



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ



CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI
PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ SIBIU



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. În 2014 peste 1,9 miliarde de adulți peste 18 ani erau supraponderali. Dintre aceștia, peste 600 de milioane erau obezi. Peste 39% dintre adulții peste 18 ani erau supraponderali în 2014, iar 13% erau obezi. Majoritatea populației lumii trăiește în țări unde supragreutatea și obezitatea omoară mai mulți oameni decât subgreutatea. În 2013 42 milioane de copii sub vârsta de 5 ani erau supraponderali sau obezi. Obezitatea poate fi prevenită.¹

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 a 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.²

¹World Health Organisation Fact sheet N°311, 2015
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, accesat 30.03.2016

²New action plan to address non-communicable diseases in Europe, 2011,
<http://www.epha.org/spip.php?article4731>, accesat 30.03.2016

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.

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.³

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 2015.⁴

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 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

³WHO 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 30.03.2016

⁴ 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 30.03.2016

exemplu educație, dezvoltare comunitară, folosirea mass media și schimbarea mediului, a politicii și a infrastructurii).⁵

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 școli și indicii de masă corporală în școli primare din 12 țări europene. Concluzia principală a fost că majoritatea țărilor unde mediul pentru o nutriție sănătoasă în școli nu este foarte propice au și școli în care funcționează politici de sprijinire a alimentației sănătoase, ceea ce sugerează necesitatea armonizării politicilor școlare.⁶

Rețeaua Europeană privind reducerea presiunii prin marketing asupra copiilor, condusă de către Direcția Norvegiană de Sănătate și 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 cărora să se facă 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, adaos 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.⁷

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, număr de parteneriate instituționale funcționale (cu media, ONG-uri ș.a.), număr campanii de informare și/sau destigmatizare implementate, număr de școli și grădinite în care sunt implementate intervenții pentru copii și adolescenți, unități educaționale acoperite de program de prevenție primară la copil (% și număr).
2. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și reducerea riscului de deces matern și infantil.⁸

⁵WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Conference Report, 2006, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf, accesat 30.03.2016

⁶Trudy 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

⁷

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 30.03.2016

⁸ Ministerul Sănătății din România, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, Plan de acțiuni <http://www.ms.ro/?pag=13> accesat 30.03.2016

II. Cadrul legal al intervențiilor la nivel național

În Ordinul 386 /31.03.2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016 se menționează că

în anii 2015 și 2016, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 pentru privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, se derulează programe de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, printre care Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate.⁹

3. În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 1 alin. (2) și (5) și art. 12 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 24/2010 privind implementarea programului de încurajare a consumului de fructe proaspete în școli, aprobată cu modificări prin Legea nr. 195/2010, cu modificările și completările ulterioare, Guvernul României a adoptat din 23.12.2015 hotărârea ca din anul școlar 2015-2016 să se acorde gratuit mere, în limita valorii zilnice de 0,37 lei/elev, pentru maximum 88 de zile de școlarizare.¹⁰

4. Ordinul Nr. 5298 din 07.09.2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate 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, desfășoară și colaborează la organizarea diverselor activități de educație pentru sănătate în cel puțin următoarele domenii: nutriție sănătoasă și prevenirea obezității; activitate fizică.”¹¹

6. OUG 24/2010 privind implementarea programului de încurajare a consumului de fructe în școli, publicat în Monitorul Oficial nr. 204 din martie 2010¹²:

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 0,3lei/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 hotărâre a Guvernului, în funcție de evoluția prețurilor și tarifelor.

⁹ Ordinul 386/2015 , <http://www.lege-online.ro/lr-ORDIN-386%20-2015-%28166877%29-%282%29.html> accesat 30.03.2016

¹⁰ Hotărârea 979/2015 a Guvernului româniei, <http://lege5.ro/Gratuit/ha4dgmzrgu/hotararea-nr-979-2015-privind-stabilirea-fructelor-proaspete-distribuite-a-perioadei-si-frecventei-distributiei-a-limitei-valorii-zilnice-elev-a-fondurilor-necesare-pentru-distributia-fructelor-proasp>, accesat 30.03.2016

¹¹ 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

¹² Monitorul Oficial, Partea I nr. 204 din 31 martie 2010

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 2009¹³:

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 școli. Publicat în Monitorul Oficial nr. 410 din iunie 2008¹⁴:

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

9. Ordinul Nr. 1563 din 12 septembrie 2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți ¹⁵.

10. Ordinul Comitetului de Nutriție din 27 martie 2008¹⁶:

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 tinerilor¹⁷:

Art. 17. Conducerile creșelor, leagănelor, grădinițelor cu program prelungit și săptămânal, ale unităților școlare cu semiinternat, internat și cantină școlară, ale caselor de copii preșcolari și școlari, ale unităților de învățământ superior cu cantină studentască și ale taberelor de odihnă vor asigura o alimentație colectivă adaptată vârstei și stării de

¹³ Monitorul Oficial 163 din 17 martie 2009 (M. Of. 163/2009)

¹⁴ Monitorul Oficial, Partea I nr. 410 din 02/06/2008

¹⁵ Ordinul 1563/2008, <http://lege5.ro/Gratuit/geytsmbtge/ordinul-nr-1563-2008-pentru-aprobarea-listei-alimentelor-nerecomandate-prescolarilor-si-scolarilor-si-a-principiilor-care-stau-la-baza-unei-alimentatii-sanatoase-pentru-copii-si-adolescenti>, accesat 30.03.2016

¹⁶ Ordinul Ministrului 687/2008, <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8432>, accesat 30.03.2016

¹⁷ Ordinul 1955/1995, <http://www.legex.ro/Ordin-1955-1995-8285.aspx>, accesat 30.03.2016

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 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

