



○ **Nutricionista** e a Essencialidade dos **Exames Laboratoriais** para a **Prática Clínica**

Manuela Dolinsky
Diretora do CFN

Brasília, 7 de junho de 2022

O Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas

Missão Institucional

Contribuir para a garantia do **Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável**, normatizando e disciplinando o exercício profissional do Nutricionista e do Técnico em Nutrição e Dietética, para uma prática pautada na ética e comprometida com a **Segurança Alimentar e Nutricional**, em benefício da sociedade.

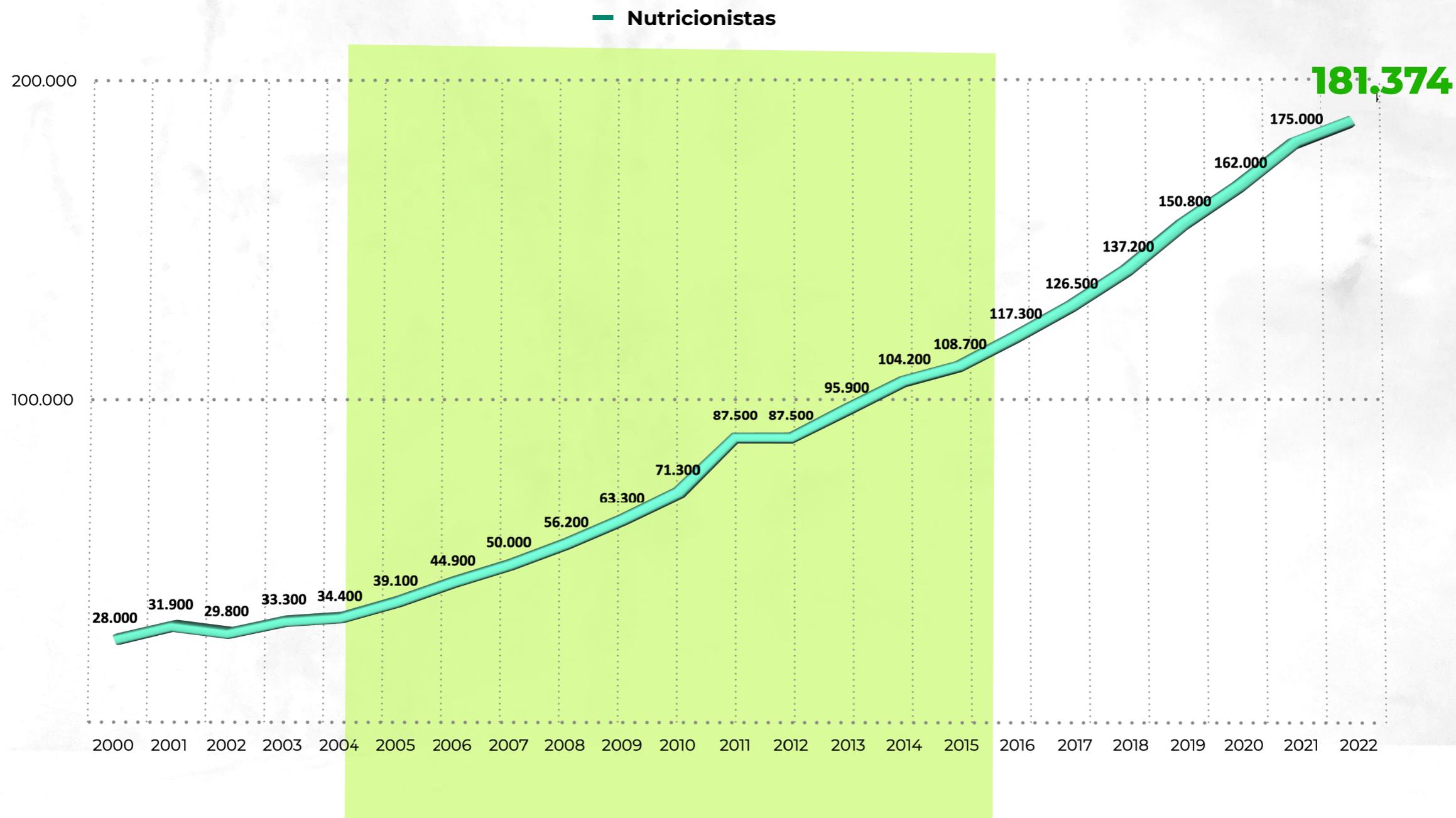


O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) tem sede em Brasília (DF) e é o órgão máximo do Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas.



A Profissão no Brasil

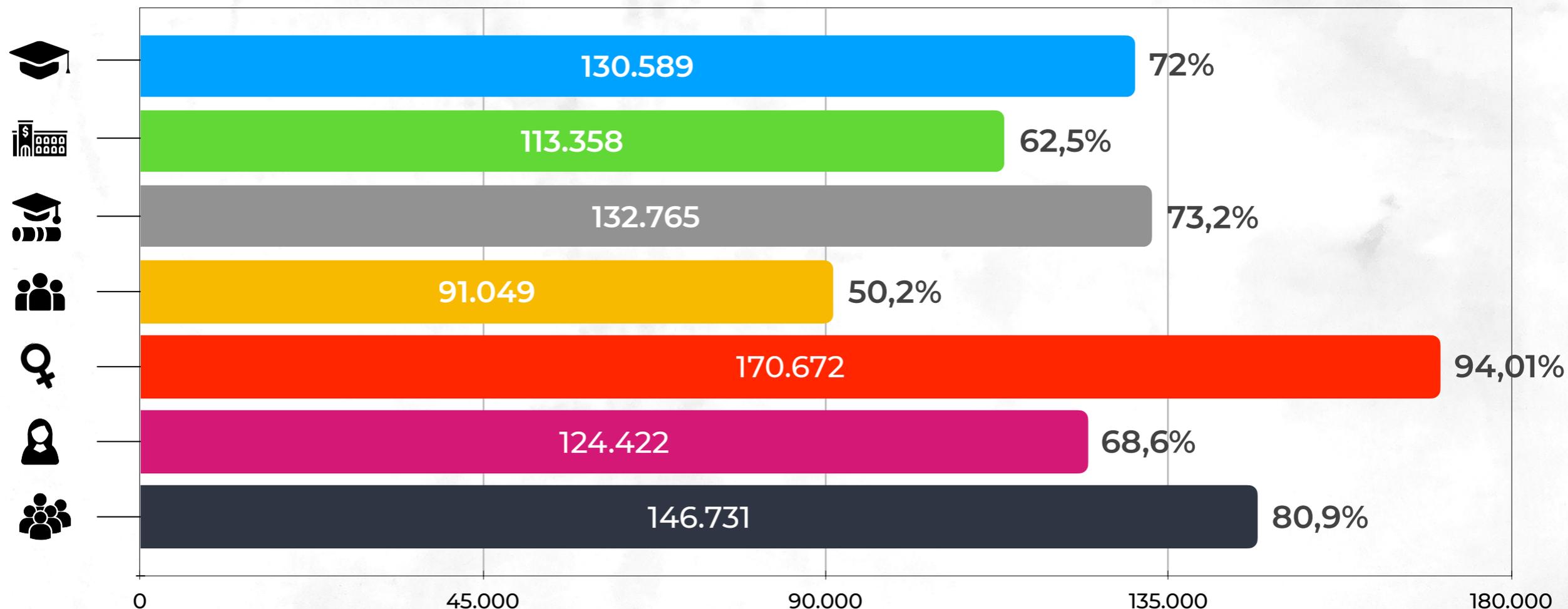
A evolução do número de profissionais nos últimos 12 anos.



