

ANALIZA DE SITUAȚIE

ZIUA EUROPEANĂ ÎMPOTRIVA OBEZITĂȚII

I. Cadrul normativ național și internațional aplicabil obezității

La nivel internațional, prevalența obezității a crescut de peste două ori între 1980 și 2014.¹

Epidemia de obezitate este recunoscută la ora actuală ca fiind una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică la nivel internațional. În lume se înregistrează aprox. 1,5 miliarde de adulți cu greutate în exces. Peste 200 de milioane de copii de vârstă școlară au supragreutate, aceștia reprezentând prima generație ce va avea o durată de viață mai mică decât a părinților lor.²

În anul 2011 a fost adoptat Planul de Acțiune pentru implementarea Strategiei Europene pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Netransmisibile și care acoperă perioada 2012-2016. Planul are la bază un proces de consultare, care a avut loc în rândul oficialilor de nivel înalt și a identificat domenii de acțiune specifice ce urmează să fi implementate de statele membre, de OMS și de părțile interesate.

Planul de Acțiune are 4 acțiuni prioritare: managementul bolilor netransmisibile, reorientarea serviciilor de sănătate, promovarea sănătății și prevenirea bolilor, întărirea supravegherii, monitorizării, evaluării și cercetării.

De asemenea, Planul de Acțiune are 5 intervenții prioritare: reducerea sării în alimente, eliminarea grăsimilor trans din alimente, utilizarea unor măsuri fiscale și reglarea marketingului pentru promovarea obiceiurilor alimentare sănătoase, depistarea timpurie a cancerului, evaluarea și managementul riscului cardio-metabolic.

Obiectivul Planului de Acțiune este clar: evitarea deceselor premature și reducerea poverii provocate de bolile netransmisibile prin acțiune integrată, îmbunătățirea calității vieții și aducerea speranței de viață la un nivel echitabil în cadrul și între statele membre ale UE.³

În perioada 4-5 iulie 2013 a avut loc în Viena (Austria) Conferința Ministerială Europeană a OMS despre Nutriție și Boli Netransmisibile în contextul Sănătății 2020.

“Declarația de la Viena” exprimă necesitatea acțiunilor de prevenire a supragreutății, obezității și subnutriției și a intervenției asupra cauzelor profunde ale acestora. Declarația subliniază îngrijorarea unanimă asupra efectelor negative ale obezității în rândul copiilor.

¹World Health Organisation Fact sheet N°311, 2015

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, accesat 24 feb. 2015

²World Obesity Federation, About Obesity, <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/>, accesat 25 feb. 2015

³New action plan to address non-communicable diseases in Europe, 2011,

<http://www.who.org/spip.php?article4731>, accesat 25 feb. 2015

- Principalele direcții de acțiune stabilite în cadrul întâlnirii de la Viena:
- Comitetul Regional al OMS pentru Europa să mandateze dezvoltarea unui nou plan de acțiune privind alimentația și nutriția, precum și a unui plan de activitate fizică;
 - Evidențierea problemelor principale, cum ar fi excesul de aport energetic, de grăsimi saturate și grăsimi trans, zahăr și sare, precum și consumul scăzut de legume și fructe;
 - Reducerea comercializării alimentelor bogate în grăsimi, zahăr și sare în rândul copiilor;
 - Încurajarea alegerii de alimente mai sănătoase prin etichetarea, costurile și reformularea produselor;
 - Încurajarea promovării lanțurilor alimentare mai scurte, ceea ce face ca produsele locale să fie mai accesibile;
 - Promovarea beneficiilor alimentației sănătoase în timpul vieții, mai ales pentru populațiile cele mai vulnerabile;
 - Încurajarea unor rețele, alianțe mai puternice, care să ajute comunitățile în eforturile lor de prevenție și promovare a sănătății.⁴

Prevalența obezității ar trebui să fie unul dintre indicatorii cheie de măsurare a oricărui progres și conform Cartei OMS, care să indice un “progres vizibil, mai ales în ceea ce privește copiii și adolescenții”. Specialiștii sunt de acord că în acest fel este posibil să schimbe dinamica evoluției obezității până cel mai târziu în 2015.⁵

În noiembrie 2006, Oficiul Regional OMS pentru Europa a organizat la Istanbul, Turcia, Conferința Ministerială Europeană de Combatere a Obezității, ca răspuns al epidemiei de obezitate. A participat un grup larg de experți în sănătate publică, nutriție și medicină. Miniștrii sănătății participanți au semnat Carta Europeană prin care obezitatea a fost pusă în fruntea agendelor de sănătate publică și politice din Europa, astfel încât până în 2015 să se stopeze creșterea numărului de obezi. Printre mesajele cheie emise în documentul intitulat Provocarea Obezității în Regiunea Europeană OMS și Strategiile de Răspuns a fost acela că strategiile de sănătate publică pentru prevenirea obezității ar trebui să se adreseze la nivel individual, comunitar, politic prin intermediul unor grupuri țintă (de exemplu copii, adolescenți, gravide și oameni cu venituri scăzute), a unor azeri (cum ar fi școlile, locul de muncă, sectoarele comerciale și medical) și a unor abordări (de exemplu educație, dezvoltare comunitară, folosirea mass media și schimbarea mediului, a politicii și a infrastructurii).⁶

La inițiativa OMS de Supraveghere a Obezității Copiilor în Europa (COSI) s-au evaluat diferențele în ceea ce privește mediul pentru o nutriție sănătoasă în colici

⁴WHO European Ministerial Conference on *Nutrition and Noncommunicable Diseases* in the Context of Health 2020, 4–5 July 2013, Vienna, Austria, <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases/documentation/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, accesat 23 feb. 2015

⁵ Strategy for European nutrition, overweight and obesity related health issues, 2010, http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/implementation_report_en.pdf, accesat 26 feb. 2015

⁶WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Conference Report, 2006, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf, accesat 27 feb. 2015

indicele de masă corporal în coli primare din 12 țări europene. Concluzia principală a fost că în majoritatea țărilor, mediul pentru o nutriție sănătoasă în coli nu este propice, dar există și coli în care funcționează politici de sprijinire a alimentației sănătoase, ceea ce sugerează necesitatea armonizării politicilor colare.⁷

Rețeaua Europeană privind reducerea presiunii prin marketing asupra copiilor, condusă de către Direcția Norvegiană de Sănătate și care implică 28 de state membre a efectuat un studiu legat de profilarea nutrienților. Profilarea nutrienților clasifică alimentele în funcție de compoziția lor nutrițională, cu scopul de a preveni bolile și de a promova sănătatea. Biroul European al OMS a lansat la Copenhaga, în februarie 2015, un model pentru definirea alimentelor care se fac sau nu publicitate în rândul copiilor. Bazat pe o combinație de modele utilizate în Danemarca și Norvegia, modelul identifică 17 categorii de produse alimentare și stabilește nivelurile-prag de grăsimi totale, grăsimi saturate, zahăr total, adăos de zahăr, îndulcitori artificiali, sare (sodiu) și energie. Modelul pilot a fost folosit în mai multe țări europene și este oferit ca suport tehnic pentru țările membre ale Regiunii Europene a OMS, atunci când elaborează politici de restricționare a publicității unor alimente în rândul copiilor.⁸

În România, Ministerul Sănătății organizează și finanțează programe naționale de sănătate, unele vizând prevenirea și combaterea obezității la adulți și copii. Astfel, în cadrul Planului de acțiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale de sănătate, se evidențiază următoarele direcții strategice:

1. Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare, în care printre indicatorii de performanță se numără elaborarea unui plan multianual privind promovarea unui stil de viață sănătos, numărul de parteneriate instituționale funcționale (cu media, ONG-uri ș.a.), numărul campaniilor de informare și/sau destigmatizare implementate, numărul de coli și grădinițe în care sunt implementate intervenții pentru copii și adolescenți, unități educaționale acoperite de programe de prevenție primară la copii (% și număr);
2. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriției mamei și copilului și reducerea riscului de deces matern și infantil.⁹

II. Cadrul legal al intervențiilor la nivel național

1. În temeiul dispozițiilor Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, programele naționale de

⁷ Trudy M.A. Wijnhoven și colab.: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School Nutrition Environment and Body Mass Index in Primary Schools, Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11(11), 11261-11285

⁸ WHO, WHO Regional Office for Europe nutrient profile model, Copenhaga, 2015, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2015/who-regional-office-for-europe-nutrient-profile-model> accesat în 26 feb.2015

⁹ Ministerul Sănătății din România, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, Plan de acțiuni <http://www.ms.ro/?pag=13> accesat 25 feb.2015

s n tate reprezint un ansamblu de acțiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de s n tate public .¹⁰

2. Ordinul nr. 422 din 29 martie 2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de s n tate public pentru anii 2013 și 2014, în cadrul programelor naționale privind bolile netransmisibile, se derulează Programul Național de S n tate a Femeii și Copilului cu subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a gravidei și copilului. Printre intervențiile acestui subprogram se află și promovarea alptării, alimentației s n toase și prevenirea obezității la copil, în cadrul cărora sunt prevăzute activități de organizare pentru personalul medical a unor cursuri online de utilizare a indicatorilor antropometrici standardizați (nomograme), screening al obezității la copil și monitorizarea copiilor obezi. Structura de specialitate din cadrul Ministerului S n tate și Atribuțiilor specifice în organizarea, funcționarea și implementarea programelor naționale de s n tate este Serviciul programe de s n tate, care poate furniza detalii referitoare la combaterea obezității la copil.¹¹

3. Hotărârea 1154/2012 privind stabilirea fructelor distribuite, a perioadei și frecvenței distribuției, a limitei valorii zilnice/elev și a fondurilor necesare pentru distribuția fructelor și a mersurilor adiacente distribuției de fructe, a bugetului aferent acestora, precum și a modalității de implementare efectivă și de gestionare la nivelul administrației publice, în cadrul programului de încurajare a consumului de fructe proaspete în coli, în anul școlar 2012-2013.¹²

Articolul 1. Pentru anul școlar 2012-2013 se vor acorda gratuit mere, în limita valorii zilnice de 0,37 lei/elev, pentru o perioadă de maximum 89 de zile de școlarizare, începând cu 3 decembrie 2012.