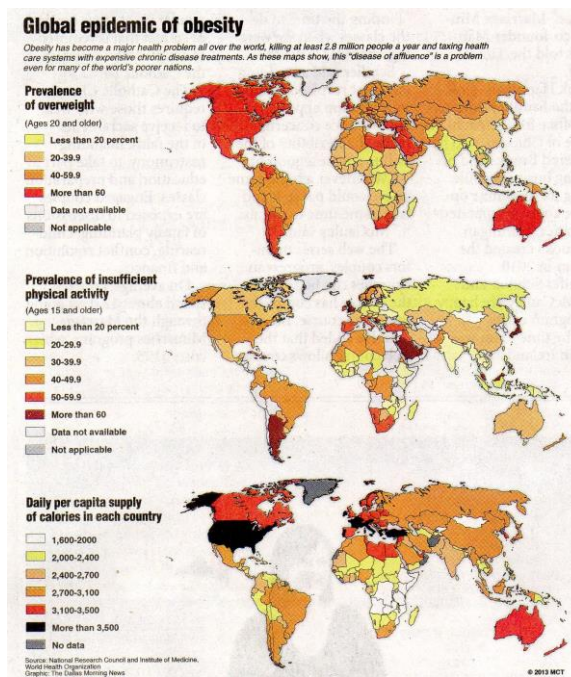


Fig. 1 Epidemia globală de obezitate

Diverse studii au sugerat că sistemele de sănătate ar trebui să fie în măsură să își îmbunătățească eficiența (Comisia Europeană, 2014). Proiectul MACELI (Macro Cost Effectiveness corrected for Lifestyle) și-a propus să compare cost-eficiența tuturor sistemelor europene de sănătate, luând în considerare variația în comportamentele privind stilul de viață existentă între țări. De asemenea a fost studiat impactul diferențelor în stilul

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

de viață , în special referitoare la fumat, supragreutate și consumul de alcool. Studiul a luat în calcul cele 28 de țări membre UE, Islanda și Norvegia.

Rezultatele din decembrie 2014 au arătat că, din punct de vedere al indicelui de masă corporală, România s-a situat în rândul țărilor cu un procent destul de ridicat al supragreutății, dar obezitatea a fost în procent mai mic față de alte țări europene (fig. 2). Una dintre concluziile studiului a fost că țările care aveau cheltuieli mai mari pentru sănătate aveau și o stare mai bună a sănătății locuitorilor, iar un stil de viață mai sănătos duce la creșterea speranței de viață.¹⁹

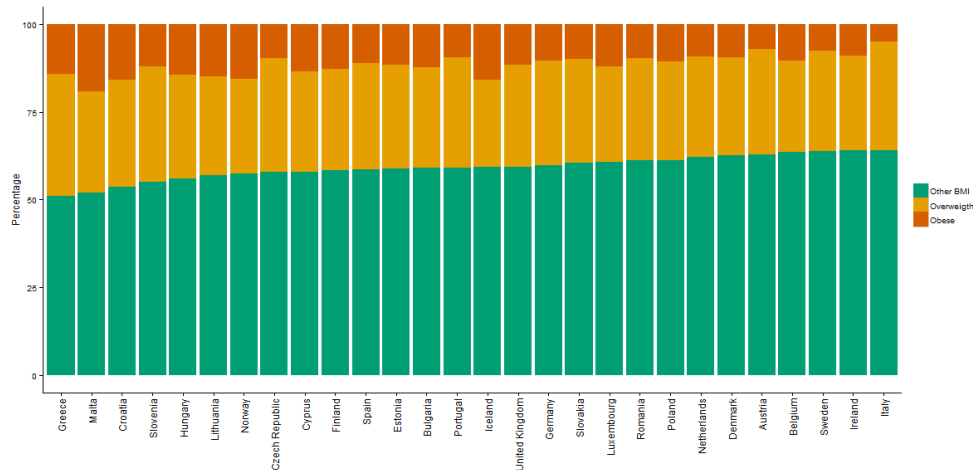


Fig.2 Supragreutatea în toate țările

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

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 30.03.2016

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 30.03.2016

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 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 practică 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.

La nivel european, persoanele de sex feminin sunt mai inactice decât bărbații, prevalența cea mai ridicată, de peste 60% fiind înregistrată în Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord și în Serbia (fig.3).

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

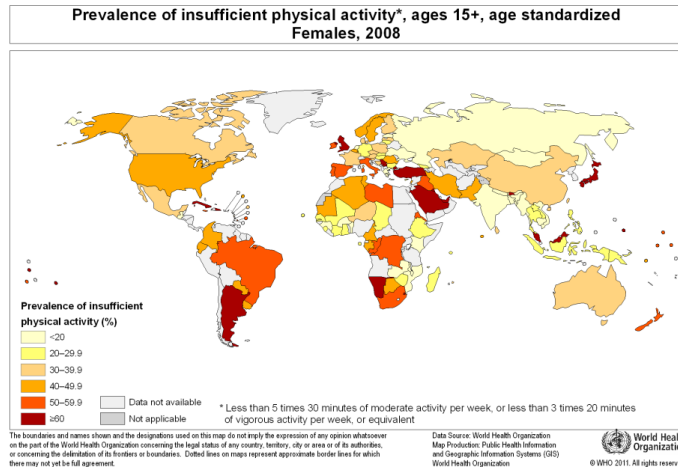


Fig. 3 Prevalența activității fizice insuficiente, la persoane de sex feminin cu vârsta peste 15 ani, standardizat după vârstă, 2008
Sursa: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_InsufficientActivity_Females_2008.png, accesat 30.03.2016

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.4).

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%.

