

ANALIZA DE SITUAȚIE

-OBEZITATE-

I. Cadrul normativ național și internațional aplicabil obezității

Comisia Europeană a elaborat Platforma Uniunii Europene de Acțiune asupra Dietei, Activității Fizice și Sănătății, pentru a aborda problema epidemiei de obezitate. Din martie 2005, Platforma reunește industria, grupuri de consumatori și experți în sănătate pentru a găsi căi de combatere a obezității. În decembrie 2005 Comisia a emis Cartea Verde a obezității, invitând părțile interesate din lumea afacerilor, universitară și ONG-uri să prezinte recomandări de politică. La Conferința Ministerială a OMS din noiembrie 2006, referitoare la combaterea obezității, miniștrii sănătății au semnat Carta Europeană, prin care obezitatea a fost introdusă ca o problemă importantă pe agendele europene politice și de sănătate publică, astfel încât să se stopeze creșterea ei până în 2015.¹

Consensul European de la Cork (Irlanda) elaborat în februarie 2004 stipulează măsurile ce trebuie să fie aplicate la nivel populațional în fiecare țară europeană pentru promovarea sănătății cardiovasculare. Cele mai importante măsuri cu caracter general, dar și la nivel național se referă la modificarea stilului de viață, inclusiv a dietei și creșterea activității fizice: Măsuri cu caracter general pe plan european: promovarea înlocuirii grăsimilor trans- și saturate din compoziția alimentelor cu grăsimi mono- și polinesaturate; aprovizionarea corespunzătoare a pieței de desfacere cu fructe și legume și încurajarea accesului populației la ceste produse; reducerea conținutului de sare în produsele alimentare comercializate prin acțiuni la nivel național și regional în scopul obținerii cooperării producătorilor; promovarea sporită a rolului activității fizice în viața cotidiană a populației europene, în scopul reducerii indexului de masă corporală. Strategii naționale: abordare populațională; multidisciplinaritate prin integrarea diferitelor sectoare implicate și acțiunea complementară a acestora; intervenții la diferite niveluri: industrial, comunitar, politic și de mediu; sincronizare cu sistemele de monitorizare de la nivelul Uniunii Europene; elaborarea unor strategii individuale privind dieta și activitatea fizică pentru categorii speciale; informare și educație continuă.²

Consiliul UE pentru Forța de Muncă, Politici Sociale, Sănătate, și Protecția Consumatorilor (în iunie 2004) și Conferința UE pentru Sănătatea Inimii care a avut ca rezultat Declarația de la Luxemburg din iunie 2005, au definit caracteristicile necesare pentru a se obține sănătatea cardiovasculară, printre care se numără activitate fizică adecvată (minimum 30 de minute pe zi) și alegerea unei alimentații sănătoase. Declarația de la Luxemburg, a stabilit un acord între reprezentanții Ministerului Sănătății, reprezentanții europeni și naționali ai Societăților de Cardiologie și fundațiilor în

¹ Raport Eurostat, 2011. <http://www.euractiv.com/health/fight-against-obesity-links-dossier-188429>, accessed 30 Nov.2011

² Promoting Heart Health A European Consensus - February 2004, http://www.escardio.org/about/what/advocacy/Documents/background_doc_promoting_heart_health.pdf, accessed 30 Nov.2011

domeniul cardiologiei prezente la întâlnirea de la Luxemburg. Acest acord se referă la urmărirea inițierii sau întăririi planurilor de prevenție cardiovasculară și la asigurarea că în toate țările Europei sunt aplicate măsuri eficiente politic și sunt întreprinse toate intervențiile necesare în acest sens.³

Asociația Internațională pentru Studiul Obezității a publicat pe site-ul sau www.iaso.org proiecte ce vin în ajutorul populației, adulți și copii, pentru prevenirea obezității și adoptarea unei alimentații cât mai sănătoase:

1. Proiectul Stan-Mark

Proiectul Stan-Mark își propune să reunească cercetători și factorii de decizie pentru a stabili un set de standarde de comercializare pentru produse alimentare și băuturi, acceptate de părțile interesate. Se va efectua o analiză a standardelor, legilor și inițiativelor voluntare existente, precum și o revizuire a aplicării standardelor trans-sectoriale din alte industrii, cum ar fi cele dezvoltate pentru livrările pe termen lung de pește și pentru domeniul silviculturii. Proiectul a început în februarie 2010 și este de așteptat să se încheie la jumătatea anului 2011. Este finanțat parțial de către Direcția Comisiei Europene pentru Relații Externe.

2. Proiectul ENERGY (European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth)

Cercetare europeană a echilibrului energetic pentru profilaxia creșterii excesive în greutate în rândul tinerilor. Există o nevoie urgentă de măsuri mai atent elaborate de sănătate publică pentru a dezvolta comportamente sănătoase specifice, în scopul de a opri epidemia de obezitate. Proiectul ENERGY va dezvolta o schemă de intervenție pentru grupa de vârstă 10-12 ani, care implică atât școala cât și familia. Cei mai importanți factori intrinseci și extrinseci care determină comportamente de sănătate cu privire la echilibrul energetic vor fi identificați prin analize multidisciplinare, și transpuși în intervenția ENERGY bazată pe evidențe și teorie. Prin utilizarea protocolului de intervenție de cartografiere, vor fi incluse atât informațiile științifice existente cât și analizele secundare și se va efectua cercetare suplimentară. Această schemă de intervenție va fi validată pentru a încuraja și sprijini comportamente privind alimentația sănătoasă și activitatea fizică, iar rezultatele vor fi diseminate în rândul principalelor părți interesate, inclusiv cercetători, factorii de decizie politică și publicul larg. Proiectul ENERGY a început în februarie 2009 și se așteaptă să se încheie în ianuarie 2012. Finanțarea este asigurată parțial de către al Săptelea Program-Cadru al Comisiei Europene.

3. Proiectul HOPE (Health promotion through Obesity Prevention in Europe)- Promovarea sănătății prin Prevenirea Obezității în Europa

Proiectul are la bază un studiu de trei ani, început în septembrie 2006 a factorilor determinanți ai obezității, culminând cu o serie de scenarii și recomandări politice. Proiectul a fost finanțat parțial de către Comisia Europeană (Programul Cadru 6), și finalizat în decembrie 2009.

Rezultate: Există o strânsă legătură între statusul socio-economic scăzut și un risc crescut de obezitate în rândul femeilor în majoritatea țărilor și în rândul bărbaților și copiilor în unele țări. Statele membre au niveluri diferite de studiere a aportului alimentar și a

³The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, 2005 http://www.kardiocz.cz/resources/upload/data/54_LuxembourgDeclaration_116Kb.pdf, accessed 30 Nov.2011

activității fizice. Trebuie elaborate instrumente de cercetare îmbunătățite pentru a colecta uniforme datele din diferite țări. Diabetul gestațional este mai frecvent în rândul gravidelor obeze și reprezintă un factor de risc pentru obezitatea copilului. De asemenea și creșterea rapidă în greutate, la o vârstă fragedă este un factor de risc pentru obezitatea la copil. Este nevoie de o abordare multifactorială pentru prevenirea, respectiv ameliorarea obezității la copil: tematica adecvată la școală în ceea ce privește alimentația și mișcarea fizică, implicarea familiei, a educatorilor. Intervențiile la locul de muncă pot fi utile pentru motivarea adulților. Să fie create facilități pentru încurajarea mersului pe jos și cu bicicleta, crearea de locuri de joacă, zone de agrement. Să fie elaborate politici de reducere a consumului de carne și de creșterea a celui de fructe și legume. Intervențiile UE de subvenționare a fructelor în școli au efect pozitiv asupra sănătății.

