extrair, também, o entendimento do processo, os desafios enfrentados e os facilitadores em cada implementação permite investigar quais os caminhos a serem tomados, o que torna possível compreender os conceitos importantes para a prática de atendimento nutricional (LÖVESTAM *et al.*, 2015; LÖVESTAM, BOSTRÖM, ORREVALL, 2017; PARROTT, GALEOS, RIGASSIO-RADLER, 2012; VIVANTI *et al.*, 2015; ZELIG *et al.*, 2011).

Divulgada pela Academia de Nutrição e Dietética por meio de conferências, eventos de desenvolvimento profissional e informações no site da instituição (<https://www.ncpro.org/>), o processo de cuidado em nutrição (PCN) e a padronização de sua terminologia foram implementados internacionalmente nos últimos anos (O'SULLIVAN, 2013). Várias edições da terminologia foram traduzidas em diferentes idiomas e adotadas em vários países (BUCHHOLZ *et al.*, 2020): Estados Unidos, Austrália, Canadá, México, China, Itália, Noruega, França, Holanda, Reino Unido, Japão, Coreia do Norte, Hungria, Israel, Dinamarca, Taiwan, Suécia e Turquia (MARTINS, 2016; O'SULLIVAN, 2013).

No Brasil, as experiências com a implementação da TPCN iniciaram-se com as primeiras adaptações, em 2007, pelas Clínicas de Doenças Renais de Curitiba e na Fundação Pró-Renal Brasil, para facilitar a comunicação e documentação de prontuários em nefrologia. Já que os pacientes poderiam se deslocar para hospitais e ambulatórios de forma rápida e a TPCN traria uma maior segurança durante o atendimento (MARTINS, 2016).

Em virtude dessa experiência com a TPCN, em 2014, a Associação Brasileira de Nutrição (Asbran) propôs o manual orientativo *Sistematização do Cuidado de Nutrição* (SICNUT). O objetivo desse manual foi adotar a padronização internacional dos diagnósticos em Nutrição, proposta pela *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) (MARTINS, 2016).

Atualmente, o projeto mais próximo da TPCN no país é o modelo desenvolvido no manual SICNUT. Este divergiu da proposta original do TPCN, ao incluir mais passos externos e internos no esquema conceitual. Houve também uma mudança de foco, pois esse modelo foi direcionado somente à Nutrição clínica, não abrangendo todas as áreas de atuação do nutricionista (MARTINS, 2016).

Em 2020, a Universidade Federal do Paraná (UFPR) se tornou o primeiro Centro de Referência para realização de pesquisa e treinamento da TPCN, sendo elegida pelo Consórcio de Pesquisa e Implementação da TPCN. O propósito desse

reconhecimento é garantir o desenvolvimento de todas as especialidades da Nutrição, o que pode constituir um grande avanço em pesquisa e aplicação desse método (MARTINS *et al.*, 2021).

Apesar da implementação da TPCN ter sido muito divulgada e apoiada por diversos profissionais da Nutrição, esta temática é ainda pouca explorada no meio científico, não sendo encontrado nenhum estudo de revisão sistématica ou de revisão de escopo. Diante deste cenário, a revisão de escopo foi considerada uma metodologia útil para explorar as estratégias e experiências durante a implementação da TPCN.

Este trabalho propõe uma revisão de escopo para identificar e avaliar as produções científicas sobre a Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição, além de evidenciar as estratégias, benefícios e barreiras durante o processo de implementação da TPCN.

O estudo contribuirá para a difusão do conhecimento da TPCN e na fundamentação da prática clínica nos diferentes níveis de saúde. Os resultados podem mapear e sintetizar as evidências científicas, elucidando as barreiras e benefícios que favoreçam a gestão do atendimento nutricional ao paciente, assim como as diversas estratégias de implementações metodológicas.

## **2 OBJETIVO**

Mapear as evidências científicas acerca das estratégias, barreiras e benefícios decorrentes da implementação da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção serão explorados aspectos teóricos relacionados ao emprego da terminologia padronizada no processo de cuidado na Saúde e os benefícios adquiridos com esta padronização. Posteriormente, será descrito o modelo específico da padronização do Modelo Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN), tradução do termo em inglês *Nutrition Care Process Model* (NCPM) e os benefícios de sua implementação.

Por último, será abordado o assunto Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição, tradução do termo em inglês *Nutrition Care Process Terminology* (NCPT), que anteriormente era conhecida como a Terminologia Internacional de Nutrição e Dietética (*Internatinal Dietetics and Nutrition Terminology - IDNT*).

#### 3.1 A contribuição da linguagem padronizada para área da saúde

A padronização da terminologia para área da Saúde é um processo que requer um acordo entre especialistas após avaliação dos vários pontos de vista, abordagens, métodos e estilos que compõem as tendências atuais. Isto resulta em uma lista de especificações e critérios, possibilitando análise isonômica e imparcial de todas as vertentes. Assim, o produto final deve ser compreendido como referência de estrutura para os fins de cuidados com os pacientes (SOLOS *et al.*, 2012).

A compreensão errada de uma linguagem, palavras ou uma terminologia por profissionais da área da Saúde pode ocasionar desfecho trágico para o paciente. Pesquisas apontam que as falhas de comunicação são as fontes mais comuns de conflitos profissionais (ROBBINS, 2005).

Vale destacar que nenhuma atuação profissional pode existir sem comunicação, sem a troca de significados entre seus membros. A comunicação, contudo, é mais do que o ato de transmitir um conceito, ela precisa ser compreendida, ou seja, ela precisa incluir compreensão e transferência (ROBBINS, 2005).

A padronização de linguagem proporciona troca de informações entre os profissionais da mesma área e seus pacientes, e entre outros profissionais da saúde, já que são utilizadas palavras reconhecíveis e termos distinguíveis (RUTHERFORD, 2008).

Terminologias padronizadas são úteis para obter uma documentação mais precisa (MÜLLER-STAUB *et al.*, 2007), porque são elas que orientam o profissional ao longo das fases do processo de cuidado, melhorando a formulação das necessidades e o planejamento de intervenções clínicas (WANG; HAILEY; YU, 2011).

Ao constituir um conjunto de termos e definições, a padronização de terminologia é de comum acordo entre usuários. O uso desses termos facilita a troca rápida de dados e tem o potencial de melhorar a prática, garantindo uma comunicação consistente. Quando se adota termos específicos, esses passam a significar a mesma coisa, independentemente da prática, ambiente ou experiência clínica (MONSEN; HONEY; WILSON, 2010).

A definição de termos e conceitos facilita uma estrutura nos registros eletrônicos e no desenvolvimento de grandes bancos de dados que podem ser usados para as pesquisas e para a garantia de qualidade (MONSEN; HONEY; WILSON, 2010). Por exemplo, pesquisadores de serviços da saúde usam os termos para procurar variações no acesso, qualidade, custo e eficácia do atendimento, incluindo o rastreamento de disparidades (O'MALLEY; COOK; PRICE, 2005). Sem esses padrões, seria difícil comparar os resultados de tratamentos diferentes no mesmo diagnóstico, para articular o prognóstico e avaliar a adequação de um tratamento (RAMONI *et al.*, 2017).

Atualmente, em Saúde, as plataformas colaboram para propagar a terminologia adequada. Softwares ou plataformas digitais, desde que sejam padronizadas, podem ser um difusor dessa terminologia (DE GROOT *et al.*, 2020). Dessa maneira, esses softwares contribuiriam para melhorar a padronização de documentos clínicos (MÜLLER-STAUB *et al.*, 2016). Esses documentos proporcionariam aos profissionais uma reflexão sobre o impacto das intervenções em seus pacientes, se tornando vital para a qualidade e continuidade do cuidado (PAANS DE GRAAF-WAAR; PAANS, 2011).

A maioria dos profissionais de saúde estão familiarizados com a Classificação Internacional de Doenças (CID). Estes são termos de diagnóstico médico padronizados, que inicialmente foram desenvolvidos no século XVII com o objetivo de classificar as causas de morte. Mas somente no início do século XX foram pautados todos os termos para todas patologias e causas de morte conhecidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Além do CID, a Nomenclatura Sistematizada de Termos Clínicos de Medicina (NSTCM) é outra terminologia extremamente ampla em uso nos cuidados de saúde, com o objetivo de comunicar relatórios de patologias. Isto, desde então, se expandiu para incluir mais de 340.000 termos clínicos ativos de todas as especialidades da Saúde e possibilitou maior especificidade quando comparado com os termos CID (DE GROOT *et al.*, 2019).

A Associação Americana de Enfermagem (*American Nursing Association - ANA*) reconhece 13 terminologias padronizadas que incluem termos que apoiam a documentação do processo de Enfermagem (ANA, 2006). Uma das primeiras terminologias nessa área foi desenvolvida pela Associação Diagnóstico de Enfermagem da América do Norte (ADEAN) e inclui termos que descrevem as funções específicas da Enfermagem em cuidados de saúde (CHARNEY, 2007).

Existem também outras terminologias, como a Classificação de Cuidados Clínicos, o Sistema Omaha, o Sistema de Dados de Enfermagem Pré-operatório, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (CIE) e a Classificação de Resultados em Enfermagem (CRE) (CHARNEY, 2007).

Dada a ampla existência de terminologias na Enfermagem e seus diferentes registros eletrônicos, não está claro se esses profissionais se sentem seguros para a prestação de cuidados. Isto é, não se sabe se as informações contidas no prontuário eletrônico são suficientes para que as equipes avaliem intervenções e contribuam para a tomada de decisão (DE GROOT *et al.*, 2020).

Outras áreas da Saúde ficam atrás da Medicina e da Enfermagem quanto ao desenvolvimento de uma linguagem padronizada (RAMONI *et al.*, 2017). Para a Nutrição, atualmente, em todo o mundo, existem duas terminologias referente aos cuidados nutricionais. A primeira estabelecida foi a Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN), que é exclusivamente para nutricionistas. A segunda foi a ICF-Dietética - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde para Dietética, uma classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adaptada às necessidades de cuidados dietéticos (GÄBLER *et al.*, 2019).

Enfim, nota-se ser importante existir um mecanismo formal para o uso da terminologia padronizada e, então, possibilitar que as fronteiras da comunicação entre as profissões de saúde sejam eliminadas (CHARNEY, 2007).

## 3.2 Processo de cuidado em nutrição (PCN)

### 3.2.1 Histórico e Conceito

Em 1970, a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND), antiga *American Dietetic Association* (ADA), publicou os modelos e formatos de padronização e sistematização do cuidado em Nutrição, com o objetivo de fornecer uma estrutura para o pensamento crítico na tomada de decisões, pelos praticantes da Nutrição (CHARNEY, 2007).

Em 2003, um modelo padronizado foi colocado à disposição dos comitês formados pela ADA. Eles revisaram os vocabulários de cuidados em saúde com o objetivo de avaliar se esses termos existentes, se comunicavam adequadamente com o escopo do cuidado em Nutrição. Após várias avaliações, aprovaram o atual Processo de Cuidado em Nutrição – PCN (MURPHY; STEIBER, 2015).

Somente em 2005, após alguns ajustes, o formato original foi desenvolvido e publicado como Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição - MPCN. Nesse mesmo ano, foi lançada a Terminologia do Diagnóstico em Nutrição, sendo um complemento para o MPCN. Desde então, essas publicações vem sendo atualizadas a cada três anos, com o objetivo de alinhá-las com outros recursos da academia (MURPHY; STEIBER, 2015).

Segundo Lacey (2003), a Academia de Nutrição e Dietética conceitua o Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN) como um sistema ou conjunto de etapas de resolução de problemas, que os profissionais da Nutrição ou profissionais de outras áreas da saúde costumam usar para pensar de forma crítica e tomar decisões direcionadas aos problemas relacionados à Nutrição, e então fornecer cuidados eficazes e de qualidade.

O MPCN é um modelo robusto e suficiente para fornecer uma consistente estrutura para os nutricionistas e profissionais da saúde. Dessa robustez surgem clarezas que facilitam a prestação de serviços, porque inibem o mau uso da ferramenta (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

O modelo não é projetado somente para uso exclusivo dos nutricionistas no atendimento aos pacientes, mas para uso com grupos ou comunidades de todas as faixas etárias e condições de saúde ou doença (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

Isto é, independentemente da quantidade de pessoas, o processo de cuidado em Nutrição pode ser aplicado.

### 3.2.2 Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN)

O Modelo de Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN) foi elaborado com quatro etapas distintas, porém interrelacionadas e conectadas. Ele é direcionado às práticas clínicas e ocorre de maneira gradual para conduzir a avaliação nutricional completa em pacientes ou comunidades e fornecer os cuidados necessários.

A seguir, a Figura 1 mostra a representação gráfica do MPCN. O desenho ilustra as quatro etapas: (1) Avaliação nutricional; (2) Diagnóstico nutricional; (3) Intervenção nutricional; e (4) Monitoramento e avaliação nutricional, além dos elementos que envolvem o modelo. Em seguida, são descritos todos os processos.

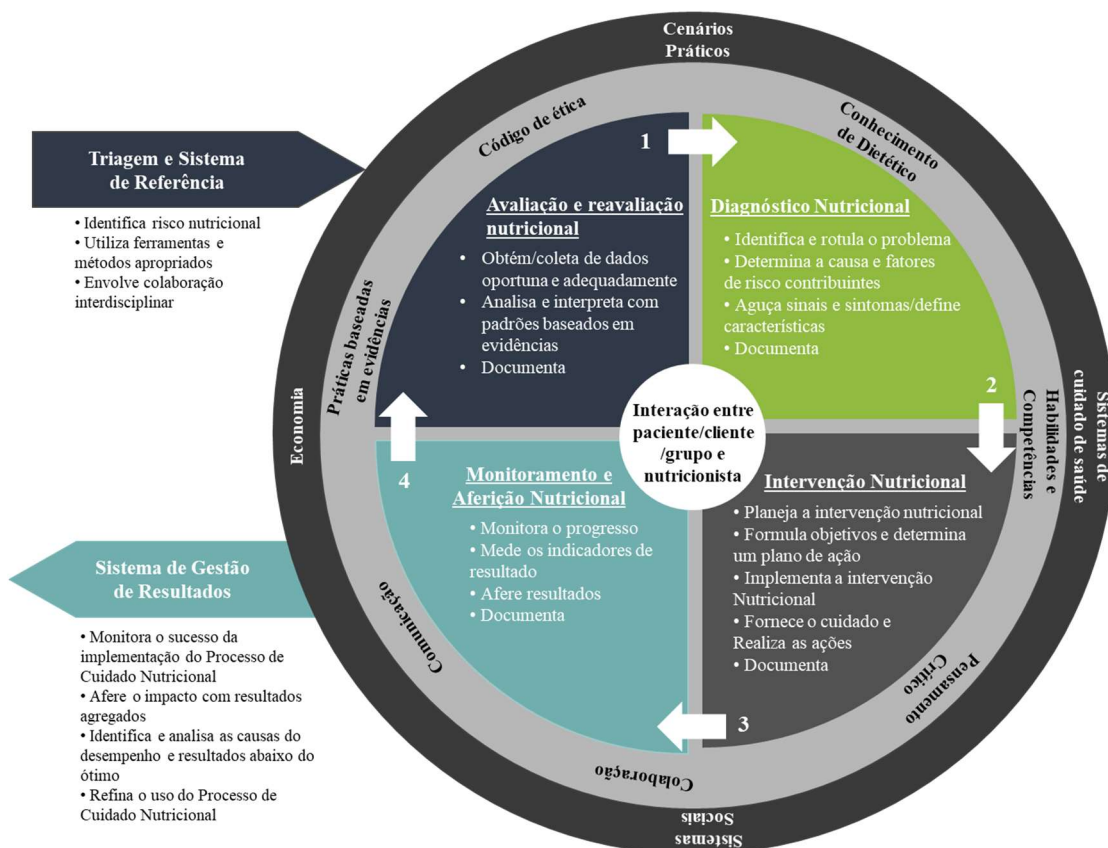


Figura 1: Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN)

Fonte: Martins (2016)

### 3.2.2.1 Núcleo Central

O núcleo central trata-se do foco do MPCN. Ele abrange as várias áreas da Nutrição que são direcionadas à prática do processo de cuidado. A palavra interação que se encontra no ponto central do modelo revela a dinâmica da relação de influência entre o profissional e o paciente/cliente (SWAN *et al.*, 2017).

O paciente é representado por um indivíduo ou por uma população. Essa população pode ser um grupo específico e definido como comunidades, ou ainda indivíduos incluindo membros de apoio da família ou cuidadores, e estruturas como serviço social e organizações religiosas (SWAN *et al.*, 2017).

Nesta relação entre profissional e paciente, deve haver um engajamento entre os dois a fim de contribuir de forma positiva para as decisões do tratamento, nas estratégias de intervenções (SLADDIN, *et al.*, 2017) e/ou nas mudanças ambientais (SWAN *et al.*, 2017).

### 3.2.2.2 Ciclo PCN

O anel interno ou ciclo PCN é o que contextualiza as quatro etapas do processo de cuidado em Nutrição. As etapas que o compõem serão apresentadas de acordo com o fluxo de atendimento, acompanhando o sentido horário na Figura 1.

- Etapa 1 - Avaliação e Reavaliação Nutricional

A primeira etapa do PCN é a avaliação e reavaliação nutricional. A avaliação nutricional é uma abordagem sistemática para coletar, classificar e sintetizar dados importantes e relevantes para a identificação de problemas relacionados à Nutrição e suas causas (SWAN *et al.*, 2017). Trata-se de um processo contínuo e dinâmico que exige que a coleta de dados do cliente seja frequente.

Esses dados são analisados e comparados com os padrões aceitos, recomendações e/ou metas estabelecidas, como gráficos de crescimento, diretrizes da nutrição e/ou necessidades individuais (SWAN *et al.*, 2017).