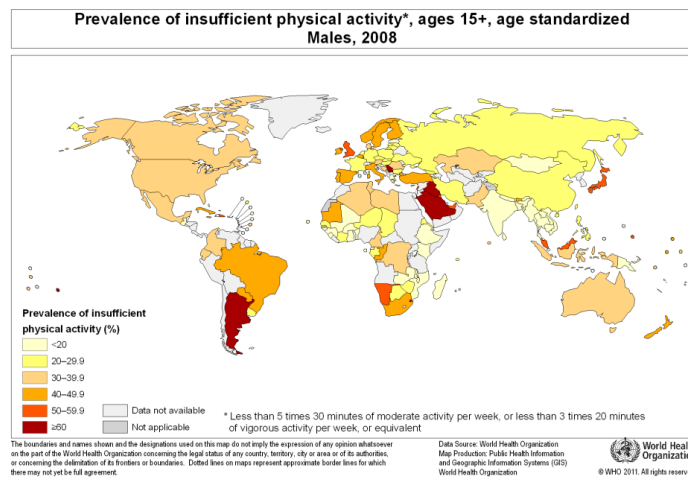


Fig. 4 Prevalența activității fizice insuficiente, la persoane de sex masculin cu vârsta peste 15 ani, standardizat după vârstă, 2008
Sursa: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_InsufficientActivity_Males_2008.png, accesat 30.03.2016

Copiii și 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 sănătate. Un raport al UNICEF 2009-2010 care a studiat starea de sănătate a copiilor de 11, 13 și 15

ani din 29 de țări a arătat că procentul cel mai mare de copii obezi a fost înregistrat în SUA (aproape 30%), țara noastră fiind situată pe la mijloc (15%) (fig. 5). Procentul copiilor care mănâncă micul dejun zilnic (considerată masa principală a zilei) era cel mai ridicat în Țările de Jos (aproape 90%), România fiind din acest punct de vedere pe penultimul loc (aprox. 45%) (fig. 6).²²

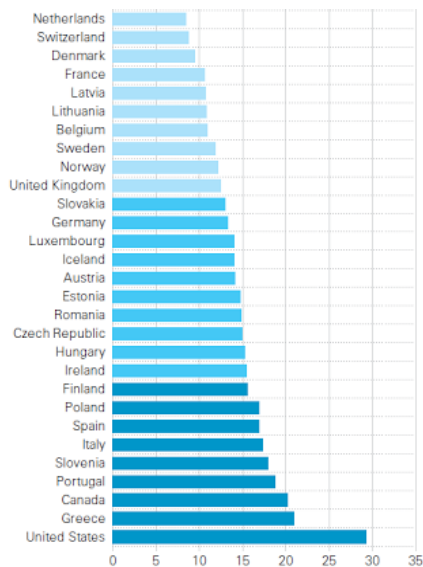


Fig. 5 Procentul de copii cu supragreutate

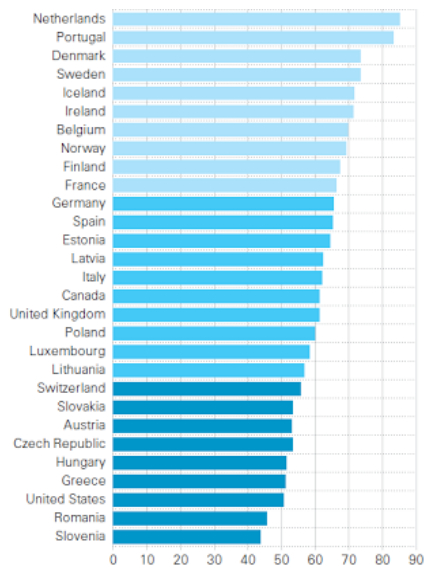


Fig. 6 Procentul de copii care consumă micul dejun în fiecare zi

Conform aceluiași raport UNICEF 2009-2010, consumul zilnic de fructe a fost cel mai ridicat în Danemarca (aproape 50%), România situându-se în jumătatea superioară (41%) (fig. 7). Procentul de copii de 11, 13 și 15 ani care fac exerciții fizice cel puțin o oră pe zi a fost cel mai ridicat în Irlanda (aproape 30%), în țara noastră doar 19% dintre copii fac suficientă mișcare zilnic (fig. 8)(23).

Programa școlară și eforturile de creștere a activității fizice pot avea un impact major în reducerea obezității. Ceea ce consumă copiii la școală este doar o parte a problemei, deoarece numărul de ore de activitate fizică are un impact serios asupra greutateii lor corporale.²³

²² 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 30.03.2016

²³ Schools tackling obesity and malnutrition, <http://theblogprogress.blogspot.ro/2013/08/schools-tackling-obesity-and.html>, accesat 30.03.2016

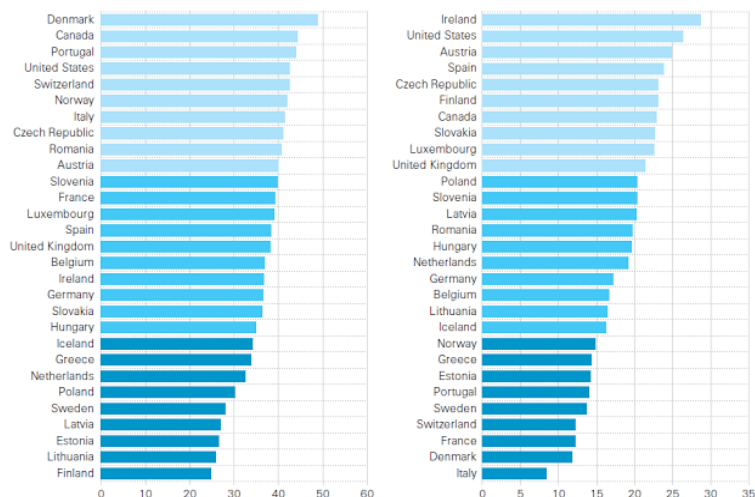


Fig. 7 Procentul de copii care consumă zilnic fructe Fig. 8 Procentul de copii care zilnic fac mișcare cel puțin o oră