4.Proiectul PolMark PolMark (**P**olicies on **M**arketing Food and Beverages to Children)- Politici de marketing a alimentelor și băuturilor pentru copii - este menit să ajute factorii de decizie să înțeleagă ce determină alegerile alimentare ale copiilor și impactul asupra sănătății, și în special, să observe cadrul de reglementare actual pentru promovarea produselor alimentare pentru copii.

Proiectul s-a desfășurat din iunie 2008 până în decembrie 2009. A fost co-finanțat de către Agenția Executivă pentru Sănătate și Consumatori a Comisiei Europene, Direcția de Sănătate din Norvegia și de Forumul Național al Inimii din Marea Britanie. Realizările proiectului:

- A fost publicat un raport cu privire la gama și natura reglementărilor actuale privind marketingul produselor alimentare și a băuturilor pentru copii în 27 de state membre ale UE, astfel a fost efectuată o actualizare precoce a comentariilor OMS, care au format baza unor discuții politice ale UE;
- Au fost finalizate 169 de interviuri cu părțile interesate în 11 state membre ale UE, cu reprezentare la nivel înalt - experți din mediul academic, oameni de știință din sectorul clinic, consilieri guvernamentali, grupuri de consumatori, grupuri de specialiști din sănătate, reprezentanți ai copiilor și familiilor, reprezentanți ai școlilor și comunității, organizațiile mass-media, jurnaliști, producători de produse alimentare, agenții de publicitate și oficiali guvernamentali;
- Prezentarea proiectului la Platforma Comisiei Europene privind alimentația, activitatea fizică și sănătatea, Organizația Mondială a Sănătății privind marketingul pentru copii, Rețeaua Europeană a OMS privind reducerea presiunii exercitate de marketing pe copii, și la Congresul Internațional de Obezitate din 2010 .

În mai 2007, Comisia Europeană a adoptat o Carte albă privind o strategie pentru combaterea excesului de greutate și a obezității, care combină acțiuni din domeniul agriculturii, transportului, sportului, educației, sănătății publice și alimentației. Această strategie confirmă faptul că Platforma de acțiune este un model de parteneriat îmbunătățit la nivel național și local. De asemenea, strategia reunește un nou grup la nivel înalt, alcătuit din reprezentanții guvernelor statelor membre.⁴

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

⁴ Sănătate UE –portalul UE dedicat sănătății publice, http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/nutrition/index_ro.htm ,accessed 30 Nov.2011

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 așezări (căminul, școala, locul de muncă, sectoarele comercial și medical) și a unor abordări (de exemplu educație, dezvoltare comunitară, folosirea mass media și schimbarea mediului, a politicii și a infrastructurii).⁵

România a aderat la Carta Europeană a Sănătății Cardiovasculare la 15 septembrie 2007 odată cu semnarea acesteia de către Ministrul Sănătății Publice, reprezentantul Ministrului Educației, Cercetării și Tineretului, președintele Colegiului Medicilor din România și președintele Societății Române de Cardiologie. Acești reprezentanți împreună cu ministerele și organizațiile pe care le reprezintă s-au angajat să respecte declarațiile Cartei și să promoveze la nivel național programe de prevenție cardiovasculară în concordanță cu reglementările europene.⁶

În 2008 Asociația Europeană de Studiu a Obezității a stabilit un ghid pentru deciderea nivelului inițial de intervenție, care ar urma să fie discutat cu pacientul⁷:

IMC, kg/m ²	Circumferința taliei, kg/m ²		Comorbidități
	Bărbați < 94 Femei < 80	Bărbați ≥ 94 Femei ≥ 80	
25.0–29.9	S	S	S ± M
30.0–34.9	S	S ± M	S ± M
35.0–39.9	S ± M	S ± M	S ± M ± S
≥40.0	S ± M ± C	S ± M ± C	S ± M ± C

S = intervenții asupra stilului de viață (dietă și activitate fizică); M = luați în calcul terapie medicamentoasă; C = luați în calcul chirurgie

OMS a elaborat Planul de Acțiune 2008-2013 pentru Strategia Globală pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Netransmisibile. Acest plan este menit să ajute milioanele de oameni deja afectați să facă față acestor boli ce durează toată viața și să prevină complicațiile secundare. Acest plan de acțiune vine în completarea Convenției Cadru a OMS privind Controlul Tutunului și a Strategiei Globale a OMS privind alimentația,

⁵ The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, 2007 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, accessed 2 Dec.2011

⁶ Program de prevenție a bolilor cardiovasculare - Societatea Română de Cardiologie - http://www.cardioportal.ro/files/Program_de_Preventie_a_BCV.pdf, accessed 30 Nov.2011

⁷ The European Association for the Study of Obesity www.easoobesity.org, accessed 2 Dec.2011

activitatea fizică și sănătatea. Planul de acțiune stabilește și consolidează inițiativele pentru supravegherea, prevenirea și managementul bolilor netransmisibile⁸.

Asociația Europeană pentru Studiul Obezității (EASO) a efectuat o analiză SWOT în urma căreia Comitetul Executiv a elaborat un Plan Strategic al EASO pe perioada 2010-2012, ce conține un set de obiective pe termen lung, un plan de acțiune clar, ce va ajuta asociația să vină în întâmpinarea membrilor săi și să adreseze provocări științifice și organizaționale⁹.

II. Cadrul legal al intervențiilor la nivel național

1. Hotărârea 1388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012. Publicată în Monitorul Oficial nr.893 din decembrie 2010¹⁰:

V. Programul national de evaluare si promovare a sănătății și educație pentru sănătate. 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:

1. elaborare și diseminarea 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;

2. OUG 24/2010 privind implementarea programului de încurajare a consumului de fructe în școli. Publicat în Monitorul Oficial nr.204 din martie 2010¹¹:

Art. 1
(1) Incepând cu anul școlar 2009/2010 se acordă gratuit elevilor din clasele I-VIII care frecventează învățământul de stat și privat autorizat/acreditat, pentru o perioada de maximum 100 de zile de școlarizare, mere în limita valorii zilnice de 0,3 lei/elev.
(2) Incepând 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 hotărâre a Guvernului, în funcție de evoluția prețurilor și tarifelor.

3. 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

⁸WHO, Obesity and overweight, factsheet nr.311, 2011

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> ,accessed 2 Dec.2011

⁹ EASO Strategic Plan 2010-2012 <http://www.easo.org/documents/EASOStrategicPlan-WebsiteVersion.pdf>,accessed 30 Nov.2011

¹⁰ Monitorul Oficial 893 din 30 decembrie 2010 (M. Of. 893/2010)

¹¹ Monitorul Oficial, Partea I nr. 204 din 31 martie 2010

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 2009¹²:

La articolul unic, punctul 1 se 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»."