Fonte: quadro estatístico 1º trimestre de 2022

Perfil do Nutricionista

Formação e atuação do profissional no Brasil.



- Formadas há 5 ou mais
- Possuem pós-graduação
- São mulheres
- Têm entre 25 e 44 anos

- Estudaram em instituições privadas
- Trabalham em equipe de nutricionistas
- São brancas

*Informações disponíveis no site:

Legislações

- A **Lei no 8234/1991** regulamenta a profissão do nutricionista e, no artigo 3º, diz que são atividades privativas da categoria:
 - VIII - assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos⁽¹⁾.*
- A **Resolução nº 600** do CFN de 2018 define **Assistência Nutricional e Dietoterápica** como o acompanhamento nutricional e dietoterápico prestado por nutricionista com vista à promoção, preservação e recuperação da saúde do indivíduo ou da coletividade que compreende as fases de **avaliação, diagnóstico, intervenção, monitoramento/aferição dos resultados e reavaliação⁽²⁾**.
- Para tanto a Lei 8234/1991 assegura, no art. 4º, inciso VIII, que atribui-se aos nutricionistas:
 - *solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico⁽¹⁾*

Assistência Dietoterápica e Nutricional

As etapas do processo:

- **Avaliação do estado nutricional e metabólico**
- **Diagnóstico nutricional**
- **Intervenção**
- **Monitoramento/aferição dos resultados**
- **Reavaliação**

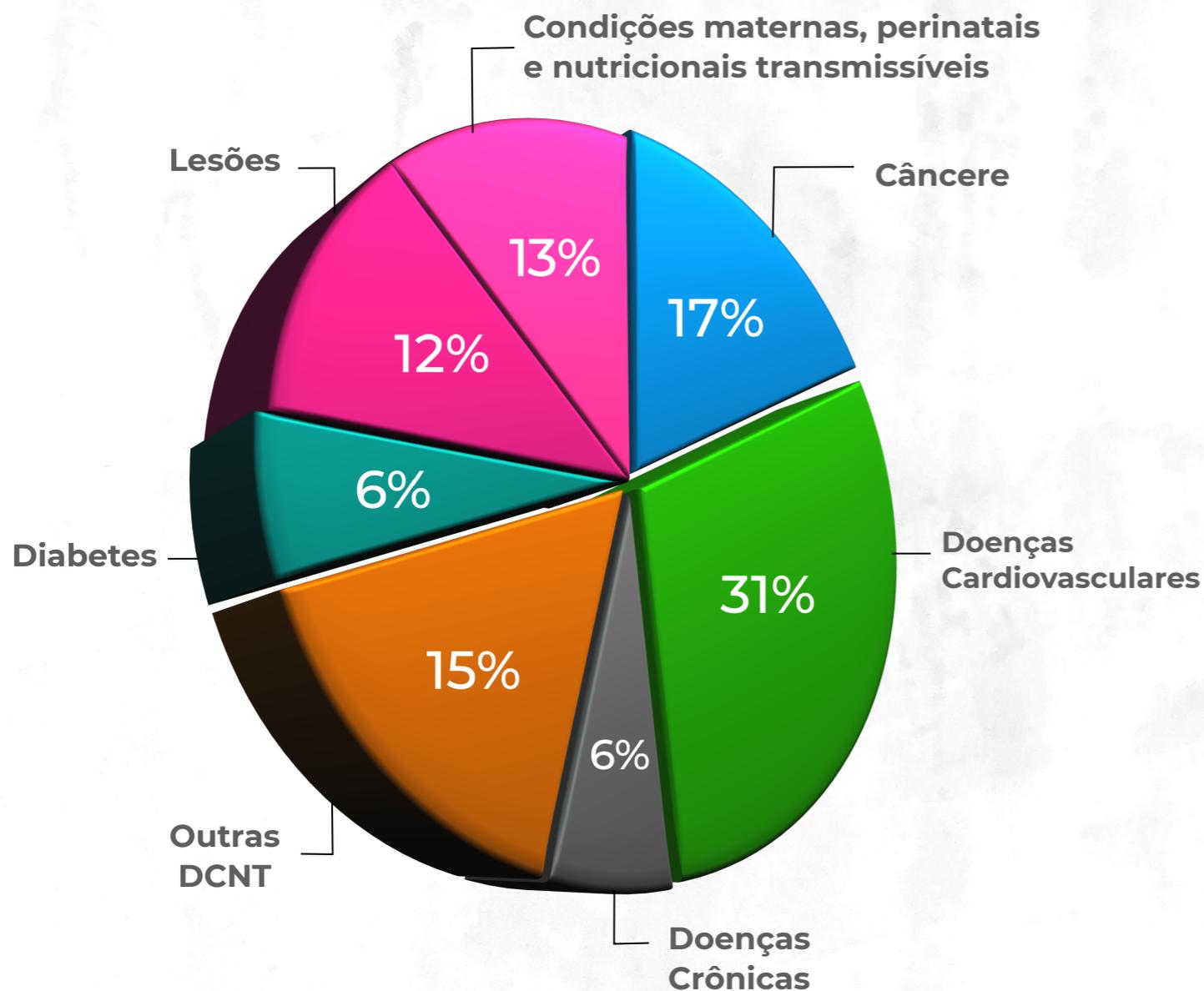


Saúde da população

Percentual da **população vivendo em áreas urbanas: 84.6%**

Proporção da população entre **30 e 70 anos: 45%**

Proporção de mortalidade (% para total de mortes, todas as idades e ambos os sexos)