Institutul Național de Sănătate Publică și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate din București, în Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2015 arată că indiferent de mediul de proveniență și de genul subiecților, dezvoltarea dizarmonică prin plus de greutate este într-un procent mai mare decât cea prin minus de greutate (fig.9,10,11,12).²⁴

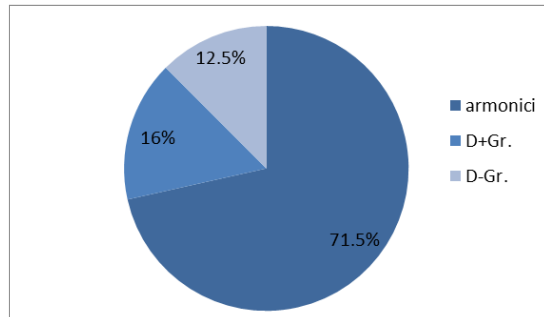


Fig.9 Ponderea lotului de fete urban 2013-2014
 Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2013-2014”

²⁴ Institutul Național de Sănătate Publică și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate București: Raport Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2015 <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/sanatatea-copiilor/>, accesat 30.03.2016

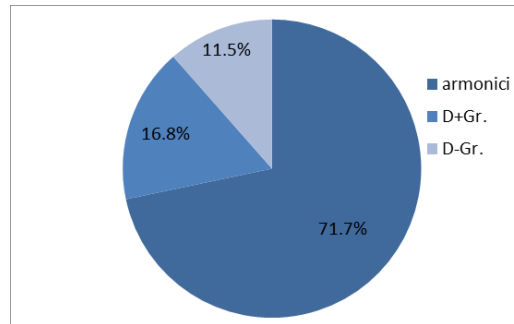


Fig.10 Ponderea lotului de băieți urban 2013-2014

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 2013-2014”

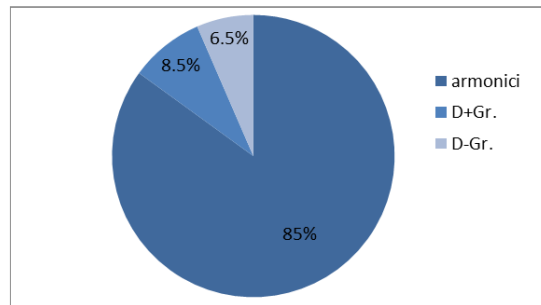


Fig. 11 Ponderea lotului de fete rural 2013-2014

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 2013-2014”

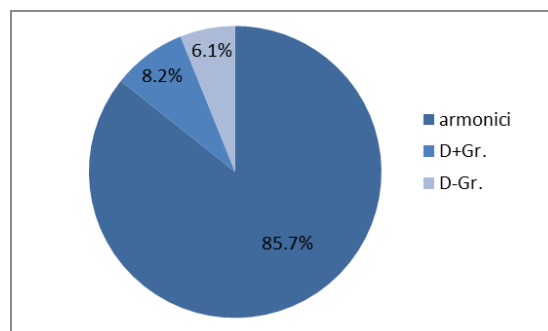


Fig. 12 Ponderea lotului de băieți rural 2013-2014

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 2013-2014”

În concluzie, informațiile examenului de bilanț relevă o evoluție favorabilă a dezvoltării fizice armonice a copiilor și adolescenților din colectivitățile școlare. Totuși, urmărind dizarmonici în perioada 2002-2014, se observă că ponderea copiilor și adolescenților cu dizarmonie prin plus de greutate este din ce în ce mai mare. Continuarea și extinderea activității de supraveghere a stării de sănătate a copiilor și tinerilor prin examenele de bilanț, inclusiv în colectivitățile de copii din mediul rural vor permite identificarea precoce a tendințelor nefavorabile și proiectarea intervențiilor sănătății publice în concordanță cu acestea.

Figura 13 următoare ilustrează ponderea primelor trei afecțiuni cronice studiate în mediul urban în anul școlar 2013-2014, astfel pe primul loc se observă că se situează viciile de refracție cu 23,6%, urmate de obezitatea de cauză neendocrină cu 10,5%, iar pe locul al treilea se clasează deformările dobândite ale coloanei vertebrale cu 8,6% (24).

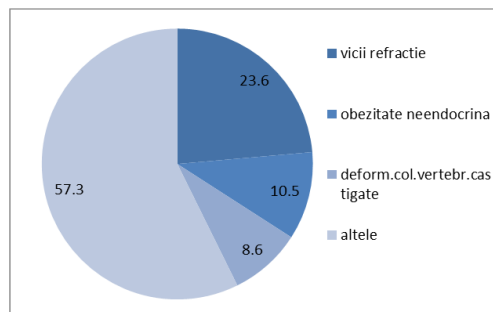


Fig. 13 Ponderea primelor trei afecțiuni cronice la clasele studiate în mediul urban 2013-2014

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 2013-2014”

În fig. 14 este reprezentată grafic ponderea primelor trei afecțiuni cronice în mediul rural în anul școlar 2013-2014 și se observă că la fel ca în mediul urban viciile de refracție ocupă primul loc cu 13,8%, urmate de asemenea de obezitatea neendocrină cu 9,1% și pe locul al treilea cu 8,8% de hipotrofia ponderală.

