

Programul RO19 „Inițiative în Sănătatea Publică”

Proiectul RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

GHID DE PREVENȚIE

Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară



1

Intervențiile preventive adresate stilului de viață

Alimentația • Activitatea fizică



alrat



Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”
Proiectul RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția
bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

Ghid de prevenție

Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare
pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară

Volumul 1

Intervențiile preventive adresate stilului de viață

- **Introducere și metodologie**
- **Alimentația**
- **Activitatea fizică**

Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

**„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” –
Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”**

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Calea Moșilor 227, Sc. 1, Ap. 3, Sector 2, 0208868 București

www.cnsmf.ro

ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor

Str. Constantin F. Robescu nr. 4, Sector 3, 030218 București

www.aliat-ong.ro

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și/sau tutorele sau îngrijitorul lor.

*Singurul mod de a-ți păstra sănătatea este să mănânci ceea ce nu vrei,
să bei ceea ce nu-ți place și să faci ceea ce n-ai face.*

Mark Twain

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI

Colectiv CNSMF:

Mihaela Bucurenci
Doina Bunescu
Monica Bătăiosu
Mădalina Dumitrescu
Cristina Isar
Andrea Neculau
Iuliana Popa
Marius Mărginean

Colectiv INSP:

Magda Ciobanu
Adriana Galan
Rodica Nicolescu
Silviu Rădulescu
Carmen Ungurean

Colectiv ALIAT:

Gabriella Bondoc
Eugen Hriscu
Andreea Ștefanache
Mihai Bădica

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 „Inițiativa în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatate.ms.ro.

CUPRINS

Partea I – Introducere și metodologie	9
CAPITOLUL 1. INTRODUCERE	11
1.1. OBIECTIVE ȘI ARIE DE CUPRINDERE	11
1.2. CADRUL CONCEPTUAL.....	13
1.3. NOȚIUNI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ UTILIZATE ÎN ACEST GHID.....	15
1.3.1. CRITERII DE EFICACITATE PENTRU ALEGEREA INTERVENȚIILOR PREVENTIVE RECOMANDATE	16
1.3.1.1. Pentru testele de screening	16
1.3.1.2. Pentru intervențiile de consiliere	17
1.3.1.3. Pentru imunizări	17
1.3.1.4. Pentru chimioprofilaxie.....	17
CAPITOLUL 2. METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI	18
2.1. INIȚIEREA	19
2.1.1. DOCUMENTAREA ȘI STRUCTURA GHIDULUI.....	19
2.2. ADAPTAREA	20
2.2.1. SELECȚIA SUBIECTULUI	20
2.2.2. FORMULAREA ÎNTREBĂRILOR LA CARE RĂSPUNDE GHIDUL	20
2.2.3. CĂUTAREA DE GHIDURI ȘI ALTĂ DOCUMENTAȚIE RELEVANTĂ	21
2.2.4. ANALIZA GHIDURILOR IDENTIFICATE.....	21
2.2.4.1. Aplicabilitatea recomandărilor.....	24
2.2.5. SELECȚIA GHIDURILOR ȘI A RECOMANDĂRILOR PENTRU A CREA UN GHID ADAPTAT	24
2.2.6. ELABORAREA VARIANTEI PRELIMINARE A GHIDULUI ADAPTAT	25
2.3. FINALIZAREA	25
2.3.1. FEEDBACKUL EXTERN	25
2.3.2. AVIZAREA GHIDURILOR.....	26
2.3.3. ACTUALIZAREA	26
2.3.4. PRODUCEREA DOCUMENTULUI FINAL (GHIDUL).....	27
BIBLIOGRAFIE.....	28

Partea a II-a – Alimentația și activitatea fizică	31
CAPITOLUL 1. ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ LA POPULAȚIA DE PESTE 2 ANI	33
1.1. OBIECTIVELE CAPITOLULUI	33
1.2. IMPORTANȚA ȘI DEFINIREA PROBLEMEI	33
1.3. RELAȚIA REGIMURI ALIMENTARE – BOLI CRONICE NETRANSMISIBILE	34
1.4. DOVEZI PRIVIND EFICACITATEA REDUCERII RISCULUI.....	35
1.4.1. BOALA CARDIOVASCULARĂ, DIABETUL, OBEZITATEA	35
1.4.2. CANCERUL.....	35
1.4.3. BOLILE NEUROPSIHICE.....	36
1.5. EVALUAREA COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR ÎN CABINETUL DE MEDICINA FAMILIEI	37
1.6. INTERVENȚII RECOMANDATE PRIVIND COMPORTAMENTELE ALIMENTARE	41
1.6.1. EFICACITATEA INTERVENȚIILOR CLINICE	41
1.6.2. INTERVENȚIA SCURTĂ.....	43
1.6.3. INTERVIUL MOTIVAȚIONAL.....	43
1.7. REGIMUL ALIMENTAR RECOMANDABIL POPULAȚIEI SĂNĂTOASE CU VÂRSTA PESTE 2 ANI	45
1.7.1. GRUPE, SUBGRUPE, PATTERNURI ALIMENTARE ⁸	45
1.7.2. MESAJE-CHEIE PENTRU O ALIMENTAȚIE SĂNĂTOASĂ	46
1.7.3. RECOMANDĂRI DETALIAȚE PRIVIND GRUPELE ALIMENTARE.....	49
1.7.3.1. Cereale	49
1.7.3.2. Legume și fructe	51
1.7.3.3. Lapte și produse lactate	54
1.7.3.4. Alimente proteice (carne slabă, pui, pește, ouă, nuci, semințe).....	56
1.7.3.5. Grăsimi.....	60
1.7.3.6. Apa.....	61
1.7.4. RECOMANDĂRI PRIVIND ALIMENTELE CARE TREBUIE CONSUMATE DOAR OCAZIONAL ȘI ÎN CANTITĂȚI FOARTE MICI	62
1.7.4.1. Grăsimile	62
1.7.4.2. Sarea	64
1.7.4.3. Zahărul	65
1.7.4.4. Calorii goale.....	67
1.7.4.5. Alcool	69
1.7.5. SIGURANȚA ALIMENTAȚIEI: CAFEA, ASPARTAM, MANIPULAREA ÎN SIGURANȚĂ A ALIMENTELOR.....	69
1.7.5.1. Cafea	69
1.7.5.2. Aspartam.....	70
1.7.5.3. Manipularea în siguranță a alimentelor.....	71

1.7.6. RECOMANDĂRI PENTRU GRUPURI SPECIFICE.....	71
1.7.6.1. Vegetarieni și vegani.....	71
1.7.6.2. Vârstnici	72
1.7.6.3. Obezi, supraponderali.....	72
1.7.6.4. Copii.....	72
1.7.6.5. Femei însărcinate sau care alăptează.....	74
1.7.7. COMPORTAMENTE ALIMENTARE.....	75
1.7.7.1. Mic dejun	75
1.7.7.2. Gustările/„ronțăitul” între mese	76
1.7.7.3. Frecvența meselor	76
1.7.7.4. <i>Fast-food</i> și mâncare la pachet pentru acasă.....	76
1.8. ANEXE.....	77
Anexa 1. Cele 5 grupe și subgrupe alimentare de bază ⁸	78
Anexa 2. Piramida alimentației sănătoase	79
Anexa 3. Farfuria alimentației sănătoase.....	80
Anexa 4. Chestionarul REAPS.....	82
Anexa 5. Chestionarul REAPS comentat.....	83
Anexa 6. Caracteristici nutriționale ale grupelor alimentare ⁸⁴	86
Anexa 7. Valoarea calorică a alimentelor ⁸⁴	87
Anexa 8. Necesari caloric estimat pe zi, sex, vârstă și nivel de activitate fizică ⁸	88
Anexa 9. Porții-standard zilnice pe grupe alimentare și niveluri de aport caloric ⁸	89
Anexa 10. Contabilizarea porțiilor de alimente din diferite grupe și subgrupe alimentare în combinațiile de alimente ⁵	91
Anexa 11. Conținutul estimat de acizi grași eicosapentaenoic (EPA), docosahexaenoic (DHA) și de mercur în 110 g pește de diferite varietăți ⁸	92
Anexa 12. Uleiurile – compoziție, surse, efecte.....	93
Anexa 13. Necesari de micronutrimente (minerale și vitamine) pe grupe de vârstă și sex ⁸ ..	94
Anexa 14. Surse alimentare de micronutrimente ^{8, 18, 80}	95
Anexa 15. Principii în alimentația copilului ⁸⁴	96
Anexa 16. Lista alimentelor nerecomandate preșcolărilor și școlărilor ⁸⁴	98
Anexa 17. Tabel sintetic cu alimentația la copil pe grupe de vârstă și sex, detaliată pe cele 5 grupe alimentare sănătoase ⁵	99
Anexa 18. Pattern alimentar – adaptare pentru vegetarieni ⁸	100
Anexa 19. Pattern adaptat vegan ⁸	101
Anexa 20. Dieta DASH	102
Anexa 21. Dieta mediteraneană ⁸⁵	104

Anexa 22. Stadializarea intervențiilor în obezitate	106
Anexa 23. Jurnalul alimentar	107
BIBLIOGRAFIE	110
CAPITOLUL 2. ACTIVITATEA FIZICĂ	116
2.1. INTRODUCERE	116
2.2. EFECTELE ACTIVITĂȚII FIZICE ASUPRA SĂNĂȚĂȚII.....	117
2.3. DATE EPIDEMIOLOGICE	118
2.4. MANAGEMENTUL NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE	120
2.5. EVALUAREA NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ.....	120
2.5.1. METODE DE EVALUARE.....	120
2.5.1.1. Anamneza	120
2.5.1.2. Chestionarele	121
2.5.1.3. Pedometrele.....	122
2.5.2. FRECVENȚA EVALUĂRII NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ	123
2.6. RECOMANDĂRI PRIVIND ACTIVITATEA FIZICĂ.....	123
2.6.1. COPIII SUB 5 ANI.....	123
2.6.2. COPIII ȘI ADOLESCENȚII (5-12 ANI ȘI 13-17 ANI).....	124
2.6.3. ADULȚII SĂNĂȚOȘI (> 18 ANI)	125
2.6.3.1. Evaluarea riscului.....	126
2.6.4. PACIENȚI CU BOLI CARDIOVASCULARE.....	126
2.6.5. GRAVIDE ȘI LĂUZE	128
2.7. INTERVENȚII DE CREȘTERE A NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	129
2.7.1. FACTORI CE SUSȚIN SFATUL SCURT	130
2.7.1.1. Pregătirea și informarea personalului din medicina primară pentru susținerea sfatului scurt	130
2.8. TRIMITEREA PACIENȚILOR	131
2.9. URMĂRIRILE PACIENȚILOR CONSILIAȚI PENTRU CREȘTEREA NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ	132
2.10. Anexe.....	133
Anexa 24. Sumarul recomandărilor privind activitatea fizică.....	133
Anexa 25. Chestionarul GPPAQ – Indexul activității fizice	134
Anexa 26. Pliant mișcare pentru pacienți.....	140
BIBLIOGRAFIE	141

Partea I
**Introducere
și metodologie**

CAPITOLUL 1.