Nesta etapa está inserida a reavaliação nutricional contínua, que permite comparar e reavaliar os dados da interação anterior e gerar novos dados para a próxima interação. Essa nova coleta de dados pode levar a diagnósticos nutricionais novos ou revisados com base no status ou situação do paciente/cliente. Isso contrasta

com o monitoramento e aferição nutricional, em que os profissionais usam os mesmos dados para determinar as mudanças no comportamento do cliente, no estado nutricional e na eficácia da intervenção (SWAN *et al.*, 2017).

Nesse sentido, em uma etapa de acompanhamento, a reavaliação começa no monitoramento e aferição, podendo se encerrar nesta mesma etapa. Deve-se destacar que a reavaliação não é apenas a comparação dos resultados, mas sim um momento de se relacionar com o cliente para estabelecer mudança/progresso entre as interações (SWAN *et al.*, 2017).

No quadro a seguir (Quadro 1, são apresentadas características consideradas importantes para esta etapa de avaliação e reavaliação nutricional.

Quadro 1: Características da Etapa 1 (avaliação e reavaliação nutricional) do MPCN

<b>Fontes de dados ou ferramentas utilizadas para avaliação e reavaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulário de triagem ou encaminhamento;</li> <li>Entrevista com o cliente;</li> <li>Registros médicos ou de saúde;</li> <li>Consulta com outros cuidadores, incluindo familiares;</li> <li>Pesquisas baseadas na comunidade e grupos de foco;</li> <li>Relatórios estatísticos, dados administrativos e estudos epidemiológicos.</li> </ul>
<b>Dados coletados para avaliação e reavaliação nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História relacionada à alimentação e nutrição;</li> <li>Medidas antropométricas;</li> <li>Dados bioquímicos, exames médicos e procedimentos;</li> <li>Achados do exame físico com foco na nutrição;</li> <li>História do cliente/paciente.</li> </ul>
<b>Pensamento crítico esperado nesta fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar dados importantes e relevantes para coletar;</li> <li>Determinar a necessidade de informações adicionais;</li> <li>Seleção de ferramentas e procedimentos de avaliação que correspondam à situação;</li> <li>Aplicar ferramentas de avaliação de maneiras válidas e confiáveis;</li> <li>Validar os dados.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Swan *et al.* (2017)

- Etapa 2 - Diagnóstico Nutricional

O diagnóstico nutricional tem como objetivo identificar e descrever um problema nutricional específico, que pode ser resolvido ou melhorado por meio da intervenção recomendada pelo profissional desta área. Um diagnóstico em Nutrição, como exemplo a alteração na ingestão de carboidratos, é diferente de um diagnóstico médico, diabetes, pois um diagnóstico nutricional muda quando a resposta do paciente muda, já o diagnóstico médico não muda enquanto a condição da doença permanece (HERRERA, 2010).

A documentação do diagnóstico nutricional propõe uma organização estrutural e uma terminologia específica. Ela deve ser resumida na “Declaração de Diagnóstico Nutricional”, que contém os três principais componentes, ou seja, deve ser preparada de acordo com o formato PES: 1) Problema - rótulo de diagnóstico; 2) Etiologia - causa/fator contribuinte; e 3) Sinais/Sintomas - características definidoras (SWAN *et al.*, 2017).

O Problema (ou rótulo de diagnóstico) é uma frase ou sentença que relata as condições do paciente. Caso não haja algum problema, de acordo com o exame e avaliação, pode-se dizer: “Não há diagnóstico nutricional neste momento” (CHEN *et al.*, 2012).

Na Etiologia, é declarada a causa do problema. Isso permite determinar se o profissional deve ou não esperar que a intervenção tradicional possa ajudar o paciente na sua condição nutricional. Ao registrar a etiologia, outro benefício encontrado é a possibilidade de identificar a causa e, assim, corrigi-la (CHEN *et al.*, 2012).

Já os Sinais/Sintomas podem ser informações subjetivas e objetivas do paciente. Logo, inclui dados bioquímicos, medidas antropométricas, exame físico e história alimentar/nutricional. Esses dados permitem avaliar, quantificar e classificar quanto à gravidade do problema (CHEN *et al.*, 2012).

No Quadro 2 são apresentadas características consideradas importantes para a etapa de diagnóstico nutricional.



Quadro 2: Características da Etapa 2 (diagnóstico nutricional) do MPCN

<b>Fontes de dados ou ferramentas utilizadas no diagnóstico nutricional</b>	Dados de avaliação que foram organizados e agrupados para comparação com as características definidoras de diagnósticos suspeitos, conforme listados em fichas de referência.
<b>Pensamento crítico esperado nesta fase</b>	<p>Encontrar padrões e relações entre os dados, e possíveis causas;</p> <p>Fazer inferências;</p> <p>Declarar o problema de forma clara e singular;</p> <p>Determinar / excluir diagnósticos específicos;</p> <p>Identificar uma etiologia que pode ser resolvida, diminuída ou gerenciada pela (s) intervenção (ões);</p> <p>Identificar sinais e sintomas que são mensuráveis ou identificar alterações que podem ser rastreadas;</p> <p>Priorizar problemas identificados.</p>

Fonte: Adaptado de Swan *et al.* (2017)

- Etapa 3 - Intervenção Nutricional

Como terceira etapa do modelo PCN, a intervenção nutricional são ações empreendidas, previamente planejadas, com intenção de mudar positivamente um comportamento relacionado à nutrição, uma condição do ambiente ou aspecto do estado de saúde do paciente. Isto é, ações direcionadas para melhorar ou resolver o problema nutricional encontrado no diagnóstico (CHEN *et al.*, 2012).

Nesta etapa, é preciso selecionar, planejar e implementar medidas adequadas para atender às necessidades do paciente, uma vez que cada intervenção precisa ser definida com base em princípios cientificamente sólidos (CHEN *et al.*, 2012). O profissional responsável planeja a intervenção nutricional após analisar criticamente o diagnóstico, considerando a gravidade do problema, valores e seguranças do paciente (ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS, 2016).

A intervenção é planejada em duas fases. Na primeira fase, o profissional e o paciente/cliente determinam juntos quais serão os objetivos alcançáveis e mensuráveis. Essas metas são importantes para definir o período de tempo em que o problema nutricional deve ser resolvido. Dessa forma, pode-se preparar orientações ao plano, selecionar e implementar intervenções distintas para alcançar as metas e

fornecer critérios para analisar o avanço dos resultados (ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS, 2016).

A próxima fase é determinar a prescrição nutricional e implementar as intervenções que irão atender objetivos acordados. A atividade deve definir uma prescrição de dieta recomendada para cada cliente, ingestão de alimentos com base na referência atual de padrões e diretrizes nutricionais (ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS, 2016).

É importante ressaltar que durante esta fase de intervenção nutricional o nutricionista pode trabalhar em conjunto com o paciente e outros profissionais de saúde, como psicólogos, programas ou agências (HERRERA, 2010).

A seguir serão apresentadas as características consideradas importantes para a etapa de intervenção nutricional (Quadro 3).

Quadro 3: Características da Etapa 3 (intervenção nutricional) do MPCN

<b>Fontes de dados ou ferramentas utilizadas para intervenção nutricional</b>	<p>Diretrizes de Prática de Nutrição Baseada em Evidências da Academia de Nutrição e Dietética ou outras diretrizes baseadas em evidências de organizações profissionais;</p> <p>Biblioteca de análise de evidências da Academia de Nutrição e Dietética e outras evidências, como a Biblioteca Cochrane;</p> <p>Literatura de pesquisa atual;</p> <p>Resultados de estudos de gestão ou projetos de melhoria da qualidade.</p>
<b>Pensamento crítico esperado nesta fase</b>	<p>Definir metas e priorizar;</p> <p>Definir a prescrição nutricional ou plano básico;</p> <p>Fazer conexões interdisciplinares;</p> <p>Combinar estratégias de intervenção com as necessidades do cliente;</p> <p>Escolher uma alternativa para determinar um curso de ação;</p> <p>Especificar o tempo e a frequência do atendimento.</p>

Fonte: Adaptado de Swan *et al.* (2017)

- Etapa 4 - Monitoramento e Aferição Nutricional

A quarta e última etapa do PCN é o monitoramento e aferição nutricional. Esta etapa é um componente crucial do processo, uma vez que analisa e mede a evolução das metas, resultados e seus indicadores. Isto é, é nela que acontece a coleta de

dados adicionais, identificando se os objetivos relacionados à nutrição e/ou resultados esperados estão sendo alcançados (HERRERA, 2010, SWAN *et al.*, 2017).

Esse momento do ciclo requer um compromisso ativo com os registros e a descrição de como os resultados podem ser melhor avaliados, medidos e alterados, cabendo ao profissional determinar se a reavaliação é ou não necessária (HERRERA, 2010).

No quadro a seguir (Quadro 4) são apresentadas características consideradas importantes para esta etapa de monitoramento e aferição nutricional.

Quadro 4: Características da Etapa 4 (monitoramento e aferição nutricional) do MPCN

<b>Fontes de dados ou ferramentas utilizadas para monitoramento e aferição</b>	<p>Dados de auto monitoramento ou dados de outros registros, incluindo formulários, planilhas ou software;</p> <p>Medidas antropométricas, dados bioquímicos, exames médicos e procedimentos;</p> <p>Pesquisas de clientes, pré-testes, pós-testes e / ou questionários;</p> <p>Acompanhamento por correio, telefone e mídia eletrônica, como e-mail.</p>
<b>Dados coletados para monitoramento e aferição</b>	<p>História relacionada à nutrição;</p> <p>Medidas antropométricas;</p> <p>Dados bioquímicos, exames médicos e procedimentos;</p> <p>Achados do exame físico com foco na nutrição;</p> <p>Conhecimento adquirido;</p> <p>Mudança de comportamento.</p>
<b>Pensamento crítico esperado nesta fase</b>	<p>Selecionar resultados / indicadores apropriados;</p> <p>Usar o padrão de referência apropriado para comparação;</p> <p>Definir onde o cliente está quando se trata dos resultados esperados;</p> <p>Explicar a variação dos resultados esperados;</p> <p>Identificar fatores que ajudam ou atrapalham o progresso;</p> <p>Decidir entre alta ou cuidado continuado.</p>

Fonte: Adaptado de Swan *et al.* (2017)

O uso sistemático desses processos fornece consistência na prática e agrega valor no cuidado (IDNT, 2013). Diante disso, essa metodologia vem promover, dentro da Nutrição, mais uniformidade durante as avaliações da eficácia da intervenção (SWAN *et al.*, 2017).

### 3.2.2.3 Anéis

São dois os anéis que circundam o ciclo do PCN e que contextualizam suas quatro etapas. Considerando o sentido de dentro para fora, o primeiro anel é chamado de anel intermediário e o último anel externo.

O anel intermediário é composto pelos elementos: práticas baseadas em evidências, código de ética, conhecimento nutricional, habilidades e competências, pensamento crítico, colaboração e comunicação. Esse anel retrata os atributos e condições exigidos aos nutricionistas, diferenciando com os profissionais de outras áreas (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

Um detalhe importante neste anel intermediário é que dentro da comunicação é considerado o elemento documentação. Em alguns países, por ter uma linguagem restringida de comunicação, é a documentação padronizada que efetua esta ponte entre os nutricionistas (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

O anel externo é composto por quatro elementos: sistemas sociais, cenários práticos, sistema de cuidado de saúde e economia (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

Os sistemas sociais refletem a saúde dos paciente/clientes, conhecimento, valores, tempo dedicado à melhoria da saúde nutricional e o contexto que influencia os pacientes a receberem informações nutricionais. Os cenários práticos referenciam os regulamentos e regras práticas do governo, a idade e as condições de saúde de pacientes/clientes. Os sistemas de cuidado de saúde referem-se à quantidade de tempo disponível para profissionais da Nutrição, o tipo de serviços prestados e quem fornece os serviços. Já os aspectos econômicos englobam recursos previstos para cuidados nutricionais, incluindo o valor de um alimento e os honorários pagos ao profissional (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

### 3.2.2.4 Áreas fora do círculo

- Triagem e Sistema de Referência

Triagem e Sistema de Referência é externo aos anéis do Processo de Cuidado em Nutrição e não faz parte do modelo, porque normalmente não é realizada pelo profissional, e sim por colaboradores fora da profissão da Nutrição (SWAN *et al.*, 2017). Trata-se de uma etapa crítica de identificação que tem por objetivo anteceder um atendimento e reconhecer o acesso do paciente ao MPCN (IDNT, 2013).

Nesta fase há clientes que já passaram por uma triagem e foram encaminhados diretamente para o atendimento, ou seja, eles chegam com o encaminhamento em mãos. O encaminhamento é o ato de conduzir um paciente a outro profissional de saúde para atendimento, além de sua própria competência (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

- Sistema de gestão de resultados

O gerenciamento de resultados é baseado em dados registrados que são coletados, analisados, comparados com padrões e usados para ajustar e melhorar o desempenho. Por envolver informações de vários pacientes e, possivelmente, vários profissionais, esta fase está fora do MPCN (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

A gestão de resultados requer uma infraestrutura para agregar e gerenciar os dados documentados em todo o processo. Os registros atribuídos ao longo das consultas podem ser usados para determinar a eficiência das estratégias de intervenção e os efeitos dos cuidados nutricionais na melhoria da saúde (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

Em teoria, cada etapa informa o passo subsequente. Sempre surgem novas informações e o nutricionista pode conferir as etapas anteriores do processo, reavaliar, adicionar ou revisar diagnósticos nutricionais, modificar intervenções ou ajustar metas e parâmetros de monitoramento (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

Se os profissionais da Nutrição usarem de forma consistente o Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) nos atendimentos dos clientes, a padronização

sistemática proporcionará um melhor cuidado nutricional. Mas, se esse atendimento for adicionado à linguagem padronizada, a documentação fornecerá maior confiabilidade de dados e de resultados (WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE, 2008).

### **3.3 Terminologia do processo de cuidado em nutrição (TPCN)**

#### **3.3.1 Histórico e Conceito**

Após dois anos da publicação do Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição (MPCN) e dos 60 termos da etapa Diagnóstico em Nutrição (MURPHY; STEIBER, 2015), no ano de 2007 iniciaram os trabalhos para criar termos para as demais fases. Foi então que, em 2008, publicaram a terminologia oficial que suportava as quatro etapas do ciclo, perfazendo um total de 712 termos. Nesta fase, o projeto ficou conhecido como Terminologia Internacional de Nutrição e Dietética (*International Dietetics and Nutrition Terminology - IDNT*) (SWAN *et al.*, 2017).

Diante das várias revisões e reformulações, em 2014, o IDNT foi substituído pela Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição - TPCN (*Nutrition Care Process Terminology - NCPT*). Nesse mesmo ano, com a necessidade de uma informatização mais avançada, o TPCN foi convertido em um banco de dados eletrônico, identificado como *electronic NCPT (eNCPT)* e disponibilizado em duas versões: impressa e online (SWAN *et al.*, 2017).

Atualmente, desde sua última atualização, em 2017, o *Reference Manual: Standardized Terminology for the Nutrition Care Process* (Manual de Referência de Padronização da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição) lista 2.694 termos atualizados (ANEXO 2) (MURPHY; STEIBER, 2015; SWAN *et al.*, 2017).

Tanto o MPCN, quanto a TPCN, são dois componentes essenciais para alcançar resultados consistentes e abrangentes nos cuidados nutricionais e na elaboração de documentos (ZELIG *et al.*, 2011).

Visto anteriormente, o MPCN é uma estrutura sistemática que descreve claramente o papel do nutricionista quando o mesmo fornece cuidados de alta qualidade em todos os ambientes de prática. Já o conceito do TPCN são termos padronizados com definições e explicações, incluindo indicadores, critérios de

avaliação, etiologias, sinais e sintomas, que foram desenvolvidos para dar suporte e facilitar a implementação das quatro etapas do MPCN (ZELIG *et al.*, 2011).

### 3.3.2 Estrutura da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN)

Dentro de cada etapa do MPCN, o TPCN é organizado por domínios, classes e subclasses. Essa padronização de terminologia usou uma abordagem baseada em conceito, em que esses foram definidos e representados por termos (MCGREEVY; ORREVALL, 2017).

Os conceitos são fundamentais à terminologia, principalmente quando se trata de uma padronização internacional, que visa combinar definições e termos em diferentes idiomas. Sendo assim, é importante garantir que o termo seja equivalente à definição e descreva totalmente o conceito no idioma de origem, sendo facilmente compreendido (MCGREEVY; ORREVALL, 2017).

A seguir, a Figura 2 apresenta um exemplo da hierarquia considerada para a elaboração da TPCN. Na sequência, a Figura 3 ilustra a quantidade de termos entre a primeira versão do TPCN, em 2008, e a última, atualizada em 2017. Já no Quadro 5, de acordo com Manual de Referência de Padronização da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição, serão apresentados os domínios que formam o TPCN e seus respectivos conceitos, traduzidos para a língua portuguesa.