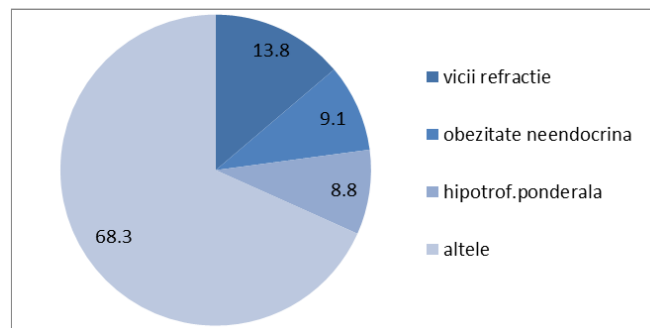


Fig. 14 Ponderea primelor trei afecțiuni cronice la clasele studiate în mediul rural 2013-2014

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 2013-2014”

Tendința prevalenței obezității de cauză neendocrină este de creștere, atât în mediul urban (de la 1,6% în 2004 la 2,9% în 2014) cât și în cel rural (de la 0,7% în 2004 la 1,22% în 2014), valorile înregistrate în intervalul de timp studiat fiind aproape de două ori mai mari în urban (fig. 15) .

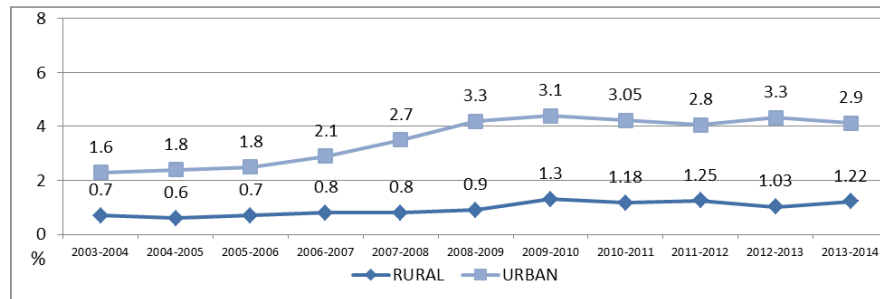


Fig. 15 Prevalența obezității de cauză neendocrină pe medii, în perioada 2004-2014
Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2013-2014”

Nu trebuie uitat faptul că toate aceste afecțiuni și deficiențe ale nivelului dezvoltării fizice au un mare răsunet asupra capacității de adaptare la efort a copiilor, deci cu implicații majore asupra procesului instructiv-educativ și, mai ales asupra rezultatelor obținute de elevi în cadrul acestuia. Toți copii și tinerii depistați cu afecțiuni cronice trebuie să fie corect dispensarizați și tratați în scopul evitării apariției complicațiilor și sechelelor, în vederea recuperării totale a acestora.

Principala sursă în ceea ce privește comportamentele alimentare și de activitate fizică ale copiilor și ale adolescenților din țara noastră o reprezintă studiul HBSC (*Health behaviour in school-aged children*), realizat în România de către Departamentul de Psihologie al Universității „Babeș-Bolyai“, Cluj-Napoca. Scopul HBSC este să prezinte starea de sănătate, comportamentele și determinanții sociali la copii și adolescenți din România participând la ultimele trei runde ale acestuia (2005/2006, 2009/2010 și 2014/2015). Comportamentele incluse în studiul HBSC care determină necesitatea unor intervenții sunt : consumul micului dejun, consumul de fructe și legume, consumul de apă în locul băuturilor îndulcite, activitatea fizică și comportamentele asociate sedentarismului. Printre concluziile cele mai importante ale studiului se numără:

-Consumul micului dejun în România nu este un comportament frecvent întâlnit, situând România printre țările cu cea mai mică prevalență a consumului zilnic de mic dejun, mai ales în rândul fetelor și al copiilor proveniți din familii cu un status socio-economic scăzut.

- Consumul zilnic de fructe și legume este semnificativ mai mic la băieți și în familiile cu un nivel socio-economic scăzut, înregistrează o scădere semnificativă odată cu creșterea vârstei copiilor și are o tendință de scădere în timp.
- România ocupă locuri fruntașe în ceea ce privește prevalența consumului zilnic de băuturi îndulcite, dar cu o tendință de scădere între cele două runde ale studiului. Copiii proveniți din familii cu status socio-economic mai ridicat au un consum semnificativ mai mare față de cei proveniți din familii cu nivel scăzut.
- Adolescenții din România – băieți și fete – ocupă ultimele poziții în Europa în privința activității fizice zilnice. Fetele desfășoară activitate fizică mai puțin decât băieții. Activitatea fizică desfășurată scade cu vârsta, simultan cu creșterea comportamentelor sedentare. Comportamentele sedentare sunt mai frecvente cu cât vârsta copilului este mai mare, copiii români având printre cele mai mari prevalențe ale comportamentelor sedentare. România este singura țară la care comportamentele sedentare se întâlnesc mai frecvent la familiile cu nivel socio-economic crescut.
- Sunt necesare intervenții pentru adoptarea comportamentelor alimentare sănătoase (consumul micului dejun, consumul de fructe și legume, consumul de apă în locul băuturilor îndulcite) și stimularea activității fizice în detrimentul comportamentelor sedentare, de către tineri.²⁵

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 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 rurale²⁶.