INTRODUCERE

1.1. OBIECTIVE ȘI ARIE DE CUPRINDERE

Lucrarea de față își propune să ofere medicilor de familie și cadrelor din asistența medicală primară din România un **model de medicină preventivă** care să asigure deopotrivă o eficacitate clinică optimă și o eficiență maximă a serviciilor profilactice furnizate populației, precum și un **instrument** valoros pentru implementarea politicilor adresate problemelor majore de sănătate publică.

Ghidul „*Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară*” răspunde imperativelor de intervenție actuale, la nivel național și internațional, pentru prevenirea bolilor netransmisibile majore. Ghidul este construit pentru a pune la dispoziția tuturor actorilor cheie implicați cadrul conceptual și operațional care să permită implementarea directivelor strategice ale Planului Global de Acțiune al Organizației Mondiale a Sănătății pentru anul 2025.

Prin modelul propus este vizată acoperirea sistematică a populației cu intervenții preventive bazate pe dovezi adresate factorilor de risc cu cel mai mare impact asupra poverii îmbolnăvirilor.

Activitatea de elaborare a acestui Ghid este parte integrantă a Proiectului RO 19.04 „**Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România**” – componenta adresată Asistenței Primare, implementată de Institutul Național de Sănătate Publică în calitate de Promotor, împreună cu Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei și organizația ALIAT în calitate de Parteneri. Proiectul este operat de Ministerul Sănătății și este finanțat prin Granturile Norvegiene 2009-2014.

În demersul de construire a acestui ghid au fost urmărite următoarele obiective:

- revizuirea/actualizarea recomandărilor privind evaluarea, de către medicul de familie, a riscurilor individuale ale pacienților pentru BNT prioritare, ținând cont de cele mai recente dovezi în domeniul prevenției;
- dezvoltarea de instrumente care sprijină evaluarea de către medicul de familie a riscurilor individuale privind: diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, cancerul și alte riscuri relevante;
- adresarea comportamentelor stilului de viață asociat BNT: alimentația sănătoasă, promovarea activității fizice, controlul consumului de alcool și tutun, prin intervenții specifice.

Drumul parcurs pentru elaborarea și redactarea capitolelor acestui Ghid a constat în:

- revizuirea dovezilor privind intervențiile preventive (eficacitate și cost-eficiența);
- actualizarea recomandărilor privind intervențiile de depistare și control al factorilor de risc comuni pentru BNT;
- evaluarea nevoilor de schimbare ale MF/AM în comportamentele clinice privind prevenția.

De asemenea, este în derulare testarea aplicabilității la nivelul a 100 de cabinete de medicină de familie, din 4 zone ale țării (București-Ilfov, Dolj, Cluj, Iași), a recomandărilor formulate.

Din punct de vedere operațional, activitățile preventive propuse prin intermediul Ghidului se referă la:

- evaluarea periodică ținută, la nivelul asistenței primare, a riscurilor individuale specifice pe grupe de vârstă/sex în populația generală asimptomatică de adulți și copii;
- comunicarea riscului individual și înrolarea sistematică a persoanelor potrivit situației de risc, în intervenții de management al riscului bazate pe dovezi;
- centralizarea datelor privind distribuția și nivelul factorilor de risc în populație și utilizarea acestora pentru informarea politicilor de sănătate.

Ghidul adresează nevoile prioritare de prevenție pentru întreaga populație (adulți și copii) astfel:

Copii:

Consultații periodice structurate efectuate activ în asistența primară (medicina de familie și asistența medicală comunitară - acolo unde există):

- evaluarea creșterii, a dezvoltării și a stării de nutriție după metodologia recomandată de OMS/UNICEF;
- consiliere și educație pentru practici nutriționale și de activitate fizică sănătoase; mesaje cheie către familii pentru supravegherea și îngrijirea copilului după metodologia recomandată de OMS/UNICEF;
- screening și intervenție pentru riscurile specifice grupelor de vârstă conform ghidurilor și metodologiilor în vigoare.

Adulți:

Consultații periodice structurate acordate de medicul de familie în mod activ adulților din populația generală (fără semne de boală) care cuprind:

- evaluarea structurată a stilului de viață cu ajutorul chestionarelor, evaluarea antecedentelor personale și familiale relevante și efectuarea de măsurători cheie;
- efectuarea la cabinet (POCT) sau trimiteri selective pentru anumite investigații în funcție de grupa de vârstă/sex;
- comunicarea factorilor de risc individuali și întocmirea de planuri de intervenție pentru principalele riscuri de BNT: cardiovascular, metabolic, cancer; abordarea

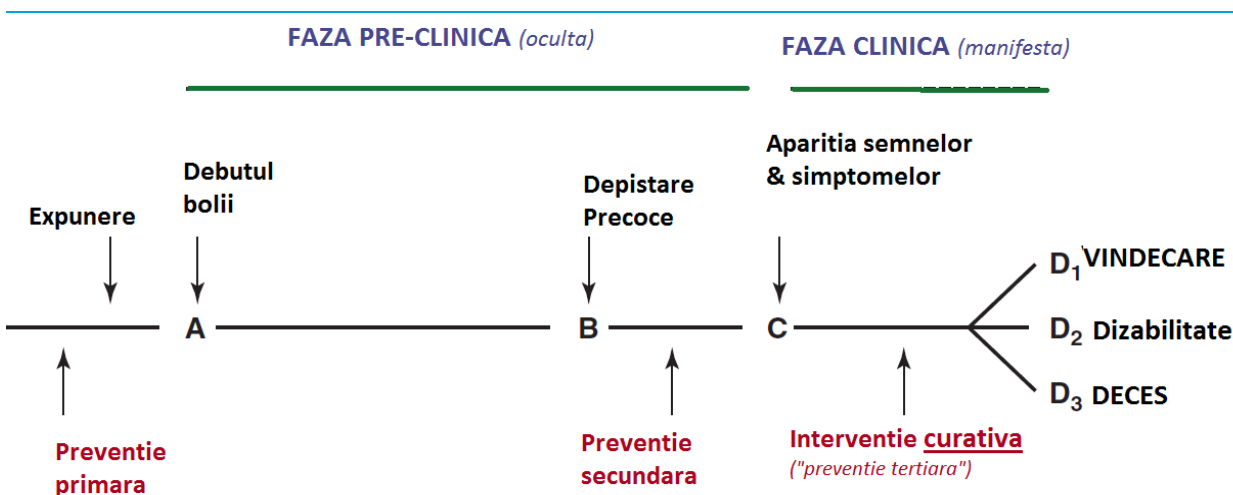
complementară a altor riscuri specifice grupelor de vârstă (sănătate mintală, sănătatea reproducerii etc.),

- comunicarea țintită pentru optimizarea stilului de viață, cu intensitate individualizată în funcție de profilul de risc;
- managementul riscului și finalizarea episodului de îngrijire preventivă prin reincludere în supravegherea populațională de rutină sau prin confirmarea diagnosticului de boală și inițierea episodului curativ.

1.2. CADRUL CONCEPTUAL

Medicina preventivă/profilaxia reprezintă ansamblul **intervențiilor** adresate **riscului** de boală, deces, dizabilitate.

În funcție de momentul intervenției în istoria naturală a bolilor, activitățile preventive au fost clasificate ca **prevenție primară** (intervenții care contracarează riscul de îmbolnăvire), **prevenție secundară** (intervenții care urmăresc selectarea indivizilor cu risc crescut sau în stadii în care boala nu este încă manifestă) și **prevenția terțiară** (intervenții care urmăresc să atenueze/ anuleze impactul bolii asupra persoanelor diagnosticate).



În sănătatea publică sunt considerate intervenții preventive „adevărate” numai cele care se adresează persoanelor asimptomatice, considerate sănătoase (deci **prevenția primară și secundară**) și, din acest motiv, medicina preventivă este numită și „medicina omului sănătos”.

Pentru populația înscrisă, medicul de familie realizează periodic un **inventar sistematic al nevoilor de prevenție** pentru **riscurile cele mai semnificative** pentru sănătate și **recomandă/efectuează intervențiile clinice protectoare** cu eficacitate clinică dovedită și **cost-eficiente** din punct de vedere al sistemului de servicii de sănătate.

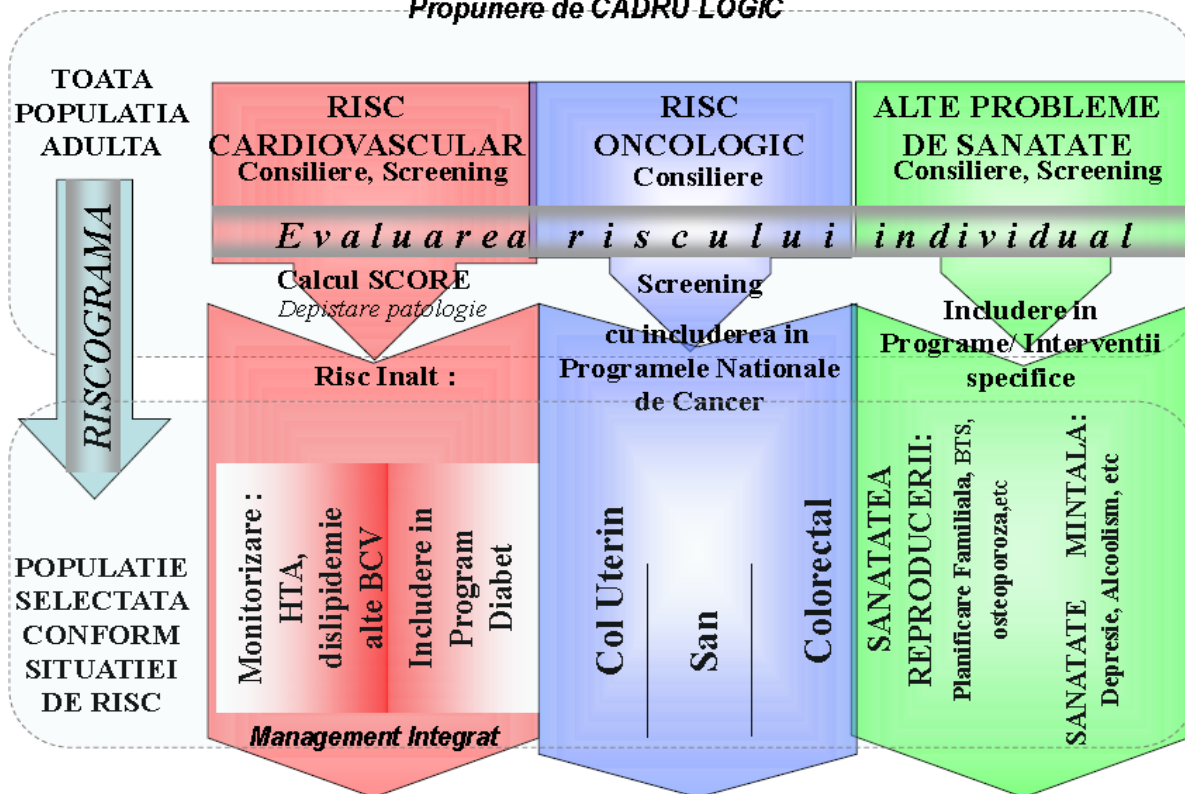
Această **inventariere țintită a riscurilor** individuale vizează populația generală asimptomatică și se efectuează în cadrul unor consultații active, având ca scop managementul riscurilor de

îmbolnăvire prin afecțiuni cu impact major asupra sănătății publice. Se utilizează **sisteme de programare și de supraveghere dedicate**, care să urmărească efectuarea de către persoanele la risc, în timp util, a acelor intervenții clinice recomandate conform ghidurilor clinice bazate pe dovezi.