Total de mortes: **1,318,000**

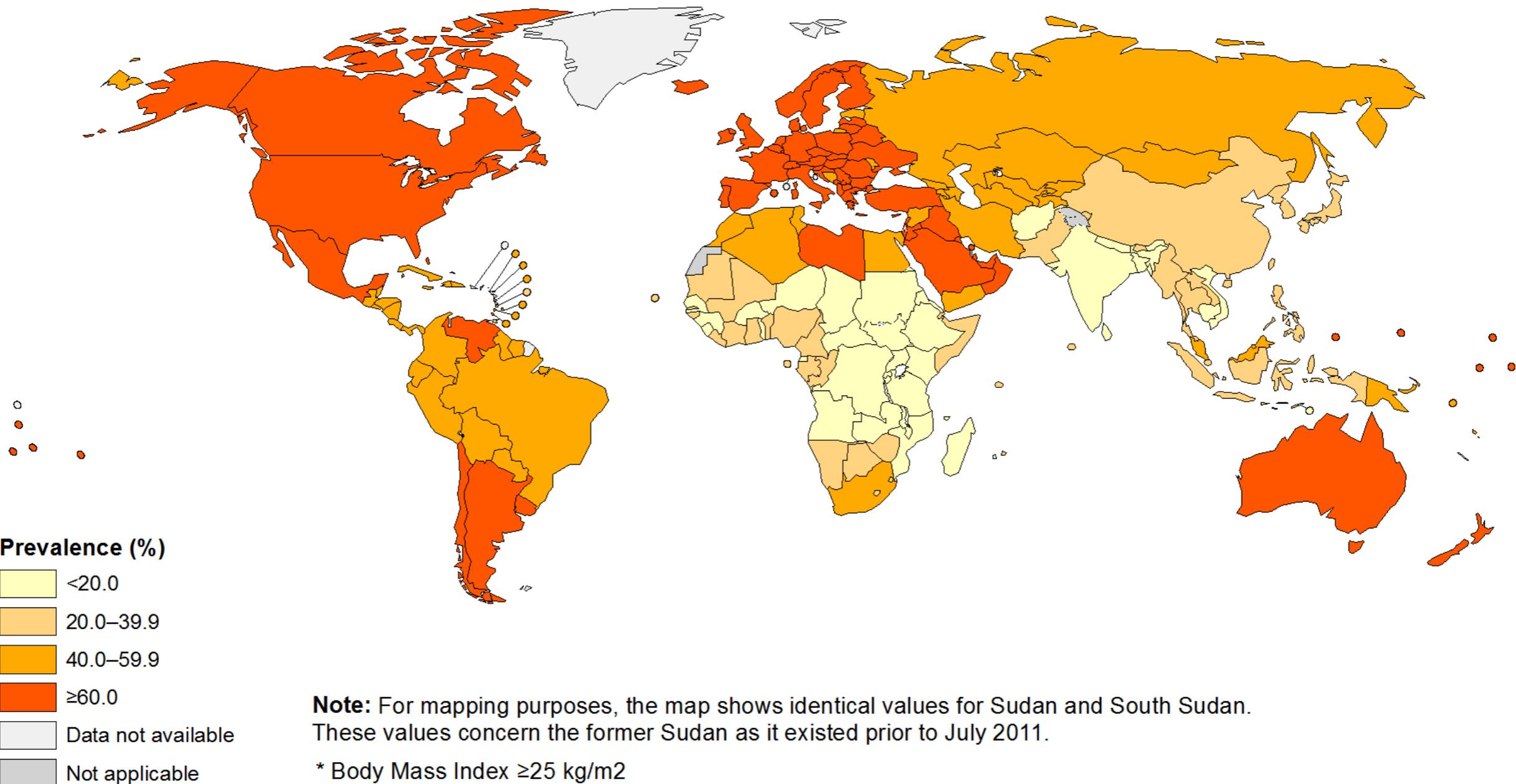
Estima-se que as DCNT representem **74% do total de mortes**



***Sobrepeso e Obesidade:** principal fator de riscos fisiológicos e metabólicos para DCNT.

Fonte: WHO (2014)

Prevalence of overweight*, ages 18+, 2016 (age standardized estimate) Male



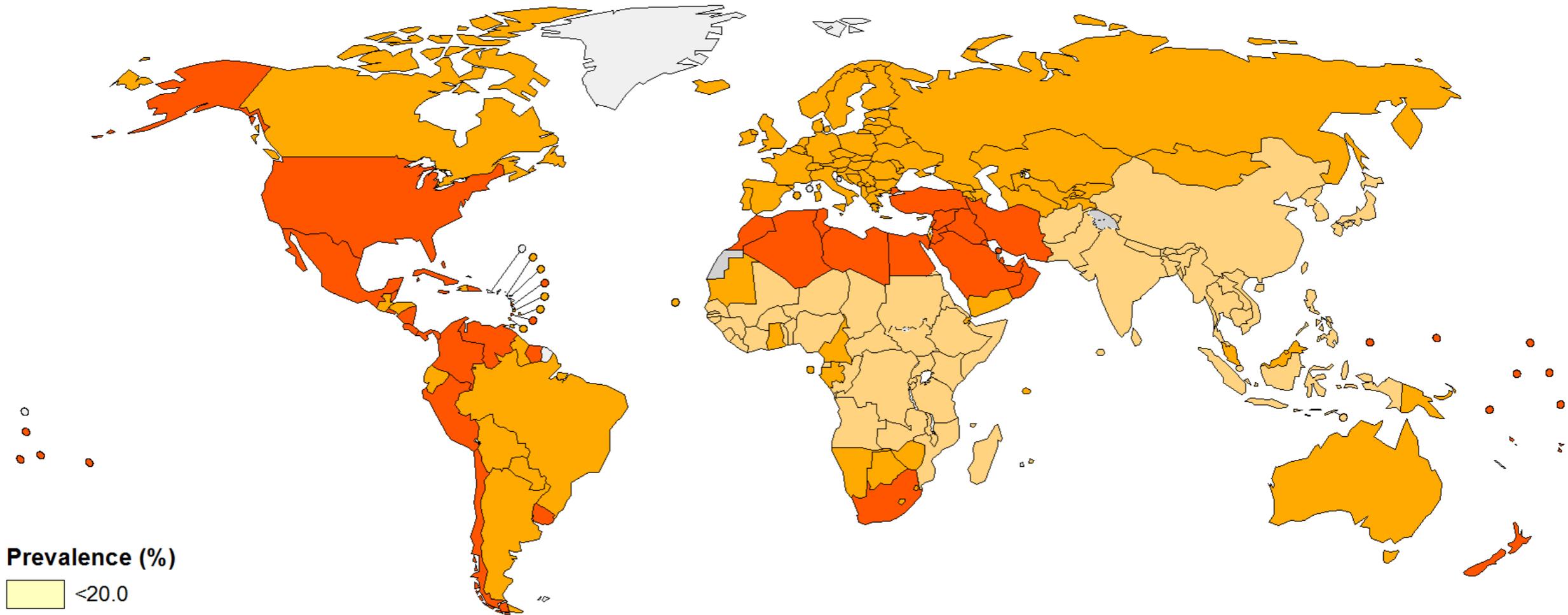
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

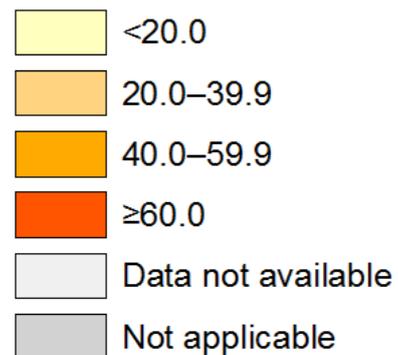


© WHO 2017. All rights reserved.