4. Ordinul Nr. 5298 din 07.09.2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de s n tate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, Anexa 1 stipulează, printre alte servicii și acelea de promovare a unui stil de viață sănătos:

“Medicul, împreună cu directorul unității de învățământ, inițiază, desigur și colaborează la organizarea diverselor activități de educație pentru s n tate în cel puțin următoarele domenii: nutriție s n toasă și prevenirea obezității; activitate fizică.”¹³

5. Hotărârea 1388/2010 privind aprobarea programelor naționale de s n tate pentru anii 2011 și 2012, publicat în Monitorul Oficial nr. 893 din decembrie 2010¹⁴:

V. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru s n tate. Subprogramul de promovare a unui stil de viață sănătos. Obiectiv 2: Activități derulate în cadrul proiectului "Creșterea accesului la servicii de prevenție medicală primară pentru copiii și adolescenții din România" nr. 2008 / 108643:

¹⁰ Hotărârea Guvernului nr. 124 /2013 , <http://lege5.ro/Gratuit/gm2dqjqqi/hotararea-nr-124-2013-privind-aprobarea-programelor-nationale-de-sanatate-pentru-anii-2013-si-2014>, accesat 26 feb 2014

¹¹ Ordinul 422/2013, <http://www.lege-online.ro/Ir-ORDIN-422%20-2013-%28146475%29.html>

¹² Monitorul Oficial, partea I nr. 810 din 3 decembrie 2012 (M. Of. 810/2012)

¹³ Ordinul 5298/2011, <http://lege5.ro/Gratuit/gi4dknrtge/metodologia-din-07092011-privind-examinarea-starii-de-sanatate-a-prescolarilor-si-elevilor-din-unitatile-de-invatamant-de-stat-si-particulare-autorizate-acreditate-privind-acordarea-asistentei-medical?pId=42860773#p-42860773>, accesat 27 feb. 2015

¹⁴ Monitorul Oficial nr. 893 din 30 decembrie 2010 (M. Of. 893/2010)

1. elaborarea și diseminarea unui ghid de intervenție în comunitate;
 2. formarea a 800 de profesioniști implicați în munca cu copiii și adolescenții în domeniul nutriției sănătoase și activității fizice, pentru elaborarea / aplicarea instrumentelor de lucru / planurilor de acțiune la nivel județean;
 3. realizarea unui centru de resurse în domeniul nutriției sănătoase și activității fizice pe site-ul Ministerului Sănătății.
6. OUG 24/2010 privind implementarea programului de încurajare a consumului de fructe în coli, publicat în Monitorul Oficial nr. 204 din martie 2010¹⁵:

Articolul 1

(1) Începând cu anul școlar 2009/2010 se acordă gratuit elevilor din clasele I-VIII care frecventează învățământul de stat și privat autorizat/acreditat, pentru o perioadă de maximum 100 de zile de școlarizare, mere în limita valorii zilnice de 0,3 lei/elev.

(2) Începând cu anul școlar 2010/2011, fructele distribuite elevilor, perioada și frecvența distribuției, precum și limita valorii zilnice/elev se stabilesc și se actualizează anual prin hotărârea Guvernului, în funcție de evoluția prețurilor și tarifelor.

7. Legea 32/2009 privind aprobarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 95/2008 pentru modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 96/2002 privind acordarea de produse lactate și de panificație pentru elevii din clasele I-IV din învățământul de stat, precum și pentru copiii preșcolari din grădinițele de stat cu program normal de 4 ore. Publicat în Monitorul Oficial nr. 163 din martie 2009¹⁶:

La articolul unic, punctul 1 se va modifica și va avea următorul cuprins: "1. În titlul și în cuprinsul Ordonanței de Urgență, sintagma «clasele I-IV» se înlocuiește cu sintagma «clasele I-VIII», sintagma «din învățământul de stat» se înlocuiește cu sintagma «din învățământul de stat și privat», iar sintagma «din grădinițele de stat cu program normal de 4 ore» se înlocuiește cu sintagma «din grădinițele de stat și private cu program normal de 4 ore»."

8. Legea nr. 123/2008 pentru o alimentație sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar, Legea privind interzicerea mâncării fast-food în coli. Publicat în Monitorul Oficial nr. 410 din iunie 2008¹⁷:

Art. 10. În incinta unităților de învățământ este interzisă prepararea, comercializarea și distribuirea oricărui alimente conținute în lista prevăzută la Art.9 lit.a).

Art. 11. Meniurile servite în cantinele sau locațiile asimilate cu cantinele din colectivități sunt avizate de către personalul medical și aprobate de către conducătorul unității.

¹⁵ Monitorul Oficial, Partea I nr. 204 din 31 martie 2010

¹⁶ Monitorul Oficial 163 din 17 martie 2009 (M. Of. 163/2009)

¹⁷ Monitorul Oficial, Partea I nr. 410 din 02/06/2008

9. Ordinul Nr. 1563 din 12 septembrie 2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate precolarilor și colarilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copiii și adolescenții.

10. Ordinul Comitetului de Nutriție din 27 martie 2008:

Art. 1. (1) Se înființează Comitetul Național pentru Alimentație și Nutriție, denumit în continuare Comitet, organism de specialitate, fără personalitate juridică.

(2) Comitetul se organizează și funcționează pe lângă Ministerul Sănătății Publice.

Art. 2. Scopul comitetului este să elaboreze politici și strategii în domeniul nutriției în vederea îmbunătățirii stării de sănătate a populației.

11. Ordinul Nr. 1955 din 18 octombrie 1995 pentru aprobarea Normelor de igienă privind unitățile pentru ocrotirea, educarea și instruirea copiilor și tinerilor:

Art. 17. Conducerile creșelor, leagănelor, grădinițelor cu program prelungit și săptămânal, ale unităților colare cu semiinternat, internat și cantină colară, ale caselor de copii precolari și colari, ale unităților de învățământ superior cu cantină studențească și ale taberelor de odihnă vor asigura o alimentație colectivă adaptată vârstei și stării de sănătate, specificului activității și anotimpului, asigurându-se un aport caloric și nutritiv în conformitate cu recomandările Ministerului Sănătății.

III. Nivelul și dinamica fenomenului la nivel internațional, național și subnațional

În 2014, în lume, 1,9 miliarde de adulți, cu vârsta de 18 ani și peste prezentau supragreutate. Dintre acestea, peste 600 de milioane erau obezi. În general, 13% din populația adultă a lumii (11% bărbați și 15% femei) erau obezi în 2014. În 2014, 39% dintre adulții de 18 ani și peste (38% bărbați și 40% femei) erau cu supragreutate.

Majoritatea populației lumii trăiește în țări în care supragreutatea și obezitateaucid mai mulți oameni decât subgreutatea (aici sunt incluse toate țările cu venituri mari și majoritatea țărilor cu venituri medii). Supragreutatea și obezitatea reprezintă al cincilea factor de risc pentru mortalitatea generală. Obezitatea poate fi prevenită.

În 2013, 42 milioane de copii sub vârsta de 5 ani erau obezi sau cu supragreutate. Supragreutatea și obezitatea sunt în creștere mai ales în areșurile urbane. În țările în curs de dezvoltare (clasificate de către Banca Mondială ca țări cu venituri mici și medii), rata de creștere a supragreutății și obezității la copii este cu peste 30% mai ridicată decât în țările dezvoltate.¹

Din datele OMS din 2013 referitoare la situația internațională privind obezitatea, prezentate în fig. 1 se observă că “boala abundenței” este o problemă chiar și pentru multe țări foarte sărace. În Europa, prevalența supragreutății este între 40-59,9% la adulții de 20 de ani și peste. Prevalența activității fizice insuficiente la tinerii de 15 ani și peste în Europa variază în funcție de țară între 20-60%, iar numărul de calorii zilnice per capita este între 2700 și peste 3500.¹⁸

¹⁸ National Research Council and Institute of Medicine, http://timiacono.com/wp-content/uploads/13-01-28_obesity-Original.jpg, accesat în 27 feb. 2015

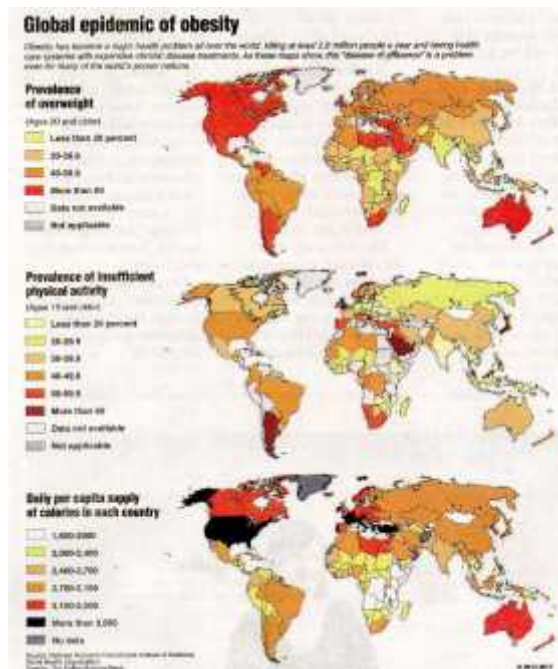


Fig. 1 Epidemia global de obezitate

Diverse studii au sugerat c sistemele de s n tate ar trebui s fie în m sur s î i îmbun t țeasc eficiența (Comisia European , 2014). Proiectul MACELI (Macro Cost Effectiveness Corrected for Lifestyle) i-a propus s compare cost-eficiența tuturor sistemelor europene de s n tate, luând în considerare variația în comportamentele privind stilul de viaț existent între ț ri. De asemenea a fost studiat impactul diferențelor în stilul de viaț , în special referitoare la fumat, supragreutate i consumul de alcool. Studiul a luat în calcul cele 28 de ț ri membre UE, Islanda i Norvegia.