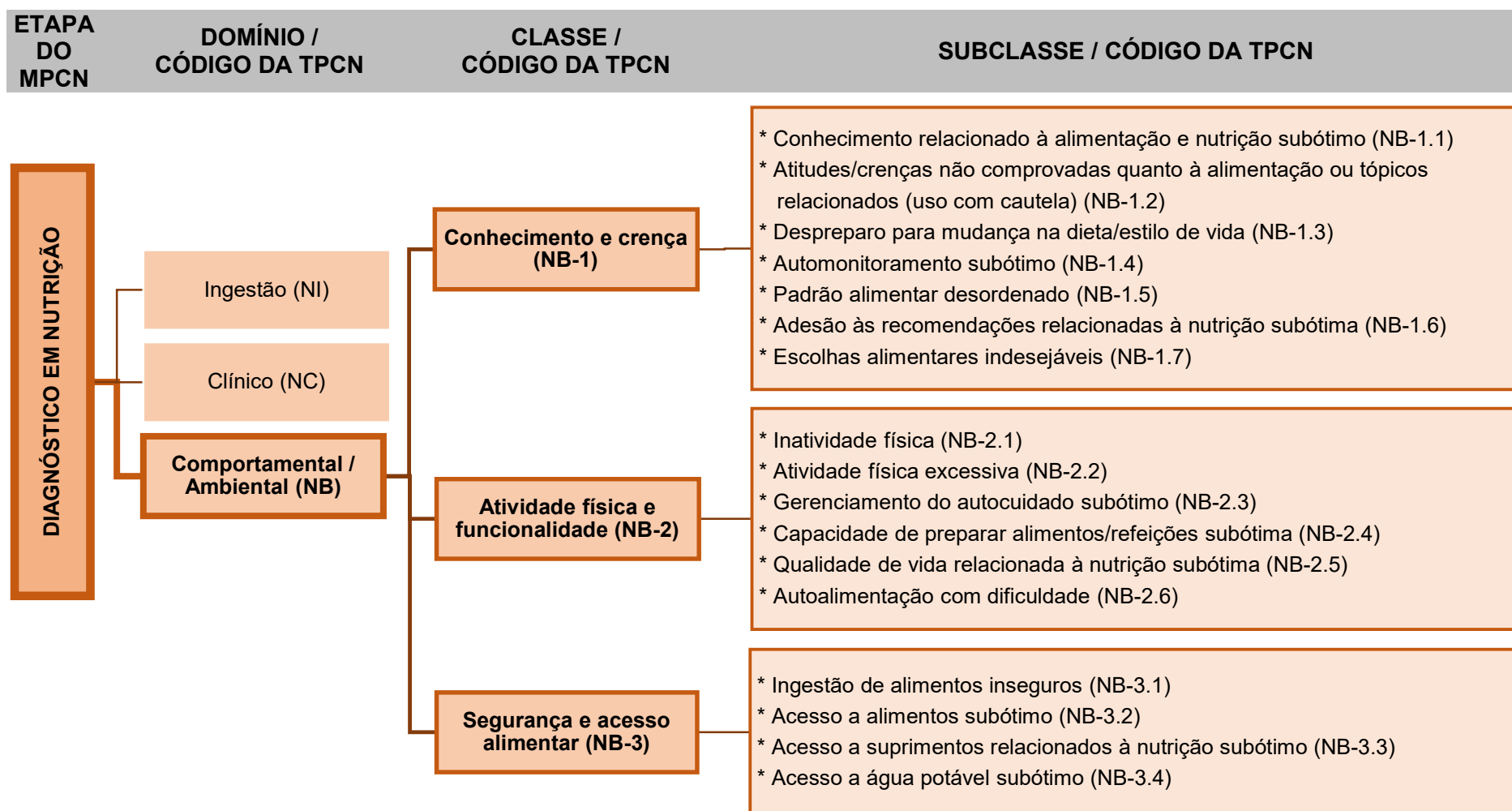


Figura 2: Exemplificação da hierarquia da TPCN  
 Fonte: Adaptado de Swan *et al.* (2017)



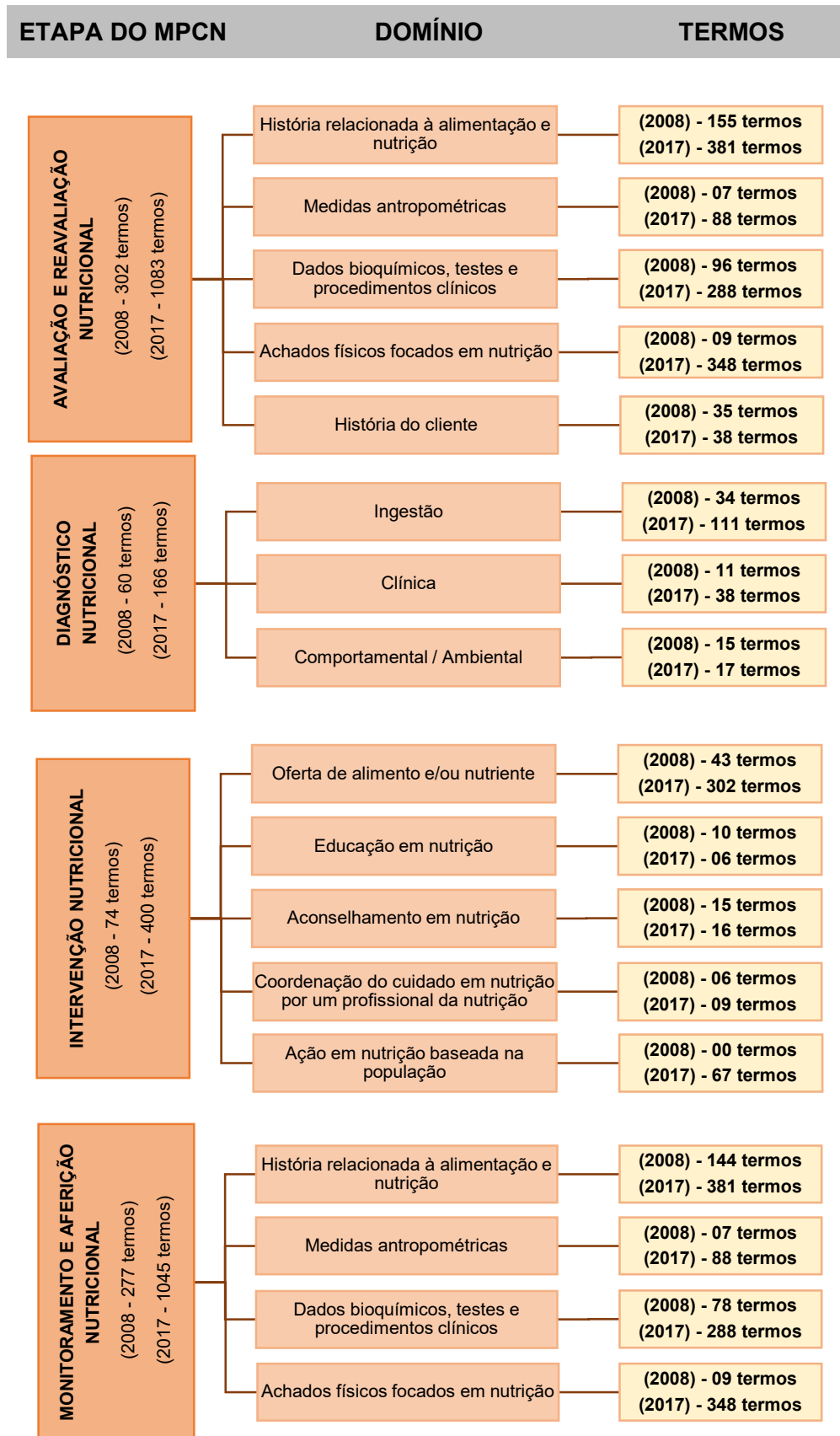


Figura 3: Evolução da quantidade de termos de 2008 para 2017  
 Fonte: Adaptado de Myers (2008); Swan *et al.* (2019).

Quadro 5: Conceitos dos domínios que compõem a TPCN

ETAPA MPCN	DOMÍNIO	CONCEITO
AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO NUTRICIONAL	História relacionada à alimentação e nutrição (FH)	Ingestão de alimento e nutriente, administração de alimento e nutriente, uso de medicamento, conhecimento/crença/atitude, comportamento, disponibilidade de alimento, atividade física e função, medidas centradas no cliente relacionadas à nutrição.
	Medidas antropométricas (AD)	Altura, peso, índice de massa corporal (IMC), categorias de índices/percentis de padrão de crescimento e história de peso.
	Dados bioquímicos, testes e procedimentos clínicos (BD)	Dados laboratoriais (ex.: eletrólitos, glicose e painel de lipídeos) e testes (ex.: tempo de esvaziamento gástrico, taxa metabólica de repouso).
	Achados físicos focados em nutrição (PD)	Achados de um exame físico focado em nutrição, entrevista ou registro de saúde, incluindo músculo e gordura subcutânea, saúde oral, capacidade de sugar, engolir, respirar; apetite e emoções.
	História do Cliente (CH)	Informação atual e passada relacionada à história pessoal, clínica, familiar e social.

ETAPA MPCN	DOMÍNIO	CONCEITO
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	Ingestão (NI)	Problemas atuais relacionados à ingestão de energia, nutrientes, líquidos e substâncias bioativas por meio da dieta oral ou suporte nutricional.
	Clínica (NC)	Achados/alterações identificados em nutrição que estão relacionados às condições clínicas ou físicas.
	Comportamental / Ambiental (NB)	Achados/alterações identificados em nutrição que estão relacionados ao conhecimento, atitudes/crenças, meio ambiente, acesso aos alimentos ou segurança alimentar.

Continua...

Continuação Quadro 5

ETAPA MPCN	DOMÍNIO	CONCEITO
INTERVENÇÃO NUTRICIONAL	Oferta de alimento e/ou nutriente (ND)	Abordagem individualizada para a provisão de alimento/nutriente.
	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.
	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.
	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.
	Ação em nutrição baseada na população (P)	Intervenções desenvolvidas para melhorar o bem-estar nutricional da população.

ETAPA MPCN	DOMÍNIO	CONCEITO
MONITORAMENTO E AFERIÇÃO NUTRICIONAL	História relacionada à alimentação e nutrição (FH)	Ingestão de alimento e nutriente, administração de alimento e nutriente, uso de medicamento, conhecimento/crença/attitudes, comportamento, disponibilidade de alimento e suprimento, atividade física e função, e medidas centradas no paciente relacionadas à nutrição.
	Medidas antropométricas (AD)	Altura, peso, índice de massa corporal (IMC), categorias de índices/percentis de padrão de crescimento e história de peso.
	Dados bioquímicos, testes e procedimentos clínicos (BD)	Dados laboratoriais (ex.: eletrólitos, glicose e painel de lipídeos) e testes (ex.: tempo de esvaziamento gástrico, taxa metabólica de repouso).
	Achados físicos focados em nutrição (PD)	Achados de um exame físico focado em nutrição, entrevista ou registro de saúde, incluindo músculo e gordura subcutânea, saúde oral, capacidade de sugar, engolir, respirar; apetite e emoções.

Fonte: Adaptado de IDNT (2017)

### 3.3.3 Implementação da TPCN: relevância, estratégias e aplicabilidade

Como parte essencial de um sistema moderno e de um sistema de cuidado eficaz, o processo de atendimento sob uso de terminologias padronizadas tem se tornado relevante entre as organizações e autoridades de saúde, sendo que este atendimento é baseado em diretrizes e evidências de abordagens centradas em pessoas (LÖVESTAM *et al.*, 2020).

O TPCN é uma de muitas terminologias padronizadas que são usadas por profissionais de saúde. Sua relevância para a área é facilitar ao profissional descrições claras e consistentes dos serviços que prestam, como também documentar e registrar os cuidados nutricionais em prontuário e gerar dados para pesquisas na nutrição prática (MYERS, 2008).

A implementação do TPCN é um processo abrangente que está atualmente em andamento em vários países ao redor do mundo. Até agora, apenas algumas pesquisas e alguns relatórios de implementação de diferentes hospitais abordaram sobre as perspectivas dos nutricionistas a respeito desse tema (HARRIS *et al.*, 2009; LÖVESTAM *et al.*, 2016).

Pouco se sabe sobre as próprias experiências desses profissionais com a implementação do TPCN, tais como quais fatores apoiam ou dificultam o processo. Portanto, explorar as experiências nesse contexto com as abordagens qualitativas pode contribuir com novas perspectivas e fornecer insights valiosos (HARRIS *et al.*, 2009).

Como estratégia de implementação, a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) não elabora técnicas ou metodologias definidas que possam contribuir neste processo. Já os autores Porter, Devine e O'Sullivan (2015) arriscaram estruturar oito estágios de mudanças, seguindo a metodologia de Kotter (1996).

Para Porter, Devine e O'Sullivan (2015), a metodologia de Kotter é uma teoria de gestão da mudança, construída em oito etapas para líderes e gestores de organizações. Portanto, eles uniram a metodologia de Kotter e a TPCN, e definiram um passo a passo, como também avaliaram a eficácia dessa implementação nos cuidados em saúde.

Foram oito estágios não lineares e dinâmicos que formaram o processo: (i) estabelecer um senso de urgência; (ii) criar uma equipe de liderança; (iii) desenvolver uma visão e estratégia; (iv) comunicar a visão de mudança; (v) capacitar ações de

base ampla; (vi) gerar ganhos de curto prazo; (vii) consolidar ganhos e produzir mais mudanças; e (viii) ancorar novas abordagens na cultura (PORTER; DEVINE; O'SULLINAN, 2015).

A seguir, o Quadro 6 ilustra as etapas do processo de implementação TPCN, seguindo a metodologia de Kotter.

Quadro 6: Visão geral do processo de implementação TPCN

ETAPA	VISÃO GERAL	RECURSOS
<b>1</b> <b>Estabelecer um senso de urgência</b>	A direção estará a cargo do gerente nutricionista. Primeiro é aprovado a iniciativa de mudança. Depois uma equipe é formada e direcionada às leituras e apresentações na web (webinar) a fim de desenvolver uma compreensão do TPCN. Isso é registrado como desenvolvimento profissional contínuo para conformidade.	Artigos de jornais, apresentações de webinar, checklist de conformidade da equipe.
<b>2</b> <b>Criar uma equipe de liderança</b>	A função do gerente nutricionista muda uma gestão e forma uma equipe de liderança que traça a visão para a implementação do TPCN, e planeja as datas principais para workshops, grupos de pares e reuniões de equipe.	Não há recurso.
<b>3</b> <b>Desenvolver visão e estratégias</b>	A equipe de liderança conduz um workshop juntamente com o coordenador para facilitar o envolvimento de todos, finalizar a visão de mudança, repassar a visão geral das estratégias de implementação, de comunicação e dos benefícios/desafios em cada etapa.	Workshop, material de bolso sobre TPCN.
<b>4</b> <b>Comunicar a visão de mudança</b>	Educação iniciada, grupos semanais de aprendizagem entre pares e sistema de apoio de amigos. Reuniões quinzenais do departamento para compartilhar estudos de caso, revisar as declarações de PES (problemas, etiologia, sinais e sintomas) e consolidar o aprendizado. Iniciar a documentação do TPCN nas notas médicas e enviar declarações semanais dos PES para o grupo de liderança.	Workshops, grupo de aprendizagem entre pares, fórum de discussão por e-mail, planilha de avaliação e prática PES.
<b>5</b> <b>Capacitar ações de base ampla</b>	Trabalho da equipe de liderança deve estabelecer metas, ser analisado e comemorado quanto aos resultados. Identificar melhorias futuras, diretrizes do departamento e quaisquer materiais necessários. O projeto deve ajudar na mudança, incluindo a modificação dos materiais de avaliação nutricional para seguir as quatro etapas do TPCN: ADIME (avaliação, diagnóstico, intervenção, monitoramento e reavaliação).	Oficinas para avaliação de formulários ADIME. Declarações e diagnóstico de nutrição mais comuns.
<b>6</b> <b>Gerar ganhos de curto prazo</b>	O gerente nutricionista supervisiona e finaliza as políticas e procedimentos. Revisa o programa de orientação e de competência da equipe, assegura o monitoramento contínuo com auditorias de gráficos e reflexão da equipe. Continua aprendendo, treinando e apoiando.	Amostra de gráficos das auditorias.
<b>7</b> <b>Consolidar ganhos e produzir mais mudanças</b>		
<b>8</b> <b>Ancorar novas abordagens na cultura</b>		

Fonte: Adaptado de Porter, Devine e O'sullivan (2015)

Quanto à aplicabilidade da TPCN, ela se restringe em duas maneiras: papel e eletrônico. Segundo Rossi, Campbell e Ferguson (2014), ao compararem o sistema baseado em papel com o sistema eletrônico, a documentação eletrônica resultou em maior produtividade sem comprometer os resultados do paciente.

### 3.4 BENEFÍCIOS DO USO DA TPCN

O uso de um processo de cuidado nutricional e uma linguagem padronizada beneficiam tanto o paciente quanto o profissional em várias maneiras. Porém, as evidências de projetos que apoiam a incorporação desse método encontram-se escassas (MEMMER, 2013).

De acordo com Atkins, Basualdo-Hammond e Hotson (2010) alguns benefícios potenciais do TPCN são:

- Proporciona impacto à profissão, apoia prática baseada em evidências e gera conhecimento sobre a eficácia do tratamento nutricional fornecido pelos nutricionistas;
- Gera reconhecimento da prática profissional;
- Apoia a melhoria contínua da qualidade ao proporcionar aos profissionais o uso de uma abordagem consistente para o cuidado em Nutrição;
- Proporciona habilidades de pensamento crítico, destacando sua experiência e demonstrando como seus cuidados podem melhorar os resultados do cliente;
- Fornecem a infraestrutura necessária para a pesquisa sobre o impacto, custo e eficácia do cuidado nutricional;
- Fornece uma abordagem consistente para documentar informações nutricionais essenciais em registros médicos;
- Promove uma linguagem uniforme que pode auxiliar na identificação do tipo e da complexidade dos cuidados nutricionais;
- Possibilita uma comparação de resultados de diferentes estudos de pesquisas, proporcionando um potencial para meta-análises sobre a eficácia das intervenções nutricionais;
- Aumenta a qualidade da documentação em nutrição e promove uma melhor comunicação entre membros da equipe de saúde, bem como atendimento ao paciente;

- Facilita o atendimento do paciente pelo profissional;
- Facilita a transição para registros médicos eletrônicos, fornecendo a estrutura necessária para incorporação de notas nutricionais no sistema;
- Facilita o treinamento de estagiários em nutrição e a orientação de profissionais formados por se tratar de uma abordagem sistemática para a prestação de cuidados em vários ambientes de prática.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Para maior compreensão da “Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição” na abordagem clínica optou-se por realizar esta revisão de escopo que possibilita mapear o conhecimento científico em uma determinada área, a fim de esclarecer definições de trabalho e/ou de um tópico (BRIGGS, 2021).