4. Legea nr. 123/2008 pentru o alimentație sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar

Legea privind interzicerea mâncării fast-food în școli. Publicat în Monitorul Oficial nr. 410 din iunie 2008:¹³

Art. 10. În incinta unităților de învățământ este interzisă prepararea, comercializarea și distribuirea oricăror alimente conținute în lista prevăzută la ARTICOLUL 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.

5. Ordin Nr. 1563 din 12 septembrie 2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarii și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți

6. ORDIN comitet 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.

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

Conform OMS, prevalența obezității s-a dublat începând cu anul 1980 până în prezent. Oamenii consumă mai multe calorii zilnic, mai ales provenind din grăsimi, în timp ce nivelul de exerciții fizice a scăzut. Conform unui studiu recent privind obiceiurile de practicare a exercițiului fizic în rândul europenilor, doar 15% practică sport în mod activ, iar în medie cetățenii europeni petrec mai mult de 6 ore pe zi pe scaun.¹

În 2008, 1,5 miliarde de adulți cu vârsta peste 20 de ani erau supraponderali. Dintre aceștia, peste 200 de milioane de bărbați și aproape 300 de milioane de femei erau obezi. În 2010, aproape 43 milioane copii sub vârsta de 5 ani erau supraponderali.

¹² Monitorul Oficial 163 din 17 martie 2009 (M. Of. 163/2009)

¹³ Monitorul Oficial, Partea I nr. 410 din 02/06/2008

Obezitatea poate fi prevenită. 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. Aproape 35 milioane copii supraponderali trăiesc în țări în curs de dezvoltare și 8 milioane în țări dezvoltate. 65% din populația lumii trăiește în țări în care supraponderalitatea și obezitateaucid mai mulți oameni decât subponderalitatea (aceasta include toate țările cu venituri mari și majoritatea celor cu venituri medii).

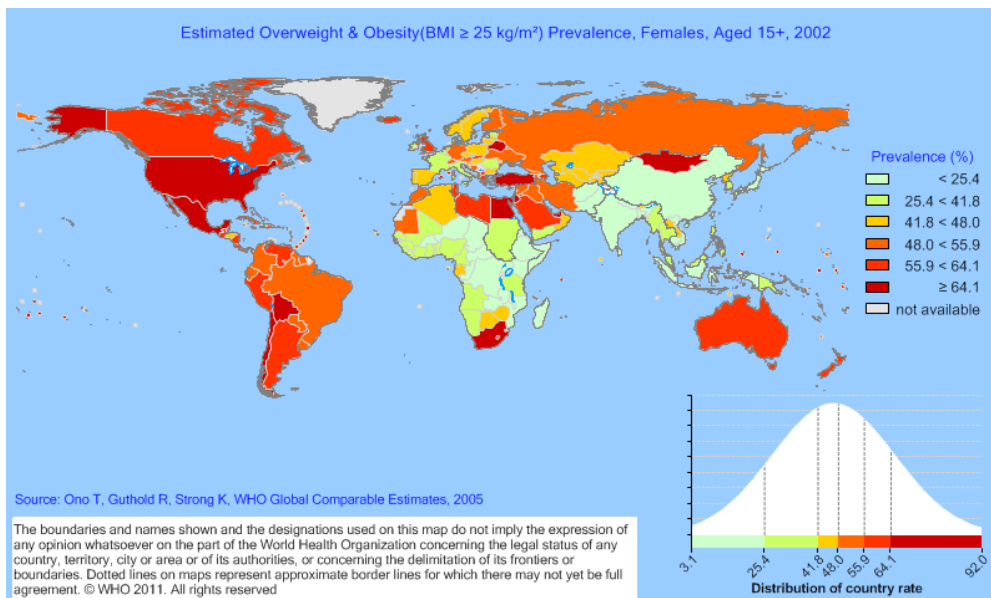
Multe țări cu venituri scăzute și medii au în față o „dublă povară” a bolii. Pe de o parte ele trebuie să facă față problemelor ridicate de bolile infecțioase și subnutriție, iar pe de altă parte are loc o creștere rapidă a factorilor de risc pentru bolile netransmisibile, cum sunt obezitatea și supraponderalitatea, în special în zonele urbane.

Astfel încât, nu este ceva neobișnuit să se regăsească atât subnutriția, cât și obezitatea în aceeași țară, în aceeași comunitate, în aceeași gospodărie.

Copiii din țările cu venituri scăzute și medii sunt mai vulnerabili la nutriția neadecvată în perioada prenatală, de sugar și de copil mic. În același timp, ei sunt expuși la alimente cu conținut ridicat de grăsimi, zahăr, sare, cu densitate energetică mare, sărace în micronutrienți, dar mai ieftine. Aceste modele de nutriție, în combinație cu activitate fizică scăzută au ca urmare creșterea obezității la copil, în timp ce problemele subnutriției rămân nerezolvate⁸.

În continuare (fig.1-3) sunt redateprevalențele supraponderalității și obezității în rândul populației de sex feminin, cu vârsta peste 15 ani, la nivel internațional, în perioada 2002-2010, respectiv în anii 2002, 2005, 2010, conform OMS ¹⁴:

Fig.1 Prevalența supraponderalității și obezității ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) la FEMEI în 2002



¹⁴ WHO Global Infobase, <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx>, accessed 2 Dec.2011

Fig.2 Prevalența supraponderalității și obezității ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) la FEMEI în 2005:

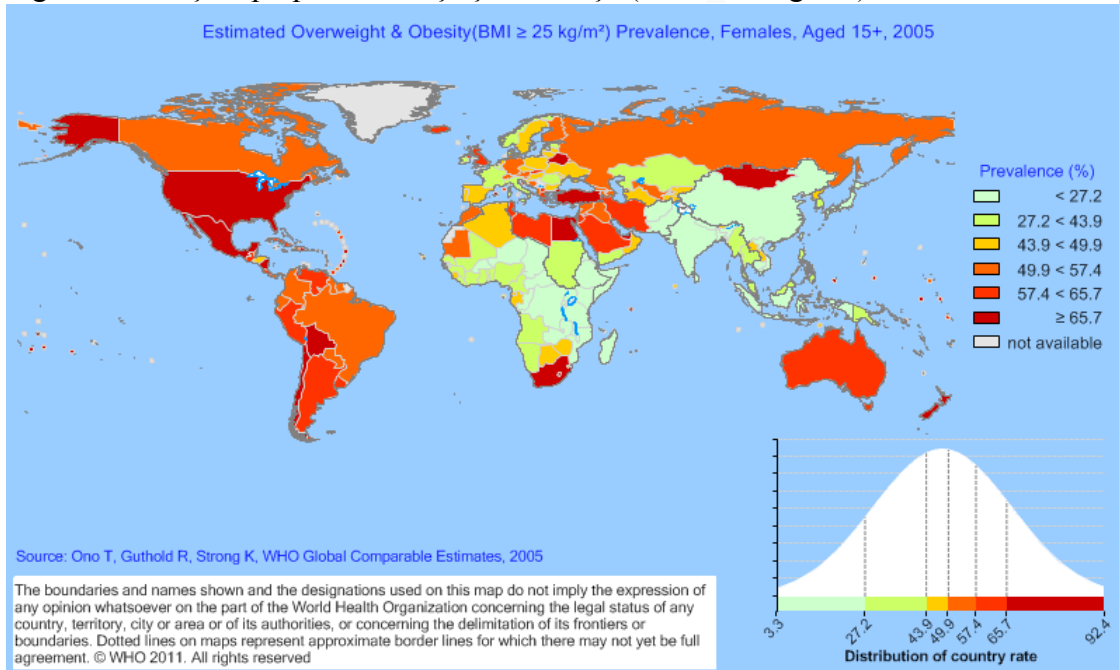
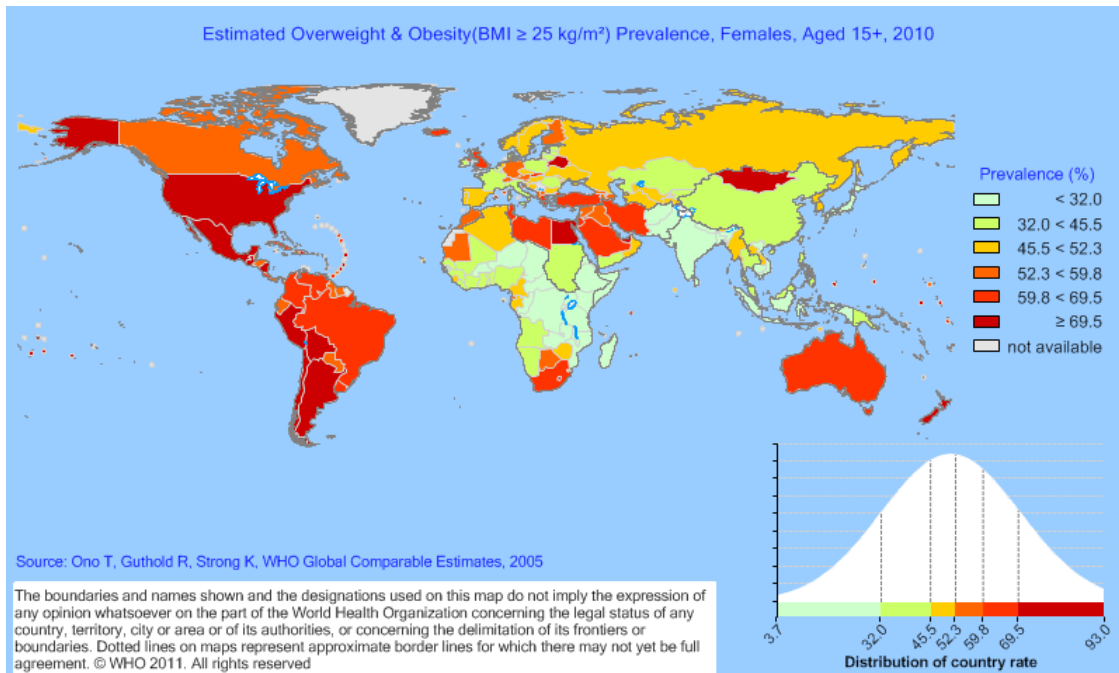


Fig.3 Prevalența supraponderalității și obezității ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) la FEMEI în 2010



În figurile 4-6 sunt redată prevalențele supraponderalității și obezității în rândul populației de sex masculin, cu vârsta peste 15 ani, la nivel internațional, în perioada 2002-2010, respectiv în anii 2002, 2005, 2010, conform OMS.¹⁴

Fig.4 Prevalența supraponderalității și obezității ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) la BĂRBAȚI în 2002

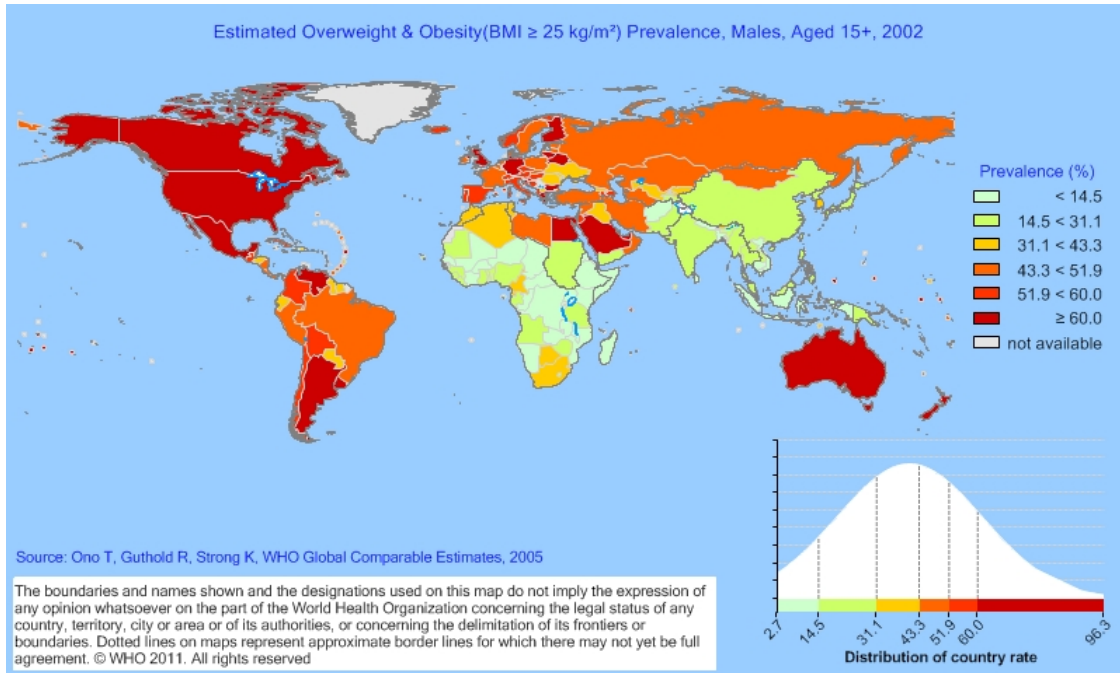


Fig.5 Prevalența supraponderalității și obezității ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) la BĂRBAȚI în 2005