Media greutateii 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 greutateii la băieții de aceeași vârstă (29,9 kg). Din raportul COSI elaborat după prima rundă de măsurători, reținem că media greutateii 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 greutateii 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

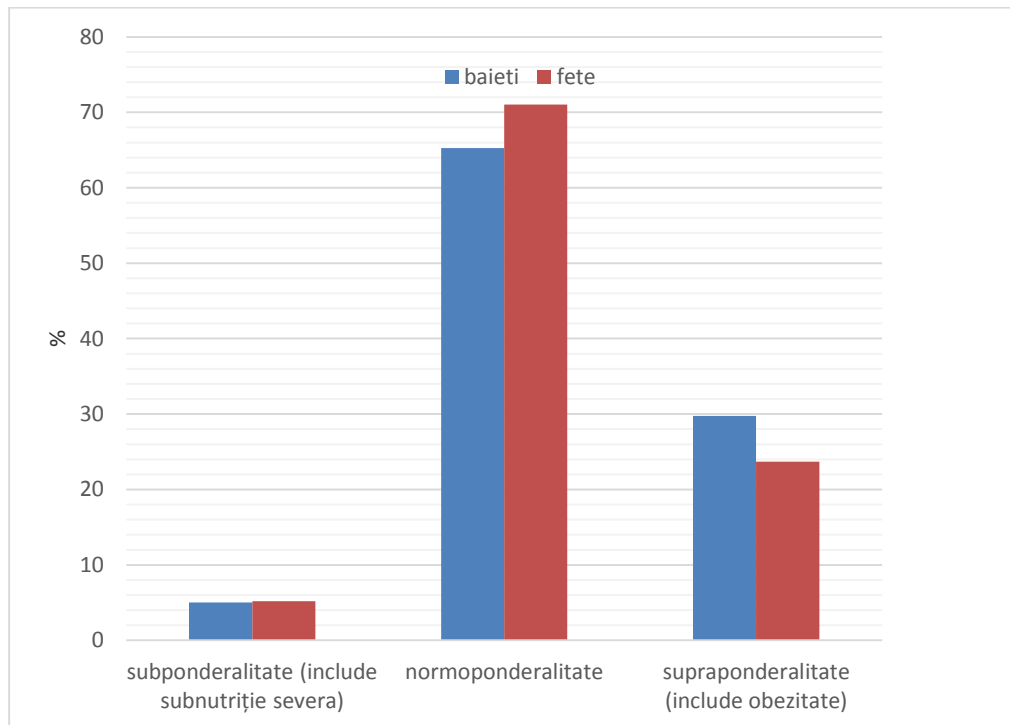
²⁵ Ghid de intervenție pentru alimentație sănătoasă și activitate fizică în grădinițe și școli, 2015
http://www.insp.gov.ro/sites/1/wp-content/themes/PressBlue/Ghid_de_interventie%202.pdf, accesat 31.03.2016

²⁶ 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 31.03.2016

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.

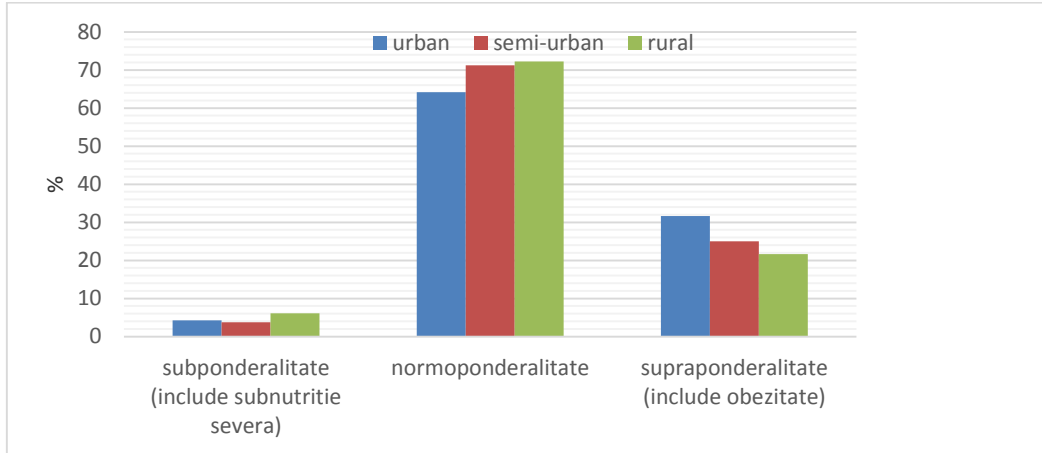
Grafic nr. 1. Distribuția populației de studiu în funcție de starea de nutriție și sex



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 băieți. Cele mai mici valori pentru media indicelui de masă corporală 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-n plus oferă avantajul raportării la un sistem de referință internațional permițând astfel comparații între țările din întreaga lume.

Președintele Klaus Iohannis a declarat în noiembrie 2015 că susține prevenția ca prioritate zero a politicilor de sănătate, fiind de părere că educația în acest sens, încă de la cele mai fragede vârste, este calea către o societate mai prosperă:

"Trebuie să recunoaștem faptul că tot mai mulți români conștientizează importanța prevenției, a unui stil de viață sănătos și a informării ca acces la mai multă responsabilitate față de propria sănătate. Această responsabilizare individuală trebuie însă dublată și încurajată de efortul autorităților. Personal, susțin prevenția ca prioritate zero a politicilor de sănătate și cred că educația în acest sens, încă de la cele mai fragede vârste, este calea către o societate mai prosperă. (...) Este deja larg cunoscut faptul că cele mai

răspândite boli ale societății moderne pot fi evitate prin prevenție", a spus șeful statului, la dezbaterile "Educație pentru sănătate".²⁷

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

România prezintă profilul epidemiologic al tuturor țărilor dezvoltate, cu prevalență scăzută a bolilor transmisibile și în același timp o creștere a bolilor cardiovasculare, cancer și cauze externe, inclusiv violență și accidente, precum și boli legate de factori ai stilului de viață ce 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

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%.²⁹

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.^{30,31}

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 de școlarizare scăzut, pe când la bărbați, cei cu grad de școlarizare înalt au avut cea mai proporție de obezitate.