Rezultatele din decembrie 2014 au ar tat c , din punct de vedere al indicelui de mas corporal , România s-a situat în rândul ț rilor cu un procent destul de ridicat al supragreut ții, dar obezitatea a fost în procent mai mic față de alte ț ri europene (fig. 2). Una dintre concluziile studiului a fost c ț rile care aveau cheltuieli mai mari pentru s n tate aveau i o stare mai bun a s n t ții locuitorilor, iar un stil de viaț mai s n tos duce la cre terea speranței de viaț .¹⁹

¹⁹ European Commission. Comparative efficiency of health systems, corrected for selected lifestyle factors Final report Maceli, decembrie 2014 http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/publications/index_en.htm, accesat în 27 feb. 2015

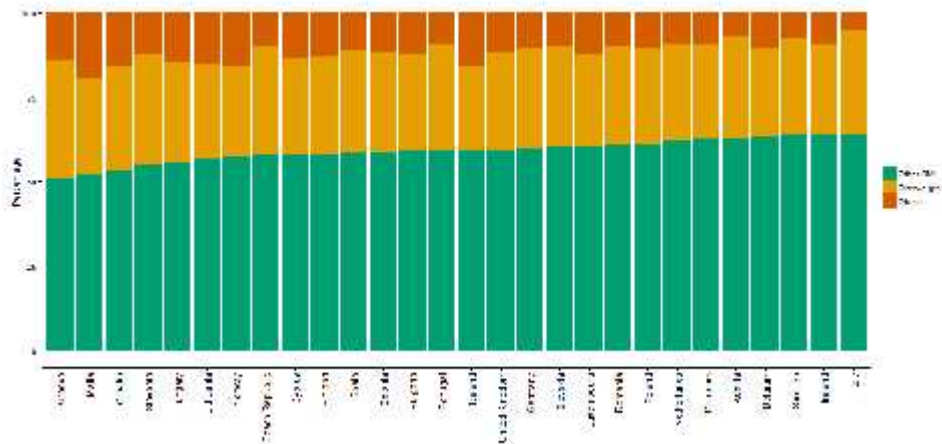


Fig. 2 Distribuția supragreutății în țările europene

Informația și tehnologiile în comunicații au îmbunătățit standardele de viață în toată lumea. Creșterea timpului petrecut în fața computerelor, a televizorului și a jocurilor video este un factor semnificativ în creșterea obezității la nivel global. Un studiu publicat în 2012 de Institutul Milken arată că pentru fiecare creștere de 10% investiții în tehnologia de informații se înregistrează o creștere de 1% a ratei obezității, iar o creștere de 0,4% a ratei obezității din cauza timpului petrecut în fața ecranului duce la o creștere totală de 1,4% a ratei obezității. Aceste cifre arată de exemplu că la nivelul unei țări cu o populație de 300 milioane de locuitori se vor înregistra 4,2 milioane de cazuri noi de obezitate. Studiul mai arată că în țările unde se investește mult în tehnologia de informații, o creștere de 1% a numărului persoanelor active fizic poate preveni o creștere de 0,2% a obezității.²⁰

Supragreutatea și obezitatea reprezintă al cincilea risc de decese la nivel global. Obezitatea poate fi prevenită. Cel puțin 2,8 milioane de adulți mor în fiecare an ca urmare a faptului că au greutatea peste limitele normale. Supragreutatea și obezitatea răspund de peste 44 % dintre problemele cauzate de diabet, peste 23% dintre cele provocate de bolile ischemice cardiace și de 7-41% dintre problemele cauzate de anumite forme de cancer. Mai demult, ea era considerată o problemă a țărilor cu venituri mari, dar la ora actuală obezitatea este în creștere în țările cu venituri mici și medii, mai ales în mediul urban. În 2010, peste 40 milioane copii sub vârsta de 5 ani erau supraponderali. Aproape 35 milioane copii supraponderali trăiesc în țări în curs de dezvoltare și 8 milioane în țări dezvoltate. Copiii din țările cu venituri mici și mijlocii sunt mai vulnerabili la o nutriție inadecvată în perioada prenatală, de sugar și de copil mic. Ei sunt expuși în același timp la alimente bogate în grăsimi, zahăr, sare, cu densitate energetică ridicată, cu puțini micronutrienți și mai ieftine. Aceste modele alimentare, împreună cu activitate fizică redusă duc la creșterea marcată a obezității infantile, dar în același timp problema

²⁰ Waistlines of the World: The Effect of Information and Communications Technology on Obesity, Anusuya Chatterjee and Ross C. DeVol, August 21, 2012, <http://www.milkeninstitute.org/newsroom/press-releases/view/21>, accesat în 27 feb. 2015

subnutriției rămâne nerezolvată.¹ Rezultatele preliminare ale Inițiativei OMS de Supraveghere a Obezității Copiilor în Europa (COSI), în care sunt implicate 15 țări europene, indică faptul că prevalența obezității la copii este foarte ridicată. Studiul arată că 19,3-49% dintre băieți și 18,4-42,5% dintre fete erau cu supragreutate (inclusiv obezitate). Prevalența obezității era cuprinsă între 6-26,6% în rândul băieților și 4,6-17,3% în rândul fetelor. Comparatiile între țări arată că cel mai înalt nivel de supragreutate a fost înregistrat în țările din sudul Europei (Pediatric Obesity, 2013).

Recunoscând că cei mai mulți dintre factorii care influențează starea de sănătate a copiilor și adolescenților se întâlnesc în afara sectorului sanitar, Finlanda abordează la ora actuală conceptul *Sănătate în Toate Politicile*, prin direcționarea orașelor să includă sănătatea în toate domeniile în care se iau decizii. Ca rezultat al acestor eforturi, obezitatea infantilă începe să se stabilizeze în întreaga țară. Este nevoie de timp pentru implementarea conceptului, dar experiența Finlandei este o dovadă că, atunci când toate sectoarele iau în considerare impactul lor asupra sănătății se pot obține rezultate notabile.²¹

Activitatea fizică insuficientă este factor de risc pentru apariția supragreutății și obezității, atât la adulți, cât și la copii. Activitatea fizică este considerată insuficientă dacă este practicat de mai puțin de 5 ori 30 de minute activitate moderată pe săptămână sau mai puțin de 3 ori 20 de minute activitatea susținută pe săptămână, sau echivalentul. Figura 3 arată prevalența activității fizice insuficiente la ambele sexe, la cei cu vârsta peste 15 ani.²²

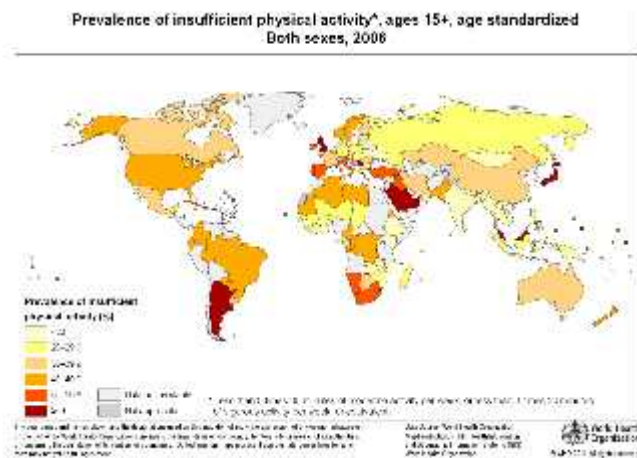


Fig. 3 Prevalența activității fizice insuficiente, la ambele sexe cu vârsta peste 15 ani, standardizat după vârstă, 2008

²¹ WHO. Finland curbs childhood obesity by integrating health in all policies, <http://www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/en/>, accesat în 26 feb.2015

²²Sursa:http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_InsufficientActivity_BothSexes_2008.png, accesat 27 feb 2015

La nivel european, persoanele de sex feminin sunt mai inactice decât b rbații, prevalența cea mai ridicat , de peste 60% fiind înregistrat în Regatul Unit al Marii Britanii i Irlandei de Nord i în Serbia (fig.4).

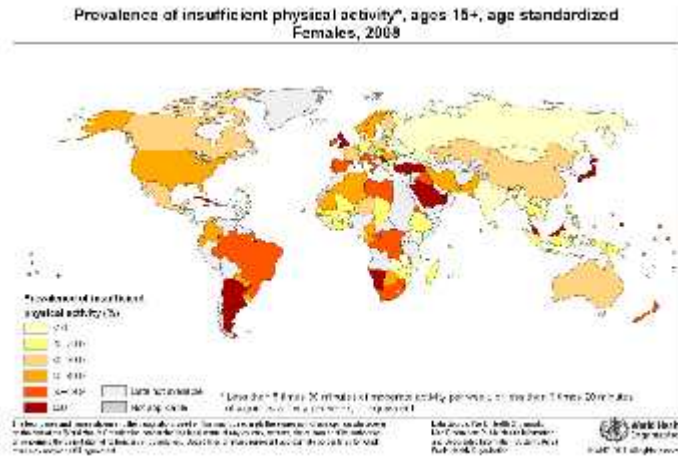


Fig. 4 Prevalența activității fizice insuficiente, la persoanele de sex feminin cu vârsta peste 15 ani, standardizat după vârstă, 2008
 Sursa: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_InsufficientActivity_Females_2008.png, accesat 27 feb. 2015

La nivel european, la persoanele de sex masculin cu vârsta peste 15 ani, cea mai ridicată prevalență s-a înregistrat în Serbia (peste 60%) (fig.5).

În România, conform fig. 5 și 6 femeile sunt mai sedentare, având o prevalență a activității fizice insuficiente între 40-49,9%, bărbații având prevalența între 30-39,9%.