Managementul riscului de îmbolnăvire în populația sănătoasă este o abordare distinctă față de clasicul examen nediferențiat – examenul de bilanț, pe aparate și sisteme, bazat pe prezența semnelor și a simptomelor de boală detectabile prin examenul clinic general. Examenul de bilanț poate fi privit mai degrabă ca un instantaneu al stării prezente a pacientului și mai puțin ca un instrument de gestiune a riscurilor pentru sănătatea viitoare. Eficacitatea sa privind reducerea riscului a fost invalidată de numeroase studii în ultima decadă.

Aceasta este logica pe care s-a întemeiat modelul de prevenție integrată pilotat în România în perioada 2006-2007 cu spijinul USAID, care a propus un model de prevenție sistematică și integrată, prin care **medicul de familie identifică populația eligibilă pentru diferite intervenții preventive (evaluarea riscului individual) și asigură (după caz) includerea persoanelor identificate în programele naționale de sănătate care se adresează acestor categorii de risc**. Acest model a fost preluat și adaptat în perioada 2007-2008 ca **”Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate”**.

Program National privind Supravegherea Starii de Sanatate a Populatiei Adulte –Componenta Preventie
Propunere de CADRU LOGIC



Agregarea riscurilor și a intervențiilor se face de regulă sub forma unor pachete pe grupe de vârstă/sex, modelele luate ca referință fiind cele propuse de *US Preventive Services Task Force*, *Canadian Preventive Services Task Force*, *RACGP Australia*, *NHS Health Check* etc.

Selectarea serviciilor, pentru a fi incluse în pachetul preventiv de rutină adresat populației generale, are la bază considerații de eficacitate și eficiență. Sunt selectate intervențiile care se bazează pe recomandări ferme, pentru care există dovezi solide (de rang A și B), privind impactul pozitiv din punctul de vedere al sănătății publice.

Indiferent de afecțiunea țintă, intervențiile selectate vor viza fie detectarea prin examinare clinică, teste paraclinice sau întrebări standardizate a unor riscuri sau afecțiuni la persoane care se consideră sănătoase (screening), fie reducerea riscului prin schimbări de comportament (consilierea) sau administrarea de vaccinuri sau medicamente persoanelor sănătoase aflate la risc (imuno-chimio-profilaxia).

În implementarea serviciilor preventive trebuie să avem în vedere că toate riscurile/afecțiunile detectate prin screening trebuie urmate de confirmarea diagnosticului și tratament, altfel screening-ul este inutil.

Nu în ultimul rând, trebuie avută în vedere armonizarea activităților de **prevenție din asistența primară** cu activitățile de **promovare a sănătății** realizate prin structurile MSP și societatea civilă, prin intermediul campaniilor de Informare - Educare - Comunicare.

Pentru aceeași populație țintă, **educația pentru sănătate** are o metodologie și un management diferit de **consilierea** oferită prin consultații individuale, însă, oferirea de **mesaje cheie** unitare, indiferent de cale, asigură potențarea efectelor.

De asemenea, trebuie avut în vedere că activitatea de **consiliere** este mai mult decât o simplă prescriere punctuală de comportamente favorabile sănătății. Consilierea reprezintă un proces decizional complex în care „consilierul” și „consiliatul” sunt parteneri pe parcursul unui număr variabil de întâlniri/consultații, ce necesită nu numai resurse de timp dedicate, ci și dezvoltarea de abilități specifice (interviu motivațional).

1.3. NOȚIUNI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ UTILIZATE ÎN ACEST GHID

Afecțiunea țintă este acea stare de sănătate alterată pe care intervenția preventivă o evită (prevenție primară) sau o identifică de timpuriu (prevenția secundară). Importanța afecțiunii este dată de *frecvența* și *severitatea* sa.

Frecvența afecțiunii în populație se măsoară prin ratele sale de *incidență* (numărul de cazuri noi care apar într-un interval de timp dat, raportat la numărul populației) și *prevalență* (numărul total de cazuri - vechi și noi - în populație într-o perioadă dată, raportat la numărul populației).

Severitatea afecțiunii se descrie prin: mortalitate, morbiditate, rate de supraviețuire, ani de viață cu handicap, ani potențiali de viață pierduți etc.

Factorii de risc sunt caracteristici asociate afecțiunii țintă. Cunoașterea lor permite să se prezică starea de sănătate sau boală viitoare, chiar dacă în majoritatea cazurilor ei nu reprezintă cauza propriu-zisă a afecțiunii. Factorii de risc pot fi demografici, genetici, de comportament sau de mediu. Importanța lor este, de asemenea, dată de *frecvență* și *amploare*.

Frecvența este măsurată tot de incidență și prevalență.

Amplizarea riscului se măsoară prin: **Risc absolut** - incidența afecțiunii țintă în populația care prezintă factorul de risc și **Riscul relativ** - raportul între incidența afecțiunii țintă în populația care prezintă factorul de risc și incidența sa în populația care nu prezintă factorul de risc.

Tipurile de intervenții preventive recomandate în prezentul Ghid pentru reducerea riscului de boală și/sau deces sunt:

- **Testele de screening** - servicii preventive care folosesc un test sau o procedură de examinare pentru a identifica pacienții care necesită o anumită intervenție. Ele pot include chiar interviuri standardizate. Întrebările nestandardizate și testele aplicate unor persoane simptomatice (de exemplu, măsurarea TA pentru un pacient cu cefalee) nu constituie un test de screening.
- **Consilierea** - servicii preventive prin care pacientul este ajutat să realizeze schimbări în comportamentul personal, care pot reduce riscul de boală sau vătămare. Nu este considerată intervenție preventivă consilierea privind regimul igienico-dietetic în cadrul monitorizării pacientului cronic.
- **Imunizările** - vaccinuri și imunoglobuline (imunizare pasivă) administrate unor persoane care nu prezintă semnele bolii infecțioase.
- **Chimioprofilaxia** - ca prevenție primară - se referă la utilizarea de substanțe sau produse biologice de către persoane asimptomatice, pentru reducerea riscului de a dezvolta o anumită afecțiune.

Eficacitatea intervențiilor preventive este reflectată de capacitatea lor de a determina rezultatul dorit în starea de sănătate (Efectul de sănătate).

Eficiența intervențiilor preventive pune în balanță beneficiile obținute cu riscurile asociate intervenției, costuri și efortul de implementare.

Rezultatele intervențiilor preventive se măsoară în QUALY (ani de viață câștigați ajustați pentru calitate), DALY (ani de viață ajustați pentru incapacitate).

1.3.1. CRITERII DE EFICACITATE PENTRU ALEGEREA INTERVENȚIILOR PREVENTIVE RECOMANDATE

1.3.1.1. Pentru testele de screening

- Acuratețea testului.
- Eficacitatea depistării precoce.

Un test de screening nu este considerat eficace dacă nu are suficientă precizie pentru a detecta o afecțiune mai devreme decât ar fi fost ea diagnosticată în absența screening-ului, sau dacă nu există dovezi adecvate că detectarea și tratamentul în faza respectivă îmbunătățesc semnificativ prognosticul.

Criteriile esențiale pentru recomandarea unui test de screening universal sunt:

- afecțiunea are un impact semnificativ asupra cantității și calității vieții;
- sunt disponibile metode de tratament adecvate și acceptabile pentru pacient;
- afecțiunea are o perioadă asimptomatică în care diagnosticul și tratamentul pot reduce considerabil morbiditatea și mortalitatea;
- tratamentul efectuat în faza asimptomatică dă rezultate superioare față de aplicarea sa în etapa simptomatică;
- sunt disponibile teste acceptabile pentru pacienți, cu un cost rezonabil, care pot detecta afecțiunea în etapa asimptomatică;
- boala este suficient de răspândită în populație pentru a justifica testarea persoanelor asimptomatice. **Pentru intervențiile de consiliere**
- Eficacitatea reducerii riscului.
- Eficacitatea consilierii.

Intervențiile de consiliere nu pot fi considerate eficace în absența unor dovezi ferme că schimbarea comportamentului personal poate îmbunătăți prognosticul și că medicii pot influența acest comportament prin sfaturile lor.

1.3.1.3. Pentru imunizări

- Eficacitatea vaccinului.

1.3.1.4. Pentru chimioprofilaxie

- Eficacitatea chimioprofilaxiei.
- Eficacitatea consilierii.

Intervențiile de imuno- și chimioprofilaxie necesită dovezi de eficacitate biologică, iar în cazul chimioprofilaxiei sunt necesare și dovezi că pacienții vor fi complianți cu utilizarea unui agent farmacologic pe termen lung.

DECIZIA de a recomanda o anumită INTERVENȚIE și un anumit protocol (ghid sau standard clinic) se bazează pe calitatea și tăria dovezilor științifice privind eficacitatea și eficiența unei anumite intervenții.

Puterea dovezilor privind eficacitatea este gradată în funcție de metoda prin care au fost obținute. Metodologia de gradare a recomandărilor conform dovezilor utilizate este detaliată în capitolul următor.

CAPITOLUL 2.

METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI

Ghidul de prevenție răspunde unei vechi nevoi a profesioniștilor din asistența primară, mai ales a medicilor de familie, de a avea la îndemână un document suport și instrumente de sprijin pentru desfășurarea de activități preventive relevante, dovedit eficace, structurate și planificate.

Elaborarea de ghiduri de novo este cunoscută în literatura de specialitate ca fiind un proces îndelungat și consumator de resurse.