Trata-se de uma revisão abrangente que tem como objetivos: 1) ser um precursor de uma revisão sistemática; 2) identificar e analisar lacunas de pesquisa em uma determinada área; 3) examinar como a pesquisa é conduzida em um determinado tópico ou campo; 4) esclarecer os principais conceitos e limites que sustentam uma área de pesquisa; 5) identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito; e 6) identificar os tipos de evidências disponíveis em um determinado campo (MUNN *et al.*, 2018).

Esta revisão de escopo foi conduzida considerando-se as etapas metodológicas recomendadas pelo Instituto Joanna Briggs por meio do *JBI Manual for Evidence Synthesis* (2021). As etapas percorridas foram: (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes (critérios de inclusão e exclusão); (3) busca sistematizada e seleção dos estudos; (4) mapeamento e extração de dados; e (5) análise e síntese dos resultados.

### 4.2 Identificação da questão de pesquisa

Definiu-se a questão norteadora da revisão de escopo considerando-se o mnemônico PCC (**P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto). A população refere-se aos participantes daquele contexto, o conceito ao enfoque da revisão, ou seja, o que se busca saber, e por último, o contexto que remete ao ambiente ou cultura.

De maneira esquemática, o Quadro 7 indica os dados que foram considerados na definição da questão de pesquisa do presente estudo.



Quadro 7: Descrição da estratégia PCC

<b>Mnemônico</b>	<b>Descrição</b>
<b><u>P</u>opulação</b>	Profissionais nutricionistas
<b><u>C</u>onceito</b>	Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição
<b><u>C</u>ontexto</b>	Implementação no contexto clínico dos diferentes níveis de atenção à saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

A questão norteadora elaborada foi: *O que as evidências científicas apontam em termos de estratégias, benefícios e barreiras decorrentes do processo de implementação da TPCN?*

#### **4.3 Identificação dos estudos relevantes (critérios de inclusão e exclusão)**

Foram incluídos estudos que abordaram o processo de implementação da TPCN por profissionais nutricionistas, em diferentes contextos do cuidado em nutrição, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Incluiu-se evidências tanto de estudos quantitativos (ensaios clínicos; estudos quase experimentais; observacionais prospectivos e retrospectivos; estudos caso-controle e transversais analíticos), quanto de abordagem qualitativa (descritivos, fenomenológicos, etnográficos, pesquisa-ação e teoria fundamentada nos dados). Considerou-se também revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise) e metassínteses.

Foram excluídas teses, dissertações, revisões narrativas e trabalhos publicados em anais de eventos científicos, editoriais, publicações/documentos oficiais e apresentações em .ppt.

Para o gerenciamento e organização das referências, o processo de seleção dos estudos ocorreu com auxílio do software de gerenciamento bibliográfico *EndNoteX7*. A ferramenta escolhida possibilitou agrupar informações de forma sistematizada, facilitando a gestão dos estudos e leitura. Além disso, o instrumento proporcionou a organização dos dados, como a identificação de textos repetidos.

Com a identificação das publicações em duplicidade e eliminação deles, iniciou-se a primeira triagem com base no título e resumo. Posterior a esta etapa, ocorreu a segunda triagem, com base no conteúdo, realizando a leitura completa do texto.

#### **4.4 Busca sistematizada e seleção dos estudos**

De dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 foi implementada a busca abrangente e compreensiva da literatura. Inicialmente, foram explorados os termos indexados nas bases de dados relacionados à “Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição”.

Por se tratar de um tema específico na área da Nutrição, na primeira etapa da estratégia de busca pesquisou-se no MEDLINE e BVS, com o objetivo de refinar e analisar as palavras contidas nos títulos, resumos e nas palavras-chave. Isso possibilitou descobrir que o termo escolhido não era identificado como descritor controlado, e então, passou a ser chamado de palavra-chave.

Por apresentar uma menor quantidade de produções científicas durante a primeira pesquisa, e com o objetivo de obter maior quantidade de artigos, o termo “*nutrition care process terminology*” foi desmembrado na palavra-chave fechada “*nutrition care process*” e no descritor controlado “*terminology*”. Após isso, ainda com objetivo de abranger a pesquisa foi determinado que os dois termos deveriam ser encontrados em todo o texto, o que garantiu a amplitude da pesquisa.

Posteriormente, implementou-se a segunda etapa da estratégia de busca por meio do protocolo direcionado. Utilizando a combinação da palavra-chave e do descritor controlado implementou-se a pesquisa avançada nas bases de dados. Dessa forma, foram incluídos o maior número de bases, objetivando fornecer uma investigação com maior alcance de produções científicas sobre a temática. Isto é, foram consideradas desde bases com conteúdo multidisciplinares até aquelas que apresentam literatura do campo específico.

A estratégia de busca foi construída com a participação de uma assistente de pesquisa com experiência em busca em banco de dados científicos.

Conforme o Quadro 8, são apresentadas as bases escolhidas para a busca sistematizada: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), acessada por meio do portal PUBMED; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via Coleção Principal (Thomson Reuters), EMBASE via Portal de

Periódicos CAPES, Web of Science, Science Direct, *SciVerse Scopus* (SCOPUS), *Food Science & Technology Abstracts (FSTA)*, *Food Science Source* e *SPORTDiscus* (SPORTD) e suas respectivas descrições.

Quadro 8: Bases escolhidas e suas respectivas descrições

<b>BASES DE DADOS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>CINAHL</b>	É uma coleção de textos completos para periódicos dos campos de Enfermagem e Saúde, fornecendo texto completo para mais de 610 periódicos indexados.
<b>EMBASE</b>	É uma base de dados biomédicos muito versátil para diversos objetivos. Ele abrange a mais importante literatura biomédica internacional desde 1947 até os dias de hoje e todos os seus artigos são indexados com precisão.
<b>Food Science Source</b>	É um banco de dados de texto completo projetado para apoiar as necessidades de pesquisa da indústria de alimentos. Ele fornece publicações de texto completo, monografias, revistas e publicações comerciais, além de uma grande variedade de relatórios de mercado e da indústria alimentícia. Os tópicos incluem processamento de alimentos, segurança, serviço, remessa e inovação.
<b>FSTA (Food Science &amp; Technology Abstracts)</b>	É uma base com cobertura mundial de literatura científica e tecnológica relacionada à alimentação e saúde. A base de dados tem suas fontes frequentemente revistas para assegurar a relevância e a qualidade do material. A FSTA contém mais de um milhão de registros com resumos informativos, com acervo desde 1969 até a atualidade, 950 periódicos correntes e cobertura histórica de mais de quatro mil títulos. O conteúdo possui periódicos, livros, publicações não-científicas, revisões, anais de congressos, relatórios, patentes e normas.
<b>MEDLINE/Pubmed</b>	É a principal base de dados da National Library of Medicine (NLM), que abrange as áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Veterinária, Sistemas de saúde, Saúde Pública e Ciências pré-clínicas. Reúne referências de artigos de periódicos, a maioria com resumos e grande parte com links para os textos eletrônicos. Abrange mais de 5.200 periódicos biomédicos, em 60 idiomas. Seu principal período de cobertura é a partir de 1966.
<b>SCIENCE DIRECT</b>	É a coleção eletrônica de textos completos provenientes de mais de 1.800 revistas científicas Elsevier, com mais de 10 milhões de artigos nas áreas científica, tecnológica e médica, representando aproximadamente 25% da produção científica mundial.
<b>SCOPUS</b>	É uma base de dados multidisciplinar, produzida pela editora Elsevier desde 2004, com cobertura a partir de 1960. Contém resumos de 27 milhões de artigos. A base possibilita a visualização de artigos mais citados e Índice H.
<b>SPORTD</b>	É a fonte mais extensa do mundo de periódicos científicos sobre esporte e Medicina desportiva, fornecendo o texto completo de 550 periódicos científicos indexados.
<b>WEB OF SCIENCE</b>	É uma base que possui artigos de periódicos das áreas de Ciências Exatas e Naturais, Ciências Sociais, Artes e Humanidades, permitindo a realização de levantamento bibliográfico por temática, autor e título. O resultado é disponível em forma de referência bibliográfica, incluindo resumo e referências.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Portanto, foi definido para cada base uma estratégia específica de busca, conforme apresentado no Quadro 9.

Quadro 9: Estratégia de busca conforme as bases de dados

<b>BASE</b>	<b>ESTRATÉGIA DE BUSCA</b>
<b>CINAHL</b>	TX "nutrition care process" AND TX terminology
<b>EMBASE</b>	'nutrition care process' AND ('terminology'/exp OR terminology)
<b>Food Science Source</b>	TX "nutrition care process" AND TX terminology
<b>FSTA (Food Science &amp; Technology Abstracts)</b>	TX "nutrition care process" AND TX terminology
<b>MEDLINE/Pubmed</b>	[All Fields] "nutrition care process" AND [All Fields] terminology
<b>SCIENCE DIRECT</b>	"nutrition care process" AND terminology
<b>SCOPUS</b>	ALL ("nutrition care process") AND terminology
<b>SPORTDiscus</b>	TX "nutrition care process" AND TX terminology
<b>WEB OF SCIENCE</b>	ALL=("nutrition care process") AND ALL=(terminology)

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Vale ressaltar que, por se tratar de uma pesquisa ampla, não se incluiu nenhum recorte temporal e também nenhum filtro específico, a fim de explorar ao máximo o tema escolhido.

Na terceira etapa foi implementada a revisão das citações dos estudos selecionados, a fim de garantir que esses estudos também fossem incluídos nesta revisão. Com esse processo foram identificadas outras referências que também foram incluídas no estudo.

#### 4.5 MAPEAMENTO E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Esta etapa tem como objetivo criar um resumo lógico e descritivo dos resultados que se alinham com o objetivo e pergunta da presente revisão de escopo (BRIGGS, 2021). O formulário criado para extração dos dados foi desenvolvido para registrar as informações chave da fonte, como título do estudo, autor; ano de

publicação, instituição de vínculo; título do periódico; tipo do estudo; nível de evidência; entre outras informações que caracterizassem descobertas relevantes para a presente revisão (BRIGGS, 2021).

Os artigos científicos foram classificados de acordo com o método e nível de evidência, segundo a hierarquia proposta por Polit e Beck (2018). Na Figura 4 é apresentada a pirâmide hierárquica utilizada para classificar os estudos encontrados.



Figura 4: Hierarquia de evidências: níveis para diferentes questões de práticas baseadas em evidências  
Fonte: Polit e Beck (2018)

#### 4.6 ANÁLISE E SÍNTESE DOS RESULTADOS

A análise das evidências da presente revisão ocorreu de forma a extrair os resultados de maneira descritiva e mapeá-los, o que possibilitou uma discussão crítica, em narrativa, da literatura existente (BRIGGS, 2021).

Portanto, foi realizada uma análise aprofundada das experiências dos profissionais com a implementação da TPCN. Considerou-se as barreiras encontradas, facilitadores, tipos de ferramentas para implementação e os benefícios obtidos com a terminologia do processo de cuidado nutricional.

A síntese narrativa dos resultados inclui: (a) sumarização numérica e resumo descritivo; (b) apresentação das estratégias de implementação da Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição; (c) síntese das barreiras, facilitadores e benefícios da implementação. Posteriormente, permitiu uma discussão para melhor compreensão da temática TPCN (BRIGGS, 2021).

Inicialmente serão apresentados os artigos considerados como resultados da presente revisão e as informações coletadas em cada estudo. Em seguida, os resultados serão discutidos segundo os objetivos: identificar e analisar lacunas sobre a Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição (TPCN), examinar as evidências emergentes, mapear os principais limites que sustentam esta pesquisa e fornecer uma visão sobre a implementação do TPCN, identificando as principais características, benefícios, barreiras ou fatores relacionados a esse conceito.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Resultados da busca sistematizada

Concluídas as buscas nas bases de dados selecionadas, foram identificados 941 artigos. Desse total, foi realizada uma análise para eliminar aqueles que se encontravam em duplicidade, o que permitiu descartar 481 artigos, restando para análise 460. Após esta etapa, os 460 artigos passaram pela primeira triagem, que foi a leitura atenta dos títulos e resumos. Desse total, 390 foram excluídos, restando apenas 70 artigos para a leitura na íntegra.

Após a leitura total de cada artigo, foram excluídos 53, segundo as justificativas. Entre os motivos que levaram às exclusões, estão: não aborda a Terminologia do Processo de Cuidado Nutrição (TPCN) (25), não implementa a TPCN (22) e apresenta intervenções correlatadas (6). Assim, a amostra final foi composta de 17 estudos.

A seguir, a Figura 5, fluxograma PRISMA, apresenta a quantidade de artigos encontrados nas bases selecionadas e o processo de triagem.

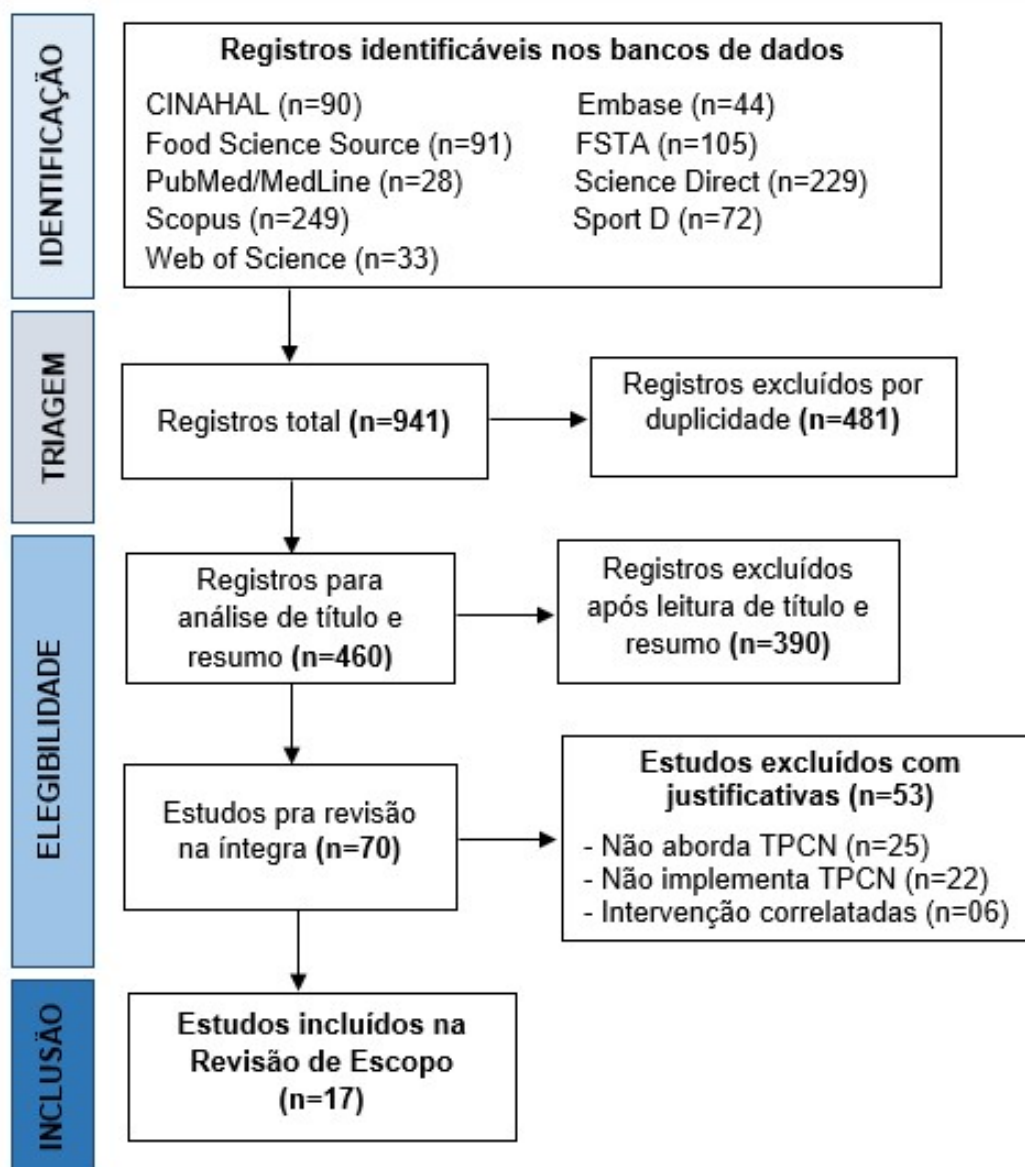


Figura 5: Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos  
 Fonte: Tricco et al. (2018)

## 5.2 Caracterização dos estudos primários elegíveis

Os estudos selecionados como resultados foram lidos na íntegra e mapeados de forma a identificar as semelhanças dos temas e das lacunas do conhecimento. Os artigos foram identificados através de um código numérico (A1, A2, A3 etc.) para facilitar a menção dos mesmos, durante apresentação e discussão dos resultados. O Quadro 10 apresenta as informações referentes a cada artigo selecionado: título, autores, ano e país de publicação, periódico/livro e método.

Quanto às abordagens metodológicas utilizadas nos estudos encontrados, estas foram: ensaio não randomizado (quase experimento) (seis estudos); estudo não



experimental (oito estudos); estudo qualitativo (dois estudos) e estudo qualitativo/estudo descritivo (um estudo).