Prevalence of overweight*, ages 18+, 2016 (age standardized estimate) Female



Prevalence (%)



Note: For mapping purposes, the map shows identical values for Sudan and South Sudan. These values concern the former Sudan as it existed prior to July 2011.

* Body Mass Index ≥ 25 kg/m²

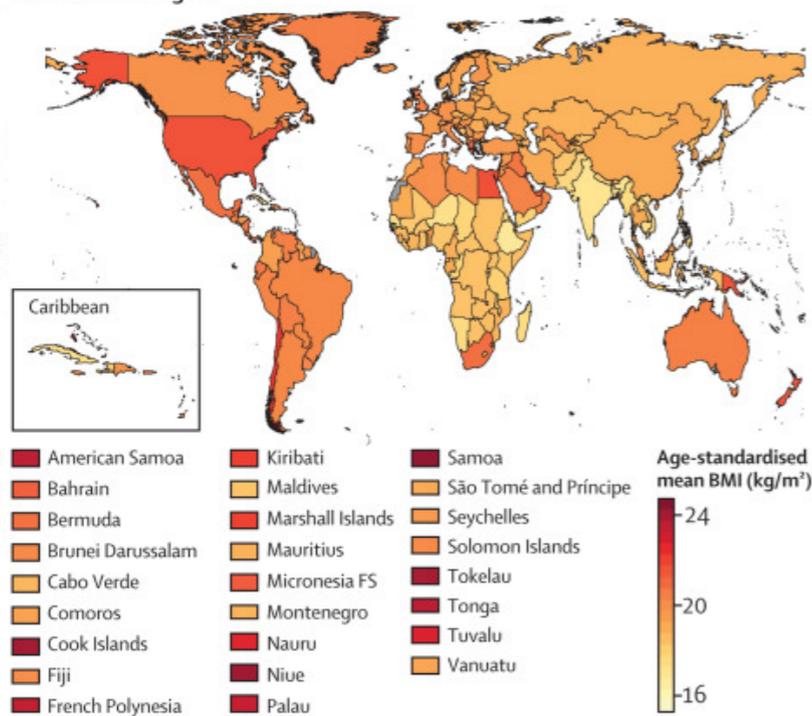
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

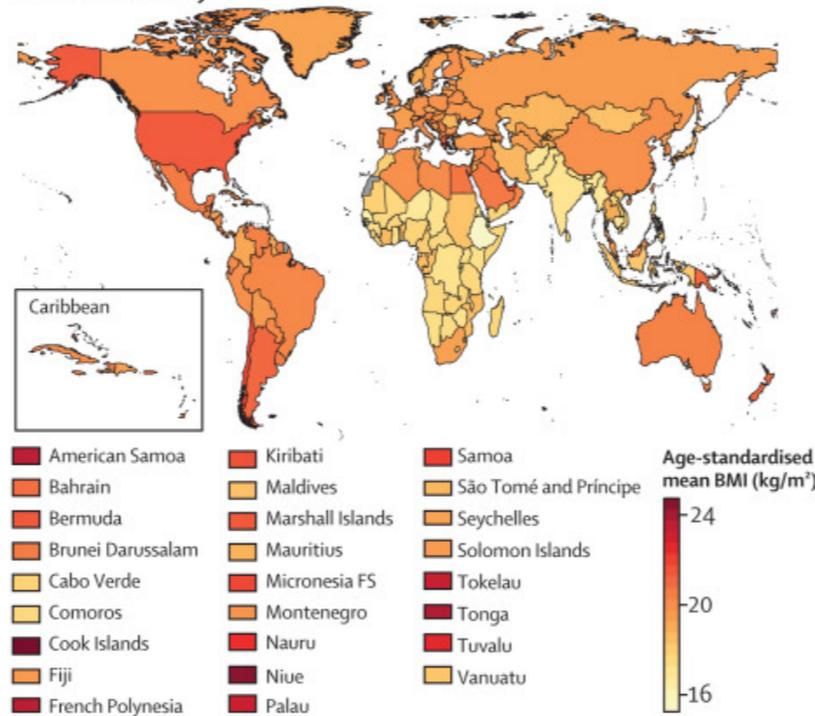


© WHO 2017. All rights reserved.