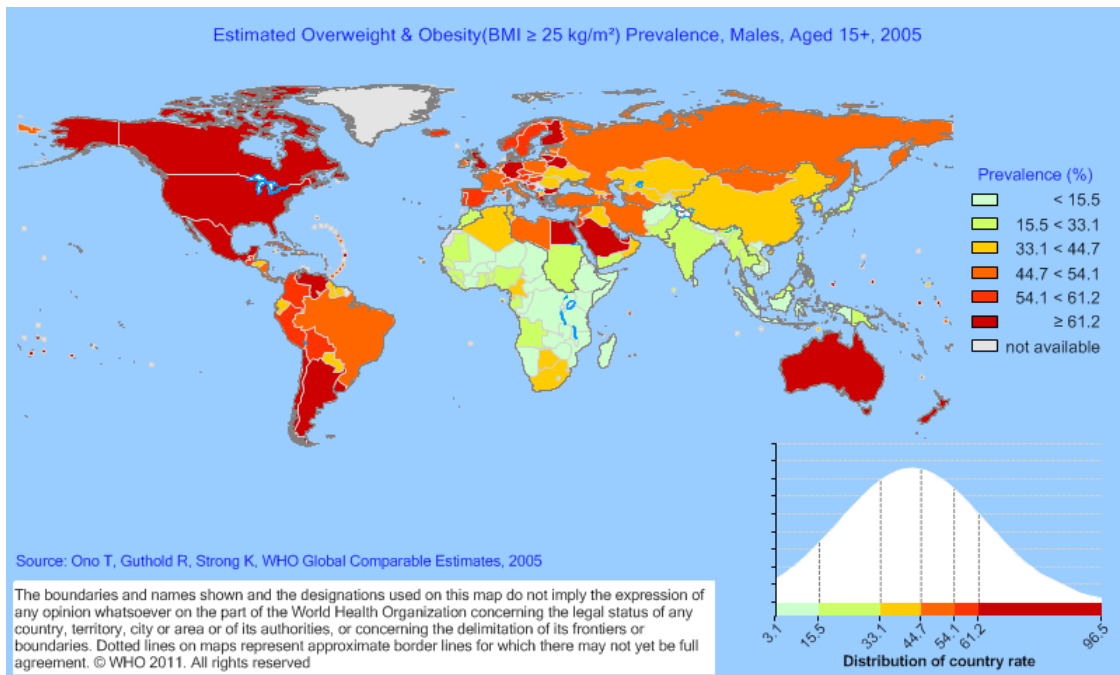
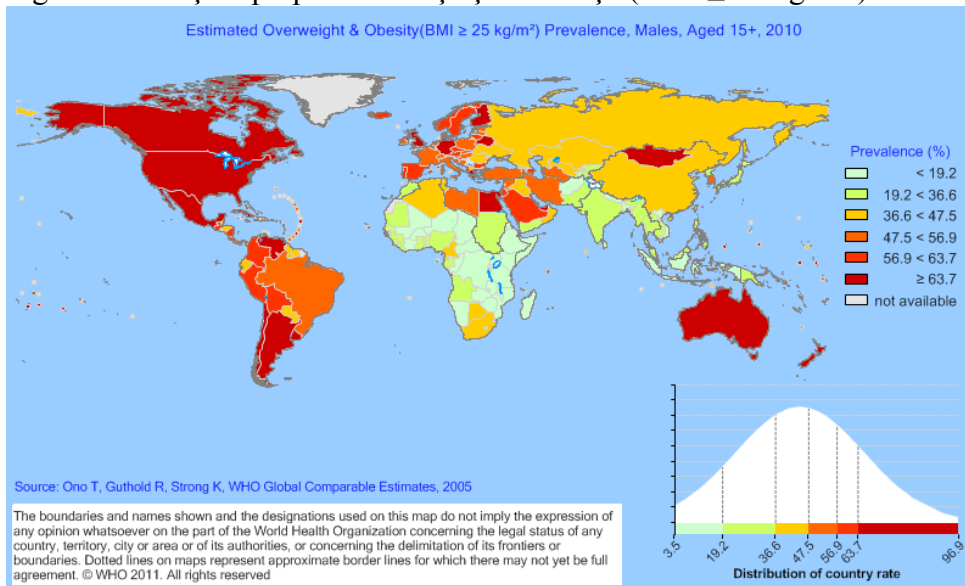
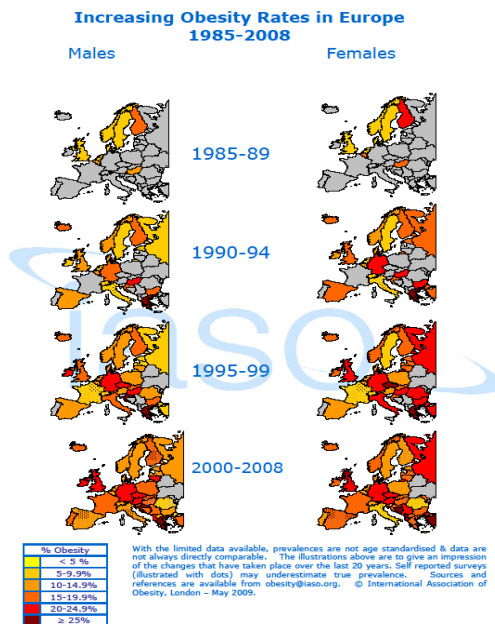


Fig.6 Prevalența supraponderalității și obezității ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) la BĂRBAȚI în 2010



În fig.7 sunt reprezentate prevalențele obezității în țările europene. Datele furnizate au fost incomplete. Prevalențele nu sunt standardizate, datele nu sunt întotdeauna comparabile. Dar se pot observa modificările care au avut loc în ultimii 20 de ani. Studiile autoraportate sunt figurate punctat, ele pot subestima adevărata prevalență.¹⁵

Fig.7 Prevalența obezității în Europa între 1985-2008



¹⁵ Increasing Obesity Rates in Europe 1985-2008

http://www.iaso.org/site_media/uploads/TrendsEuropeanadultstroughtimeMay09.pdf, accessed 9 Dec.2011

Ultimele date publicate în noiembrie 2011 de EUROSTAT arată că în statele UE, între 8%-25% din adulți sunt obezi^{16, 17}.

Datele au fost culese din cele 19 state membre în anii 2008-2009. Mai concret, proporțiile au variat între 8%-23,9% la femei și între 7,6%-24,7% la bărbați. Atât pentru bărbații, cât și pentru femeile de peste 18 ani, cea mai mică rată a obezității în 2008/9 a fost înregistrată în România (8% la femei și 7,6% la bărbați), în Italia (9,3% și 11,3%), Bulgaria (11,3% și 11,6%) și Franța (12,7% și 11,7%). Cele mai mari proporții de femei obeze au fost înregistrate în Marea Britanie (23,9%), Malta (21,1%), Lituania (20,9%) și Estonia (20,5% în 2006/7), iar cei mai mulți bărbați obezi erau în Malta (24,7%), Marea Britanie (22,1%), Ungaria (21,4%), și Republica Cehă (28,4%) (fig.8,9).

Nu există diferență semnificativă în ceea ce privește sexul: proporția obezității a fost mai mare la femei în opt state membre, la bărbați în zece și la fel într-unul din state.

Fig. 8 Proporțiile supraponderalității și ale obezității la femeile adulte în țările UE în 2008/2009

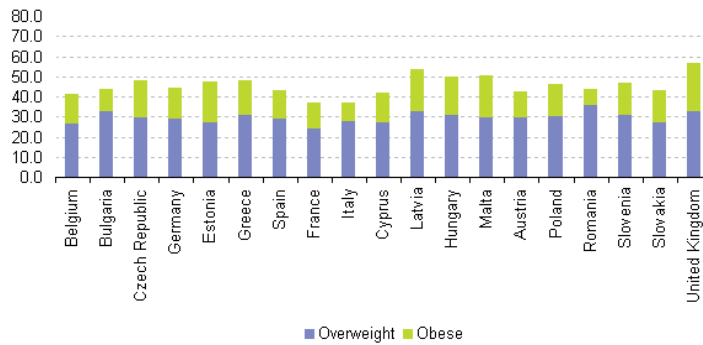
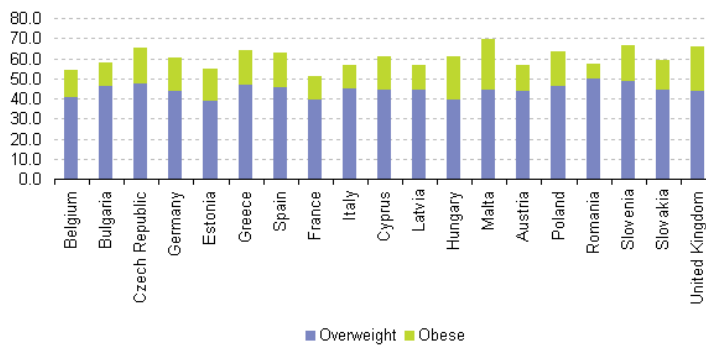