Quadro 10: Estudos selecionados na revisão de escopo sobre Terminologia do Processo de Cuidado em Nutrição

Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO / PAÍS	PERIÓDICO / LIVRO	MÉTODO	NIVEL DE EVIDÊNCIA
A1	Applying the Nutrition Care Process and Model and the International Dietetics and Nutrition Terminology for Dietitians in Long-Term Care	Zelig, R. <i>et al.</i>	2011 / EUA	Topics in Clinical Nutrition Journals	Ensaio não randomizado (quase experimento)	III
A2	Colleague Influence Predicts the Use of the International Dietetics and Nutrition Terminology in Dietetics Practice	Parrott, J. S.; Galeos, A.; Rigassio-Radler, D.	2012 / EUA	Topics in Clinical Nutrition Journals	Estudo não experimental	V
A3	Evaluation of an electronic record prototype incorporating the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology	O'Sullivan, T. A.	2013 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Austrália	Ensaio não randomizado (quase experimento)	III
A4	Implementation of the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology in a Single-Center Hemodialysis Unit: Comparing Paper vs Electronic Records	Rossi, M.; Campbell, K. L.; Ferguson, M.	2014 / Austrália	Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics	Estudo não experimental	V
A5	Development of a Nutrition Care Process implementation package for hospital dietetic departments	Porter, J. M. <i>et al.</i>	2015 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Ensaio não randomizado (quase experimento)	III
A6	Evaluation of a Nutrition Care Process implementation package in hospital dietetic departments	Porter, J. M.; Devine, A.; O'Sullivan, T. A.	2015 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Ensaio não randomizado (quase experimento)	III

Continua...

Continuação **Quadro 10**

Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO / PAÍS	PERIÓDICO / LIVRO	MÉTODO	NIVEL DE EVIDÊNCIA
A7	Evaluation of Nutrition Care Process documentation in electronic patient records: Need of improvement	Lövestam, E. <i>et al.</i>	2015 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Estudo não experimental	V
A8	Increased familiarity, knowledge and confidence with Nutrition Care Process Terminology following implementation across a statewide health-care system	Vivanti, A. <i>et al.</i>	2015 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Ensaio não randomizado (quase experimental)	III
A9	The struggle to balance system and lifeworld: Swedish dietitians' experiences of a standardised nutrition care process and terminology	Lövestam, E. <i>et al.</i>	2016 / Suécia	Health Sociology Review Journal	Estudo qualitativo	VII
A10	Nutrition Care Process Implementation: Experiences in Various Dietetics Environments in Sweden	Lövestam, E.; Boström, A. M.; Orrevall, Y.	2017 / EUA	Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics	Estudo qualitativo	VII
A11	Successful long-term maintenance following Nutrition Care Process Terminology implementation across a state-wide health-care system	Vivanti, A. <i>et al.</i>	2017 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Ensaio não randomizado (quase experimental)	V
A12	The accuracy and consistency of nutrition care process terminology use in cases of refeeding syndrome	Matthews, K. L.; Palmer, M. A.; Capra, S. M.	2017 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Estudo qualitativo / estudo descritivo	VII

Continua...

Continuação Quadro 10

Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO / PAÍS	PERIÓDICO / LIVRO	MÉTODO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
A13	The Nutrition Care Process Terminology: Changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three Years	Vivanti, A.; Lewis, J.; O'Sullivan, T. A.	2017 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Estudo não experimental	V
A14	Predictors of nutrition care process and terminology use, applicability and importance within Asia-Pacific dietitians	O'Sullivan, T. A.; Lo, J.; Vivanti, A.	2018 / Austrália	Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia	Estudo não experimental	V
A15	Use of the Nutrition Care Process and Nutrition Care Process Terminology in an International Cohort Reported by an Online Survey Tool	Lövestam, E. <i>et al.</i>	2019 / EUA	Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics	Estudo não experimental	V
A16	Barriers and enablers in the implementation of a standardised process for nutrition care: findings from a multinational survey of dietetic professionals in 10 countries	Lövestam, E. <i>et al.</i>	2020 / Reino Unido	Journal of Human Nutrition and Dietetics	Estudo não experimental	V
A17	Simulation in Learning and Using the Nutrition Care Process/Terminology: Experiences and Perceptions of Dietitians in Canada	Buchholz, A. C. <i>et al.</i>	2020 / Canadá	Canadian Journal of Dietetic Practice and Research	Estudo não experimental	V

Fonte: Autora 2021

Observa-se que em 2011 iniciaram as publicações que avaliaram a implementação da TPCN, sendo que a maior concentração das publicações ocorreu em 2015 e 2017, com quatro publicações em cada ano, o que representa 23% respectivamente. Seguido de 2020, com dois artigos publicados, representando, respectivamente, 12% do total.

Em relação aos países de publicação, os estudos foram conduzidos em três continentes: Oceania, América e Europa. A seguir, na Figura 6 é possível observar que a Austrália, único país representante da Oceania, destacou-se com 10 estudos de pesquisa, sendo responsável por 59% do total, seguido da América com quatro publicações nos EUA (23%) e uma no Canadá (6%), perfazendo 29% do total. Com o menor número de emissão de artigos, o continente Europeu, aqui representado pela Suécia com uma pesquisa e pelo Reino Unido, também com uma, corresponderam 12% do total das publicações.

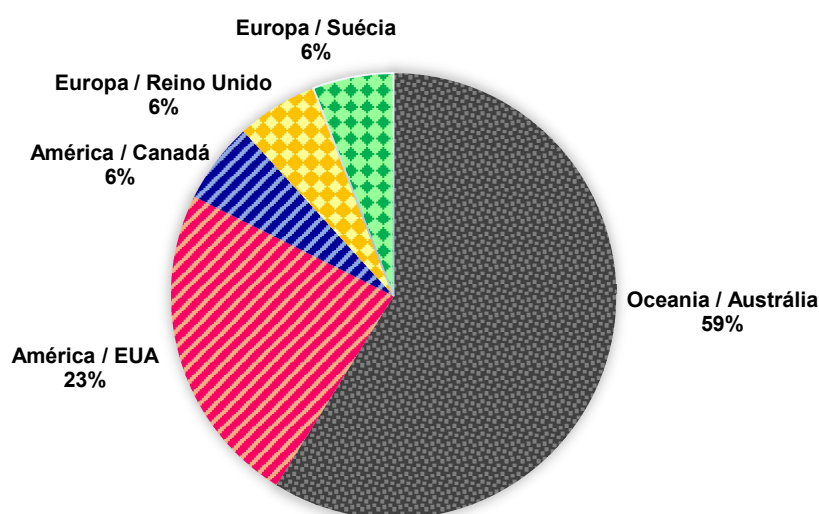


Figura 6: Gráfico dos continentes e países em que foram publicados os estudos  
Fonte: Elaborado pela autora (2021)

### 5.3 ESTRATÉGIAS, BENEFÍCIOS E BARREIRAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA TPCN

O Quadro 11 apresenta as sínteses dos estudos que compõem a presente revisão de escopo (RE). De modo geral, observa-se nos estudos que compõem esta RE uma diversificação de estratégias para implementação e avaliação da TPCN.

Quadro 11: Sínteses dos estudos primários incluídos na revisão de escopo quanto ao objetivo, principais resultados e estratégias para implementação e avaliação da TPCN

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A1	Zelig, R. <i>et al.</i> 2011 / EUA	Medir a mudança de conhecimento e atitude dos nutricionistas que praticam cuidado de longo prazo, após uma intervenção educacional baseada na web sobre a aplicação do PCN e IDNT.	Para os 60 nutricionistas participantes que receberam treinamento da PCN e IDNT:  - Com base em pré-teste e pós-testes a mudança de conhecimento foi observada em 67% dos participantes após a intervenção de educação continuada baseada na web.  - A intervenção educacional baseada na web promoveu um efeito geral moderado-grande nas atitudes dos participantes após o treinamento da IDNT.	- Treinamento com módulo de curso de educação continuada sobre o uso PCN/IDNT voltado para cuidado a longo prazo, disponível na web por 60 dias corridos, com acessibilidade liberada por 24h.  - Questionário de 17 questões de múltipla escolha com objetivo de avaliar a mudança de conhecimento e a atitude em relação ao uso do PCN/IDNT pelos participantes.
A2	Parrott, J. S.; Galeos, A.; Rigassio-Radler, D.  2012 / EUA	Identificar barreiras e motivadores percebidos por um grupo de nutricionistas clínicos que propõe o uso do IDNT.	Para os 279 nutricionistas clínicos proponentes do PCN e IDNT:  - As barreiras identificadas foram: falta de tempo; falta de suporte, apoio e planejamento da gerência; falta de confiança e falta de disseminação do IDNT.  - Os motivadores identificados que aumentaram adesão do IDNT foram: ouvir comentários positivos sobre o IDNT; possuir colegas comprometidos com a promoção do IDNT e observar a aplicação do IDNT junto aos colegas.	- Questionário de 18 questões de múltipla escolha com respostas curtas e tipo Likert, para avaliar frequência, barreiras e motivadores para o uso do PCN e IDNT.

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A3	O'Sullivan, T. A.  2013 / Austrália	Incorporar o PCN e o IDNT em um sistema de registro dietético online de uso privado existente e executar um estudo piloto testando o novo protótipo com uma pequena amostra de nutricionistas australianos para determinar sua aceitabilidade e identificar áreas para melhoria.	<p>Para os 12 nutricionistas praticantes do PCN e IDNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve um aumento de confiança de 17% no uso da terminologia após acesso ao protótipo do sistema eletrônico de registro dietético.</li> <li>- O protótipo era fácil de usar e atuou como um guia para documentar o uso do processo de atendimento e da terminologia, sendo útil nos registros nacionais de saúde eletrônica.</li> <li>- É de interesse usar um sistema eletrônico para fins de pesquisa, incluindo controle de qualidade, investigando a eficácia da intervenção e justificando o papel dos nutricionistas em termos de produtividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinamento constituído de sessão única de aproximadamente 2,5h, contendo o histórico do projeto, o uso do PCN e IDNT um estudo de caso para aplicação no sistema.</li> <li>- Questionário inicial pré-teste com 17 questões para investigar tempo de qualificação sobre PCN e IDNT; tipos de trabalho clínico; uso do PCN e IDNT na prática, confiança em usar o PCN e IDNT; confiança com os sistemas atuais; local de trabalho adotado o PCN e IDNT; desafios e benefícios de usar PCN e IDNT e custos de implementação do PCN e IDNT. Questionário pós-teste com nove (9) questões para investigar preferências e vantagens/desvantagens para um sistema de registro eletrônico versus sistema de registro em papel usando o PCN e IDNT; formas como o sistema eletrônico de PCN e IDNT poderia encorajar nutricionistas a implementar o PCN e IDNT; confiança no uso do PCN e IDNT em um sistema eletrônico disponível; acesso ao computador no local de trabalho; probabilidade do local de trabalho adotar o PCN e IDNT se um sistema eletrônico fosse acessível e disponível e custos de um sistema eletrônico.</li> </ul>

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A3				<p>- Grupo focal com objetivo de explorar pensamentos e promover feedback; desenvolver uma melhor compreensão posição de como e por que os pontos de vista do nutricionista podem ser diferentes; fatores que influenciam perspectivas particulares; que recursos eles gostaram e não gostaram do protótipo, que recursos eles gostariam de ver adicionados, como melhorar a usabilidade do protótipo, se um sistema gratuito ajudaria na aceitação, tipo de acesso e dispositivos de entrada que se adaptam melhor ao seu local de trabalho, e o tipo de pesquisa que gostariam de ver um o PCN e IDNT eletrônico para usar banco de dados.</p> <p>- Sistema Software de processamento de dados, usando Java como linguagem de programação.</p>
A4	<p>Rossi, M.; Campbell, K. L.; Ferguson, M.</p> <p>2014 / Austrália</p>	<p>Comparar um sistema eletrônico com um sistema baseado em papel, para capturar o PCN com IDNT em eficiência e eficácia dos cuidados dietéticos em ambiente de hemodiálise.</p>	<p>Para o nutricionista renal que atendeu os 91 pacientes utilizando o PCN e IDNT no sistema eletrônico e papel:</p> <p>- O sistema eletrônico melhorou a eficiência do tempo total gasto em 13 minutos por consulta.</p> <p>- Houve também um maior número de diagnósticos relacionados à nutrição resolvidos, usando o sistema eletrônico em comparação com a documentação em papel.</p>	<p>- Sistema Software eletrônico com: cálculo automatizado, alertas para dados antropométricos e nutricionais, download de dados bioquímicos mensais, caixa de seleção TPCN com comandos e rastreamento gráfico dos dados do paciente ao longo do tempo.</p> <p>- Sistema de ficha manual com: campos para inserção de dados nutricionais coletados e calculados manualmente; e classificação do TPCN.</p>

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A5	Porter, J. M. <i>et al.</i>  2015 / Austrália	(I) Investigar e comparar as opiniões dos nutricionistas de hospitais australianos que iniciaram uma implementação informal do PCN/TPCN e dos nutricionistas que ainda não iniciaram a implementação. (II) Utilizar suas opiniões, juntamente com a literatura disponível, para informar o desenvolvimento de um pacote de implementação do PCN/TPCN, incluindo a determinação de uma estrutura de gerenciamento de mudança apropriada.	Para os 113 nutricionistas que participaram do estudo:  - Quanto aos pós-implementadores, esses tiveram pontuações de conhecimento mais altas, estavam mais familiarizados com o PCN/TPCN, confiantes para implementar e com suporte para usar PCN/TPCN.  - A falta de conhecimento, suporte, treinamento e recursos foram identificados como uma barreira pelos pré-implementadores.  - As cargas de trabalho ocupadas e status de trabalho foram identificados como barreiras pelos pós-implementadores.  - As chaves para uma implementação bem-sucedida incluíram tempo alocado para a prática e para treinamentos; apoio da liderança e de seu líder de departamento de gestão e do PCN/TPCN; e crescimento profissional através da compreensão de como a mudança pode beneficiar a prática.	- Treinamento de 3 sessões de desenvolvimento profissional durante 3 meses. Mentorias mensais por um período de 6 meses para troca de informações durante a implementação. Workshops sobre o conteúdo do PCN/TPCN. E ligações semanais para suporte contínuo durante a implementação do PCN/TPCN.  - Questionário de múltipla escolha com 58 questões que abordaram atitudes, suporte e conhecimento. E perguntas adicionais, abertas, sobre conhecimento, familiaridade, confiança, suporte, constructos de valor, barreiras, treinamento e educação em relação ao PCN/TPCN.

Continua...



Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A6	Porter, J. M.; Devine, A.; O'Sullivan, T. A.  2015 / Austrália	Relatar o resultado do processo piloto de implementação e a eficácia do pacote em dois departamentos de dietética de um hospital australiano. Um terceiro hospital atuou como grupo de controle.	<p>Para os 35 nutricionistas que participaram dos estudos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com a pré-implementação nos hospitais o grupo teste tinha um conhecimento do PCN significativamente maior. Eles estavam mais familiarizados com o PCN e com o TPCN. E se sentiam mais confiantes para utilizar o PCN na prática.</li> <li>- Com a pré-implementação nos hospitais o grupo de controle exibiu uma familiaridade significativamente maior com o PCN e o TPCN. Outras melhorias significativas em outros itens analisados não foram observadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinamento de 3 sessões de desenvolvimento profissional durante 3 meses. Mentorias mensais por um período de 6 meses para troca de informações durante a implementação. Workshops sobre o conteúdo do PCN/TPCN. E ligações semanais para suporte contínuo durante a implementação do PCN/TPCN.</li> <li>- Questionário de múltipla escolha com 58 questões que abordaram atitudes, suporte e conhecimento. E perguntas adicionais, abertas, sobre conhecimento, familiaridade, confiança, suporte, constructos de valor, barreiras, treinamento e educação em relação ao PCN/TPCN.</li> <li>- Programa de gestão de mudança elaborado como guia de bolso contendo passo a passo para implementação: 1) Estabelecer um senso de urgência; 2) Criar uma equipe de liderança; 3) Desenvolver uma visão e estratégias; 4) Comunicar a visão de mudança; 5) Capacitar ações de base ampla; 6) Gerar ganhos de curto prazo; 7) Consolidar ganhos e produzir mais mudanças; e 8) Ancorar novas abordagens na cultura.</li> </ul>

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A7	Lövestam, E. <i>et al.</i>  2015 / Austrália	Analisar a qualidade das anotações dietéticas ambulatoriais nos prontuários dos pacientes em relação às partes relevantes do PCN, bem como outros aspectos de qualidade, como a clareza da documentação. Objetivou-se também descobrir se a qualidade da documentação dietética difere, dependendo se o local de trabalho do nutricionista é um hospital ou um centro de atenção primária.	Nutricionistas responsáveis pelas auditorias:  - Mostraram que os itens mais frequentes documentados foram: intervenção (90%), avaliação (70%), e problema nutricional (56%).  - Mostraram que os itens menos documentados foram: prescrição nutricional (15%), objetivo da intervenção (9%) e conexão problema-etilogia-sintoma (5%).  - Falhas na clareza de linguagem eram comuns (72%).  - Atenção primária receberam notas mais altas do que aquelas de hospitais.	Questionário para auditoria contendo 14 itens com foco em documentação das quatro etapas do PCN, para avaliação da qualidade dos aspectos como: clareza da linguagem (a presença / ausência de formulações ambíguas); estrutura e relevância das informações documentadas nas notas dietéticas.

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A8	Vivanti, A. <i>et al.</i>  2015 / Austrália	(I) Explorar o conhecimento dietético, as percepções e os benefícios esperados do TPCN antes da implementação formal; (II) Identificar barreiras e facilitadores na implementação; e (III) Desenvolver e avaliar uma abordagem de implementação do TPCN para treinamento de líderes em Queensland Health.	Para os 86 nutricionistas que participaram da pesquisa: - Antes da implementação mostraram atitudes positivas em relação ao valor do PCN / IDNT. - Identificaram que o apoio aos treinamentos (manejo; prática, tutoriais e workshops), apoio do mentor e as auditorias de acompanhamento são importantes para uma implementação bem-sucedida. - 81% completaram os tutoriais e 86% completaram os prontuários auditados que incluía declarações de diagnóstico nutricional. - Após a implementação a familiaridade, a confiança e o conhecimento do TPCN melhoraram significativamente.	- Treinamentos com sessões presenciais para orientações, procedimento e documentação gráfica; e teleconferência para discussão de estudo de caso.  - Questionário antes e pós implementação do TPCN, com 63 questões distribuídas entre questões abertas, dicotômicas e fechadas. Avaliavam atitudes, suporte e pesquisa de conhecimento sobre o TPCN.
A9	Lövestam, E. <i>et al.</i>  2016 / Suécia	Explorar as experiências dos nutricionistas suecos quanto ao TPCN em relação à documentação do prontuário do paciente, o paciente e o papel profissional nutricionista.	Para os 37 nutricionistas que participaram do estudo: - O PCN parece se conectar com uma perspectiva de sistema, destacando aspectos como profissionalismo, mensurabilidade e clareza do prontuário do paciente como resultados úteis da padronização do TPCN. - Há uma importância na relação nutricionista-paciente, afirmando que a situação complexa de um paciente nem sempre se encaixa nos termos e medidas pré-definidos no TPCN. - Existem abordagens para alcançar um equilíbrio entre o sistema e o mundo da vida. Sendo que as estratégias para alcançar esse equilíbrio precisam de mais atenção na educação e implementação de processos e terminologias padronizadas de atendimento.	- Grupo Focal com um guia semiestruturado contendo tópicos de discussão sobre as diferentes perspectivas dos participantes ao usar o TPCN quanto ao profissional, paciente e documentação.