V. Determinanții specifici și dinamica acestora

Determinanții ce favorizează răspândirea 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

²⁷ <http://www.agerpres.ro/politica/2015/11/26/iohannis-sustin-preventia-ca-prioritate-zero-a-politicilor-de-sanatate-11-44-32>

²⁸ OMS: Country Cooperation Strategy at a glance
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/briefs/en/, accesat 31.03.2016

²⁹ 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

³⁰Sobal J, Stunkard AJ (March 1989). "Socioeconomic status and obesity: A review of the literature". *Psychol Bull* 105 (2): 260–75

³¹ McLaren L ."Socioeconomic status and obesity", 2007, *Epidemiol Rev* 29: 29–48

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 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).³²

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” (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 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 mese 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 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

³² 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

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.³³ 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.³⁴ Modificările endocrine apărute în perioada de malnutriție duc la stocarea grăsimii în momentul în care sunt disponibile mai multe calorii.³⁵

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.³⁶

În UE, ponderea persoanelor obeze variază și 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-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. 16). 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}

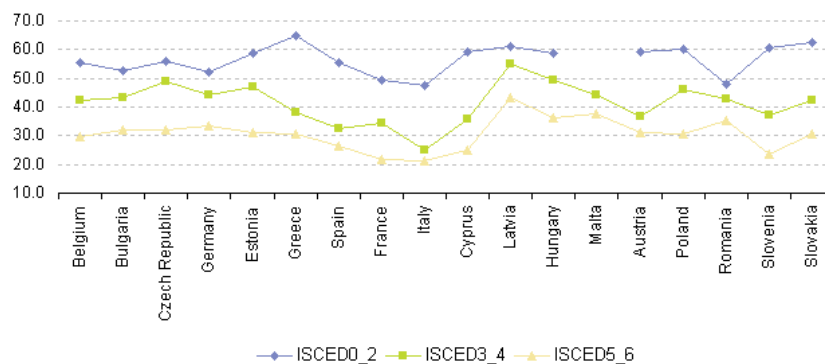


Fig. 16 Ponderea obezității la femei în funcție de nivelul educațional

³³ McLaren L. "Socioeconomic status and obesity", 2007, *Epidemiol Rev* 29: 29–48

³⁴ 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

³⁵ Caballero B. "Introduction. Symposium: Obesity in developing countries: biological and ecological factors", 2001 *J. Nutr.* 131 (3): 866S–870S

³⁶ Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. 2001, *Public Health Nutr* ;5:231–7.

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. 17).^{27, 28}

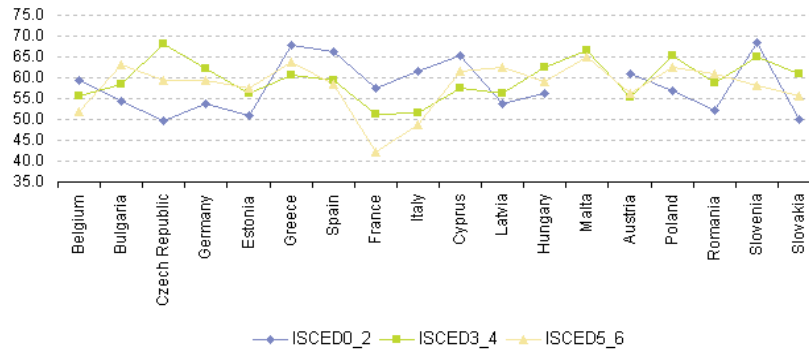


Fig. 17 Ponderea obezității la bărbați în funcție de nivelul educațional

În ceea ce privește copiii, rezultatele unui studiu efectuat în SUA pe un număr de peste 7700 copii și publicate în ianuarie 2014 au arătat că “soarta greutateii” 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 grădinița. 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 copii care au avut greutatea la naștere peste 4800 g.³⁷

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

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, considerată factorul de risc principal de deces (fig. 18).³⁸

³⁷ 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

³⁸ OMS, Global Health Risks http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/, accesat în 28 feb. 2015

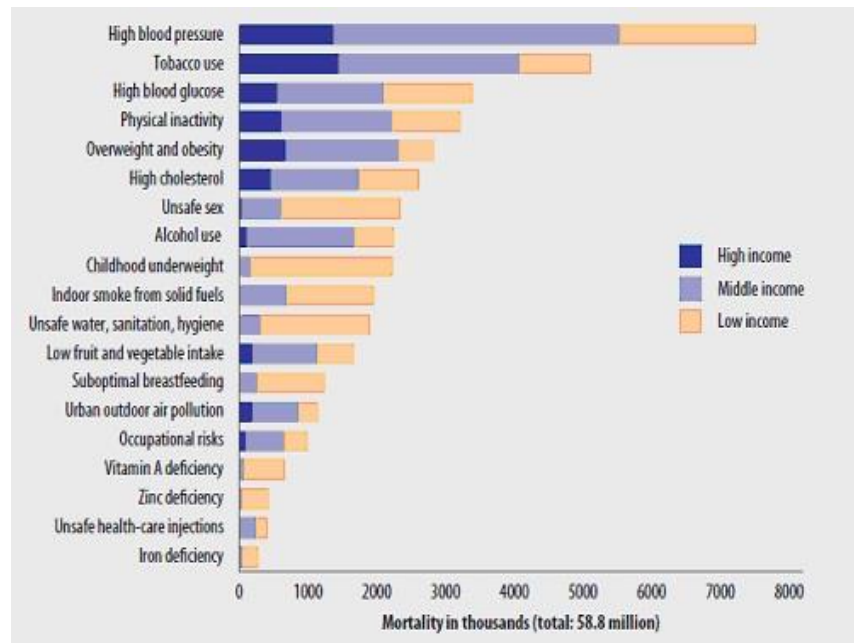


Fig. 18 Decesele atribuite principalilor 19 factori de risc, 2004 (sursa: Raportul OMS pentru Riscurile pentru Sănătate, 2004)