Adaptarea ghidurilor este o metodă alternativă la dezvoltarea de novo a ghidurilor, în scopul unei mai eficiente utilizări a celor existente și a limitării duplicării eforturilor.¹

Ea permite utilizarea și/sau modificarea ghidurilor produse într-un anumit cadru cultural și organizatoric (în cazul nostru, a ghidurilor internaționale de prevenție) pentru aplicarea lor într-un context diferit (în asistența primară din România)¹.

Elaborarea Ghidului de prevenție s-a făcut în cadrul definit al proiectului: **19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”**, finanțat de Granturile Norvegiene 2009-2014.

Având în vedere resursele de timp limitate oferite de cadrul prezentului proiect, elaborarea Ghidului de prevenție în asistența primară pe baza metodologiei ADAPTE a fost considerată cea mai adecvată soluție.

Adaptarea ghidurilor internaționale de prevenție existente la contextul asistenței primare din România, conform procedurii propuse de *The ADAPTE Collaboration* (2009), s-a făcut în trei etape (de inițiere, de adaptare, de finalizare) și mai mulți pași.¹

Tabel 1. Sumar etape **ADAPTE**:

Etape	Acțiuni	Module
Faza de inițiere	PREGĂTEȘTE PROCESUL DE ADAPTARE	Pregătirea
Faza de adaptare	DEFINEȘTE ÎNTREBĂRILE	Domeniul de aplicare și scop
	CAUTĂ ȘI CITEȘTE GHIDURILE EXISTENTE	Căutare și citire
	EVALUEAZĂ GHIDURILE	Evaluare
	DECIDE ȘI SELECTEAZĂ	Decizie și selectare
	ELABOREAZĂ DOCUMENTUL PRELIMINAR	Personalizare
Faza de finalizare	REVIZUIRE EXTERNĂ	Revizuire externă
	PLANIFICĂ URMĂTOAREA REVIZUIRE ȘI ACTUALIZARE	Planificare și actualizare
	ELABOREAZĂ DOCUMENTUL FINAL	Produs final

2.1. INIȚIEREA

Pregătirea este o etapă decisivă și în procesul de adaptare a unui ghid.

Ea are drept scop definirea unei teme cât mai relevante, a echipei tehnice și de revizuire, luarea în calcul a tuturor celor potențial interesați în vederea unei implementări de succes și atingerea obiectivului dorit: în cazul nostru, schimbarea modelului de furnizare a serviciilor preventive oferite în asistența primară (trecerea de la servicii oportuniste la unele sistematice și integrate).

2.1.1. DOCUMENTAREA ȘI STRUCTURA GHIDULUI

S-a întocmit o listă inițială a Ghidurilor de prevenție internaționale relevante pentru elaborarea Ghidului de prevenție în asistența primară din România.

Ghidurile identificate au fost parcurse de echipa tehnică a proiectului.

Ținând cont de criteriile de tip: relevanță pentru scopul propus și claritatea structurii, s-a convenit:

- un abord detaliat al factorilor de risc legați de stilul de viață (alimentație, activitate fizică, fumat și consum de alcool), în capitole distincte;
- adăugarea unui capitol privind intervenții de depistare, comunicare și modificare a principalelor riscuri relevante pentru vârste și gen, răspunzând astfel nevoilor exprimate de medicii de familie consultați.

În conformitate cu obiectivele și resursele proiectului și ținând cont de cadrul oferit de proiect, echipa de coordonare a proiectului (CNSMF, INSP, ALIAT) a definit structura echipei de elaborare a ghidului:

1. Echipa tehnică a ghidului - cu rol în elaborarea Ghidului conform metodologiei ADAPTE, compusă din:

- medici de familie și specialiști în sănătate publică cu expertiză și interes special, în domeniul activităților preventive la copii, tineri și adulți/vârstnici și cu competență în găsirea informațiilor, evaluare critică, elaborarea și implementarea de ghiduri clinice pentru medicii de familie;
- medici de familie cu expertiză și interes în domeniul sănătății publice, cu abilități de management și comunicare în cadrul echipei, dar și/mai ales, în stabilirea de relații de comunicare și colaborare cu alte specialități;
- medici specialiști de alte specialități (pneumologie, psihiatrie), psihologi, cu expertiză și interes pentru arii relevante - adicții și managementul schimbărilor de comportament în domeniul adicțiilor și al stilului de viață în general.

2. Echipa de recenzori și referenți - având rol în recenzarea Ghidului în formatul preliminar și formularea de observații pentru îmbunătățirea conținutului său:

- medici de diferite specialități, cu expertiză și interes în elaborarea și implementarea de ghiduri, simpli clinicieni (inclusiv medici de familie), membri sau lideri ai unor organizații profesionale interesate de conținutul și aplicarea Ghidului.

3. Organizații/structuri interesate, cu rol în sprijinirea, diseminarea și implementarea Ghidului în varianta finală.

S-au stabilit următoarele reguli, sarcini și modalități de colaborare:

- ghidul este elaborat sub coordonarea CNSMF cu participarea INSP și ALIAT;
- responsabilii de capitol structurează capitolul conform modelului agreat;
- fiecare capitol este supus unui proces de *peer-review*;
- deciziile privind problemele „în dispută” sunt aduse în atenția celorlalți membri ai grupului, iar rezoluția se adoptă prin consens;
- editorul Ghidului încorporează în documentul preliminar materialele recepționate și acceptate de coordonatorul științific;
- documentul preliminar este trimis spre recenzare listei de recenzori agreeți;
- responsabilii de capitole împreună cu coordonatorul ghidului analizează observațiile recenzorilor, eventual fac documentări suplimentare și formulează concluzii;
- concluziile privind modificările sugerate, inclusiv cele având ca efect implementarea, sunt trimise editorului ghidului care le încorporează în documentul intermediar/final;
- varianta finală a documentului se retrimite recenzorilor.

Cu prilejul întâlnirilor de consens s-a întocmit o listă privind modalitățile de diseminare, persoanele și instituțiile dornice a se implica în diseminarea și implementarea Ghidului de prevenție.

Formularea recomandărilor Ghidului ține cont de contextul specific de organizare și funcționare a activității în medicina familiei anului 2015 dar, pentru o mai bună sustenabilitate, Proiectul Lifestyle își propune formularea de sugestii care să modifice modul actual de furnizare a serviciilor preventive și modalitățile concrete de sprijinire ale acestei activități.

S-a avut în vedere necesitatea implicării unor experți independenți/organisme independente pentru avizarea ghidului.

2.2. ADAPTAREA

2.2.1. SELECȚIA SUBIECTULUI

Ghidul de față are ca subiect - Intervențiile dovedit eficace, aplicabile în asistența primară din România, pentru prevenția afecțiunilor considerate prioritare (având în vedere relevanța lor pentru morbiditate și mortalitate).

2.2.2. FORMULAREA ÎNTREBĂRILOR LA CARE RĂSPUNDE GHIDUL

Fiecare capitol al Ghidului are la bază un set de întrebări clinice; întrebările au fost formulate pornind de la formulele PPOH/PICO și setul standard de întrebări clinice structurate.

Ghidurile identificate în etapa preliminară au constituit punctul de plecare în stabilirea listei de întrebări clinice la care răspunde Ghidul adaptat.

În timpul analizei ghidurilor selectate au apărut și întrebări noi.

2.2.3. CĂUTAREA DE GHIDURI ȘI ALTĂ DOCUMENTAȚIE RELEVANTĂ

Strategia de căutare dezvoltată s-a bazat pe întrebările cheie formulate.

Căutarea suficient de comprehensivă a permis identificarea celor mai relevante ghiduri. Căutarea sistematică a fost precedată de formularea unor criterii de includere și excludere, cum ar fi: anul elaborării ghidului (nu mai vechi de cinci ani), limba (engleză în principal), organizația dezvoltatoare (organizații renumite) etc.

Căutarea sistematică a ghidurilor s-a făcut în bazele de date referitoare la Ghiduri [(*US National Guideline Clearinghouse* (www.guideline.gov), *Guidelines International Network* (www.g-i-n.net/)]. Au fost accesate paginile web ale organizațiilor dezvoltatoare de ghiduri sau ale societăților profesionale relevante (în special europene, americane, canadiene, australiene și neozelandeze). Ulterior, căutarea s-a îmbogățit cu o căutare în **MEDLINE** (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi) folosind cuvinte cheie: **Guideline** [*Publication Type*] sau **Practice guideline** [*Publication Type*] sau **Recommendation*** [*Title*] în combinație cu termeni specifici legați de aria clinică de interes (*Nutrition/ Physical activity/ Smoking/ Cardiovascular risk/ Obesity/ Diabetes/ Cancer/ Prevention*).

S-au căutat și ghiduri relevante în limba română, pe site-ul organizațiilor de profil din România și pe site-ul Ministerului Sănătății.

S-a luat decizia de a folosi mai multe ghiduri relevante pentru fiecare dintre domeniile *Lifestyle* de interes (nutriție, activitate fizică, fumat și consum de alcool) în vederea formulării de recomandări cât mai clare și mai adaptate la contextul asistenței primare din România. În plus, pentru documentarea intervențiilor preventive altele decât cele referitoare la principalii factori de risc enumerați mai sus, s-a decis să se utilizeze ca model **Ghidul de Intervenții preventive US Preventive Services Task Force** - varianta 2014.

În afară de ghiduri, s-au făcut căutări pentru identificarea altor surse valoroase cum ar fi recenzii sistematice (RS) sau rapoarte de evaluare a tehnologiei medicale (Rapoarte HTA), publicate ulterior datei la care s-a încheiat căutarea pentru ghidurile de referință. Acestea au fost utilizate pentru confirmarea recomandărilor, completarea lor sau pentru a răspunde la eventuale întrebări neacoperite în ghiduri de referință selectate.

2.2.4. ANALIZA GHIDURILOR IDENTIFICATE

O primă evaluare a ghidurilor identificate a avut ca scop:

- eliminarea din start a ghidurilor nerelevante (prin evaluarea „rigorii” cu ajutorul instrumentului AGREE²) și
- selectarea celor care necesită o evaluare mai aprofundată, într-un pas ulterior.

De la început au fost selectate ghiduri publicate după anul 2010.

AGREE II - „**Appraisal of Guidelines Research & Evaluation**” (Analiza Ghidurilor - Cercetare și Evaluare”) este un instrument de evaluare a calității ghidurilor clinice și poate fi găsit la adresa www.agreerust.org. Instrumentul conține 23 de dimensiuni și nu evaluează conținutul clinic al recomandărilor.²

Alte criterii de selecție utilizate au fost formatul foarte bun al ghidului sau prezența unor răspunsuri la unele întrebări de sănătate care nu au putut fi regăsite în ghiduri superioare calitativ.