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A10	Lövestam, E.; Boström, A. M.; Orrevall, Y.  2017 / EUA	Explorar as experiências dos nutricionistas suecos quanto ao processo de implementação do PCN/TPCN em diferentes ambientes dietéticos.	<p>Para os 37 nutricionistas participantes do estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As principais categorias identificadas na análise temática foram: liderança e estratégia de implementação, grupo e colegas, prontuário eletrônico e avaliação.</li> <li>- No caso A, um pequeno hospital com um estilo de liderança inclusivo e cultura de discussão, os nutricionistas abraçaram a implementação do PCN/TPCN.</li> <li>- No caso B, um hospital maior com uma estrutura mais hierárquica, nutricionistas eram mais ambivalentes em relação à implementação do PCN/TPCN.</li> <li>- No caso C, um pequeno centro de atenção primária multiprofissional, com apenas um nutricionista, não recebeu suporte relacionado à dietética da gerência ou de seus colegas. Ela não havia iniciado a implementação do PCN/TPCN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo Focal com um guia semiestruturado contendo tópicos de discussão sobre as diferentes perspectivas dos participantes ao usar o TPCN quanto ao profissional, paciente e documentação.</li> </ul>

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A11	Vivanti, A. <i>et al.</i>  2017 / Austrália	(I) Avaliar as mudanças nas atitudes, familiaridade, confiança, conhecimento dos nutricionistas e incorporar declarações de diagnóstico em prática; (II) Identificar barreiras e facilitadores de implementação de longo prazo; e (III) Investigar as perspectivas dos gerentes em relação à implementação do TPCN.	Para os 238 nutricionistas (2011) e 82 nutricionistas (2014): - O uso da declaração de diagnóstico melhorou após implementação. - As percepções da importância do TPCN e os benefícios de incorporar o TPCN na prática aumentaram. - O tempo para completar a documentação do TPCN e o acesso aos mentores diminuíram. - Atitudes aprimoradas, familiaridade, confiança, pontos de vista, conhecimento e incorporação na prática foram mantidas. - Os elementos-chave para sustentar a implementação do TPCN ao longo de três anos incluíram: suporte de gerenciamento contínuo, workshops/tutoriais, discussão e mentoria e apoio de colegas. - Os recursos mais valiosos foram guias de bolso, workshops/tutoriais contínuos e suporte de mentores. - Os gerentes dietéticos tinham muitos pontos de vista positivos do TPCN; no entanto, as opiniões divergiam sobre a utilidade do planejamento do serviço, prática mais segura, melhoria do atendimento ao paciente e facilitação da comunicação.	- Questionário para avaliação da manutenção do TPCN após 36 meses de implementação. Foram 43 questões distribuídas entre questões abertas, dicotômicas e fechadas, que abordavam conhecimento, familiaridade, atitudes e experiências com implementação da TPCN.

Continua...

Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A12	Matthews, K. L.; Palmer, M. A.; Capra, S. M.  2017 / Austrália	Examinar o termo diagnóstico nutricional que nutricionistas utilizariam no tratamento de um paciente com síndrome de realimentação (RFS)	<p>Para os 195 nutricionistas participantes do questionário:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60% deles afirmaram usar o TPCN no local de trabalho.</li> <li>- O desequilíbrio de nutrientes só foi identificado como um código correto por 17 entrevistados.</li> <li>- 85 entrevistados selecionaram incorretamente mais de um código de diagnóstico.</li> <li>- 52 entrevistados selecionaram incorretamente “Desnutrição”, sem também selecionar “Desequilíbrio de nutrientes”. Selecionaram também, “reduzir ingestão” como uma intervenção, sugerindo algum mal-entendido.</li> </ul> <p>Para os 22 nutricionistas participantes do grupo focal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Somente os participantes de Taiwan relataram educação anterior à TPCN.</li> <li>- Nenhuma menção de desequilíbrio de nutrientes foi feita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário com 33 questões sendo 10 de informações demográficas, 21 sobre a síndrome da realimentação e duas questões relativas ao processo TPCN.</li> <li>- O grupo focal usando um guia semiestruturado de oito perguntas abertas, sendo duas perguntas específicas relacionadas ao uso do TPCN.</li> </ul>

Continua...

Continuação **Quadro 11**

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A13	Vivanti, A.; Lewis, J.; O'Sullivan, T. A.  2017 / Austrália	Identificar mudanças na absorção e conhecimento do TPCN, com foco nas barreiras e facilitadores para o uso efetivo do TPCN.	<p>Para 218 participantes (2011) e 205 participantes (2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O conhecimento sobre o TPCN aumentou significativamente ao longo dos três anos, assim como a confiança, a preparação, o acesso ao suporte e treinamento e o uso do TPCN.</li> <li>- Os benefícios para a implementação aumentaram enquanto as barreiras foram reduzidas.</li> <li>- As atitudes em relação à implementação do TPCN eram conflitantes.</li> </ul>	- Questionário para avaliação da manutenção do TPCN após 36 meses de implementação. Foram 48 questões distribuídas entre questões abertas, dicotômicas e fechadas, que abordavam conhecimento, familiaridade, atitudes e experiências com implementação da TPCN.
A14	O'Sullivan, T. A.; Lo, J.; Vivanti, A.  2018 / Austrália	Investigar os preditores do uso do TPCN, juntamente com as atitudes em relação à aplicabilidade e importância da implementação do TPCN, por meio de pesquisa com nutricionistas que trabalham na região da Ásia-Pacífico.	<p>Para os 377 nutricionistas que participaram da pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os preditores positivos independentes dos usuários atuais do TPCN foram: conhecimento, confiança para implementar, confiança para escrever diagnósticos nutricionais e experiência de suporte gerencial.</li> <li>- Um preditor negativo do uso de TPCN é não ver uma razão para mudar.</li> <li>- Um preditor positivo independente de verem a implementação do TPCN como importante foi: a sensação de que ele melhoraria o atendimento ao paciente.</li> <li>- Os preditores positivos independentes dos que veem o TPCN como aplicável à sua prática foram: o conhecimento do TPCN, a visão do valor do TPCN e a participação em workshops ou conferências.</li> </ul>	- Questionário de avaliação de conhecimento do TPCN com 35 questões distribuídas entre questões abertas, dicotômicas e fechadas. As questões abordavam barreiras, facilitadores, atitudes, conhecimento e experiências com implementação da TPCN.

Continua...

Continua Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A15	Lövestam, E. <i>et al.</i>  2019 / EUA	Descrever e comparar o nível de implementação do PCN/TPCN em 10 países.	<p>Para os 6.459 nutricionistas participantes da pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos tiveram taxas de implementação mais altas em comparação com outros países pesquisados.</li> <li>- O conhecimento do PCN foi alto na maioria dos países (&gt; 90%), mas menor na Grécia (50%).</li> <li>- A implementação do PCN (processo) era mais alto em todos os países em comparação com o TPCN (terminologia).</li> <li>- Que trabalham com pacientes internados relataram os níveis de implementação mais altos, enquanto os que trabalham na saúde pública relataram os mais baixos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário de conhecimento de implementação do PCN/TPCN com 44 questões, divididas em quatro módulos: (i) dados demográficos; (ii) níveis de implementação do PCN/TPCN; (iii) atitudes do PCN/TPCN; e (iv) conhecimento do PCN/TPCN.</li> </ul>
A16	Lövestam, E. <i>et al.</i>  2020 / Reino Unido	(I) Explorar as barreiras e os facilitadores experimentados por profissionais de nutrição e dietética na implementação de PCN em 10 países diferentes e; (II) Comparar as atitudes, motivações e valores dos profissionais quanto ao uso do PCN.	<p>Para os 5.727 profissionais da Nutrição e Dietética:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma melhor implementação do PCN foi associada a maior ocorrência de aspectos habilitadores, bem como menor ocorrência de barreiras.</li> <li>- O facilitador mais comum foi a "recomendação da associação dietética nacional" (69%) e a barreira mais comum foi a "falta de tempo" (39%).</li> <li>- Uma experiência mais longa de uso do PCN foi associada a uma atitude mais positiva em relação a todos os aspectos do PCN.</li> <li>- Identificou-se diferenças entre os países, tanto na ocorrência de barreiras / facilitadores quanto nas atitudes / motivações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário de conhecimento de implementação do PCN/TPCN com 44 questões, divididas em quatro módulos: (i) dados demográficos; (ii) níveis de implementação do PCN/TPCN; (iii) atitudes do PCN/TPCN; e (iv) conhecimento do PCN/TPCN.</li> </ul>

Continua...



Continuação Quadro 11

Nº	AUTOR, ANO (PAÍS)	OBJETIVO	RESULTADOS	ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA TPCN
A17	Buchholz, A. C. <i>et al.</i>  2020 / Canadá	Investigar as experiências e percepções de simulação do aprendizado e uso do TPCN por nutricionistas do Canadá.	<p>Para os 382 nutricionistas entrevistados do Canadá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 76,7% (293) participaram de simulação relacionada à PCN/TPCN.</li> </ul> <p>Para os 293 que participaram da simulação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 85,3% participaram dos estudos de caso como simulação para aprender usar o PCN/TPCN.</li> <li>- 51,4% experienciaram como cenário dessas simulações treinamento no local de trabalho/voluntário e 34,2% estágio durante a graduação/estágio obrigatório.</li> <li>- 49,5% dos entrevistados aprenderam todos os 4 componentes do PCN por meio de simulação, sendo o diagnóstico nutricional o componente individual mais comum (57%).</li> <li>- 82,4% dos entrevistados concordaram/concordaram fortemente que a simulação os ajudou a entender/usar melhor o PCN/TPCN.</li> <li>- 78,4% dos entrevistados concordaram/concordaram fortemente que os conhecimentos/habilidades relacionados ao PCN/TPCN adquiridos por meio da simulação são transferíveis para o ambiente clínico/prática dietética.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário composto por 9 questões, sendo 4 sobre as características dos entrevistados e 5 sobre as experiências e conhecimentos com uso do TPCN.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

Foram identificados três tipos de estratégias: **treinamentos** (presencial, online, mentoria, elaboração de documentos, workshop e estudos de casos); **sistemas** (papel e eletrônico) e **programa gestão de mudança**. Já para avaliação da implementação foram utilizados dois tipos de instrumentos: **questionário e grupo focal** (BUCHHOLZ *et al.*, 2020; MATTHEWS; PALMER; CAPRA, 2017; LÖVESTAM *et al.*, 2015; LÖVESTAM *et al.*, 2016; LÖVESTAM *et al.*, 2019; LÖVESTAM *et al.*, 2020; LÖVESTAM; BOSTRÖM; ORREVALL, 2017; O’SULLIVAN, 2013; O’SULLIVAN; LO; VIVANTI, 2018; PARROTT; GALEOS; RIGASSIO-RADLER, 2012; PORTER *et al.*, 2015; PORTER; DEVINE; O’SULLIVAN, 2015; ROSSI; CAMPBELL; FERGUSON, 2014; VIVANTI *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI; LEWIS; O’SULLIVAN, 2017; ZELIG *et al.*, 2011).

A partir das experiências da implementação da TPCN, estudos apontaram os benefícios percebidos, sendo eles: padronização de relatórios e comunicação; melhor assistência ao paciente; padronização/consistência do atendimento de qualidade; conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas; uso de uma abordagem sistemática; melhoria contínua e avanço das evidências nas práticas clínicas; permitir a pesquisa; benefícios no monitoramento e treinamento de uma equipe; auxiliar em relatórios e projetos de financiamento com base em atividades para justificar o uso da TPCN; melhoria da qualidade de vida do paciente; economia de tempo no atendimento; e melhoria de custo.

Padronização de relatórios e comunicação; melhor assistência ao paciente; padronização/consistência do atendimento de qualidade e conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas foram destacados como benefícios mais relevantes do emprego da terminologia. No Quadro 12 são identificados esses benefícios em ordem de maior percepção para menor, e os respectivos estudos que os apresentaram.

Quadro 12: Benefícios encontrados pelos autores dos estudos durante a implementação da TPCN

BENEFÍCIOS	ARTIGOS
Padronização de relatórios e comunicação	O'Sullivan (2013); Porter <i>et al.</i> (2015); Lövestam <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2017); Vivant, Lewis e O'Sullivan (2017) Zelig <i>et al.</i> (2011); Matthews, Palmer e Capra (2017); Lövestam <i>et al.</i> (2020)
Melhor assistência ao paciente	Porter <i>et al.</i> (2015); Lövestam <i>et al.</i> (2016); Vivanti <i>et al.</i> (2017); Vivanti, Lewis e O'Sullivan (2017); O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018)
Padronização/Consistência do atendimento de qualidade	Zelig <i>et al.</i> (2011); Porter <i>et al.</i> (2015); Lövestam <i>et al.</i> (2016); Matthews, Palmer e Capra (2017); Vivant, Lewis e O'Sullivan (2017)
Conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas	Parrott; Galeos; Rigassio-Radler (2012); Porter <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2017); Vivant, Lewis e O'Sullivan (2017); O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018)
Uso de uma abordagem sistemática	O'Sullivan (2013); Lövestam <i>et al.</i> (2020)
Melhoria contínua e avanço das evidências nas práticas clínicas	Parrott, Galeos e Rigassio-Radler (2012); Lövestam, <i>et al.</i> , (2016)
Permitir a pesquisa	O'Sullivan (2013); Matthews, Palmer e Capra (2017)
Benefícios no monitoramento e treinamento de uma equipe	O'Sullivan (2013)
Auxiliar em relatórios e projetos de financiamento com base em atividades para justificar o uso da TPCN	O'Sullivan (2013)
Melhoria da qualidade de vida do paciente	Rossi, Campbell e Ferguson (2014)
Economia de tempo no atendimento	Rossi, Campbell e Ferguson (2014)
Melhoria de custo	Rossi, Campbell e Ferguson (2014)

Os estudos fizeram uma avaliação global do processo de implementação. Em geral esses estudos apontaram 10 tipos de barreiras: falta conhecimento, educação e treinamento; falta de tempo; falta de suporte, apoio e planejamento da gerência; documentação inadequada; falta de confiança; ausência de sistema eletrônico; custo

com implementação; falta de disseminação da TPCN; vício da linguagem popular e falta de motivação.

A falta de conhecimento, educação e treinamento, a falta de tempo, a falta de suporte, apoio e planejamento da gerência, e documentação inadequada foram destacados como impeditivos do emprego da terminologia. No Quadro 13 são identificadas estas barreiras em ordem de maior ocorrência para menor e os respectivos estudos que as apresentaram.

Quadro 13: Barreiras encontradas pelos autores dos estudos, durante a implementação da TPCN

BARREIRAS	ARTIGOS
Falta conhecimento, educação e treinamento	Zelig <i>et al.</i> (2011); O'Sullivan (2013); Porter <i>et al.</i> (2015); Porter; Devine; O'Sullivan, (2015); Lövestam <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2017); Matthews, Palmer e Capra (2017); Vivanti, Lewis e O'Sullivan (2017); O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018); Lövestam <i>et al.</i> (2020)
Falta de tempo	Zelig <i>et al.</i> (2011); Parrott; Galeos; Rigassio-Radler (2012); O'Sullivan (2013); Porter <i>et al.</i> (2015); Porter; Devine; O'Sullivan, (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2017); Vivanti, Lewis e O'Sullivan (2017); O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018); Lövestam <i>et al.</i> (2020)
Falta de suporte, apoio e planejamento da gerência	Zelig <i>et al.</i> (2011); Parrott, Galeos e Rigassio-Radler (2012); Porter <i>et al.</i> (2015); Vivanti <i>et al.</i> (2015); Vivanti, Lewis e O'Sullivan (2017); O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018); Lövestam <i>et al.</i> (2020)
Documentação inadequada	Zelig <i>et al.</i> (2011); Porter <i>et al.</i> (2015); Lövestam <i>et al.</i> (2015) O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018)

Continua...

## Conclusão Quadro 13...

BARREIRAS	ARTIGOS
Falta de confiança	Parrott, Galeos e Rigassio-Radler (2012); O'Sullivan; Lo; Vivanti (2018)
Ausência de sistema eletrônico	Rossi, Campbel e; Ferguson (2014); Lövestam <i>et al.</i> (2020)
Custo com implementação	O'Sullivan (2013)
Falta de disseminação do TPCN	Parrott, Galeos e Rigassio-Radler (2012)
Vício da linguagem popular	Vivanti <i>et al.</i> (2017)
Falta de motivação	Lövestam <i>et al.</i> (2020)

## 6 DISCUSSÃO

Esta revisão de escopo apresenta uma concepção global das evidências científicas acerca da implementação da terminologia do processo de cuidado em Nutrição (TPCN), o que permite evidenciar como essa temática tem sido abordada. Apesar da importância desse tópico, em face ao atendimento nutricional e seu impacto na vida dos pacientes, essas evidências ainda são escassas.