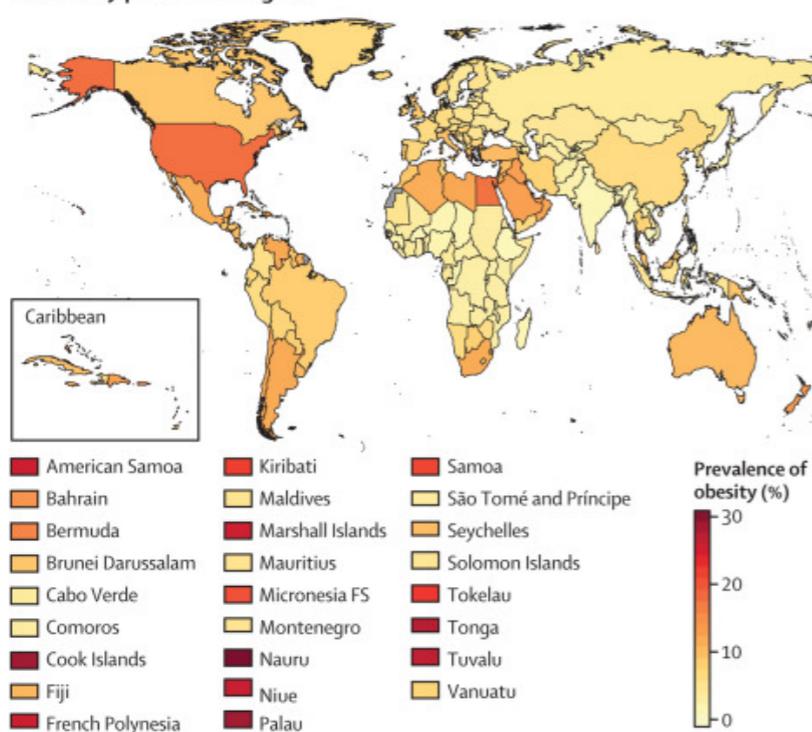
A Mean BMI in girls



B Mean BMI in boys



C Obesity prevalence in girls



D Obesity prevalence in boys

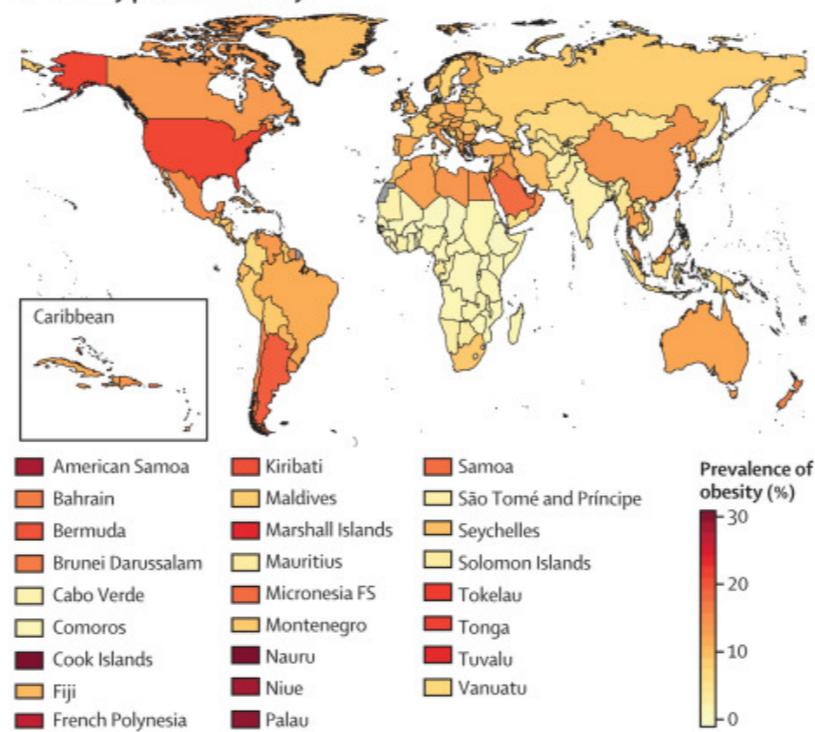
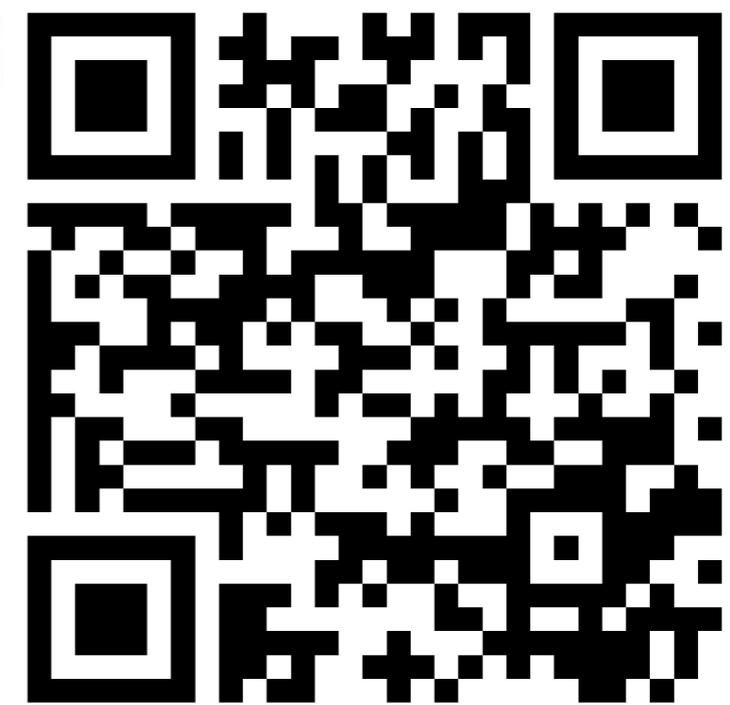


Figura 3 IMC médio padronizado por idade, prevalência de obesidade e prevalência de baixo peso moderado e grave por sexo e país em 2016 em crianças e adolescentes

As crianças e adolescentes tinham idades compreendidas entre os 5 e os 19 anos. A obesidade foi definida como mais de 2 DP acima da mediana da referência de crescimento da OMS. Baixo peso moderado e grave foi definido como mais de 2 DP abaixo da mediana.

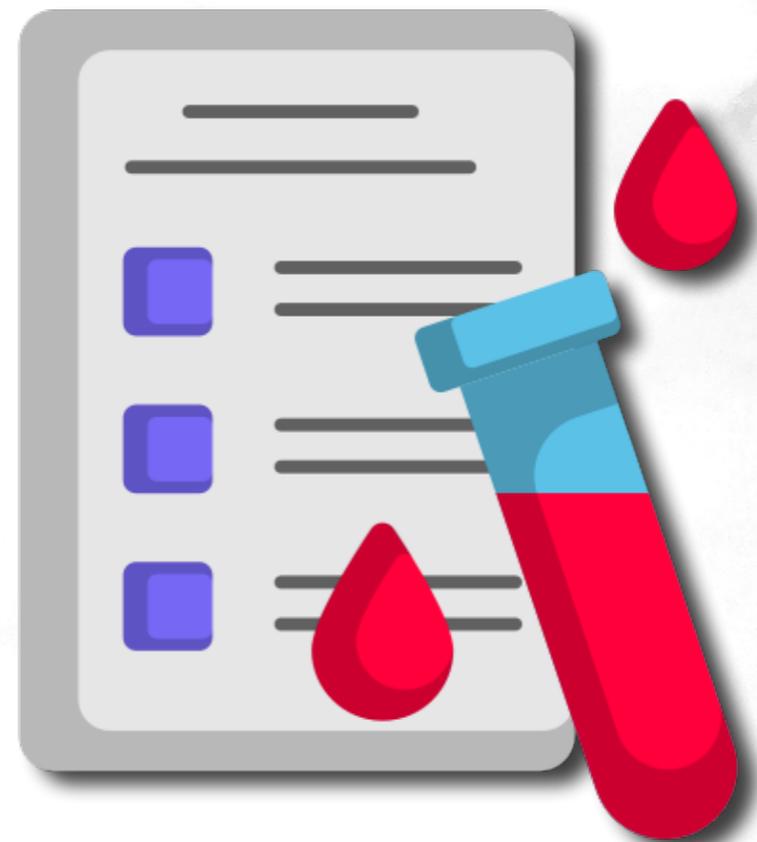


<http://metrocosm.com/map-world-obesity/>

Como prevenir ou tratar as DCNT?

Indicadores do estado nutricional:

- DIETÉTICOS
- ANTROMOMÉTRICOS
- **BIOQUÍMICOS**
- CLÍNICOS



Prevenção

Nova avaliação sistemática dos padrões de consumo alimentar em 195 países: A dieta inadequada é responsável por mais mortes do que quaisquer outros riscos globalmente, **incluindo o tabagismo!**

Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017



GBD 2017 Diet Collaborators*

Summary

Background Suboptimal diet is an important preventable risk factor for non-communicable diseases (NCDs); however, its impact on the burden of NCDs has not been systematically evaluated. This study aimed to evaluate the consumption of major foods and nutrients across 195 countries and to quantify the impact of their suboptimal intake on NCD mortality and morbidity.

Methods By use of a comparative risk assessment approach, we estimated the proportion of disease-specific burden attributable to each dietary risk factor (also referred to as population attributable fraction) among adults aged 25 years or older. The main inputs to this analysis included the intake of each dietary factor, the effect size of the dietary factor on disease endpoint, and the level of intake associated with the lowest risk of mortality. Then, by use of disease-specific population attributable fractions, mortality, and disability-adjusted life-years (DALYs), we calculated the number of deaths and DALYs attributable to diet for each disease outcome.