Având în vedere că pentru formularea unei recomandări au fost luate în considerație mai multe ghiduri, s-a considerat că întocmirea *matricilor de recomandări* este foarte utilă¹. Pentru analiza conținutului ghidurilor s-au folosit matricile de recomandări extrase din ghidurile selectate și eventual din alte surse - SR, HTA.

S-a constatat dificultatea gradării unitare a recomandărilor (ghiduri diferite utilizează metode diferite de gradare; în același timp, există și ghiduri care nu gradează în niciun fel recomandările).

Soluția adoptată de grupul tehnic pentru rezolvarea acestei situații a fost aceea de a folosi un singur sistem de gradare a puterii recomandărilor (Sistemul GRADE) și de a reclasifica nivelul dovezilor, folosind sistemul ales (discordanțele au fost soluționate plecând de la evaluarea literaturii sursă).

Reamintim că sistemul GRADE³ de evaluare utilizează o procedură riguroasă și transparentă a calității dovezilor.

Sunt două nivele de tărie a recomandărilor:

- Recomandări puternice (Grad 1)
- Recomandări slabe (Grad 2)

Sunt trei nivele de calitate a dovezilor:

- A. Dovezi de calitate înaltă
- B. Dovezi de calitate medie
- C. Dovezi de calitate

Tabel 2. Sistemul de gradare GRADE.

Simbol	Gradul recomandării	Claritate risc/beneficiu	Calitatea dovezilor (pe care se sprijină recomandarea)	Implicații
1A	Recomandare puternică. Dovezi de înaltă calitate	Beneficiile sunt în mod clar mai mari decât riscurile și dezavantajele cumulate (costuri, inconveniente), sau invers	Dovezi coerente din trialuri controlate randomizate (RCT) bine realizate sau dovezi incontestabile din alte tipuri de studii. Este puțin probabil ca cercetări suplimentare să ne schimbe încrederea în legătură cu estimarea beneficiilor și riscurilor	Recomandare puternică, se poate aplica la majoritatea pacienților, fără rezervă

Simbol	Gradul recomandării	Claritate risc/beneficiu	Calitatea dovezilor (pe care se sprijină recomandarea)	Implicații
1B	Recomandare puternică. Dovezi de calitate medie	Beneficiile depășesc în mod clar riscurile și dezavantajele cumulate (costuri, inconveniente), sau invers	Dovezi din trialuri controlate randomizate (RCT) cu limitări importante (rezultate inconsistente, probleme de metodologie, dovezi indirecte sau imprecise) sau dovezi foarte puternice din alte tipuri de studii. Cercetări suplimentare (dacă s-ar efectua) ar putea avea un impact asupra încrederii noastre în estimarea beneficiilor și a riscurilor, și ar putea modifica estimarea	Recomandare puternică, pare că se poate aplica la majoritatea pacienților
1C	Recomandare puternică. Dovezi de calitate scăzută	Beneficiile par să depășească riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente, sau invers	Dovezi din studii observaționale, experiența clinică nesistematică, sau din trialuri controlate randomizate (RCT) având probleme metodologice serioase. Orice estimare a efectului este incertă	Recomandare relativ puternică; s-ar putea modifica atunci când vor fi disponibile dovezi de mai bună calitate
2A	Recomandare slabă. Dovezi de înaltă calitate	Beneficiile sunt aproape egale cu riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente sau invers	Dovezi coerente din trialuri controlate randomizate (RCT) bine realizate sau dovezi incontestabile din alte tipuri de studii. Este puțin probabil ca cercetări suplimentare să ne schimbe încrederea în legătură cu estimarea beneficiilor și a riscurilor	Recomandare slabă, cea mai bună acțiune poate diferi în funcție de: circumstanțe, valorile pacienților sau valorile sociale
2B	Recomandare slabă. Dovezi de calitate medie	Beneficiile sunt aproape egale cu riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente, existând unele incertitudini legate de estimarea beneficiilor, a riscurilor și a dezavantajelor cumulate	Dovezi din trialuri controlate randomizate (RCT) cu limitări importante (rezultate inconsistente, probleme de metodologie, dovezi indirecte sau imprecise) sau dovezi foarte puternice din alte tipuri de studii. Cercetări suplimentare (dacă s-ar efectua) ar putea avea un impact asupra încrederii noastre în estimarea beneficiilor și a riscurilor, și ar putea modifica estimarea	Recomandare slabă, abordări alternative ar putea fi mai bune pentru unii pacienți în anumite circumstanțe
2C	Recomandare slabă. Dovezi de calitate scăzută	Incertitudini privind estimarea beneficiilor, a riscurilor și a dezavantajelor cumulate - costuri și inconveniente; beneficiile pot fi apropiate de riscuri și dezavantajele cumulate	Dovezi din studii observaționale, experiența clinică nesistematică sau din trialuri controlate randomizate (RCT) având probleme metodologice serioase. Orice estimare a efectului este incertă	Recomandare foarte slabă; alte alternative pot fi la fel de rezonabile

2.2.4.1. Aplicabilitatea recomandărilor

Conform ADAPTE aplicabilitatea recomandărilor unui ghid în contextul țintă și gradul în care respectivul ghid necesită a fi adaptat depind de diferențele culturale și de contextul organizațional, de disponibilitatea serviciilor de sănătate, de competență, resurse, de organizarea serviciilor de sănătate, precum și de caracteristicile populației, credințele culturale și judecățile de valoare.

La selecția ghidurilor și în formularea recomandărilor finale ale Ghidului de prevenție propus au fost luate în calcul acceptabilitatea și aplicabilitatea lor, utilizând următoarele filtre¹:

- populația țintă a ghidurilor selectate este asemănătoare cu cea căreia i se adresează noul ghid? (acceptabilitate);
- intervențiile alese țin cont de părerea și preferințele pacienților, în contextul de aplicare a noului ghid? (acceptabilitate);
- sunt intervențiile/echipamentele recomandate de noul ghid disponibile în contextul de aplicare a noului ghid? (aplicabilitate);
- există expertiza necesară (cunoștințe, abilități) în noul context? (aplicabilitate);
- există constrângeri, bariere organizaționale, de legislație, ce țin de politici, de resursele disponibile, care ar putea împiedica implementarea acestor recomandări? (aplicabilitate);
- recomandările formulate sunt compatibile cu cultura și valorile existente acolo unde va avea loc implementarea lor? (acceptabilitate și aplicabilitate);
- beneficiul obținut din implementarea acestor recomandări merită efortul de a le implementa? (acceptabilitate);

Rezultatele evaluărilor efectuate au oferit o bază explicită pentru luarea unor decizii avizate privind selecția și modificările recomandărilor din ghidurile sursă.

Aceste decizii, propuse de către fiecare dintre experții pe probleme, au fost discutate la întâlnirile Grupului tehnic de lucru, pe baza informațiilor culese în instrumentele de sinteză amintite.

2.2.5. SELECȚIA GHIDURILOR ȘI A RECOMANDĂRILOR PENTRU A CREA UN GHID ADAPTAT

Procesul de decizie privind adoptarea, modificarea, eliminarea unora dintre recomandări a fost facilitat de coordonatorul științific al Ghidului.

În luarea deciziilor și selecția recomandărilor s-au folosit următoarele tipuri de opțiuni menționate în documentul ADAPTE¹:

RESPINGEREA întregului ghid - decizia consensuală a echipei de elaborare atunci când: ghidul a întrunit scoruri mici la AGREE, era vechi și depășit, recomandările sunt inaplicabile în contextul la care se referă noul ghid etc.

ACCEPTAREA recomandărilor specifice - decizia consensuală a echipei de elaborare de a accepta unele recomandări, așa cum sunt formulate de unele ghiduri, respectiv de a rejecta altele (recomandările care din anumite motive necesită modificări majore au fost eliminate).

MODIFICAREA recomandărilor specifice - decizia consensuală a echipei de elaborare ca unele dintre recomandări să fie păstrate, dar să fie modificate (au apărut date noi care modifică conținutul sau modul de formulare al recomandării se schimbă pentru a fi mai ușor aplicabilă în contextul noului ghid).

Deciziile adoptate au permis formularea de recomandări care adresează adecvat toate întrebările propuse și care pot fi aplicate în contextul asistenței primare din.

2.2.6. ELABORAREA VARIANTEI PRELIMINARE A GHIDULUI ADAPTAT

Recomandările reținute au făcut obiectul unor întâlniri de consens și au fost analizate din două perspective: una tehnică, privind acuratețea științifică și una vizând aplicabilitatea/implementabilitatea.

Consecutiv întâlnirilor de consens s-a elaborat o formă preliminară a Ghidului.

Colaționarea Ghidului preliminar s-a făcut plecând de la Scheletul Ghidului, formulat într-o etapă anterioară și luând în calcul sugestiile ADAPTE.

Varianta preliminară a Ghidului conține și un capitol de instrumente pentru implementare. Elaborarea capitolului s-a făcut în paralel cu elaborarea fiecăruia dintre capitolele de bază ale Ghidului, prin contribuția fiecăruia dintre experții pe problemă.

Procesul de elaborare, colaționare, respectiv de transpunere a instrumentelor în software a fost realizată cu sprijinul expertului IT.

2.3. FINALIZAREA

Conform ADAPTE, finalizarea presupune obținerea feedbackului asupra documentului din partea celor interesați de Ghid, stabilirea procesului de revizuire și actualizare a Ghidului și elaborarea documentului final.

2.3.1. FEEDBACKUL EXTERN

S-au organizat întâlniri de consens având ca obiectiv:

- analiza recomandărilor formulate;
- analiza contextului și a implementabilității recomandărilor formulate.

La întâlniri au participat medici de familie, reprezentanți ai principalelor specialități implicate, reprezentanți ai organizațiilor având interes în succesul implementării.

Întâlnirile au permis adresarea recomandărilor cheie și a celor potențial problematice și formularea de soluții de consens.

S-au formulat concluzii referitoare la atributele dorite ale intervențiilor preventive selectate cât și ale instrumentelor necesare pentru susținerea implementării: intervenții eficiente, ușor de asimilat și integrat în rutina zilnică a cabinetului, recunoscute ca prioritare și susținute financiar de către Casa de asigurări de sănătate, posibil a fi finalizate la nivel de sistem.

Feedbackurile primite ne-au condus la ideea dezvoltării a două variante a Ghidului:

- a. o variantă scurtă, utilă practicii imediate a medicilor de familie și ușor aplicabilă de către aceștia și chiar și de către asistentele medicale din asistența primară,
- b. o variantă exhaustivă, descriptivă, conținând materialul integral elaborat.

Cele 2 variante au fost retrimise spre revizuire utilizatorilor vizați: medici de familie simpli, reprezentanți ai unor organizații profesionale, medici de alte specialități, asistenți medicali, experți în elaborarea de ghiduri, decidenți, pacienți.

Aceștia au fost solicitați să formuleze opinii legate de punctele forte și punctele slabe ale ghidului, încrederea în calitatea procesului de adaptare și să sugereze eventuale modificări finale.