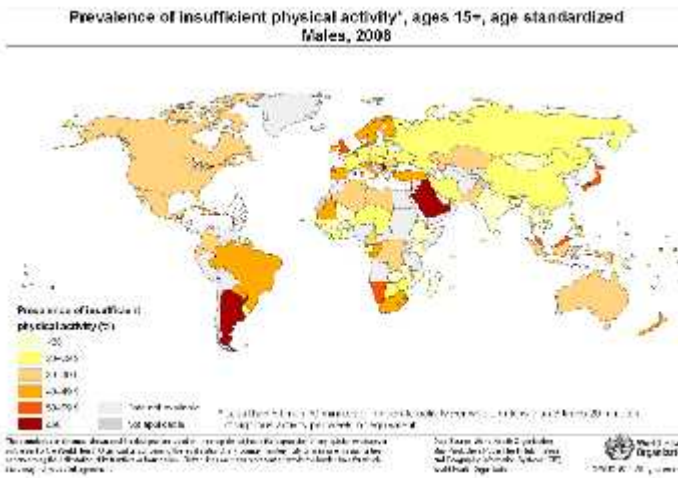


Fig. 5 Prevalența activității fizice insuficiente, la persoanele de sex masculin cu vârsta peste 15 ani, standardizat după vârstă, 2008
 Sursa: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_InsufficientActivity_Males_2008.png, accesat 27 feb. 2015

Copiii i adolescenții obezi au un risc crescut de probleme articulare, apnee de somn, probleme sociale, psihologice. Copilul obez are risc ridicat de a deveni adult obez. De aceea, trebuie intervenit de timpuriu, prevenindu-se complicații legate de s n tate. Un raport al UNICEF 2009-2010 care a studiat starea de s n tate a copiilor de 11, 13 i 15 ani din 29 de ț ri a ar tat c procentul cel mai mare de copii obezi a fost înregistrat în SUA (aproape 30%), ț ara noastr fiind situat pe la mijloc (15%) (fig. 6). Procentul copiilor care m nânc micul dejun zilnic (considerat masa principal a zilei) era cel mai ridicat în Ț rile de Jos (aproape 90%), România fiind din acest punct de vedere pe penultimul loc (aprox. 45%) (fig. 7).²³

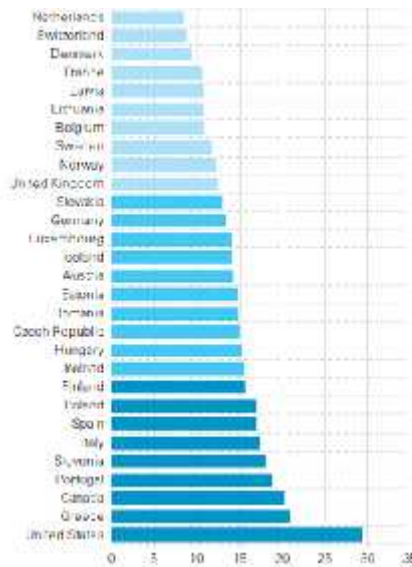


Fig. 6 Procentul de copii cu supragreutate

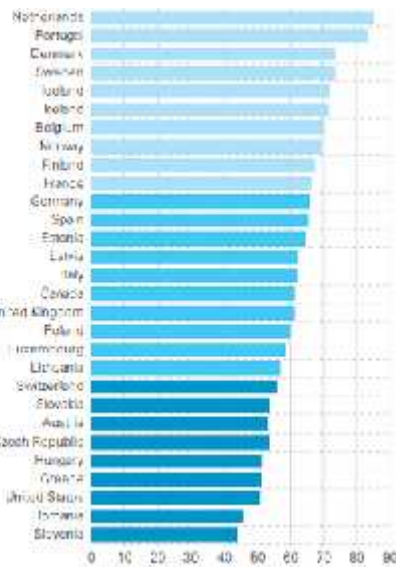


Fig. 7 Procentul de copii care consum micul dejun în fiecare zi

Conform aceluia i raport UNICEF 2009-2010, consumul zilnic de fructe a fost cel mai ridicat în Danemarca (aproape 50%), România situându-se în jum tatea superioar (41%) (fig. 8). Procentul de copii de 11, 13 i 15 ani care fac exerciții fizice cel puțin o or pe zi a fost cel mai ridicat în Irlanda (aproape 30%), în ț ara noastr doar 19% dintre copii fac suficient mi care zilnic (fig. 9)(23).

Programa colar i eforturile de cre tere a activit ții fizice pot avea un impact major în reducerea obezit ții. Ceea ce consum copiii la coal este doar o parte a problemei, deoarece num rul de ore de activitate fizic are un impact serios asupra greut ții lor corporale.²⁴

²³ UNICEF Report Card 11: Child well-being in rich countries, <http://www.slideshare.net/OutreachUNICEF/report-card-11-children-in-rich-countries-a-comparative-review>, accesat în 27 feb. 2015

²⁴ Schools tackling obesity and malnutrition, <http://theblogprogress.blogspot.ro/2013/08/schools-tackling-obesity-and.html>, accesat în 27 feb. 2014

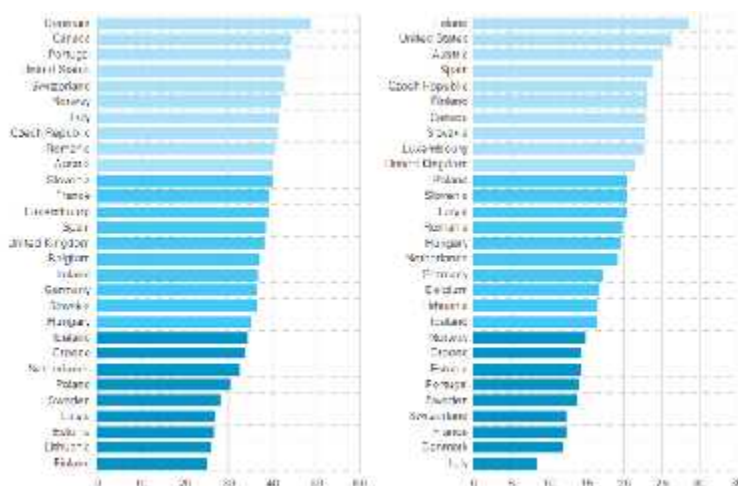


Fig. 8 Procentul de copii care consum zilnic fructe Fig. 9 Procentul de copii care zilnic fac mi care cel puțin o or

Institutul Național de Sănătate Publică și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății din București, în Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2014 arată că, din perspectiva distribuției copiilor cu dezvoltare dizarmonică în funcție de perioada de dezvoltare, în urban se observă predominanța dizarmonicilor cu plus de greutate pentru toate categoriile. Dinamica diagnosticului de dezvoltare pentru populația de copii și tineri examinați arată că, din totalul dizarmonicilor identificați, se înregistrează, în ultimii doi ani, o ușoară scădere a dizarmoniilor prin plus de greutate. Astfel, conform fig. 10, în 2002, mai mult de jumătate dintre dizarmonici înregistrau minus de greutate, situația inversându-se în 2005 când peste 50% dintre dizarmonicii examinați înregistrau plus de greutate.²⁵

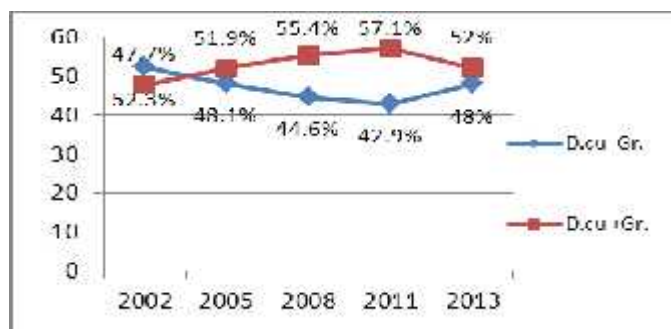


Fig. 10 Dinamica frecvenței copiilor cu dezvoltare dizarmonică, România 2002-2013

²⁵ Institutul Național de Sănătate Publică și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății din București: Raport Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2014 <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/sanatatea-copiilor/>, accesat 27 feb. 2015

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

În România a fost realizat în perioada 2009-2010 Raportul asupra Cercetării Comportamentelor de Sănătate la Copiii și Adolescenții din România - Studiu HBSC/WHO (2010), cu informații provenind de la trei baze de date, cu 5504 chestionare valide: 1681 pentru categoria de 11 ani, 1763 pentru categoria de 13 ani și 2060 pentru categoria de 15 ani. Raportul a fost realizat în cadrul unui proiect finanțat din fonduri acordate de către Guvernul Norvegiei, prin intermediul Programului Norvegian de Cooperare pentru creșterea economică și dezvoltare sustenabilă în România.

Enumerăm mai jos unele dintre rezultatele obținute în urma analizării comportamentelor în rândul copiilor și adolescenților:

1. Proporția celor care consum zilnic micul dejun variază între 34% și 54%. Se remarcă o tendință semnificativă de scădere a luării micului dejun de la vârsta de 11 ani la cea de 15 ani, rezultat ce poate sugera creșterea frecvenței acestui comportament nesănătos și după 15 ani.

2. În ceea ce privește consumul zilnic de fructe și legume, consumul zilnic de fructe scade semnificativ cu vârsta, atât pentru băieți, cât și pentru fete, iar băieții consumă semnificativ mai puține fructe decât fetele. Dintre fetele și băieții de 11-15 ani, 60% nu au un consum adecvat de fructe. Nu s-au constatat diferențe semnificative între copiii din mediul urban și rural. Tendința de consum de fructe a rămas constantă față de 2005, cu excepția grupei de vârstă de 13 ani, unde s-a redus semnificativ. Consumul de legume este semnificativ mai redus decât cel de fructe la toate categoriile de vârstă și sex față de anul 2005.

Studiul HBSC – România aduce evidențe pentru că programele de promovare a unei alimentații sănătoase în rândul copiilor și următoarea creșterea consumului de fructe și legume.