Findings In 2017, 11 million (95% uncertainty interval [UI] 10–12) deaths and 255 million (234–274) DALYs were attributable to dietary risk factors. High intake of sodium (3 million [1–5] deaths and 70 million [34–118] DALYs), low intake of whole grains (3 million [2–4] deaths and 82 million [59–109] DALYs), and low intake of fruits (2 million [1–4] deaths and 65 million [41–92] DALYs) were the leading dietary risk factors for deaths and DALYs globally and in many countries. Dietary data were from mixed sources and were not available for all countries, increasing the statistical uncertainty of our estimates.

Interpretation This study provides a comprehensive picture of the potential impact of suboptimal diet on NCD mortality and morbidity, highlighting the need for improving diet across nations. Our findings will inform implementation of evidence-based dietary interventions and provide a platform for evaluation of their impact on human health annually.

Funding Bill & Melinda Gates Foundation.

Copyright © 2019 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

Published Online
April 3, 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30500-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30500-8)
*Collaborators listed at the end of the paper
Correspondence to:
Prof Christopher J.L. Murray,
Institute for Health Metrics
Evaluation, University of
Washington, Seattle, WA 98121,
USA
cjm@uw.edu

Murray et al. (2019)

GBD 2017 Diet Collaborators.
www.thelancet.com **Published online April 3, 2019** [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017

- Significativo e essencial a participação do nutricionista nas estratégias de prevenção, promoção e tratamento das DCNT com toda autonomia que a formação, capacitação e a legislação permite. Os exames laboratoriais são ferramentas fundamentais no diagnóstico e acompanhamento.
- Os exames laboratoriais são ferramentas fundamentais no diagnóstico e acompanhamento.

Custos atribuíveis às DCNT

Resultados. Os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais (R\$) (IC95%: 3,15 a 3,75) em 2018, ou seja, mais de 890 milhões de dólares (US\$). Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão (IC95%: 0,98 a 1,87), ou seja, 41% dos custos totais.

Artigo original

Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018

Eduardo Augusto Fernandes Nilson,¹ Rafaella da Costa Santin Andrade,¹ Daniela Aquino de Brito¹ e Michele Lessa de Oliveira²

Como citar

Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

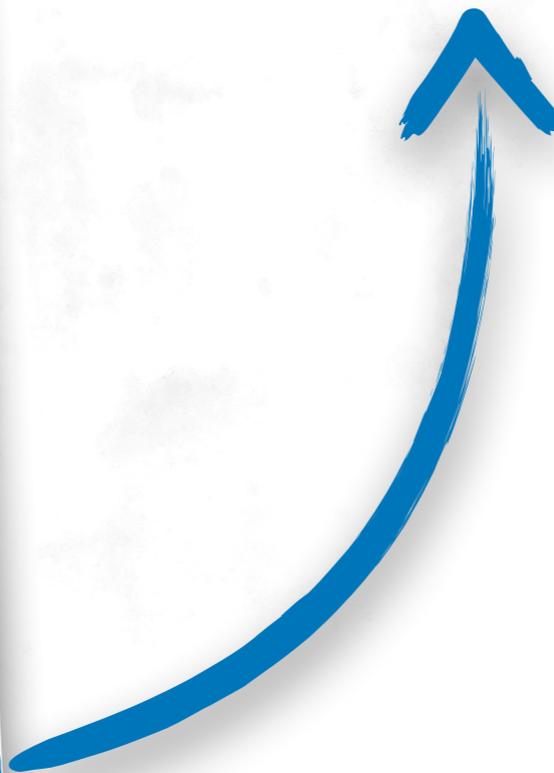
RESUMO

Objetivo. Estimar os custos atribuíveis a hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em 2018.

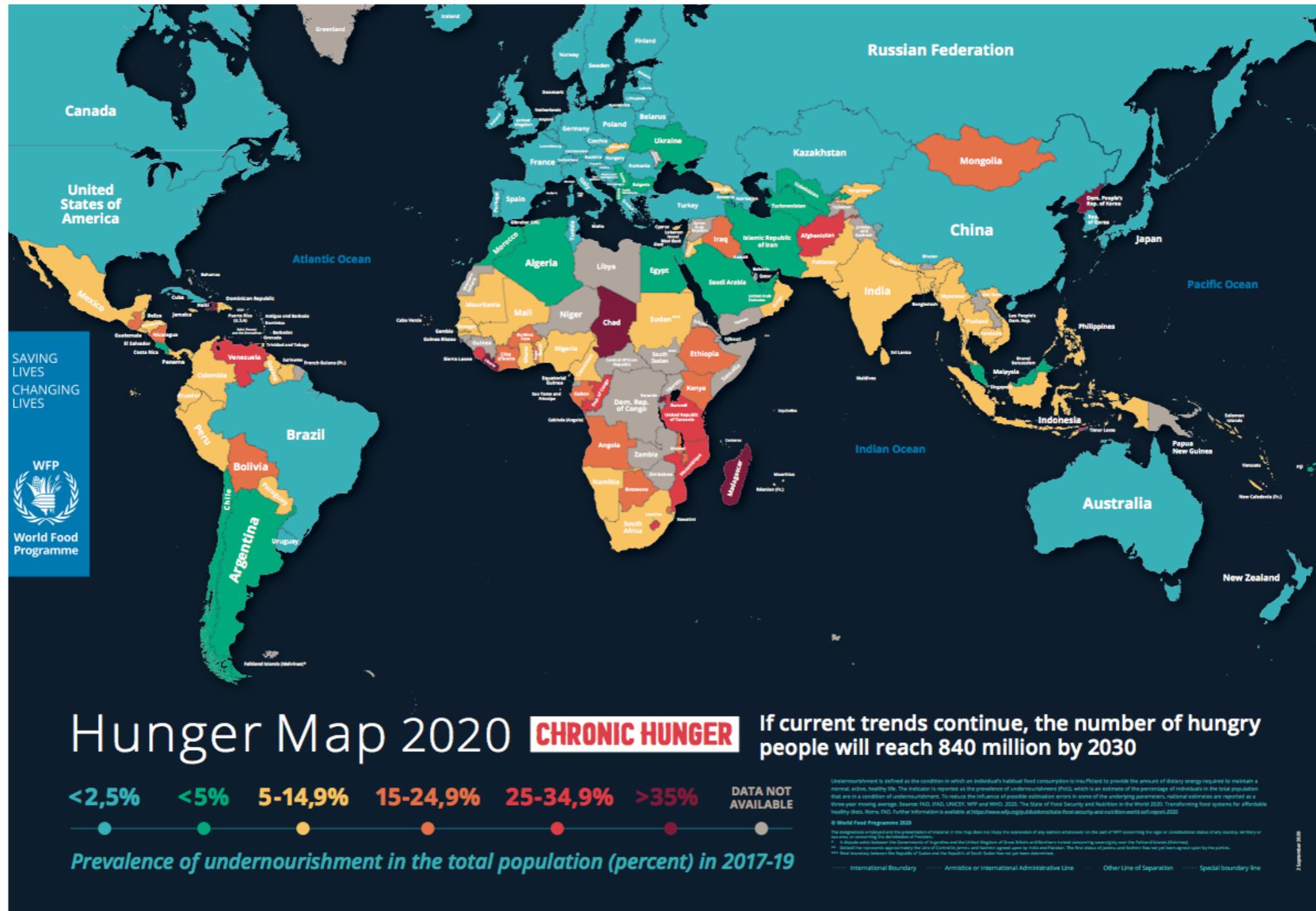
Métodos. Realizou-se uma estimativa dos custos atribuíveis a doenças crônicas não transmissíveis a partir dos riscos relativos e das prevalências populacionais de hipertensão, diabetes e obesidade, considerando custos de hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos distribuídos pelo SUS para tratamento dessas doenças. As informações de custo foram obtidas nos sistemas de informação em saúde disponíveis no SUS. A análise explorou os custos das doenças segundo sexo e idade na população adulta.