Medicilor de familie și asistenților medicali li s-a solicitat opinia referitor la acceptabilitatea și aplicabilitatea Ghidului în practica medicală curentă.

Decidenților, reprezentanților organizațiilor profesionale li s-a solicitat opinia în legătură cu implicațiile aplicării Ghidului - resursele necesare implementării Ghidului.

Autorii Ghidului au luat în discuție toate opiniile și sugestiile recenzorilor și au operat modificările necesare acolo unde a fost cazul.

2.3.2. AVIZAREA GHIDURILOR

Există dovezi¹ că avizarea ghidurilor de către organizațiile profesionale relevante crește aplicabilitatea ghidurilor.

Pentru o mai bună diseminare și implementare, Ghidul va fi supus unei proceduri de avizare de către organismele/organizațiile profesionale relevante - Colegiul Medicilor și Societatea Națională de Medicina Familiei.²

Avizarea presupune o procedură formală de recunoaștere a relevanței ghidului pentru membrii organizației.

2.3.3. ACTUALIZAREA

Conform ADAPTE, procesul de revizuire și actualizare a unui ghid implică două etape: identificarea unor noi dovezi relevante și decizia de a actualiza Ghidul.¹

Echipa tehnică a Ghidului a decis actualizarea sa la un interval de 5 ani (2020).

În cazul în care noi dovezi importante vor fi identificate mai repede, se va putea lua în considerare devansarea datei revizuirii.

2.3.4. PRODUCEREA DOCUMENTULUI FINAL (GHIDUL)

Dovezile arată că un Ghid final scurt și clar, lipsit de ambiguități este mai ușor de acceptat de către medicii care-l utilizează.¹

Ghidul de prevenție în varianta finală va conține un arsenal important de instrumente de suport care, sperăm, vor ușura implementarea.

Pilotarea acestor instrumente de către cele 100 de cabinete pilot din toată țara va permite orientarea Grupului tehnic în legătură cu acceptabilitatea și aplicabilitatea recomandărilor formulate, în special cu privire la stimulentele și barierele în calea implementării. În plus, contactul pe parcursul câtorva luni cu profesioniștii vizați, medici, asistente medicale și comunitare, va permite luarea în calcul a unor modificări de abord (reformularea mai clară/adaptată a unora dintre recomandări, modificări ale instrumentelor de suport: algoritmi, liste de verificare, alerte, sisteme de analiză, sisteme de planificare, materiale de informare a pacienților etc.).

În același timp, ca urmare a interacțiunii cu utilizatorii se vor putea aduce modificări la formatul Ghidului, ținând cont că o mai bună adaptare a formatului la categoria de utilizator poate influența modul în care acesta este receptat.

Ghidul final va trebui să conțină și referințe la modalitățile dovedite utile pentru implementarea Ghidului de către diverșii utilizatori.

Documentul final va putea fi evaluat din punctul de vedere al calității elaborării lui, utilizând Instrumentul AGREE².

BIBLIOGRAFIE

1. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Ressouce Toolkit for Guideline adaptation. Version. 2.0. Disponibil la adresa: <http://www.g-i-n.net>.
2. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument [monograph on the Internet]. 2001 Sep. Available from: http://www.agreetrust.org/docs/AGREE_Instrument_English.pdf
3. Shrout P, Fleiss J. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* 1979;86:420-8.
4. GRADE - http://www.gradeworkinggroup.org/publications/jce_series.htm
5. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J Clin Epidemiol.* 2010 Dec 27
6. Guyatt G, Oxman AD, Akl E, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, Falck-Ytter Y, Glasziou P, Debeer H, Jaeschke R, Rind D, Meerpohl J, Dahm P, Schünemann HJ. GRADE guidelines 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011 Jan 3
7. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, Alderson P, Glasziou P, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. GRADE guidelines 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2011 Jan 3
8. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines 3: rating the quality of evidence - introduction. *J Clin Epidemiol.* 2011 Jan 6
9. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW Jr, Atkins D, Meerpohl J, Schünemann HJ. GRADE guidelines 4: rating the quality of evidence - risk of bias. *J Clin Epidemiol.* 2011 Jan 20
10. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Djulbegovic B, Atkins D, Falck-Ytter Y, Williams JW Jr, Meerpohl J, Norris SL, Akl EA, Schünemann HJ. GRADE guidelines 5: rating the quality of evidence - publication bias. *J Clin Epidemiol.* 2011 Aug 1
11. Guyatt G, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, Devereaux P, Montori VM, Freyschuss B, Vist G, Jaeschke R, Williams JW Jr, Murad MH, Sinclair D, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Whittington C, Thorlund K, Andrews J, Schünemann HJ. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence - imprecision. *J Clin Epidemiol.* 2011 Aug 12
12. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, Alonso-Coello P, Glasziou P, Jaeschke R, Akl EA, Norris S, Vist G, Dahm P, Shukla VK, Higgins J, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence - inconsistency. *J Clin Epidemiol.* 2011 Aug 2

12. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, Alonso-Coello P, Falck-Ytter Y, Jaeschke R, Vist G, Akl EA, Post PN, Norris S, Meerpohl J, Shukla VK, Nasser M, Schünemann HJ; The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence - indirectness. *J Clin Epidemiol*. 2011 Aug 1
13. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, Atkins D, Kunz R, Brozek J, Montori V, Jaeschke R, Rind D, Dahm P, Meerpohl J, Vist G, Berliner E, Norris S, Falck-Ytter Y, Murad MH, Schünemann HJ; The GRADE Working Group. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011 Aug 1
14. Brunetti M, Shemilt I, et al.; The GRADE Working. GRADE guidelines: 10. Rating the quality of evidence for resource use. *J Clin Epidemiology* [publication - upcoming]
15. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, Atkins D, Kunz R, Montori V, Jaeschke R, Rind D, Dahm P, Akl EA, Meerpohl J, Vist G, Berliner E, Norris S, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012 Apr 30.
16. Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R, Brozek J, Norris S, Meerpohl J, Djulbecovic B, Alonso-Coello P, Post PN, Busse JW, Glasziou P, Christensen R, Schünemann HJ. GRADE guidelines 12. Preparing Summary of Findings tables-binary outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012 May 18.
17. Thorlund K, Oxman AD, Walter SD, Patrick D, Furukawa TA, Johnston BC, Karanickolas P, Akl EA, Vist G, Kunz R, Brozek J, Kupper LL, Martin SL, Meerpohl JJ, Alonso-Coello P, Christensen R, Schunemann HJ. GRADE guidelines 13. Preparing Summary of Findings tables-continuous outcomes. *J Clin Epidemiology* 2013 Feb;66(2):173-83
18. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, Nasser M, Meerpohl J, Post PN, Kunz R, Brozek J, Vist G, Rind D, Akl EA, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jan 9
19. Grading guide – Up to Date - <http://www.uptodate.com/home/grading-guide>

Partea a II-a
**Alimentația
și activitatea fizică**

CAPITOLUL 1.

ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ LA POPULAȚIA DE PESTE 2 ANI

1.1. OBIECTIVELE CAPITOLULUI

Capitolul de față face referire la modul în care alimentația influențează starea de sănătate a organismului, modalitățile de evaluare a comportamentului alimentar în cadrul consultației preventive structurate în medicina familiei și intervențiile de modificare a comportamentelor nedezirabile, respectiv conținutul recomandărilor referitoare la ce înseamnă alimentația sănătoasă pentru copiii peste 2 ani, tineri și adulți.

1.2. IMPORTANȚA ȘI DEFINIREA PROBLEMEI

ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ are următoarele caracteristici:¹

- grăsimi saturate sub 10% din aportul energetic, restul înlocuite cu grăsimi polinesaturate (PUFA);
- grăsimi trans – cât mai reduse, preferabil deloc din alimentele procesate și mai puțin de 1% din aportul energetic pentru cele naturale;
- maxim 5 g de sare/zi;
- 30 – 45 g de fibre/zi, din cereale integrale, fructe și legume;
- 200 g fructe/zi (2 – 3 porții-standard);
- 200 g legume/zi (2 – 3 porții-standard);
- pește cel puțin de 2 ori/săptămână, din care o dată pește gras;
- consumul de băuturi alcoolice limitat la 2 pahare/zi (20 g/zi) la bărbat și 1 pahar/zi la femeie.

Mai multe patternuri alimentare respectă aceste recomandări și sunt benefice pentru sănătatea cardiovasculară. Ele trebuie alese în funcție de necesitățile biologice individuale și de preferințele alimentare culturale și individuale.¹⁸

Alimentația sănătoasă asigură creșterea și dezvoltarea și contribuie la prevenirea unor boli cronice netransmisibile.

ALIMENTAȚIA NESĂNĂTOASĂ este unul din cei 4 factori de risc comportamental modificabili (alături de fumat, consum de alcool și inactivitatea fizică), care contribuie la apariția majorității bolilor cronice importante.¹

Statisticile recente ale Organizației Mondiale ale Sănătății (OMS) situează România între țările europene cu cea mai mică speranță de viață (locul 35). Primele 5 cauze de deces se referă la afecțiuni având legătură directă cu stilul de viață și implicit cu alimentația: boala coronariană, accidentul vascular, HTA, boală hepatică și cancerul pulmonar, alimentația jucând un rol important.

Înregistrări privind comportamentele alimentare, ocazionate de Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate (PNESS) și studii asupra patternului nutrițional în România în ultimii ani, relevă un consum redus de fructe, legume și pește, un consum normal de cereale, dar bazat pe cereale rafinate cu adaosuri de grăsimi solide și zahăr, un consum de alimente proteice adecvat cantitativ, dar de slabă calitate nutritivă, un consum ușor sub necesități de produse lactate.²

1.3. RELAȚIA REGIMURI ALIMENTARE – BOLI CRONICE NETRANSMISIBILE

Studii populaționale au demonstrat legătura dintre obiceiurile alimentare, morbiditate și mortalitate.

Alimentația nesănătoasă generează obezitate la copii, în creștere alarmantă în Europa și întreaga lume, cu consecințe importante asupra sănătății fizice și mentale a copiilor și un risc semnificativ de multiplicare a bolilor cronice la copii și adulți.^{3, 4, 5}

Alimentația nesănătoasă combinată cu inactivitatea fizică crește semnificativ riscul de boli cronice netransmisibile la adulți: în special boli cardiovasculare (BCV), cancer, hipertensiune arterială (HTA), obezitate și diabet zaharat de tip 2 (DZ2).^{9, 10, 11}

Aportul crescut de sare se asociază cu un risc crescut de boli precum HTA și BCV, și mortalitate în exces – de toate cauzele și mai ales prin boală coronariană ischemică (BCI) și alte BCV.^{12, 13, 14}

Dietele bogate în carne roșie/procesată, cartofi prajiți și surse de zahăr sunt asociate cu risc mai mare de cancer.¹⁸

Alimentația sănătoasă se asociază cu efecte pozitive asupra sănătății.