3. De asemenea se constată o tendință de scădere semnificativă față de 2005/2006 a consumului de sucuri carbogazoase în rândul copiilor, acest comportament de risc rămâne încă unul foarte răspândit, peste media celor 42 de țări HBSC (2005/2006). Dacă la procentul tinerilor care consumă zilnic o băutură carbogazoasă cumulum pe cei care consumă acest tip de băuturi de 5-6 ori pe săptămână, rezultatul este aproximativ 50% din tinerii consumă în exces sucuri cu adaos de zahăr. Acest consum este mai mare în rândul copiilor (atât fete, cât și băieți) proveniți din familii cu status socio-economic ridicat. În concluzie, educația consumului de apă la copii și adolescenți apare ca o necesitate.

4. Dacă la consumul crescut de produse coritoare îndulcite, se adaugă și consumul de dulciuri, chipsuri și cartofi prăjiți, se conturează pregnant un pattern de comportament alimentar ce favorizează obezitatea. Consumul de dulciuri este semnificativ mai crescut în rândul fetelor, iar cel de chipsuri și cartofi prăjiți, în rândul băieților. Se constată o tendință de scădere a consumului odată cu vârsta. Modificarea comportamentală apare ca necesară nu doar în rândul copiilor, dar și al părinților, având în vedere că tinerii percep că pot să obțină aceste produse de la părinți oricând doresc.²⁶

²⁶ Campania VIA A, 2010 http://www.asphd.ro/index_files/birau/cvh_files/frame.htm, accesat 5 martie 2015

Raportul național din 2013 privind Sistemul de Supraveghere a Obezității în Copilărie (COSI) a arătat tendințele în supragreutate și obezitate la copiii în vârstă de 6-9,9 ani pentru obținerea unei înțelegeri corecte a progresului epidemiei și a regresului ei. Populația inclusă în studiu a fost constituită în proporții relativ egale din băieți și fete, de asemenea din copii din mediul rural și urban, dacă asimilăm copiii din semi-urban ca aparținând populației rurale²⁷.

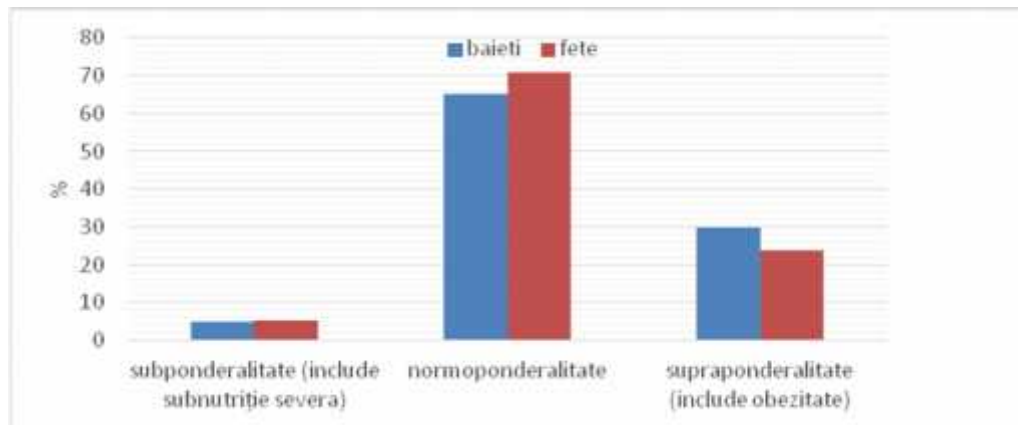
Media greutății la fete a fost semnificativ mai mică la nivel național pentru copiii cu vârste cuprinse între 8 și 9 ani incluși în studiu (28,7 kg) față de media greutății la băieți de aceeași vârstă (29,9 kg). Din raportul COSI elaborat după prima rundă de măsurători, reținem că media greutății la vârsta de 8 ani variază între 28,4 kg (Belgia) și 31,3 kg (Italia) la băieți, respectiv 28,3 kg (Norvegia) și 30,4 kg (Italia) la fete. În România, media greutății în funcție de gradul de urbanizare al copiilor este semnificativ diferită între mediul urban (30,3 kg), cel semi-urban (29,3 kg) și mediul rural (28,1 kg). Județul cu cea mai mare medie a indicelui de masă corporală este, de departe, județul Covasna, cu o valoare de 20,68 kg/m².

Majoritatea copiilor din studiu (aprox 2/3) sunt normoponderali. 5% dintre copiii incluși în studiu cu vârstă de 8 ani au subnutriție, iar un procent de peste 1% au subnutriție severă. Un procent îngrijorător (mai mult de un sfert) dintre subiecții studiați prezintă supragreutate sau obezitate. Prevalența supragreutății la copiii de 8 ani din România este de 15%, iar prevalența obezității este de 11,6%. La nivel european, prevalența excesului de greutate (inclusiv obezitatea) la grupa de vârstă de 8 ani conform standardelor OMS a variat între 19,3% și 49% la băieți și 18,4% - 42,5% la fete.

În ceea ce privește distribuția stării de nutriție pe sexe, aprox 5% dintre fete și același procent dintre băieți au subnutriție, iar subnutriție severă prezintă aprox 1%. Procentul de fete normoponderale (71,1%) este cu 5,9% mai mare față de procentul de băieți normoponderali (65,2%). Prevalența supragreutății și obezității la băieți (29,8%) este cu 6,1% mai mare decât la fete (23,7%). Prevalența obezității la băieții de 8 ani din România (15,03 %) este cu 6,79 % mai mare față de prevalența obezității la fetele de aceeași vârstă (8,24 %). Conform raportului primei runde a studiului COSI, prevalența excesului de greutate în Europa (inclusiv obezitatea) la grupa de vârstă de 8 ani a variat între 22,1% (Belgia) și 49% (Italia) la băieți, iar la fete între 22,7% (Belgia) și 42,5% (Italia). Prevalența obezității se înscrie între următoarele limite: 7,5% (Norvegia) – 26,6% (Italia) la băieți și 6% (Norvegia) – 17,3% Italia.

²⁷ Institutul Național de Sănătate Publică și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate București: Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)". Raport național 2013 <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/sanatatea-copiilor/>, accesat 3 martie 2015

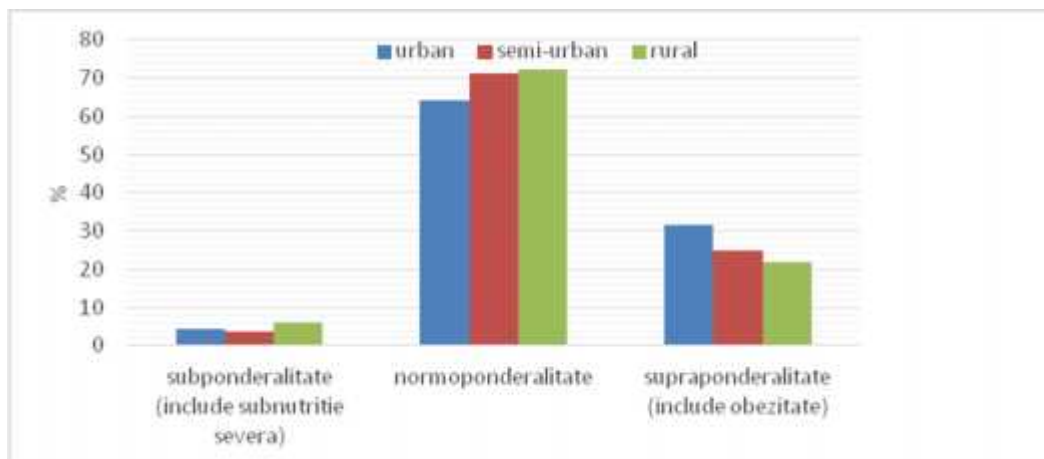
Grafic nr. 1. Distribuția populației de studiu în funcție de starea de nutriție și sex



Cea mai mare parte dintre copiii incluși în studiu sunt normoponderali, indiferent de mediul lor de rezidență (mediul urban – 64,2%, semi-urban – 71,2%, rural – 72,2%).

Prevalența supragreutății și obezității este de 31,6% în mediul urban și 21,7% în mediul rural. Un sfert din copiii care trăiesc în mediul semi-urban prezintă supragreutate sau obezitate. Cel mai mare procent de copii obezi s-a înregistrat în mediul urban (13,15%), urmat de cel din mediul rural (10,18%) și semi-urban (9,85%).

Grafic nr. 2. Distribuția populației de studiu în funcție de starea de nutriție și mediu



Principalele concluzii ale studiului COSI au arătat că indicele de masă corporală mediu este semnificativ mai mare la băieți față de fete, iar media indicelui de masă corporală este semnificativ mai mare în mediul urban față de semi-urban și rural. Județul cu indice de masă corporală mediu cel mai ridicat este Covasna, atât la fete, cât și la

biei. Cele mai mici valori pentru media indicelui de masă corporal s-au înregistrat în Teleorman și Tulcea, pentru ambele sexe. Majoritatea copiilor sunt normoponderali, indiferent de sexul acestora sau de mediul lor de rezidență. Prevalența supragreutății este ușor mai crescută la fete decât la băieți și semnificativ mai mare în mediul urban față de cel rural. Prevalența obezității este semnificativ mai mare în mediul urban față de mediul rural și cel semi-urban. Prevalența obezității este aproape de două ori mai mare la băieții de 8 ani din România decât la fetele de aceeași vârstă.

Una dintre recomandările studiului COSI este aceea că, având în vedere că standardele naționale de creștere și dezvoltare a copiilor nu au fost actualizate în ultimii 10 ani, pentru descrierea stării de nutriție a copiilor recomandăm utilizarea standardelor OMS ca sistem de referință pentru toate grupele de vârstă, în toate studiile și rapoartele statistice din România. Aceste standarde, elaborate de OMS în 2007, au o solidă bază științifică și oferă avantajul raportării la un sistem de referință internațional permițând astfel comparații între țările din întreaga lume.