Fig. 9 Proporțiile supraponderalității și ale obezității la bărbații adulți în țările UE în 2008/9



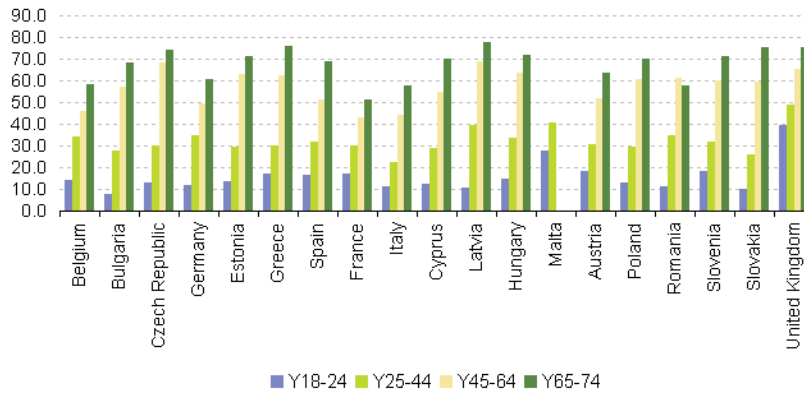
¹⁶ European Commission, Eurostat

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics, accessed 2 Dec.2011

¹⁷ European Commission, Eurostat http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-24112011-BP/EN/3-24112011-BP-EN.PDF, accessed 2 Dec.2011

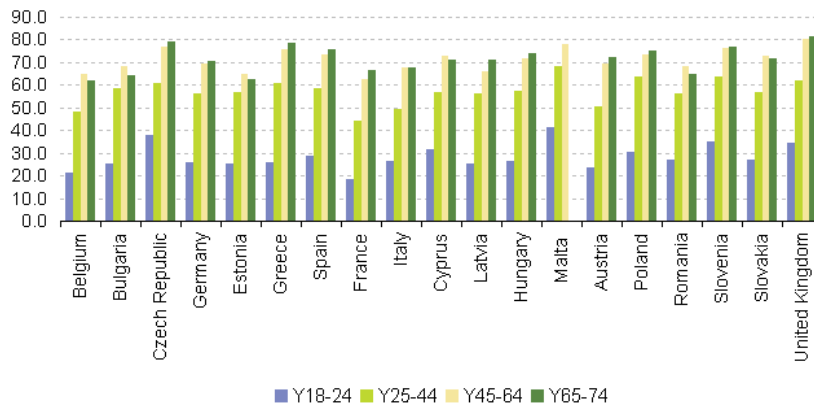
Datele provin de la European Health Interview Survey (EHIS) publicat de Eurostat, oficiul statistic al Uniunii Europene. EHIS are ca scop măsurarea stării de sănătate, a stilului de viață și a îngrijirilor de sănătate a cetățenilor din statele membre ale UE¹⁸. Ponderea persoanelor obeze variază în funcție de grupele de vârstă. În cazul femeilor este un model clar în toate statele europene din care provin datele și anume, cu cât vârsta este mai înaintată, cu atât ponderea obezelor este mai mare (fig10). Cele mai mari diferențe între extremele de vârstă la femei s-au înregistrat în Lituania, Slovacia, Republica Cehă și Estonia. Pentru cele mai tinere grupe de vârstă, ponderea de femei obeze din Marea Britanie este în mod deosebit notabilă.

Fig. 10 Ponderea obezității la femeile din UE în funcție de grupa de vârstă



În cazul bărbaților (fig.11), în 12 din 19 state membre cea mai mare pondere a obezității a fost înregistrată la grupa de vârstă 65-74 de ani, iar în celelalte șapte țări membre, cea mai mare pondere a fost înregistrată la grupa de vârstă 45-64 de ani. Cele mai mari diferențe între grupele de vârstă la bărbați au fost în Marea Britanie, Ungaria, Malta și Grecia. Pentru grupa de vârstă 25-44 ani în Malta și 45-64 în Marea Britanie se înregistrează un procent foarte mare de bărbați obezi.

Fig. 11 Ponderea obezității la bărbații din UE în funcție de grupa de vârstă

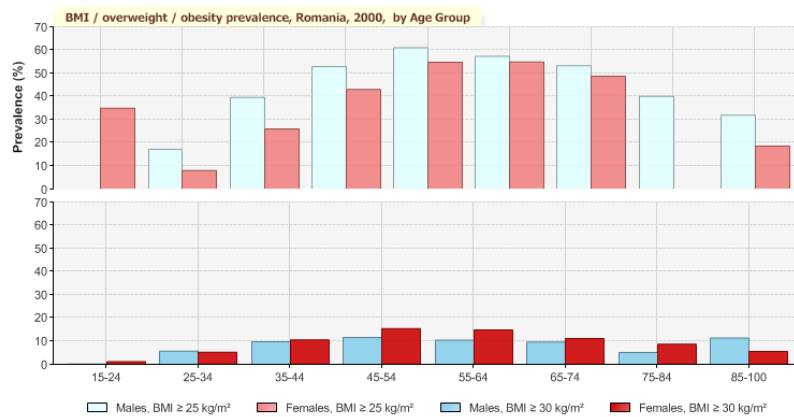


IV. Grupuri țintă afectate și caracteristici ale modelului de morbiditate și mortalitate românesc, cu evidențierea inegalităților existente.

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%.¹⁵

În fig.13 este prezentată prevalența supraponderalității, respectiv a obezității în România, pe grupe de vârstă, așa cum reiese din raportul EUROSTAT din anul 2000.

Fig.13 Prevalența supraponderalității, respectiv a obezității în România, pe grupe de vârstă



Source: EUROSTAT database, 2000

WHO Global Infobase (IBRef: 102471a1)

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.^{16,17}

Mai concret, proporțiile au variat între 8%-23,9% la femei și între 7,6%-24,7% la bărbați. Atât pentru bărbații, cât și pentru femeile de peste 18 ani, cea mai mică rată a obezității în 2008/9 a fost înregistrată în România (8% la femei și 7,6% la bărbați)

Conform aceluiași studiu, în România, proporția cea mai mare a obezității la femei se înregistrează la cele cu grad de școlarizare scăzut, pe când la bărbați, cei cu grad de școlarizare înalt au avut cea mai proporție de obezitate.