Resultados. Os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais (R\$) (IC95%: 3,15 a 3,75) em 2018, ou seja, mais de 890 milhões de dólares (US\$). Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão (IC95%: 0,98 a 1,87), ou seja, 41% dos custos totais.

Conclusões. As estimativas dos custos atribuíveis às principais doenças crônicas associadas à alimentação inadequada evidenciam a grande carga econômica dessas doenças para o SUS. Os dados mostram a necessidade de priorizar políticas integradas e intersetoriais para a prevenção e o controle da hipertensão, do diabetes e da obesidade e podem apoiar a defesa de intervenções como medidas fiscais e regulatórias para alcançar os objetivos da Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição.



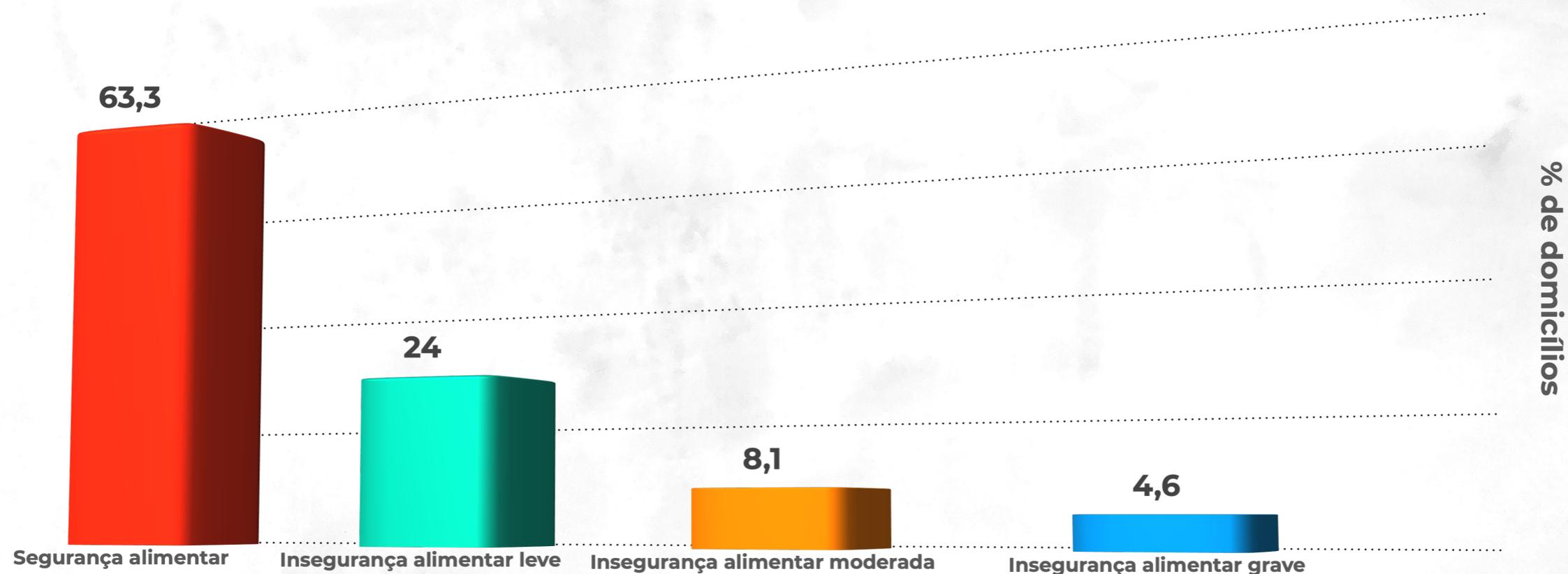
O mapa da fome 2020



Desafios no combate à fome

Segurança Alimentar e Nutricional: Cenário Pré-Pandemia

Distribuição percentual de domicílios particulares, por situação de segurança alimentar existente no domicílio.