IV. Grupuri întinse afectate și caracteristici ale modelului de morbiditate și mortalitate românesc, cu evidențierea inegalităților existente

România prezintă profilul epidemiologic al tuturor țărilor dezvoltate, cu prevalențe scăzute ale bolilor transmisibile și în același timp o creștere a bolilor cardiovasculare, cancer și cauze externe, inclusiv violențe și accidente, precum și boli legate de factorii ai stilului de viață care pot fi preveniți, în mod special fumat, consum de alcool și obiceiuri alimentare deficitare. Cei mai importanți factori de risc și proporția lor (% din totalul deceselor) sunt hipertensiunea arterială (31.8%), tutun (16.3%), hipercolesterolemie (14.4%), IMC ridicat (13.9%), alcool (12.4%), aport scăzut de fructe și legume (7.1%) și inactivitate fizică (6.6%).²⁸

Bolile netransmisibile sunt răspunzătoare de 91% din totalitatea deceselor. În 2010, 59% din numărul total de decese, la toate vârstele au fost provocate de boli cardiovasculare și 19% de cancere (fig. 11). În anul 2008, în România prevalența estimată a inactivității fizice a fost în total de 39,9%, iar pe sexe de 31,2% la bărbați și 47,9% la femei. În ceea ce privește factorii de risc metabolic, prevalența supragreutății a fost în total 51%, respectiv 53,1% la bărbați și 49,1% la femei, iar cea a obezității 19,1% în total, 16,9% la bărbați și 21,2% la femei.²⁹

²⁸ OMS: Country Cooperation Strategy at a glance

http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/briefs/en/, accesat 27 feb. 2015

²⁹ World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011:

http://www.who.int/nmh/countries/rou_en.pdf, accesat 27 feb. 2015

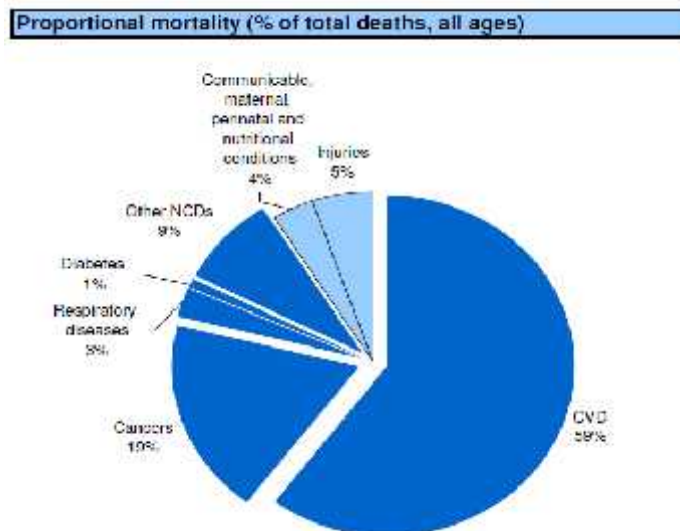


Fig. 11 Ponderea mortalității (% din totalul deceselor, toate vârstele) în România

În România, obezitatea a avut un trend ascendent de când a început să raporteze această afecțiune, astfel încât în perioada 1995-1999, țara noastră a fost încadrată de către Asociația Internațională de Studiu a Obezității în grupa țărilor europene cu proporția obezității cuprinsă între 15-19,9%, iar în perioada 2000-2008 în cea cu obezitate între 20-24,5%.³⁰

Ultimele date publicate în noiembrie 2011 de EUROSTAT arată că în statele UE, între 8%-25% din adulți sunt obezi. Datele au fost culese din cele 19 state membre în anii 2008-2009.^{31,32}

Mai concret, proporțiile au variat între 8%-23,9% la femei și între 7,6%-24,7% la bărbați. Conform aceluiași studiu, în România, proporția cea mai mare a obezității la femei se înregistrează la cele cu grad decolarizare scăzut, pe când la bărbați, cei cu grad decolarizare înalt au avut cea mai proporție de obezitate.

V. Determinanții specifici și dinamica acestora

³⁰ The Physical, Social and Cultural Determinants of Obesity: An Empirical Study of the U.S., 2006, <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/25279/1/pp061108.pdf>, accesat 27 feb. 2014

³¹Sobal J, Stunkard AJ (March 1989). "Socioeconomic status and obesity: A review of the literature". *Psychol Bull* 105 (2): 260-75

³² McLaren L. "Socioeconomic status and obesity", 2007, *Epidemiol Rev* 29: 29-48

Determinanții ce favorizează și spândirea obezității sunt multipli, printre cei mai importanți sunt:

1. Factorii comportamentali - obiceiurile alimentare nesănătoase, alimentația cu mâncăruri tip fast-food și dulciuri concentrate - consumate în exces și din cauza ambalajelor și reclamelor ispititoare, cunoștințele insuficiente ale populației despre alimentația sănătoasă, nerespectarea de către majoritatea oamenilor a regimului de muncă și odihnă, practicarea insuficientă a sportului, culturii fizice etc.

2. Factorii neuropsihici pot favoriza de asemenea apariția bolii, prin modificarea apetitului și a stilului de viață. Pofta de mâncare a obezilor este influențată de o multitudine de factori: tulburări psihice, leziuni hipotalamice, pituitare sau alte leziuni cerebrale, afecțiuni tiroidiene (hipotiroidism), hiperinsulinism.

3. Anumite modificări ale activității glandelor endocrine pot crea o predispoziție la obezitate și anume: - funcția exagerată a glandelor suprarenale poate să ducă, în anumite condiții, la o creștere a poftei de mâncare, iar unele boli ale pancreasului și ale glandei tiroide duc la obezitate datorită modificării funcțiilor tiroidei, tulburări ovariene și în special la menopauză, care predispun la creșterea masei corporale etc.

4. Factorii ereditari. La anumite persoane, există o predispoziție la obezitate. Această predispoziție este de obicei comună mai multor membri ai unei și aceleiași familii, fiind o predispoziție familială.

Raportul Tehnic al OMS, Dietă, Nutriție și Prevenirea Bolilor Cronice a stabilit principalii determinanți ai obezității (OMS, 2003). Comitetul a agreat (OMS, 2003; Swinburn et al. 2004) că este sigur că sedentarismul și aportul ridicat de alimente cu densitate energetică mare, dar sărac în micronutrienți crește riscul de obezitate și că activitatea fizică regulată, precum și aportul crescut de fibre alimentare scad riscul de obezitate. Mai mult, s-a stabilit, în baza evidențelor existente, că riscul obezității este crescut în cazul publicității la alimente cu densitate energetică mare și la unități de fast food, al aportului de băuturi coridoare și sucurilor de fructe îndulcitate cu zahăr, al condițiilor socio-economice scăzute. Pe de altă parte, alimentația la sân, precum și mediul familial și colar ce încurajează alegerea alimentelor sănătoase pentru copii scad riscul de obezitate (Swinburn et al. 2004).³³

În anul 2006, Chang, Barrett și Vosti în SUA au desfășurat un studiu intitulat „Determinanți fizici, sociali și culturali ai obezității: Un studiu empiric în SUA” (26). Mulți factori, cum ar fi stilurile de viață în familie, sedentarismul, tulburările psihologice și problemele ocupaționale pot contribui la apariția obezității. (Flegal et al., 2002, Hedley et al., 2004). Obezitatea este puternic influențată de factori demografici și socio-economici (Flegal et al., 2002, Bray, 1980). Inovațiile tehnologice au dus la apariția unor produse care economisesc timp și muncă, de exemplu computere, mașini de spălat vase, televizoare, care scad consumul de calorii. Americanii merg foarte puțin pe jos sau cu bicicleta, ei folosesc automobilul mult mai des față de anii precedenți pentru a se deplasa pe distanțe scurte. În anul 2000, peste 26% din adulți au raportat că nu practic activitate fizică în timpul liber (Chou et al., 2004). A crescut substanțial timpul petrecut în fața televizorului, conform unui studiu al Departamentului SUA pentru muncă, desfășurat în 2006. Unii sunt de părere că principalul motiv pentru creșterea excesivă a greutateii în SUA sunt modificările apărute în procesul tehnologic de preparare a mâncărurilor, ceea

³³ Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. "The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States", 1995, N. Engl. J. Med. 333 (18): 1165-70

ce a dus la o creștere a numărului de mese consumate de americani (Cutler, 2003). Procentul de deșeurile de cupatoare cu microunde a crescut de la 0% gospodării în 1960 la peste 80% în 2006 (US DOE, 2006), iar numărul gospodăriilor în care se găsesc televizoare este de aproape 100%. Corespunzător a crescut și numărul de ore petrecut în fața televizorului, de la 70 minute pe zi în 1960, la 181 minute în 2000 (Berg et al., 2002). Deși multe studii au identificat modificări specifice în comportamentele alimentare și de consum al energiei fizice, precum și în ceea ce privește veniturile populației din SUA, nici unul dintre ele nu a evaluat importanța relativă a fiecăruia dintre acești factori în determinarea creșterii recente a greutateii corporale.

În ceea ce privește principalii determinanți sociali ai obezității, aceștia sunt clasa socială, fumatul, malnutriția timpurie, numărul de copii, urbanizarea.