V.Determinanți specifici și dinamica acestora

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

1. Factori 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 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 uneia 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 săracă 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 răcoritoare și sucurilor de fructe îndulcite cu zahăr, al condițiilor socio-economice scăzute. Pe de altă parte, alimentația la sân, precum și mediul familial și școlar ce încurajează alegerea alimentelor sănătoase pentru copii scad riscul de obezitate (Swinburn et al.2004).²¹

În anul 2006 Chang, Barrett și Vosti în SUA au desfășurat un studiu intitulat „Determinanții fizici, sociali și culturali ai obezității: Un studiu empiric în SUA”¹⁸. 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 2000, peste 26% din adulți au raportat că nu practică 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 ce a dus la o creștere a numărului de emese consumate de americani. (Cutler, 2003). Procentul de deținători de cuptoare 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

¹⁸ 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>, accessed 2 Dec.2011

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 obezi¹⁹.

O actualizare a studiului din 2007 a arătat ca aceste corelații s-au mai slăbit din cauza globalizării.²⁰ 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.²¹ Modificările endocrine apărute în perioada de malnutriție duc la stocarea egrăsimii în momentul în care sunt disponibile mai multe calorii.²²

În SUA, riscul unei femei pentru obezitate crește cu 7% per copil, iar al unui bărbat cu 4%. Acest lucru poate fi explicat parțial prin aceea că având mai mulți copii, scade activitatea fizică a părinților.²³

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 tutun²⁴.

În UE, ponderea persoanelor obeze variază și în funcție de nivelul educațional. Nivel 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-terțiară (ISCED nivel 3-4), iar nivelul superior este educația terțiară (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.11). Cele mai mari diferențe în ceea ce privește obezitatea 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^{16,17}.

¹⁹ Sobal J, Stunkard AJ (March 1989). "Socioeconomic status and obesity: A review of the literature". *Psychol Bull* 105 (2): 260–75.

²⁰ McLaren L. "Socioeconomic status and obesity", 2007, *Epidemiol Rev* 29: 29–48

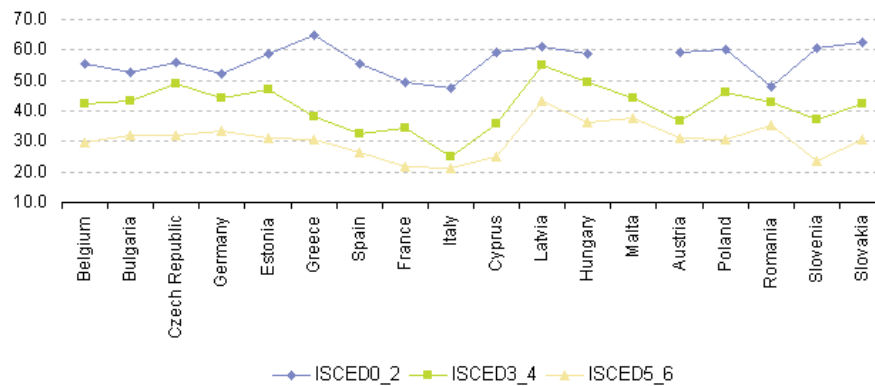
²¹ Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. "The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States", 1995, *N. Engl. J. Med.* 333 (18): 1165–70

²² Caballero B. "Introduction. Symposium: Obesity in developing countries: biological and ecological factors", 2001 *J. Nutr.* 131 (3): 866S–870S

²³ Bellows-Riecken KH, Rhodes RE. "A birth of inactivity? A review of physical activity and parenthood". 2008, *Prev Med* 46 (2): 99–110

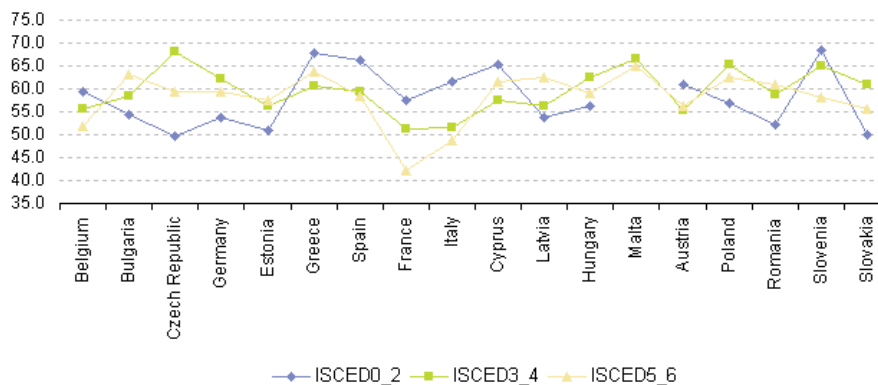
²⁴ Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. 2001, *Public Health Nutr* ;5:231–7.

Fig. 11 Ponderea obezității la femei în funcție de nivelul educațional



La bărbați , 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.12).

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



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

Obezitatea este asociată cu creșterea riscului pentru multe probleme de sănătate, inclusiv mai multe cauze majore de deces și dizabilitate în țările dezvoltate: boli cardiovasculare, diabet zaharat, unele forme de cancer. Multe persoane obeze suferă și de izolare socială, probleme financiare. Asociația Internațională pentru Studiul Obezității oferă o privire de ansamblu asupra asocierilor între excesul de greutate și o serie de boli (fig. 15).²⁵

²⁵ Estimating the association between overweight and risk of disease, IASO
<http://www.iaso.org/policy/healthimpactobesity/>, accessed 12 Dec.2011

Fig.15 Riscul relativ estimat al bolii în funcție de categoria de IMC: supragreutate și obezitate

Boală	RR Supragreutate*	RR Supragreutate*	RR Obezitate*	RR Obezitate*	Ajustări în funcție de vârstă** (multiplicator al riscului diferențial)	Ajustări în funcție de fumat** (nefumător = 1.0)
	bărbați	femei	bărbați	femei		
Mortalitate prin toate cauzele	1.20	1.15	1.55	1.50	x 0.98 de la vârsta de 50 de ani x 0.95 de la vârsta de 60 de ani x 0.90 de la vârsta de 70 de ani	inconsistent
Boala coronariană ischemică	1.35	1.35	2.00	2.00	x 0.70 peste vârsta de 65 de ani	x 2.5 la fumători
Accident vascular cerebral	1.20	1.20	1.50	1.55	x 0.75 de la vârsta de 65 de ani	
Diabet zaharat	2.25	2.30	5.50	7.00	x 0.92 de la vârsta de 60 de ani x 0.90 de la vârsta de 75 de ani	
BPOC	1.00	1.00	1.00	1.00		
Cancer - Plămân	0.80	0.88	0.65	0.70		
Cancer - Sân	1.00	1.00 1.12 peste vârsta de 50	1.00	1.00 1.25 over age 50		
Cancer - Oral	0.80	0.88	0.65	0.70		
Cancer - Colorectal	1.20	1.08	1.40	1.10	x 0.90 de la vârsta de 45 de ani	
Cancer - Esofagian (toate formele combinate)	1.00	1.00	1.00	1.00		
Cancer - Esofagian (adenocarcinom)	1.60	1.50	2.45	2.15		
Cancer - Esofagian (cellule scuamoase)	0.72	0.53	0.55	0.30		
Cancer – Rinichi (renal)	1.24	1.32	1.55	1.80		x 0.60 la fumători
Cancer – Veziculă biliară	1.05	1.35	1.25	1.85	x 1.17 de la vârsta de 45 bărbați x 0. de la vârsta de 45 femei	
Cancer – Uter (endometru)	---	1.50	---	2.50		