Consumul de cereale integrale este invers asociat cu mortalitatea generală și incidența BCI.^{12, 15} Consumul zilnic de legume galbene și verzi și de fructe se asociază cu risc scăzut de accident vascular cerebral (AVC), atât ischemic cât și hemoragic, precum și cu mortalitatea prin AVC la ambele sexe.^{12, 16}

Obiceiul de a consuma fibre, din cereale și fructe, este invers asociat cu riscul de BCI.^{15, 17}

1.4. DOVEZI PRIVIND EFICACITATEA REDUCERII RISCULUI

Există dovezi importante că alimentația sănătoasă are rol în creșterea și dezvoltarea sănătoasă la copii și joacă un rol important în prevenirea a numeroase boli cronice netransmisibile, în special a acelor care contribuie major la povara îmbolnăvirilor: BCV, obezitate, diabet, cancer, boli neuropsihice.

1.4.1. BOALA CARDIOVASCULARĂ, DIABETUL, OBEZITATEA

Un consum crescut de legume, fructe, cereale integrale, lactate semidegresate și pește, un consum regulat de nuci și mazăre/fasole boabe și un consum redus de carne roșie și procesată, cereale rafinate, alimente și băuturi îndulcite cu zahăr și îndulcitori calorici se asociază cu un risc scăzut de BCV, diabet și obezitate.

Regimurile alimentare sărace în grăsimi saturate, colesterol, sare, și bogate în fibre, potasiu și grăsimi nesaturate sunt benefice pentru reducerea riscului de BCV.¹⁸

Dieta *DASH* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*, vezi Anexa 20) și dieta *mediteraneană* (Anexa 21) au beneficii suplimentare asupra nivelului tensiunii arteriale.¹⁸

Un pattern alimentar bazat pe legume, fructe și nuci, conținând lactate semidegresate și pește, cu limitarea sării, a grăsimilor saturate, a cerealelor rafinate și a alimentelor și băuturilor îndulcite, sărac în carne roșie și procesată se asociază cu reducerea indicelui de masă corporală (IMC), a circumferinței abdominale sau a procentului de grăsime corporală și a riscului de obezitate.¹⁸

Dovezile substanțiale existente recomandă o alimentație sănătoasă ca fiind piatra de temelie a prevenției bolilor cardiovasculare (BCV). (1B)¹

1.4.2. CANCERUL

Strategii pentru adoptarea unei alimentații sănătoase, respectiv a unui program de mișcare adecvată având ca efect menținerea unei greutate corporale sănătoase, ar reduce semnificativ povara cancerului.

Regimurile alimentare bogate în legume, fructe, cereale integrale, carne slabă/pește și lactate cu conținut redus de grăsimi, moderate în alcool și sărace în carne roșie/carne procesată, grăsimi saturate și băuturi îndulcite, se asociază cu un risc mai scăzut de *cancer colorectal*.¹⁸

Regimurile alimentare bogate în legume, fructe și cereale integrale, și sărace în produse animale și carbohidrați rafinați sunt asociate cu risc redus de *cancer de sân* pre- sau postmenopauzal.¹⁸

Regimurile dietetice conținând mai multe legume, fructe, pește, cereale, boabe și carne slabă versus carne grasă și lactate degresate versus lactate integrale, se asociază cu un risc mai mic de *cancer pulmonar*.¹⁸

1.4.3. BOLILE NEUROPSIHICE

Alimentația bazată pe legume, fructe, pește, boabe și nuci, similară celei care reduce riscul bolilor cronice enumerate anterior, contribuie și la menținerea sănătății neurocognitive. La adulți, acest regim este asociat cu risc redus de tulburări cognitive legate de vârstă, demență sau Alzheimer.

Aceași dietă bazată pe pește, legume, fructe, nuci și boabe este asociată cu reducerea riscului de depresie la bărbați și la femeile care nu sunt în perioada perinatală.¹⁸

Tabel 1. Influența diferitelor grupe alimentare asupra riscului de boli cronice (sinteză).

Regim bogat în	Sănătate gen.	BCV	HTA	DZ2	Obezitate	Cc. col uterin	Cc colon rect	Cc sân	Cc pulmonar	Tlb cognitivă	Depresie
		Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc
Legume	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Fructe	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Cereale											
integrale vs rafinate	↑	↓			↓		↓	↓	↓		
rafinate	↑	↑		↑	↑	↑					
Lactate											
semi/degresate vs nedegresate	↑	↓					↓		↓		
grase	↑			↑				↑			
Carne roșie	↑	↑		↑	↑		↑	↑			
Carne procesată	↑	↑		↑	↑		↑	↑			
Pește	↑	↓			↓		↓		↓	↓	↓
Nuci și boabe	↑	↓			↓					↓	↓
Grăsimi saturate	↑	↑			↑		↑				
MUFA și PUFA	↑				↓						
Alimente și băuturi îndulcite	↑	↑		↑	↑		↑	↑			
Alim bogate în sare	↑	↑			↑						

Regim bogat în	Sănătate gen.	BCV	HTA	DZ2	Obezitate	Cc. col uterin	Cc colon rect	Cc sân	Cc pulmonar	Tlb cognitivă	Depresie
		Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc	Risc
Alcool 2u B și 1u F	m	↓			↓						
Total calorii	↑		↑		↑						
DASH	↑		↓								
Mediteraneană	↑		↓								

1.5. EVALUAREA COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR ÎN CABINETUL DE MEDICINA FAMILIEI

Modificarea comportamentului alimentar ajută la prevenirea și tratarea unei diversități de boli și condiții cronice, iar consilierea nutrițională poate reduce costurile tratamentului.

Eficacitatea consilierii nutriționale în schimbarea obiceiurilor alimentare a fost demonstrată de numeroase studii.^{20,21,22,23}

Intervenția pentru o alimentație sănătoasă presupune:

- evaluarea comportamentului alimentar pe baza căreia personalul medical oferă
- feedback și
- recomandări țintite pentru optimizarea alimentației.

Evaluarea comportamentului alimentar se face prin metode:

- informale (întrebări punctuale/pacientul descrie ce mănâncă de obicei la mese sau gustări) sau
- formale (chestionare special elaborate).

Cele mai comune metode de evaluare, cu avantajele și dezavantajele lor, includ^{28,29}:

După cum se observă în tabelul de mai jos, în literatură sunt descrise numeroase tipuri de chestionare de evaluare a comportamentului alimentar.³⁰ Majoritatea sunt laborioase, necesită timp, costuri și abilități pentru completare și interpretare și sunt destinate cercetării. Instrumentele scurte de evaluare a comportamentului alimentar sunt la fel de valide și de încredere ca și cele mai lungi și exhaustive.²⁷

În medicina familiei sunt recomandate instrumente ușor de completat de către pacient (preferabil fără să fie asistat) și ușor de interpretat, care să abordeze aspecte ale nutriției considerate priorități naționale, să aibă costuri reduse și să ofere feedback.²³

Plecând de la aceste necesități s-au elaborat instrumente scurte de evaluare care să surprindă aspectele-cheie ale obiceiurilor alimentare tipice ale pacienților, să sugereze intervenții și să permită monitorizarea modificărilor comportamentale ale pacienților în dinamică.³¹

WAVE (*Weight, Activity, Variety, and Eating*) și REAPS (*Rapid Eating Assessment for Patients*)^{23,32} sunt două astfel de instrumente dezvoltate și validate pentru medicina primară.

Tabel 2. Metode de evaluare a comportamentului alimentar, avantaje, dezavantaje.

	Avantaje	Dezavantaje	Aplicații
Metoda chestionarului de rapel al ultimelor 24 de ore	<ul style="list-style-type: none"> - metodă simplă, nu face apel la memoria de lungă durată - multiple interogări în cursul unui an permit stabilirea obiceiurilor alimentare ale persoanei - prizele alimentare pot fi cuantificate - nu induce modificări în prizele alimentare, nu influențează comportamentul alimentar - nivelul de răspuns este crescut - nu necesită un anumit nivel de educație a persoanei chestionate - facilă pt pacient - datele pot fi introduse direct sau la telefon 	<ul style="list-style-type: none"> - face apel la memoria - greu de aplicat la copii - mărimea porțiilor este dificil de exprimat în manieră precisă - necesită personal instruit - consumă timp - înregistrarea pe o zi nu reflectă fidel comportamentul alimentar 	<ul style="list-style-type: none"> - adecvată pt majoritatea pacienților, nu necesită un anumit nivel de educație - utilă pentru evaluarea consumului unei varietăți de nutrimente, grupe alimentare și a patternului alimentar - instrument util pentru consiliere
Jurnalul alimentar	<ul style="list-style-type: none"> - prizele alimentare sunt precise și conținutul lor poate fi ușor calculate - informațiile sunt corecte din punct de vedere cantitativ - studiul pe mai multe zile permite stabilirea obiceiurilor alimentare - nu implică memoria - porțiile pot fi măsurate în timpul consumului - înregistrarea pe mai multe zile oferă o măsură validă a consumului 	<ul style="list-style-type: none"> - se adresează doar persoanelor care doresc să colaboreze și sunt capabile să o facă - înregistrarea unei singure zile este puțin reprezentativă pentru obiceiurile alimentare ale unui individ sau grup - prizele alimentare în afara domiciliului sunt subestimate - necesită software corespunzător pentru înregistrarea și prelucrarea corectă a datelor culese - înregistrarea alimentelor consumate poate influența ce anume se mănâncă - personal instruit - consumă timp 	<ul style="list-style-type: none"> - adecvată persoanelor educate și motivate - utilă pentru evaluarea consumului unei varietăți de nutrimente, grupe alimentare și a patternului alimentar - instrument util pentru consiliere
Chestionarul de frecvență alimentară	<ul style="list-style-type: none"> - capacitate de estimare a aportului alimentar pe o perioadă lungă de timp - nivel de răspuns ridicat - reflectă obiceiurile alimentare - permite stabilirea unei relații între obiceiuri alimentare și patologice - rapid, ușor și ieftin - poate evalua alimentația curentă și pe cea anterioară - utilă ca instrument de screening 	<ul style="list-style-type: none"> - nu se obține descrierea aportului alimentar - insuficientă estimare a cantității ingerate - face apel la memoria - validarea metodei este diferită - nu furnizează estimări valide ale consumului în valoare absolută - nu poate evalua tiparul meselor 	<ul style="list-style-type: none"> - poate fi utilă ca instrument de screening

	Avantaje	Dezavantaje	Aplicații
Istoria alimentară	<ul style="list-style-type: none"> - oferă o bună reflectare a obiceiurilor alimentare - descrie modalitatea de preparare a alimentelor - evaluează consumul uzual într-un singur interviu - adecvată pentru majoritatea pacienților 	<ul style="list-style-type: none"> - se bazează pe memorie - sub/supraestimarea aporturilor, mai ales a celor interprandiale - necesitatea unui anchetator abil, avizat - metodă costisitoare; – consumatoare de timp (1 – 1,5 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - adecvată pentru majoritatea pacienților - utilă pentru evaluarea consumului unei varietăți de nutrimente, grupe alimentare și a patternului alimentar - instrument util pentru consiliere

Instrumentul REAPS^{23, 32} original a fost publicat în anul 2003, reflectând recomandările nutriționale ale momentului.