Un studiu efectuat în 1989 în țările dezvoltate a arătat că femeile din clasele sociale superioare erau mai puțin obeze, dar la bărbați nu s-au observat aceste diferențe. În țările în curs de dezvoltare, femeile, copiii și bărbații din clasele sociale superioare erau mai puțin obezi.²²

O actualizare a studiului din 2007 a arătat că aceste corelații s-au mai slăbit din cauza globalizării.³⁴ Fumatul are rol semnificativ asupra greutateii individului, datorită efectului de suprimare a apetitului produs de nicotină. Creșterea în greutate după renunțarea la fumat este de 4,4 kg în 10 ani la bărbați și 5 kg la femei.³⁵ Modificările endocrine aparute în perioada de malnutriție duc la stocarea grăsimii în momentul în care sunt disponibile mai multe calorii.³⁶

În ultimele decenii, societățile tradiționale din multe țări în curs de dezvoltare au înregistrat o urbanizare rapidă și neplanificată, ceea ce a dus la stiluri de viață caracterizate prin alimentație nesănătoasă, activitate fizică redusă și consum de tutun.³⁷

În UE, ponderea persoanelor obeze variază în funcție de nivelul educațional. Nivelul scăzut de educație se referă la educația pre-primară, primară și prima treaptă a educației secundare (ISCED nivel 0-2), nivelul mediu este a doua treaptă a educației secundare și educația postsecundară non-teriară (ISCED nivel 3-4), iar nivelul superior este educația teriară (ISCED nivel 5-6). La femei, modelul este din nou clar: proporția femeilor obeze scade odată cu creșterea nivelului de educație în toate statele membre (fig. 12). Cele mai mari diferențe în ceea ce privește obezitatea în rândul femeilor cu un nivel scăzut de educație, față de cele cu nivel ridicat de educație s-au observat în Slovacia, Malta, Polonia și Grecia.^{27, 28}

³⁴ McLaren L. "Socioeconomic status and obesity", 2007, *Epidemiol Rev* 29: 29–48

³⁵ Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. "The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States", 1995, *N. Engl. J. Med.* 333 (18): 1165–70

³⁶ Caballero B. "Introduction. Symposium: Obesity in developing countries: biological and ecological factors", 2001 *J. Nutr.* 131 (3): 866S–870S

³⁷ Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. 2001, *Public Health Nutr* ;5:231–7.

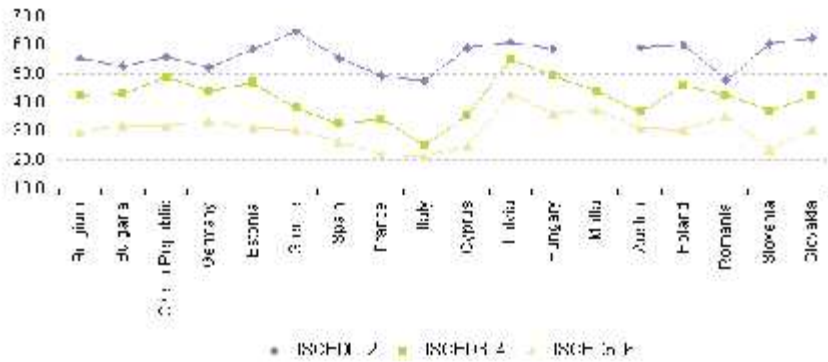


Fig. 12 Ponderea obezității la femei în funcție de nivelul educațional

La bărbani, în 11 din statele membre, cea mai mare pondere a obezității a fost observată în rândul celor cu nivel scăzut de educație, în 5 state în rândul celor cu nivel mediu de educație, în timp ce în Bulgaria și Estonia a fost în rândul celor cu nivel ridicat de educație (fig. 13).^{27, 28}

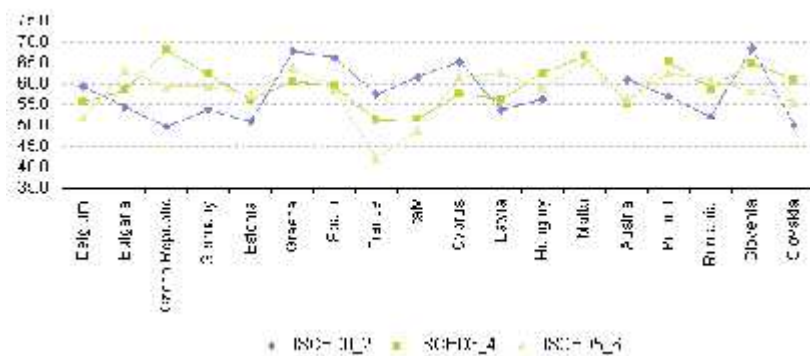


Fig. 13 Ponderea obezității la bărbați în funcție de nivelul educațional

În ceea ce privește copiii, rezultatele unui studiu efectuat în SUA pe un număr de peste 7700 copii publicate în ianuarie 2014 au arătat că “soarta greutății” unui copil se stabilește până la vârsta de 5 ani și că aproape jumătate dintre copiii care au devenit obezi până în clasa a opta au fost deja obezi când au început să mănânce. Cei mai mulți copii obezi în clasa a opta erau albi (65%). Obezitatea s-a înregistrat cel mai puțin în familiile cu venituri ridicate și cel mai mult în cele cu venituri medii. La toate vârstele, obezitatea a fost mai frecventă la copiii care au avut greutatea la naștere peste 4800 g.³⁸

VI. Impactul asupra stării de sănătate, serviciilor de sănătate și calității vieții

Obezitatea este o importantă cauză de morbiditate, dizabilitate și deces premature (OMS, 2004). Obezitatea crește cu aproximativ 60% riscul apariției diabetului zaharat de

³⁸ Solveig A. Cunningham, Ph.D., Michael R. Kramer, Ph.D., and K.M. Venkat Narayan, M.D. Incidence of Childhood Obesity in the United States, N Engl J Med 2014; 370:403-411

tip 2, cu peste 20% al celui pentru hipertensiune și boală coronariană și între 10-30% pentru diferite tipuri de cancer. Alte comorbidități includ afecțiuni ale vezicii biliare, ficat gras, apnee de somn și osteoartrită.³⁹ Obezitatea scurtează durata de viață. În 2004, IMC-ul crescut a fost răspunzător pentru 2,8 milioane de decese, iar combinat și cu sedentarism, pentru 6 milioane de decese (Raportul OMS pentru Riscurile pentru Sănătate, 2004), apropiindu-se astfel de mortalitatea cauzată de hipertensiunea arterială, considerat factorul de risc principal de deces (fig. 14).⁴⁰

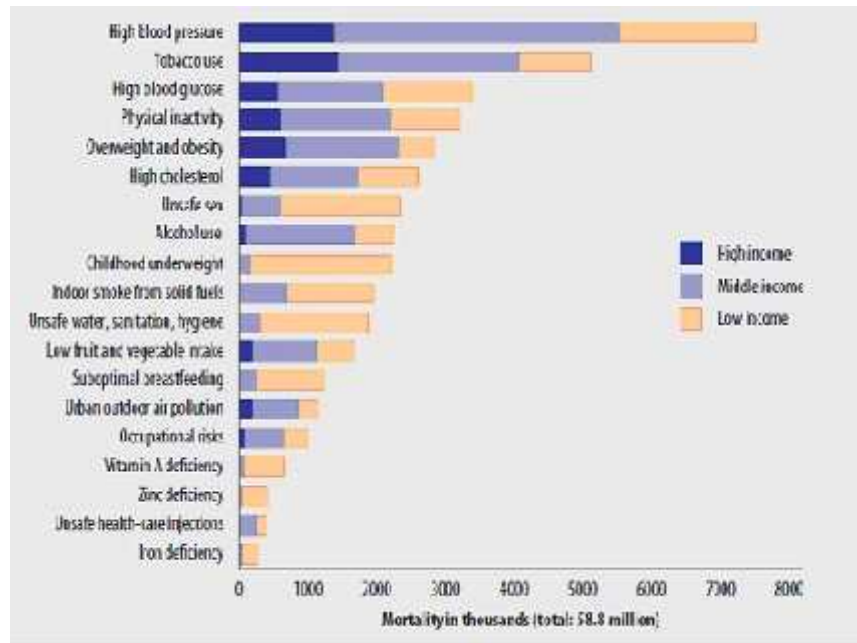


Fig. 14 Decesele atribuite principalilor 19 factori de risc, 2004 (sursa: Raportul OMS pentru Riscurile pentru Sănătate, 2004)

Problemele psihologice asociate obezității sunt destul de frecvente și uneori foarte serioase. Deseori persoanele obeze sunt stigmatizate. Depresia și scăderea stimei de sine pot influența calitatea vieții indivizilor, precum și sănătatea mentală, atingerea obiectivelor educaționale și proiectele profesionale. Factorii culturali și etnici modulează cu siguranță impactul social al obezității. În unele părți ale lumii, respectiv insulele din Pacific și în unele zone din Africa obezitatea are conotații istorice și culturale, fiind asociat cu puterea, frumusețea și bogăția.³⁶

³⁹ Obesity-Halting the Epidemic by Making Health Easier At a Glance 2011, www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/obesity.htm, accesat în 28 feb. 2015

⁴⁰ OMS, Global Health Risks http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/, accesat în 28 feb. 2015

Costurile directe ale obezității constau în resursele folosite în cadrul sistemului îngrijirilor de sănătate, care pot include costurile apărute în urma utilizării excesive a ambulatoriului, spitalizare, farmacoterapie, teste de laborator sau radiologice, îngrijiri pe termen lung, din cauza afecțiunilor favorizate de excesul de greutate (de exemplu boli cardiovasculare, cancer, osteoartrită).⁴¹ Este demn de notat că, creșterea costurilor medicale diferă substanțial dacă obezitatea este moderată sau severă, precum și în funcție de factori demografici, cum sunt vârsta și rasa.⁴² Pe lângă costurile directe există și costuri semnificative indirecte, prin scăderea numărului de ani lipsiți de dizabilități și creșterea mortalității înainte de pensionare, pensionare anticipată, absenteism la locul de muncă sau scăderea productivității și pensii pentru dizabilități ca rezultat al bolilor cronice favorizate de obezitate.⁴³ Trogdon și colab. au arătat în 31 de studii că muncitorii obezi pierd mai multe zile lucrătoare din cauza îmbolnăvirilor, accidentelor și dizabilității.⁴⁴ Creșterea procentului de obezitate în rândul forței de muncă obligă angajatorii să acorde atenție sporită strategiilor de prevenire a creșterii în greutate a angajaților.