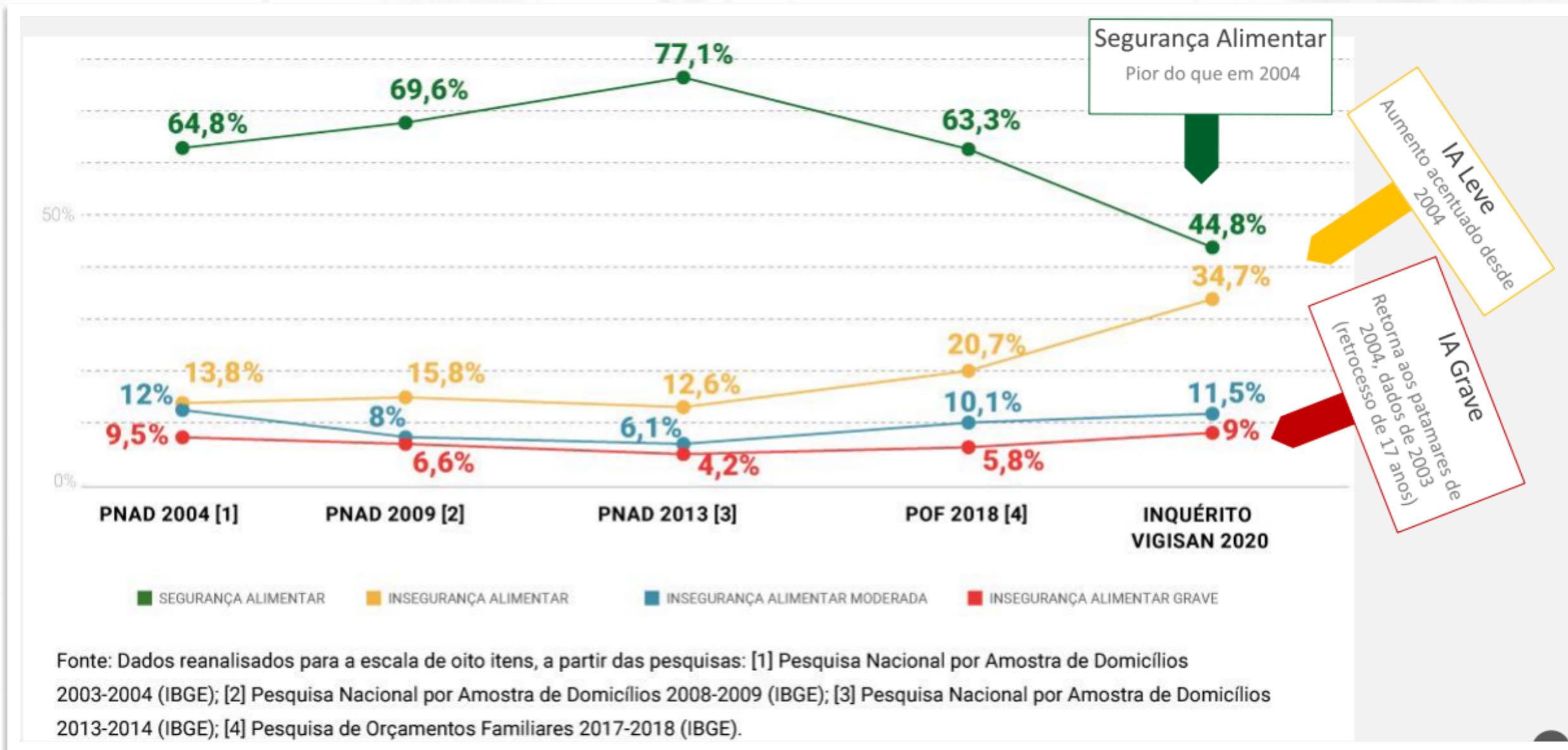


Fonte: POF 2017-2018, IBGE

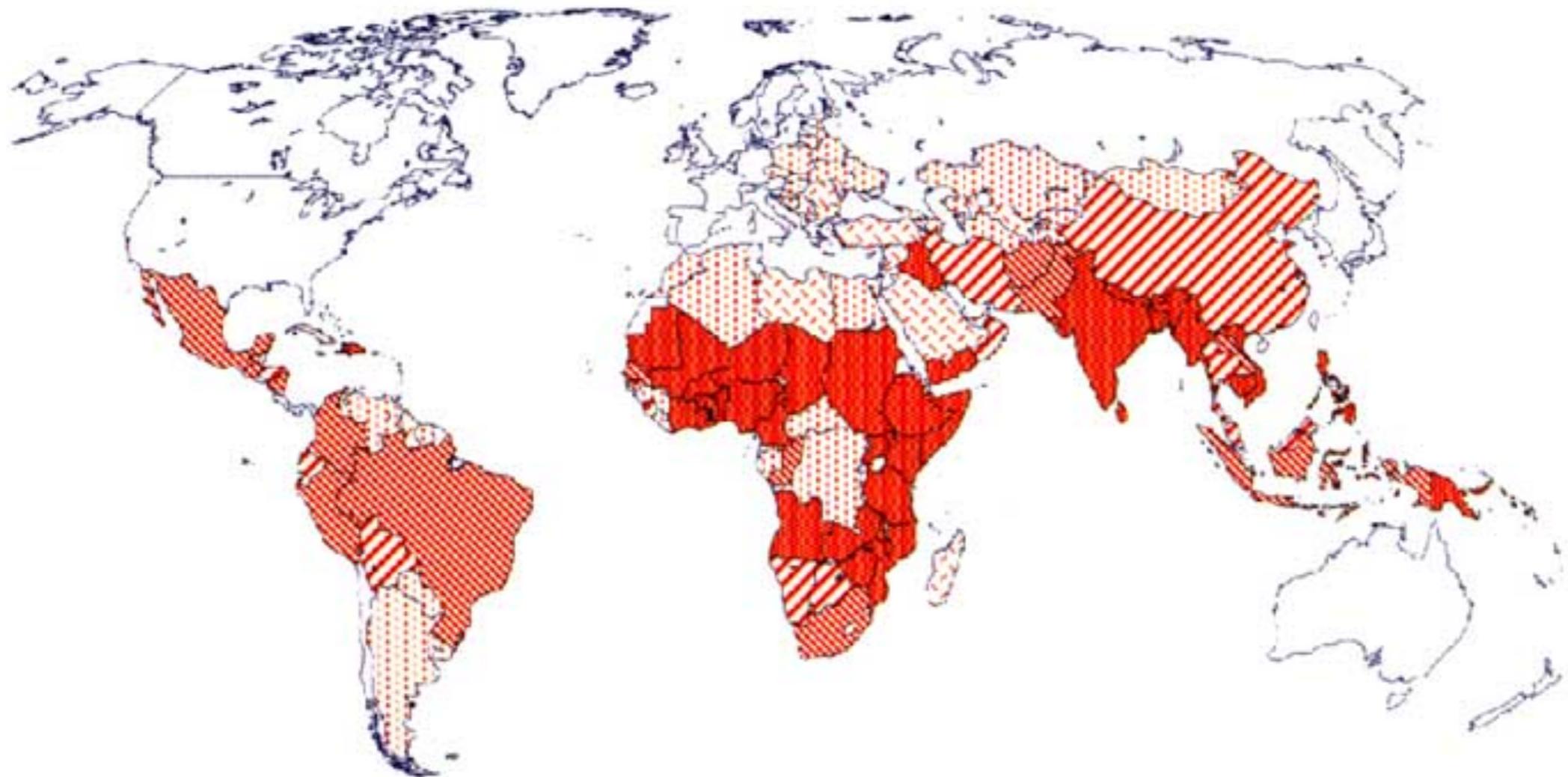


Desafios no combate à fome

Segurança Alimentar e Nutricional: Contexto da Pandemia de Covid-19



Mapa da Fome Oculta



 Clinical
 Severe: subclinical
 Moderate: subclinical

 Mild: sporadic or high-risk
 No data: problem likely
 Problem under control

Data from the World Health Organization.

Duas Pontas Importantes:

**Formação
Acadêmica do
Nutricionista**



**Adesão do
Paciente**



Um Direito do Consumidor!

Como determina a **Constituição Federal de 1988** e a **Lei Orgânica da Saúde (Lei 9.080/90)**, a saúde é direito de todos.

E na busca por um **atendimento integral**, os pacientes têm sido desrespeitados quando procuram uma **assistência nutricional completa**, pois os planos estão se negando a cobrir prescrições de **exames laboratoriais** feitas por nutricionistas.

Os consumidores em todo o Brasil estão sendo lesados e exigem um atendimento integral dos planos de saúde, em cumprimento ao CDC e em respeito à nossa autonomia profissional.

Exigimos a cobertura completa do tratamento dietoterápico, sem barreiras!



S I S T E M A

cfn / **cr**n

CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS
DE NUTRICIONISTAS

OBRIGADA!

Manuela Dolinsky
Diretora

manuela@cfn.org.br