Os estudos sobre a terminologia do processo de cuidado em Nutrição apresentaram aspectos gerais relacionados às estratégias de implementação, benefícios e barreiras no decorrer desse processo. Os resultados evidenciam avanços por eles promovidos, na implementação da TPCN, em especial na Austrália e nos Estados Unidos (MATTHEWS, PALMER, CAPRA, 2017; LÖVESTAM *et al.*, 2015; LÖVESTAM *et al.*, 2019; LÖVESTAM, BOSTRÖM, ORREVALL, 2017; O'SULLIVAN, 2013; O'SULLIVAN, LO, VIVANTI, 2018; PARROTT, GALEOS, RIGASSIO-RADLER, 2012; PORTER *et al.*, 2015; PORTER, DEVINE, O'SULLIVAN, 2015; ROSSI, CAMPBELL, FERGUSON, 2014; VIVANTI *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017; ZELIG *et al.*, 2011).

Neste sentido, o estudo de Lövestam *et al.* (2019) destacou a evolução da implementação da TPCN em 10 países (Austrália, Canadá, Dinamarca, Grécia, Irlanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça e Estados Unidos). Eles relataram que as diferenças na evolução encontradas estão relacionadas ao tempo que a implementação começou em cada um deles. Países com nível de implementação mais alto (Nova Zelândia, Austrália e Estados Unidos) utilizaram a TPCN por mais tempo (desde 2011), enquanto os países que apresentaram nível inferior, introduziram a TPCN em um momento mais atual.

Lövestam *et al.* (2019) afirma que, para atingir um alto nível de implementação, é preciso que esse processo seja sustentado pela Academia de Nutrição e Dietética (AND), em vez de depender de alguns entusiastas. Mas diante dos estudos encontrados na presente revisão, verificou-se não haver estratégia definida para uma implementação da TPCN, sendo que cada país possui uma própria.

Identificou-se o emprego de diferentes estratégias para o processo de implementação da TPCN. Alguns estudos utilizaram o treinamento como intervenção principal para processo de implementação da TPCN (O'SULLIVAN, 2013; PORTER *et al.*, 2015; PORTER, DEVINE, O'SULLIVAN, 2015; VIVANTI *et al.*, 2015; ZELIG *et*

*al.*, 2011). O treinamento para implementação é um processo didático, aplicado de maneira organizada e sistemática, através do qual as pessoas qualificam e aperfeiçoam os conhecimentos, habilidades e atitudes em função de objetivos estabelecidos (CHIAVENATO, 2010). Lövestam, Boström, Orrevall (2017) afirmaram que, para desenvolver uma estratégia de implementação, deve-se considerar a diversidade de ambientes dietéticos e suas diferentes atribuições.

A aquisição de conhecimento por meio de treinamento não necessariamente leva a uma mudança de atitude, portanto, o treinamento deve ser planejado e contínuo. Pode ser um erro comum fornecer treinamento insuficiente com apenas algumas horas ou dias de educação ou treinamento incorreto (GARDNER-CARDANI; YONKOSKI; KERESTES, 2007).

Uma implementação bem-sucedida requer um bom treinamento realizado pelo coordenador do projeto, sendo que o mesmo deve influenciar na capacitação dos nutricionistas e os levarem a discutir e usar a TPCN (VIVANTI; LEWIS; O'SULLIVAN, 2017). Os treinamentos assumiram as seguintes formas: estudos de casos, mentoria, manual de referência, treinamento presencial, educação continuada por web conferência, treinamento por teleconferência, e-mail e workshops (O'SULLIVAN, 2013; PORTER *et al.*, 2015; PORTER; DEVINE; O'SULLIVAN, 2015; VIVANTI *et al.*, 2015; ZELIG *et al.*, 2011).

O'Sullivan (2013) e Vivanti *et al.* (2015) apostaram nos estudos de casos como estratégia eficaz, de treinamento, para uma implementação da TPCN. De acordo com Buchholz *et al.* (2020) e Vivanti, Lewis e O'Sullivan (2017), esse método de aprendizagem promove motivação, pensamento crítico e habilidades para inserir a terminologia na prática clínica. Possuem baixo custo, podendo ser baseados na vida real e conter vários níveis de informação.

A mentoria é um processo de orientação por um líder com mais conhecimento sobre o processo de implementação da TPCN. Esse mentor aconselha e instrui o nutricionista com menos experiência (ROBBINS, 2005). De acordo com Porter *et al.* (2015) é importante que os mentores incentivem, apoiem e deem suporte à sua equipe, para assim gerar interesse e ganhar experiência para mudar a prática. Esta estrutura de mentoria deve ser criada no início do processo de mudança e após, para encorajar os profissionais a manterem o sucesso da implementação.

Outra estratégia de treinamento identificada foi a utilização do manual de referência da terminologia do processo de cuidado em nutrição (TPCN), como guia de

bolso. Porter, Devine e O'Sullivan (2015) utilizaram esta metodologia semelhante ao da versão online, que apresenta 1.800 termos e fornece informações detalhadas sobre cada etapa do PCN. Esse treinamento foi identificado por eles como um recurso importante para a implementação do TPCN, já que os profissionais o tinham como apoio durante os atendimentos.

A presente análise também permitiu identificar como estratégia de treinamento o uso de *workshops*. Esse é um método de ensino intensivo para apresentação de um tema específico associado a discussão e compartilhamento de ideias (BRASIL, 2017), assim pode ser considerado como excelente oportunidade de discussão do assunto, em tempo real. De acordo com O'Sullivan, Lo e Vivanti (2018), sessões de educação desse tipo têm maior probabilidade de mudanças na implementação da TPCN, pois esse recurso esclarece dúvidas e visa soluções da temática proposta.

A teleconferência, web conferência e treinamento presencial também foram implementados. Esses recursos foram evidenciados como um tipo de educação continuada, que manteve o engajamento dos nutricionistas para disseminação desta terminologia, além de melhorar o conhecimento e atitudes destes profissionais sobre essa prática (VIVANTI *et al.*, 2015; ZELIG *et al.*, 2011).

O'Sullivan (2013) utilizou em seu estudo a estratégia sistemas para implementação da TPCN. Foram comparadas duas versões: sistema eletrônico e papel. Participantes reconheceram as vantagens do sistema eletrônico em comparação ao de papel, por apresentar fácil acesso, segurança e armazenamento de registros. A única dificuldade relatada foi a falta de disponibilização de computadores. Identificaram também que a incorporação desse sistema possibilitou melhor qualidade na documentação nutricional, assim como produtividade no atendimento.

Como estratégia, alguns estudos utilizaram o programa de gestão de mudança para implementação da TPCN. Esse programa é um pacote de suporte organizacional que deve ser conduzido por uma equipe líder, formada por gestores com conhecimento, credibilidade e habilidades de liderança, visando apoio e compreensão para conduzir todo o processo de mudança (PORTER *et al.*, 2015; PORTER; DEVINE; O'SULLIVAN, 2015).

Mudanças conduzidas por gestores foram observadas nos estudos de Lövestam, Boström e Orrevall (2017), Porter, Devine e O'Sullivan (2015), Vivanti *et al.* (2015), Vivanti *et al.* (2017) e Lövestam *et al.* (2020). Foi evidenciado que



nutricionistas melhoraram significativamente sua confiança e conhecimento no uso da TPCN, assim como otimizaram o tempo de atendimento, quando apoiados por essa estratégia. Esse apoio dos líderes pode influenciar a rapidez e eficácia na implementação da TPCN (PORTER *et al.*, 2015; PORTER; DEVINE; O'SULLIVAN, 2015; VIVANTI *et al.*, 2015).

Para avaliar as implementações da TPCN, autores utilizaram dois tipos de instrumentos como estratégia: questionário e grupo focal. De acordo com McCormack *et al.* (2002) toda medição é um aspecto complexo, mas necessário para ambientes que visam implementar uma mudança. Com intuito de capturar a complexidade de uma inovação implementada, uma variedade de diferentes parâmetros e métodos de medição devem ser usados.

Em alguns estudos não foram disponibilizadas as origens dos questionários aplicados, deixando entender que foram adaptados ou elaborados com perguntas que respondiam seus objetivos (O'SULLIVAN, 2013; PARROTT, GALEOS, RIGASSIO-RADLER, 2012; PORTER *et al.*, 2015; ZELIG *et al.*, 2011). Lövestam *et al.* (2019) validou um instrumento padronizado para avaliar diferentes intervenções e estratégias de implementação da TPCN. Essa ferramenta, contudo, poderá contribuir para trabalhos futuros e para o desenvolvimento da TPCN no avanço da nutrição.

Quanto ao grupo focal, um instrumento de abordagem qualitativo foi utilizado para coleta de dados em quatro pesquisas. Eles promoveram interações em grupos, a fim de propor uma discussão sobre o tema da TPCN. Esses autores consideraram o grupo focal como uma ferramenta para compreender o processo de construção das atitudes, percepções e representações durante a implementação da TPCN (MATTHEWS; PALMER; CAPRA, 2017; LÖVESTAM *et al.*, 2016; LÖVESTAM; BOSTRÖM; ORREVALL, 2017; O'SULLIVAN, 2013).

A presente análise também permitiu identificar benefícios obtidos com a implementação da terminologia do processo de cuidado em Nutrição. Essa implementação bem-sucedida gera vantagens que contribuem para a evolução profissional do nutricionista na prática.

Destaca-se que os quatro benefícios mais reconhecidos foram: padronização de relatórios e comunicação; melhor assistência ao paciente; padronização/consistência do atendimento de qualidade; e conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas.

Para os participantes dos estudos, a padronização de relatórios e comunicação tornou os prontuários mais estruturados e mais claros, tanto para os nutricionistas quanto para os pacientes. Isso também permitiu melhor comunicação entre os demais profissionais da saúde (LÖVESTAM *et al.*, 2015; LÖVESTAM *et al.*, 2020; MATTHEWS, PALMER, CAPRA, 2017; O'SULLIVAN, 2013; PORTER *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017; ZELIG *et al.*, 2011).

Uma melhor assistência ao paciente foi percebida em diversos estudos. Resultados demonstraram que a implementação da TPCN proporcionou aos nutricionistas uma visão de cuidado flexível e centrada no paciente, isto é, maior flexibilidade, adaptabilidade e interação com os pacientes (PORTER *et al.*, 2015; LÖVESTAM *et al.*, 2016; O'SULLIVAN, LO, VIVANTI, 2018; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017).

Outro benefício identificado pelas pesquisas foi padronização/consistência do atendimento de qualidade (LÖVESTAM *et al.*, 2016; MATTHEWS, PALMER, CAPRA, 2017; PORTER *et al.*, 2015; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017; ZELIG *et al.*, 2011). Lövestam *et al.* (2016) observou que a qualidade do atendimento nutricional depende de uma ordem lógica e racionalizada. Um participante de sua pesquisa afirmou que essa padronização proporciona uma forma mais eficaz e estruturada na hora de trabalhar, esclarecendo como proceder com o paciente e qual seu o objetivo.

Cinco estudos apresentaram o conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas como um de seus benefícios (O'SULLIVAN, LO, VIVANTI, 2018; PARROTT, GALEOS, RIGASSIO-RADLER, 2012; PORTER *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017). No instante em que as diretrizes da TPCN permitem um alinhamento da prestação de serviços, nacionais e internacionais, seus conceitos tornam-se familiares entre os profissionais da saúde. Essa familiarização possibilita mostrar qual o papel dos nutricionistas no seu trabalho, proporcionando, então, um reconhecimento profissional (VIVANTI *et al.*, 2015). Apesar dos diversos aspectos positivos apresentados pela implementação da TPCN, autores identificaram barreiras relacionadas à sua ausência que precisam ser superadas. Essas barreiras são obstáculos que se impõem aos profissionais da Nutrição, dificultando a implementação da TPCN. Inúmeros são os fatores que geram tais dificuldades: intrínsecos aos nutricionistas e outros, talvez a maioria, externos a eles (CARVALHO, 1999).

A falta de conhecimento, educação e treinamento foram as principais barreiras identificadas. Segundo Vivanti *et al.* (2015) em todo novo processo de implementação ela é encontrada. Por isso, em sua pesquisa, a autora recomenda realizar treinamentos antes da implementação da TPCN, para resultar em participantes mais informados e confiantes com essa terminologia. Isso confirma a importância do treinamento e da educação como componentes essenciais para um processo bem-sucedido.

A segunda barreira mais relatada pelos autores foi a falta de tempo. Ela, muitas vezes, não se refere à falta de horas reais, mas sim à falta de apoio da gerência. Durante a implementação da TPCN, ao não receberem tempo adequado para adquirir conhecimento e experiência, participantes tiveram dificuldades na mudança de comportamento (LÖVESTAM *et al.*, 2020; O'SULLIVAN, 2013; O'SULLIVAN, LO, VIVANTI, 2018; PARROTT, GALEOS, RIGASSIO-RADLER, 2012; PORTER *et al.*, 2015; PORTER; DEVINE; O'SULLIVAN, 2015; VIVANTI *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI; LEWIS; O'SULLIVAN, 2017; ZELIG *et al.*, 2011). Vivanti *et al.* (2015) ainda sugere que aplicativos baseados na web poderiam otimizar o tempo do profissional de saúde durante a aplicação da TPCN.

Verificou-se que falta de suporte, apoio e planejamento da gerência é a terceira barreira de implementação mais identificada (LÖVESTAM *et al.*, 2020; O'SULLIVAN, LO, VIVANTI, 2018; PARROTT, GALEOS, RIGASSIO-RADLER, 2012; PORTER *et al.*, 2015; VIVANTI *et al.*, 2015; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017; ZELIG *et al.*, 2011). Lövestam, Boström e Orrevall (2017) relatam em sua pesquisa que participantes expressaram sentimento de isolamento profissional e falta de apoio de seus colegas. Porter *et al.* (2015) também considerou que a falta de suporte é uma barreira chave que precisa ser superada para a implementação bem-sucedida da TPCN.

Como quarta barreira mais apresentada, a documentação inadequada foi enfatizada por quatro estudos. Essa documentação apresentou para os profissionais várias falhas, o que evidenciou falta clareza na linguagem, falta de estrutura clara e informações relevantes. No entanto, os autores perceberam a necessidade de aprimorar a formação em documentação (LÖVESTAM *et al.*, 2015; O'SULLIVAN, LO, VIVANTI, 2018; PORTER *et al.*, 2015; ZELIG *et al.*, 2011).

A falta de confiança e ausência do sistema eletrônico foram barreiras apresentadas em apenas duas pesquisas, respectivamente. Conforme O'Sullivan, Lo

e Vivanti (2018) e Parrott, Galeos e Rigassio-Radler (2012), a falta de confiança está relacionada à incerteza sobre a correta aplicação dos princípios da TPCN, sendo que autoconfiança é um preditor importante na implementação de novos processos.

A ausência do sistema eletrônico como barreira está relacionada a um gasto maior de tempo no trabalho para completar uma documentação. Isso prevê que a adoção de sistema eletrônico seria útil na qualidade e agilidade dos atendimentos, permitindo uma investigação nutricional mais detalhada do paciente. Portanto, os autores sugeriram que o uso do TPCN como uma ferramenta eletrônica irá melhorar as atitudes no futuro (LÖVESTAM *et al.*, 2020; VIVANTI *et al.*, 2017; VIVANTI, LEWIS, O'SULLIVAN, 2017).

As demais barreiras, custo de implementação, falta de disseminação da TPCN, vício de linguagem popular e falta de motivação apareceram em apenas um estudo, respectivamente. O custo apresentado por O'Sullivan (2013) está relacionado no quanto um sistema eletrônico onera na implementação da TPCN. A falta de disseminação da TPCN citada por Parrott, Galeos e Rigassio-Radler (2012) refere-se à ausência de um método eficaz, capaz de promover o tema. Vivanti *et al.* (2017), ao considerar vício da linguagem, expressou que o jargão usualmente utilizado pelos nutricionistas pode limitar a comunicação eficaz da TPCN com os demais colegas da equipe multidisciplinar. Já a falta de motivação foi a barreira mais comumente relatada no estudo de Lövestam *et al.* (2020), em que participantes que não foram expostos ao TPCN tiveram atitude mais negativa em relação à prática da implementação.

De modo geral, verificou-se que, apesar de não existir um padrão estabelecido pela AND para a implementação da TPCN, as diversas estratégias utilizadas pelos estudos se mostraram positivas ao identificar os benefícios alcançados. Deve-se, também, considerar que durante o processo de implementação foram identificadas barreiras que devem ser superadas em futuros processos, principalmente através da operacionalização do sistema de saúde. Portanto, é imprescindível que, ao implementar a TPCN, se analise e conheça o ambiente de trabalho para, então, traçar a melhor estratégia.

Com isso, a implementação da terminologia do cuidado em Nutrição precisa ser construída no sistema de saúde para auxiliar tanto os nutricionistas, quanto todos os outros profissionais de saúde, fazendo com que, assim, o sistema de saúde não seja centrado somente na doença e sim no cuidado de pessoas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta revisão de escopo foi possível compreender os benefícios, barreiras e estratégias da implementação da terminologia do processo de cuidado em nutrição (TPCN) e com isso estabelecer a necessidade de padronizar essa linguagem global.

A análise de escopo não delimitou um período para a busca sistematizada, que foi conduzida seguindo as recomendações internacionais. Com isso, possibilitou extrair e mapear ao máximo as evidências, o que permitiu compreender como têm sido delineadas as estratégias de implementação da TPCN, sobretudo evidenciando quais barreiras precisam ser superadas na obtenção dos benefícios.

Os estudos apontam uma variedade de estratégias para implementação da TPCN. Essas estratégias foram tanto para implementar quanto para avaliar esse processo. Os autores apostaram em técnicas como treinamento, sistemas e programa de gestão de mudança. Não foi possível identificar qual estratégia resultou em maior eficácia, pois não houve indicadores de avaliação delas.