* Supragreutate IMC 25-29.9 kg/m2, Obezitate IMC =>30kg/m2 – Greutate normală = 1.0

** Ajustările pentru vârstă și fumat sunt date ca multiplicatori ai riscului diferențial de la bază (1.0). Astfel, un multiplicator de x 0.95 aplicat la un RR de 1.20 ar determina un RR de 1.19 (calculate ca $RR' = 1 + A(RR-1)$, unde RR este riscul relativ dat, iar RR' este riscul relativ ajustat și A este multiplicatorul ajustării)

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).²⁶ 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.²⁷ Costurile medicale ale obezității reprezintă 4,3-7% din cheltuielile pentru îngrijiri de sănătate în SUA.²⁸ 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.²⁹ Trogdon și colab. au arătat în 31 de studii că muncitorii obezi pierd mai multe zile lucrătoare din cauza îmbolnăvirilor, accidentelor și dizabilității.³⁰ 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.³¹

Analiștii Gallup susțin 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 îngenuncheate de economia anemică. Potrivit Gallup, americanii grași nu își duc "propria greutate", când vine vorba

²⁶ 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

²⁷ Andreyeva T, Sturm R, Ringel JS. Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. 2004, *Obes Res.*, 12(12):1936-1943

²⁸ Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? 2003, *Health Aff (Millwood)*, Suppl Web Exclusives:W3-219-226

²⁹ Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjostrom L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women, 1996, *Int J Obes Relat Metab Disor.*, 20(10):895-903

³⁰ Trogdon JG, Finkelstein EA, Hylands T, Dellea PS, Kamal-Bahl SJ. Indirect costs of obesity: a review of the current literature. 2008, *Obes Rev.*, 9(5):489-500

³¹ Studiu: Obezitatea daunează grav economiei americane, 2011

<http://www.manager.ro/articole/sanatate/studiu:-obezitatea-dauneaza-grav-economiei-americane-13128.html>

de asigurările de sănătate. Sistemul cheltuie 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 scăzută³² și crește riscul de discriminare socială și scăderea mobilității sociale. Venitul familial scăzut este de asemenea asociat cu excesul de greutate³³. Obezitatea în adolescență afectează traiectoria profesională a indivizilor.

În SUA, anumite grupuri au înregistrat o creștere mai mare a obezității (cu aproximativ 15%), ca de exemplu femeile de rasă neagră non-hispanice și femeile mexicane care trăiesc în SUA.³⁴

Obezitatea la copii are o importanță deosebită, deoarece obiceiurile alimentare și nivelul efortului fizic sunt adoptate de timpuriu și tind să persiste toată viața. Din acest motiv, tinerii obezi au tendința de a deveni adulți obezi, cu toate riscurile pentru sănătate ce decurg din acest fapt: boală cardiacă, diabet zaharat tip 2, hipertensiune arterială, accidente vasculare cerebrale și anumite tipuri de cancer. Conform Comisiei Europene, aproximativ 3 milioane de școlari din Europa sunt obezi și aproximativ 85 000 devin obezi în fiecare an. Se estimează că bolile legate de obezitate sunt răspunzătoare pentru 7 % din costurile totale de sănătate în Uniunea Europeană.¹

VII. Concluzii și mesaje cheie

1. Obezitatea este cauzată, în mare parte, de comportamentul alimentar. Studiile arată că peste 80% dintre intelectualii români sar peste micul dejun, ceea ce duce la apariția unei senzații accentuate de foame către seară.

2. În țările UE, atât pentru bărbații, cât și pentru femeile de peste 18 ani, cea mai mică rată a obezității în 2008/9 a fost înregistrată în România (8% la femei și 7,6% la bărbați).

3. Cea mai mare prevalență a obezității în țara noastră a fost înregistrată, atât la bărbați, cât și la femei la grupa de vârstă 45-64 de ani, urmată de grupa 65-74 ani, apoi grupa 25-44 ani iar grupa cu cele mai puține cazuri de obezitate a fost cea 18-24 ani.

4. Pondere cea mai mare a obezității la femeile din țara noastră, în funcție de nivelul educațional, a fost înregistrată la cele cu nivel mai scăzut, la fel ca și în toate celelalte țări ale UE. La bărbați însă, ponderea cea mai mare au avut-o bărbații cu nivel educațional ridicat, alături doar de puține alte țări din UE.

5. Tehnologia tot mai avansată mărește gradul de sedentarism. 6. Persoanele obeze sunt supuse unor riscuri majore pentru sănătate, cum ar fi diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, unele forme de cancer

³² 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

³³ 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.

³⁴ 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.

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

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 realizată 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 să-și schimbe 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 ingerată este diferită (această informație nu a fost cuantificată).

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)**³⁵, cu informații provenind de la 3 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. Enumerăm mai jos unele dintre rezultatele obținute în urma analizării comportamentelor țintă în rândul copiilor și adolescenților:

1. Proporția celor care **consumă 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 – Romania aduce evidențe pentru ca programele de promovare a unei alimentații sănătoase în rândul copiilor să urmărească creșterea consumului de fructe și legume.

3. Deși 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 cumulăm pe cei care consumă acest tip de băuturi de 5-6 ori pe săptămână, rezultă că aproximativ 50% din

³⁵ Campania VIAȚA, 2010 http://www.asphd.ro/index_files/birau/cvh_files/frame.htm, accessed 29 Nov.2011

tineri consumă în exces sucuri cu adaus de zahăr. Acest consum este mai prevalent 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 răcoritoare îndulcite, se adaugă și **consumul de dulciuri, cipsuri 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.

Numărul cazurilor de obezitate la elevii din învățământul primar s-a dublat în ultimii 8 ani. Potrivit studiului realizat de **Institutul de Sănătate Publică București**,³⁶ cauza principală este stilul de viață nesănătos al școlărilor: mai multe gustări pe parcursul unei zile, constând în dulciuri, minaturi, snacks-uri și rareori, consum de fructe. În alimentația copiilor și adolescenților supraponderali și obezi se regăsește de mai multe ori pe zi consumul de produse fast-food, dulciuri, băuturi răcoritoare carbogazoase. Studiul arată că se constată o creștere mai accentuată a obezității pe grupe de vârstă la copiii din învățământul primar. Dacă în 2001, în clasa a IV-a, obezitatea neendocrină a fost de 1,6%, în 2008 a ajuns la 3,6%. Obezitatea aparută la copii și adolescenți are un impact deosebit asupra stării de sănătate, atât fizică cât și psihică. Studiul arată că gradul de obezitate din copilărie influențează gradul de obezitate de la maturitate, împreună cu consecințele generate de fenomene negative și complicații la vârsta adultă.

IX. Coordonate colectiv de elaborare

Coordonator: Conf. CARMEN DOMNARIU, medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar, Centrul Regional de Sănătate Publică Sibiu

Membri colectiv: Dr. IOANA VEȘTEMEAN, medic specialist medicină generală, Centrul Regional de Sănătate Publică Sibiu

³⁶ Institutul de Sănătate Publică București: Numărul școlărilor obezi s-a dublat, 2009
http://www.euractiv.ro/uniunea-europeana/articles%7CdisplayArticle/articleID_18343/Institutul-de-Sanatate-Publica-Bucuresti-Numarul-scolarilor-obezi-s-a-dublat.html, accessed 2 Nov. 2011