În SUA a fost realizat în intervalul 2 ianuarie - 2 octombrie 2011 un studiu de cercetare bazat pe indicii Gallup-Healthways Well-Being. Studiul Gallup a avut un eșantion de 109.875 angajați americani full-time - cei care lucrează cel puțin 30 de ore pe săptămână.⁴⁵

Analiza Gallup susține că "Angajații cu normă întreagă din SUA care sunt supraponderali sau obezi și au boli de inimă lipsesc 450 de milioane de zile de la muncă, comparativ cu angajații sănătoși - rezultând o pierdere de 153 miliarde de dolari, din cauza lipsei productivității". Obezitatea crește și costurile serviciilor medicale. Lipsa productivității influențează profiturile, care sunt deja îngenucheate de economia anemică. Potrivit Gallup, americanii grași nu își duc "propria greutate", când vine vorba de asigurările de sănătate. Sistemul cheltuielilor mai mulți bani cu ei și în consecință, aceștia ar trebui să plătească mai mult. Ar trebui luate măsuri fiscale astfel încât să îi oblige pe supraponderalii din SUA să renunțe la câteva kilograme.

Obezitatea are consecințe psihosociale serioase și impact negativ asupra stării generale. Ea este legată de vitalitate scăzută⁴⁶ și crește riscul de discriminare socială și

⁴¹ Thompson D, Edelsberg J, Kinsey K, Oster G. Estimated economic costs of obesity to U.S. business, 1998 *Am J Health Promot.*, 13:120-127

⁴² Andreyeva T, Sturm R, Ringel JS. Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. 2004, *Obes Res.*, 12(12):1936-1943

⁴³ Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjoström L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women, 1996, *Int J Obes Relat Metab Disor*, 20(10):895-903

⁴⁴ Trogdon JG, Finkelstein EA, Hylands T, Della PS, Kamal-Bahl SJ. Indirect costs of obesity: a review of the current literature. 2008, *Obes Rev.*, 9(5):489-500

⁴⁵ Studiu: Unhealthy U.S. Workers' Absenteeism Costs \$153 Billion, 2011

www.gallup.com/poll/150026/unhealthy-workers-absenteeism-costs-153-billion.aspx, accesat 28 feb. 2015

⁴⁶ Coakley E, Kawachi I, Manson J, Speizer F, Willett W, Colditz G. Lower levels of physical functioning are associated with higher body weight among middle-aged and older women. 1998, *Int J Obesity*, 22:958-996

sc derea mobilit ii sociale. Venitul familial sc zut este de asemenea asociat cu excesul de greutate⁴⁷. Obezitatea în adolescen afecteaz traiectoria profesional a indivizilor .

În SUA, anumite grupuri au înregistrat o cre tere mai mare a obezit ii (cu aproximativ 15%), ca de exemplu femeile de ras neagr non-hispanice i femeile mexicane care tr iesc în SUA.⁴⁸

Obezitatea la copii are o importan deosebit , deoarece obiceiurile alimentare i nivelul efortului fizic sunt adoptate de timpuriu i tind s persiste toat via a. Din acest motiv, tinerii obezi au tendin a de a deveni adul i obezi, cu toate riscurile pentru s n tate ce decurg din acest fapt: boal cardiac , diabet zaharat tip 2, hipertensiune arterial , accidente vasculare cerebrale i anumite tipuri de cancer. Conform Comisiei Europene, aproximativ 3 milioane de colari din Europa sunt obezi i aproximativ 85000 devin obezi în fiecare an. Se estimeaz c bolile favorizate de obezitate sunt r spunz toare pentru 7 % din costurile totale de s n tate în Uniunea European .⁴⁹

VII. Concluzii i mesaje cheie

- Obezitatea a atins la ora actual propor ii de pandemie, iar consecin eele sale duc la o povar f r precedent în domeniile s n t ii, financiar i social. De aceea se impun ac iuni eficiente pentru a reduce frecven a obezit ii.
- Supragreutatea i obezitatea reprezint al cincilea risc de decese la nivel global.
- Obezitatea este de cele mai multe ori legat de factori ai stilului de via ce pot fi preveni i, în mod special obiceiurile alimentare deficitare i sedentarismul.
- În Europa, 24% dintre copiii cu vârste între 6-9 ani sunt supraponderali sau obezi.
- Obezitatea la copii are o importan deosebit , deoarece obiceiurile alimentare i nivelul efortului fizic sunt adoptate de timpuriu i tind s persiste toat via a.
- Adul ii trebuie s fie model pentru tinerele genera ii în adoptarea unui stil de via cât mai s n tos.
- Comportamentele nes n toase privind alimenta ia i activitatea fizic la copii i tineri presupun propunerea i implementarea unor strategii de reducere i preven ie, respectiv de promovare a comportamentelor sanogene, atât prin interven ii la nivel individual i de grup (clas , coal), dar mai ales la nivel comunitar, popula ional.
- Modific rile comportamentale trebuie s fie sus inute de elaborarea i implementarea unor politici de s n tate aplicabile în comunit ile de copii i elevi.

⁴⁷ Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. 1993, *N Engl J Med.* ;329(14):1008-1012.

⁴⁸ Flegal K, Carroll M, Kuczmarski R, Johnson C. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obes.* 1998;22:39-47

⁴⁹ Raport Eurostat, 2011. <http://www.euractiv.com/health/fight-against-obesity-links dossier-188429>, accessed 30 Nov.2011

VIII. Exemple de intervenții de sănătate publică eficiente și eficace în managementul obezității la nivel național

Ministerul Sănătății organizează și finanțează **programe naționale de sănătate** (Ordinul 422/2013) care se derulează în perioada 2013-2014, cum ar fi:

1. Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății în Educație pentru Sănătate, conținând

a. Subprogramul de promovare a unui stil de viață sănătos, care are ca activități principale

-intervenții IEC pentru un stil de viață sănătos;

-studii și cercetări pentru fundamentarea intervențiilor IEC pentru un stil de viață sănătos.

b. Subprogramul de supraveghere a stării de sănătate a populației, cu principalele activități

-evaluarea stării de sănătate a copiilor și tinerilor;

-evaluarea stării de sănătate a populației generale.

2. Programul național de sănătate a femeii și copilului:

a) Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a gravidei și copilului, în cadrul căruia una dintre intervențiile vizează promovarea alptării, alimentației sănătoase și prevenirea obezității la copil.

Societatea de Nutriție din România a elaborat în 2006 „**Ghid pentru alimentația sănătoasă**”, – coordonator Mariana Graur, care poate fi accesat și consultat pe adresa de internet: http://www.ms.ro/documente/Ghid1_8318_6022.pdf

În anul 2005 a fost realizat în țara noastră, sub egida Ministerului Sănătății, ancheta **Atitudini și comportamente legate de stilul de viață sănătos**. Ancheta s-a bazat pe un chestionar structurat asistat, pe un eșantion stratificat, probabilist, bistadial, de 3000 de subiecți. În ceea ce privește comportamentul alimentar al subiecților, rezultatele au arătat, printre altele că obiceiurile alimentare nu diferă foarte mult după indicii de masă corporală (IMC), chiar dacă ponderea celor care au fost sfătuiți și s-a schimbat regimul alimentar crește de la 18% în cazul persoanelor cu greutate normală la 54% în cazul obezilor de gradul II.

Diferențele în funcție de tipul de alimente consumate sunt destul de reduse (persoanele obeze consumă mai rar pește sau legume proaspete), dar cantitatea de alimente ingerate este diferită (această informație nu a fost cuantificată).

În perioada 2009-2011 s-a desfășurat proiectul finanțat din fonduri acordate de către Guvernul Norvegiei prin intermediul Programului Norvegian de Cooperare pentru creștere economică și dezvoltare sustenabilă în România, în cadrul căruia a avut loc **Campania Viața**. S-a plecat de la studiile ale comportamentelor copiilor, având la bază metodologia OMS (Health Behaviour in School-Aged Children). Grupul țintă a fost reprezentat de copiii și tinerii din România între 3-19 ani, iar grupul țintă secundar a fost format din părinți, bunici, tutori, profesori, educatori, medici de familie, decidenți la nivel local și județean, reprezentanți media. Au fost promovate 4 comportamente sănătoase:

1. Bea apă, nu suc;

2. Mănâncă zilnic micul dejun;

3. Consumă zilnic trei legume și două fructe;

4. F zilnic mi care viguroas minimum 60 de minute.

Pentru a avea efect optim, s-a acționat simultan pe mai multe nivele: populațional, comunitar, organizațional, interpersonal, individual. Campania a avut acoperire național . Au fost semnate acorduri de parteneriate și planuri de acțiune județene. La nivelul colilor și gr dinitelor s-au desf urat peste 500 microproiecte. Au fost elaborate instrumente de lucru pentru intervenții în coli (pentru elevii claselor a asea) și gr dinite.

Dup finalizarea proiectului, activit țile au fost continuate în cadrul Planului Național de Acțiune pentru Alimentația S n toas și Activitatea Fizic la Copii și Adolescenți, conform Ordinului MS nr. 1591 din 2010.

Ministerul S n t ții a încheiat un protocol de colaborare cu fundația PRAIS pentru implementarea începând din 2011 a mi c rii naționale *i eu tr iesc s n tos!*, care are ca obiectiv informarea, educarea și mobilizarea tinerei generații, a elevilor din ciclul primar și a familiilor acestora pentru un stil de viață s n tos, bazat pe nutriție echilibrat și mi care. Mi carea este membru activ în cadrul European Epode Network – EEN, organizație care reune te programe naționale similare din Franța, Spania, Belgia, Grecia, Olanda.

Pentru reducerea consumului de gr simi și zah r în rândul populației Ministerul S n t ții și Federația Patronal Român din Industria Alimentar (ROMALIMENTA) au încheiat un protocol de colaborare în 2012. S-a convenit colaborarea pentru promovarea reducerii consumului de gr simi și zaharuri la nivel național, în vederea îmbun t țirii s n t ții populației. Protocolul se deruleaz timp de 5 ani prin acțiuni de informare, educare și comunicare în rândul populației și prin acțiuni de reformulare a alimentelor pentru sc derea conținutului de gr simi și zaharuri în alimentele procesate.

Responsabil campanie:

Dr. Ioana Ve temean