Verificou-se que as estratégias empregadas são complementares e a combinação destas pode levar a resultados satisfatórios. Particularmente, ao analisar os estudos, a estratégia programa de gestão baseada em mudanças apresentou melhor estrutura, seguimento e padronização ao implementar a TPCN. Isso se deve ao fato de que essa metodologia é embasada na teoria de Kotter e foi adaptada para apoiar líderes e gestores no processo de implementação.

As evidências científicas apontaram diversas barreiras durante as implementações. As principais foram a falta de conhecimento, educação e treinamento; a falta de tempo; a falta de suporte, apoio e planejamento da gerência; e documentação inadequada. Nota-se que o planejamento antecipado focado em educação e treinamento é essencial para que os profissionais da Nutrição se familiarizem com a TPCN.

A temática foi abordada de forma consistente, o que permitiu identificar vários benefícios com sua aplicação, sendo que os quatro principais benefícios considerados pelos estudos foram: padronização de relatórios e comunicação; melhor assistência ao paciente; padronização/consistência do atendimento de qualidade; e conhecimento técnico das diretrizes/reconhecimento dos nutricionistas. Isso permite compreender que a implementação da TPCN realiza melhorias na prática do nutricionista.

No Brasil, por não haver terminologia padronizada em Nutrição, a discussão da implementação da TPCN se encontra em construção, há uma escassez de estudos sobre esse conteúdo, prejudicando a disseminação dessa terminologia tanto para estudantes de nutrição, tanto para os nutricionistas. Essa padronização pode contribuir para facilitar a gestão dos serviços em saúde, a comunicação entre as instituições e profissionais, melhorar o atendimento e interação com pacientes e auxiliar na qualidade e interpretações de dados coletados, além de promover uma resposta satisfatória para o tratamento nutricional.

Por fim, destaca-se que, apesar da revisão de escopo ter possibilitado a apresentação das estratégias de implementação da terminologia do processo de cuidado em Nutrição, assim como barreiras e benefícios, não se pode assegurar a eficácia dessas evidências, uma vez que não houve avaliação da qualidade metodológica dos estudos analisados. Esses estudos sugeriram a necessidade de pesquisas futuras em continuidade aos já desenvolvidos e com desenhos metodológicos que permitam uma avaliação robusta acerca da implementação da TPCN e sua eficácia para o cuidado nutricional.

## REFERÊNCIAS

ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. *Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT)*: Dietetics Language for Nutrition Care. Chicago, IL: Academy of Nutrition and Dietetics, 2016.

ANA. *Nursing Practice Information Infrastructure*. ANA recognized terminologies and data element sets. 2006. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/ana/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ASBRAN. *Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição*. Organizado pela Associação Brasileira de Nutrição. Organizadora: Marcia Samia Pinheiro Fidelix. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014.

ATKINS, M.; BASUALDO-HAMMOND, C.; HOTSON, B. Canadian Perspectives on the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, v. 71, n. 2, p. 18-20, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20525424/>. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. 2017. *Considerações sobre Classificação de Eventos*. Disponível em: [https://www.ppgcimes.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/documentos/DOCUMENTO\\_CRI TERIOS\\_EVENTOS\\_AREA\\_DE\\_ENSINO\\_46.pdf](https://www.ppgcimes.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/documentos/DOCUMENTO_CRI TERIOS_EVENTOS_AREA_DE_ENSINO_46.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

BUCHHOLZ, A. C.; HENDRICKSON, M.; GIROUX, I.; CORREA, J. A.; HANNING, R.; EISENBRAUN, C.; LIEFFERS, J.; LÖVESTAM, E.; INTERNATIONAL NCP/NCPT IMPLEMENTATION STUDY (INIS) CONSORTIUM. Simulation in Learning and Using the Nutrition Care Process/Terminology: Experiences and Perceptions of Dietitians in Canada. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, v. 81, n. 3, p. 150-153, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32495644/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CARVALHO, R. E. Removendo barreiras para aprendizagem. In: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação a Distância. *Salto para o Futuro: Educação Atual: tendências atuais*. Brasília: SEED, v. 9, p. 59-66, 1999.

CHARNEY, P. Advanced, Technological, Applications in Dietetics Practice. *Top Clin Nutr.*, v. 22, n. 2, p. 108-114, 2007.

CHEN, Y.; HSU, C. Y.; LIU, L.; YANG, S. Constructing a nutrition diagnosis expert system. *Expert Systems with Applications*, v. 39, n. 2, p. 2132-2156, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0957417411010311>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CHIAVENATO, I. *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DE GROOT, K.; DE VEER, A. J. E.; PAANS, W.; FRANCK, A. L. Use of electronic health records and standardized terminologies: a nationwide survey of nursing staff

experiences. *International Journal of Nursing Studies*, v. 104, p. 103523, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32086028/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

DE GROOT, K.; TRIEMSTRA, M.; PAANS, W.; FRANCKE, A. L. Quality criteria, instruments and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. *J. Adv. Nurs.*, v. 75, n. 7, p. 1379-1393, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30507044/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

GÄBLER, G.; COENEN, M.; FOHRINGER, K.; TRAUNER, M.; STAMM, T. A. Towards a nationwide implementation of a standardized nutrition and dietetics terminology in clinical practice: a pre-implementation focus group study including a pretest and using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, v.19, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://epub.ub.uni-muenchen.de/70617/1/s12913-019-4600-5.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

GARDNER-CARDANI, J.; YONKOSKI, D.; KERESTES, J. Nutrition care process implementation: a change management perspective. *J Am Diet Assoc.*, v.107, p. 1429-33, 2007. Disponível em: [https://jandonline.org/article/S0002-8223\(07\)00745-6/fulltext](https://jandonline.org/article/S0002-8223(07)00745-6/fulltext). Acesso em: 12 jan. 2021.

HAKEL-SMITH, N.; LEWIS, N. M. A standardized nutrition care process and language are essential components of a conceptual model to guide and document nutrition care and patient outcomes. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 104, n. 12, p. 1878-1884, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15565085/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

HAMMOND, M. I.; MYERS, E. F.; TROSTLER, N. Nutrition care process and model: an academic and practice odyssey. *J. Acad. Nutr. Diet.*, v. 114, n. 12, p. 1879-1891, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25312410/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

HARRIS, J. E.; GLEASON, P. M.; SHEEAN, P. M.; BOUSHEY, C.; BETO, J. A.; BRUEMMER, B. An introduction to qualitative research for food and nutrition professionals. *J Am Diet Assoc.*, v. 109, n. 1, p. 80-90, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19103326/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

HERRERA, M. Guía de la Asociación Americana de Dietética para el cuidado y manejo nutricional en países en transición nutricional. *Anales Venezolanos de Nutrición*, v. 23, n. 2, p. 108-120, 2010. Disponível em: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2010/2/art-7/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

IDNT. International Dietetic and Nutrition Terminology. *Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Academy of Nutrition and Dietetics, 2013.

JEFFERIES, D.; JOHNSON, M.; GRIFFITHS, R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int. J. Nurs. Pract.*, v. 16, n. 2, p. 112-124, 2010.



Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20487056/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

KOTTER, J. P. *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.

LACEY, K.; PRITCHETT, E. Nutrition care process and model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J. Am. Diet. Assoc.*, v. 103, n. 8, p. 1061-1072, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12891159/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

LÖVESTAM, E.; BOSTRÖM, A. M.; ORREVALL, Y. Nutrition Care Process Implementation: experiences in various dietetics environments in sweden. *J. Acad. Nutr. Diet.*, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2017.02.001>. Acesso em: jan 2021.

LÖVESTAM, E.; ORREVALL, Y.; KOOCHKEK, A.; ANDERSSON, A. The struggle to balance system and lifeworld: Swedish dietitians' experiences of a standardised nutrition care process and terminology. *Health Sociology Review*, v. 25, n. 3, p. 240-255, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14461242.2016.1197783?journalCode=rhsr20>. Acesso em: 23 out. 2020.

LÖVESTAM, E.; ORREVALL, Y.; KOOCHKEK, A.; KARLSTRÖM, B.; ANDERSSON, A. Evaluation of Nutrition Care Process documentation in electronic patient records: Need of improvement. *Nutrition & Dietetics*, v. 72, p. 74-80, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1747-0080.12128>. Acesso em: 12 abr. 2021.

LÖVESTAM, E. et al. Use of the Nutrition Care Process and Nutrition Care Process Terminology in an International Cohort Reported by an Online Survey Tool. *J. Acad. Nutr. Diet.*, v. 119, n. 2, p. 225-241, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30553587/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

LÖVESTAM, E. et al. Barriers and enablers in the implementation of a standardised process for nutrition care: findings from a multinational survey of dietetic professionals in 10 countries. *J Hum Nutr Diet*, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jhn.12700>. Acesso em: 10 fev. 2021.

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

MARTINS, C. et al. Consenso sobre a terminologia padronizada do processo de cuidado em nutrição para pacientes adultos com doença renal crônica. *Braz. J. Nephrol.*, v. 43, n. 2, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/storage/downloads/files/2020/09/consenso-%7C-nutricao-para-pacientes-adultos-com-doenca-renal-cronica.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MATTHEWS, K. L.; PALMER, M. A.; CAPRA, S. M. The accuracy and consistency of nutrition care process terminology use in cases of refeeding syndrome. *Nutrition & Dietetics*, 2017. DOI: 10.1111/1747-0080.12389. Acesso em: 12 jan. 2021.

MCCORMACK, B.; KITSON, A.; HARVEY, G. et al. Getting evidence into practice: The meaning of 'context'. *J Adv Nurs.*, v. 38, n. 1, p. 94-104, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11895535/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MCGREEVY, J.; ORREVALL, Y. Translating Terminology for the Nutrition Care Process: The Swedish Experience (2010-2016). *J Acad Nutr Diet.*, v. 117, n. 3, p. 469-476, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27515318/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MEMMER, D. Implementation and practical application of the nutrition care process in the dialysis unit. *J Renal Nutr.*, v. 23, n. 1, p. 65-73, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22525801/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MONSEN, K. A.; HONEY, M.; WILSON, S. Meaningful use of a standardized terminology to support the electronic health record in New Zealand. *Appl. Clin. Inform.*, v. 1, n. 4, p. 368-376, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633321/pdf/ACI-01-0368.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MÜLLER-STAUB, M.; NEEDHAM, I.; ODENBREIT, M.; LAVIN, M. A.; VAN ACHTERBERG, T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int. J. Nurs. Terminol. Classif.*, v. 18, n. 1, p. 5-17, 2007.

MÜLLER-STAUB, M.; DE GRAAF-WAAR, H.; PAANS, W. An internationally consented standard for nursing process-clinical decision support systems in electronic health records. *Comput. Inform. Nurs.*, v. 34, n. 11, p. 493-502, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27414705/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MUNN, Z.; PETERS, M. D.; STERN, C.; TUFANARU, C.; MCARTHUR, A.; AROMATARIS, E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*, v. 18, n. 1, p. 143, 2018. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MURPHY, W. J.; STEIBER, A. L. A New Breed of Evidence and the Tools to Generate It: Introducing ANDHII. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, v. 115, n. 1, p. 19-22, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534894/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MYERS, F. Nutrition Care Process Part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to Document the Nutrition Care Process. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 108, n. 8, p. 1287-1293, 2008.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. B. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. *Interface*, v. 3, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/21308/abordagens-sobre-o-processo-de-implementacao-de-politicas-publicas>. Acesso em: 12 fev. 2021.

O'MALLEY, K. J. et al. Measuring diagnoses: ICD code accuracy. *Health Serv Res.*, v. 40, n. 5, p. 1620-1639, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16178999/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

O'SULLIVAN, T. A. Evaluation of an electronic record prototype incorporating the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology. *Nutrition & Dietetics*, v. 70, n. 3, p. 188-195, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1747-0080.12012>. Acesso em: 22 abr. 2021.

O'SULLIVAN, T. A.; LO, J.; VIVANTI, A. Predictors of nutrition care process and terminology use, applicability and importance within Asia-Pacific dietitians. *Nutrition & Dietetics*, n. 76, p. 455-461, 2018. DOI: 10.1111/1747-0080.12467. Acesso em: 10 jan. 2021.

PARROT, S. J.; GALEOS, A.; RIGASSIO-RADLER, D. Colleague Influence Predicts the Use of the International Dietetics and Nutrition Terminology in Dietetics Practice. *Top. Clin. Nutr.*, v. 27, n. 1, p. 2-20, 2012. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Colleague-influence-predicts-the-use-of-the-and-in-Parrott-Galeos/1d95c9f15d6391391ded80b5da2abf411cc1b2ac>. Acesso em: 12 abr. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Essentials of Nursing Research – Appraising evidence for nursing practice*. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2018. 625p.

PORTER, J. M.; DEVINE, A.; VIVANTI, A.; FERGUSON, M.; O'SULLIVAN, T. A. Development of a Nutrition Care Process implementation package for hospital dietetic departments. *Nutrition & Dietetics*, v. 72, n. 3, p. 205-212, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1747-0080.12169>. Acesso em: 12 vef. 2021.

PORTER, J. M.; DEVINE, A.; O'SULLIVAN, T. A. Evaluation of a Nutrition Care Process implementation package in hospital dietetic departments. *Nutrition & Dietetics*, v. 72, n. 3, p. 213-221, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1747-0080.12176>. Acesso em: 12 vef. 2021.

RAMONI, R. B. et al. Adoption of dental innovations: The case of a standardized dental diagnostic terminology. *JADA*, v. 148, n. 5, p. 319-327, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28364948/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

ROBBINS, S. P. *Comportamento Organizacional*. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005. 536p.

ROSSI, M.; CAMPBELL, K. L.; FERGUSON, M. Implementation of the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology in a Single-Center Hemodialysis Unit: Comparing Paper vs Electronic Records. *J. Acad. Nutr. Diet.*, v. 114, n. 1, p. 124-130, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161368/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

RUTHERFORD, M. A. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? *Online J. Issues Nurs.*, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008. Disponível em:

<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SLADDIN, I.; BALL, L.; BULL, C.; CHABOYER W. Patient-centred care to improve dietetic practice: an integrative review. *J Hum Nutr Diet.*, v. 30, n. 4, p. 453-470, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28124489/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SOLOS, I.; HONG, M.; DING, J.; ZHU, J.; CHEN, L. Thoughts on the Importance of Government Regulated Chinese Medicine Terminology Standardization. *Chin J Integr Med.*, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11655-017-2760-x>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SWAN, W. I. et al. Nutrition Care Process (NCP) Update Part 2: developing and using the NCP terminology to demonstrate efficacy of nutrition care and related outcomes. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, v. 119, n. 5, p. 840-855, maio 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30660633/>. Acesso em: 23 mar. 2020.

SWAN, W. I. et al. Nutrition Care Process and Model Update: toward realizing people-centered care and outcomes management. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, v. 117, n. 12, p. 2003-2012, dez. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28988837/>. Acesso em: 23 mar. 2020.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2021*. Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2021.

VIVANTI, A.; FERGUSON, M.; PORTER, J.; O'SULLIVAN, T.; HULCOMBE, J. Increased familiarity, knowledge and confidence with Nutrition Care Process Terminology following implementation across a statewide health-care system. *Nutrition & Dietetics*, v. 72, n. 3, p. 222-231, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/280917143\\_Increased\\_familiarity\\_knowledge\\_and\\_confidence\\_with\\_Nutrition\\_Care\\_Process\\_Terminology\\_following\\_implementation\\_across\\_a\\_statewide\\_health-care\\_system](https://www.researchgate.net/publication/280917143_Increased_familiarity_knowledge_and_confidence_with_Nutrition_Care_Process_Terminology_following_implementation_across_a_statewide_health-care_system). Acesso em: 23 mar. 2020.

VIVANTI, A.; LEWIS, J.; O'SULLIVAN, T. A. The Nutrition Care Process Terminology: Changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three Years. *Nutrition & Dietetics*, v. 75, n. 1, p. 87-97, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875513/>. Acesso em: 22 jan. 2021.

VIVANTI, A.; O'SULLIVAN, T.; PORTER, J.; HOGG, M. Successful long-term maintenance following Nutrition Care Process Terminology implementation across a state-wide health-care system. *Nutrition & Dietetics*, v. 74, n. 4, p. 372-380, 2017. DOI: 10.1111/1747-0080.12346. Acesso em: 10 jan. 2021.

WANG, N.; HAILEY, D.; YU, P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J. Adv. Nurs.*, v. 67, n. 9, p. 1858-1875, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21466578/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *History of the development of the ICD*. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2021.

WRITING GROUP OF THE NUTRITION CARE PROCESS/STANDARDIZED LANGUAGE COMMITTEE. Nutrition Care Process and Model Part I: the 2008 Update. *J Am Diet Assoc.*, v. 108, n. 7, p. 1113-1117, 2008.

ZELIG, R.; BYHAM-GRAY, L.; TOUGER-DECKER, R.; PARROTT, J. S.; RIGASSIO-RADLER, D. Applying the Nutrition Care Process and Model and the International Dietetics and Nutrition Terminology for Dietitians in Long-Term Care. *Topics in Clinical Nutrition*, v. 26, n. 3, p. 268-280, 2011.

## ANEXO - FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DOS DADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

Avaliador:		Data da avaliação / /			
Referência do Artigo:					
<b>Detalhes da avaliação do escopo</b>					
Título da revisão					
Objetivo(s) da revisão					
Pergunta(s) da revisão					
<b>Critério de inclusão/exclusão</b>					
<input type="checkbox"/> População	<input type="checkbox"/> Conceito	<input type="checkbox"/> Contexto	<input type="checkbox"/> Tipo de Estudo		
<b>Detalhes e Característica do Estudo</b>					
Autor (es)					
Título do artigo					
Objetivos do artigo					
Descritores / palavras-chave					
Instituição					
Publicação					
Volume	Edição	Ano de Publicação			
País de Publicação		Local da intervenção			
Nº de páginas					
Ferramenta utilizada para implementação					
Foco da intervenção		Conhecimento da população estudada sobre TPCN			
Facilitadores na implementação					
Barreiras impeditivas na implementação					
<b>Detalhes e resultados extraídos do estudo</b>					