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 asociată cu puterea, frumusețea și bogăția.³⁶

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).³⁹ 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.⁴⁰ 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.⁴¹ Trogdon și colab. au arătat în 31 de studii că muncitorii

³⁹ 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

⁴⁰ Andreyeva T, Sturm R, Ringel JS. Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. 2004, Obes Res., 12(12):1936-1943

⁴¹ 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

obezi pierd mai multe zile lucrătoare din cauza îmbolnăvirilor, accidentelor și dizabilității.⁴² 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.⁴³

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 îngenucheate de economia anemică. Potrivit Gallup, americanii grași nu își duc "propria greutate", când vine vorba 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 scăzută⁴⁴ și crește riscul de discriminare socială și scăderea mobilității sociale. Venitul familial scăzut este de asemenea asociat cu excesul de greutate⁴⁵. 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.⁴⁶

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 85000 devin obezi în fiecare an. Se estimează că bolile favorizate de obezitate sunt răspunzătoare pentru 7 % din costurile totale de sănătate în Uniunea Europeană.⁴⁷

⁴² 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

⁴³ 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

⁴⁴ 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

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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

⁴⁷ Raport Eurostat, 2011. <http://www.euractiv.com/health/fight-against-obesity-links dossier-188429>, accessed 30 Nov. 2011

VII. Concluzii și mesaje cheie

- Obezitatea a atins la ora actuală proporții de pandemie, iar consecințele sale duc la o povară fără precedent în domeniile sănătății, financiar și social. De aceea se impun acțiuni eficiente pentru a reduce frecvența obezității.
- Supragreutatea și obezitatea reprezintă al cincilea risc de decese la nivel global.
- Obezitatea este de cele mai multe ori legată de factori ai stilului de viață ce pot fi preveniți, în mod special obiceiurile alimentare deficitare și sedentarismul.
- Obezitatea la copii are o importanță deosebită, deoarece obiceiurile alimentare și nivelul efortului fizic sunt adoptate de timpuriu și tind să persiste toată viața.
- Adulții trebuie să fie model pentru tinerele generații în adoptarea unui stil de viață cât mai sănătos.
- Comportamentele nesănătoase privind alimentația și activitatea fizică la copii și tineri presupun propunerea și implementarea unor strategii de reducere și prevenție, respectiv de promovare a comportamentelor sanogene, atât prin intervenții la nivel individual și de grup (clasă, școală), dar mai ales la nivel comunitar, populațional.
- Modificările comportamentale trebuie să fie susținute de elaborarea și implementarea unor politici de sănătate aplicabile în comunitățile de copii și elevi.

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 386/31.03.2015) care se derulează în perioada 2015-2016, cum ar fi Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate, conținând Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate, care are ca și domenii specifice intervenții pentru un stil de viață sănătos și evaluarea stării de sănătate a populației generale.

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 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**. 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. Fă zilnic mișcare viguroasă minimum 60 de minute.

Campania a avut acoperire națională. Au fost semnate acorduri de parteneriate și planuri de acțiune județene. La nivelul școlilor și grădinițelor s-au desfășurat peste 500 microproiecte. Au fost elaborate instrumente de lucru pentru intervenții în școli (pentru elevii claselor a șasea) și grădinițe.

După finalizarea proiectului, activitățile au fost continuate în cadrul Planului Național de Acțiune pentru Alimentația Sănătoasă și Activitatea Fizică la Copii și Adolescenți, conform Ordinului MS nr. 1591 din 2010.

Ministerul Sănătății a încheiat un protocol de colaborare cu fundația PRAIS pentru implementarea începând din 2011 a mișcării naționale *Și eu trăiesc sănătos!*, care are ca obiectiv informarea, educarea și mobilizarea tinerei generații, a elevilor din ciclul primar și a familiilor acestora pentru un stil de viață sănătos, bazat pe nutriție echilibrată și mișcare. Mișcarea este membru activ în cadrul European Epode Network – EEN, organizație care reunește programe naționale similare din Franța, Spania, Belgia, Grecia, Olanda.

Pentru reducerea consumului de grăsimi și zahăr în rândul populației Ministerul Sănătății și Federația Patronală Română din Industria Alimentară (ROMALIMENTA) au încheiat un protocol de colaborare în 2012. S-a convenit colaborarea pentru promovarea reducerii consumului de grăsimi și zaharuri la nivel național, în vederea îmbunătățirii sănătății populației. Protocolul se derulează timp de 5 ani prin acțiuni de informare, educare și comunicare în rândul populației și prin acțiuni de reformulare a alimentelor pentru scăderea conținutului de grăsimi și zaharuri în alimentele procesate.

În anul 2015 a fost editat un Ghid de intervenție pentru alimentație sănătoasă și activitate fizică în grădinițe și școli, având ca promotor Institutul Național de Sănătate Publică. Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului: „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” – Programul RO 19 „Inițiative în sănătatea publică”, prin revizuirea materialului elaborat în cadrul proiectului: „Creșterea accesului la servicii de prevenție medicală primară pentru copiii și adolescenții din România. Alimentația sănătoasă și activitatea fizică în rândul copiilor și adolescenților din România”. Ghidul oferă modele și instrumente pentru realizarea de acțiuni în sprijinul alimentației sănătoase și al activității fizice în grădinițe și școli. El este destinat tuturor cadrelor didactice care își asumă rolul esențial de a contribui la educația pentru sănătate a copiilor, dar și altor profesioniști, precum asistenților medicali și medicilor școlari care desfășoară activități ce pot contribui la o mai bună educație pentru sănătate în școli și grădinițe.

Responsabil campanie:

Dr. Ioana Veștemean