Chestionarul include întrebări despre: consumul de fructe și legume, cereale integrale, lactate, grăsimi saturate și colesterol, alimente și băuturi îndulcite, dar și despre obiceiul de a cumpăra alimente din piață, de a găti acasă, de a ține o anumită dietă pentru sănătate, precum și despre activitatea fizică. Poate fi completat de pacient în aproximativ 10 minute. Este recomandat să fie folosit la evaluarea anuală a pacienților.

Ghidul de față a preluat, tradus și adaptat recomandările REAP la conținutul recomandărilor actualizate.

În procesul de evaluare practică a comportamentului alimentar la adulți recomandăm folosirea următoarei succesiuni de activități:

1. *identificarea*, prin aplicarea a 4 întrebări de triere, a unor patternuri alimentare considerate importante;
2. *oferirea sfatului minimal* (punctual, legat de elementele identificate) și a unui *pliant cu recomandări*, tuturor celor evaluați; pliantele conțin informații referitoare la riscurile comportamentelor alimentare greșite, beneficiile unei alimentații sănătoase și recomandări pentru alimentație sănătoasă adecvată vârstei;
3. în plus, recomandăm *oferirea unei evaluări alimentare aprofundate*, cu ajutorul instrumentului REAP tradus și adaptat, tuturor celor cu risc cardiovascular (RCV) înalt (> 5%);
4. pentru persoanele cu RCV înalt, evaluarea aprofundată este urmată de consiliere specifică, ghidată de răspunsurile la REAP.

Chestionarul REAP pentru evaluarea aprofundată poate fi tipărit și înmănat pacientului pentru a fi completat acasă. Evaluarea și consilierea nutrițională specifică pot fi unul dintre obiectivele vizitei programate pentru managementul de caz al persoanei cu RCV înalt.

Chestionarele REAP pot fi trimise și în format electronic, pentru o anumită categorie de pacienți, sau poate fi aplicat prin interviu direct, de către medic sau de către asistenta medicală, la cabinet.

Există și alte instrumente posibil a fi utilizate în medicina de familie, precum:

- SNAP (*Smoking Nutrition Alcohol and Physical Activity*). Destinat a fi folosit de medicii de familie sau de asistenta medicală, acest instrument evaluează, în aria nutriției, numărul de porții de cereale, legume, fructe, lactate, carne și alternative (10 minute pentru completare); – *Rate Your Plate assessment* etc.^{23,33}

Chestionar de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP)

Vă rugăm bifați căsuța ce reflectă cel mai bine situația Dvs!

Intr-o săptămână medie, cât de des:	De obicei/ Deseori	Uneori	Rareori/ Niciodata	Nu mi se aplică
1. Sari peste micul-dejun ?				
2. Obișnuiești să mănânci mâncare fast-food ?				
3. Mănânci <u>mai puțin</u> de 3 porții de legume (exceptând cartofii) pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană de legume sau 1 cană de frunze verzi</i>				
4. Mănânci <u>mai puțin</u> de 2 porții de fructe pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană sau 1 fruct de mărime medie sau 120ml de suc de fructe 100%</i>				
5. Mănânci <u>mai puțin</u> de 3 porții de cereale integrale pe zi ? <i>1 porție = 1 felie de pâine din cereale integrale 100%; 1 cană de cereale integrale, de cereale bogate în fibre, de fulgi de ovăz; 3-4 biscuiți sărați (crackers) din făină integrală; 1/2 de cană de orez sălbatic sau de paste din făină integrală.</i>				
6. Mănânci sau bei <u>mai puțin</u> de 1 porție de lapte, iaurt sau brânză pe zi ? <i>1 porție = 1 cană de lapte sau iaurt; aprox 45-60 g brânză</i>				
7. Mănânci peste 90-100 g carne gătită (inclusiv pui, curcan pe zi) ? <i>90 g de carne roșie sau pui este de mărimea: - unui pachet de cărți de joc sau una din următoarele: - mărimea și grosimea unui pod de palmă - cât un picior mic de pui</i>				
8 Mănânci pește (fructe de mare) mai puțin de 1-2 ori pe săptămână ?				
9. Mănânci carne roșie (de vită, porc, oaie, miel) <u>mai mult de două ori pe săptămână</u> ?				
10. Consumi carne procesată de tip: hamburgeri, cârnați, salam, cremvurști, slănină, kaiser etc ?				
11. Consumi alimente prăjite cum ar fi carne, pui, pește, chifteluțe, cartofi sau alte legume prăjite?				
12. Mănânci chipsuri de cartofi, porumb, etc, crackers, floricele de porumb cu adaos de grăsimi ?				
13. Mănânci <u>dulciuri</u> cum ar fi prăjituri, tort, biscuiți, napolitane, produse de patiserie, gogoși, briose, ciocolată și bomboane, înghețată, etc ?				
14. Bei sucuri dulci sau mai mult de 100 ml suc proaspăt din fructe ?				
15. Consumi produse <u>bogate în sare</u> cum ar fi murături, supe la plic, semipreparate congelate, semințe, chipsuri sărate etc ?				

16. Cât de dornic ești să faci schimbări în ceea ce privește alimentația, pentru a-ți îmbunătăți sănătatea?

Ft. dornic				Deloc
5	4	3	2	1

*Chestionar adaptat după Rapid Eating Assessment for Patients - Varianta scurtă.
Institute for Community Health Promotion, Brown University, Providence, RI. All Rights Reserved.*

1.6. INTERVENȚII RECOMANDATE PRIVIND COMPORTAMENTELE ALIMENTARE

Personalul medical discută cu pacienții despre alimentație ca parte a managementului bolilor cronice sau riscurilor diverse, ca parte a consultației de rutină în cadrul consultației preventive a persoanelor sănătoase, ca răspuns la întrebările pacienților sau când evaluează eventuale interacțiuni cu medicamente.

1.6.1. EFICACITATEA INTERVENȚIILOR CLINICE

Deși există o corelație puternică între alimentația sănătoasă și incidența BCV, dovezile indică *beneficii reduse ale consilierii alimentare aplicate în populația generală*, la nivelul cabinetului de medicina familiei. Beneficiile apar mai ales ca urmare a intervențiilor de intensitate medie-mare.



Intensitatea intervențiilor a fost clasificată în funcție de timpul total de contact cu pacientul în:

- **intensitate mică: 1-30 de minute (înmânarea/trimiterea unor materiale sau 1-2 sesiuni scurte cu medicul de familie sau alt personal instruit);**
- **intensitate medie: 31-360 de minute (implică 3-24 sesiuni de consiliere la telefon sau 1-8 sesiuni face-to-face);**
- **intensitate mare: peste 360 de minute (implică 4-20 sesiuni în persoană sau în grup).**

Personalul medical poate alege să ofere serviciul de *consiliere nutrițională în mod selectiv* pacienților care ar beneficia de acesta, în loc de a-l încorpora în îngrijirile de rutină acordate întregii populații adulte de pe listă.

Pe de altă parte, USPSTF recunoaște că decizia clinică privind selecția în vederea consilierii nutriționale implică mai multe aspecte de luat în considerație decât dovezile științifice exclusiv. Personalul medical trebuie să înțeleagă dovezile, dar să individualizeze luarea deciziei în funcție de pacient sau de o situație specifică.³⁴

În medicina primară se practică aproape exclusiv intervențiile scurte.

Evaluarea riscurilor (CV, cancer, sănătate mintală) permite identificarea și prioritizarea pacienților care vor fi evaluați și consiliați pentru o alimentație sănătoasă.³⁵

Identificarea pacienților cu risc crescut de pe listele medicului de familie și furnizarea de consiliere nutrițională intensivă de către personalul medical instruit pot produce schimbări medii sau majore în consumul zilnic de grăsimi saturate, fibre, fructe și legume. Există o relație paralelă între nivelul crescut de risc al oamenilor pentru o problemă de sănătate și capacitatea acestora de a face schimbări în alimentație.^{19, 35, 36, 37, 38}

Persoanele cu risc crescut pot beneficia mai mult de intervențiile de consiliere decât cele cu risc scăzut, deoarece chiar și mici îmbunătățiri ale rezultatelor intermediare pot avea ca rezultat reduceri semnificative clinic ale evenimentelor CV.³⁴

Un mesaj nutrițional specific furnizat prin diverse mijloace, precum materiale scrise/ tipărite, rapoarte generate de computer sau prin sesiuni de consiliere individuală asupra comportamentului alimentar, determină intenția pacienților de a-și optimiza anumite comportamente alimentare.^{19,39,40}

Consilierea nutrițională în medicina de familie este un subiect încă insuficient studiat. Există informații consistente despre opinia pacienților precum că personalul medical, în mod special medicul de familie și asistentul său, trebuie să fie mai implicați în a discuta despre alimentație și în a-i consilia în acest sens.^{24,44, 45, 46}

În afara barierelor identificate de personalul medical și menționate anterior, unii medici de familie și asistenți consideră că nu este rolul lor de a furniza consiliere nutrițională și nu țin de competența lor (Ampt et al, 2009). Aceștia invocă pregătirea insuficientă și lipsa intervențiilor bazate pe dovezi, iar unii medici de familie sunt sceptici în privința succesului unui astfel de demers în schimbarea alimentației pacienților și preferă să îndrume pacienții către nutriționist în loc să consume energie și timp "inutil" sau să se implice.^{25, 47, 48}

Un aspect extrem de important de care trebuie ținut seama este faptul că în România, referirea pacienților la nutriționist nu este o practică curentă, accesibilă sau gratuită.

Rezultatele unei recenzii sistematice care a evaluat rezultatele sfaturilor nutriționale acordate de medici (inclusiv MF) și asistenți⁴⁹ asupra reducerii RCV au arătat că intervenția a dus la creșterea consumului de legume, fructe, fibre, la reducerea grăsimilor (mai ales a celor saturate) pe o perioadă de 3 până la 24 de luni. De menționat faptul că medicii și asistenții au primit în prealabil instruire pentru consiliere în nutriție.

Încrederea în propria capacitate de a consilia reprezintă principalul determinant în consilierea pe nutriție, de aceea se recomandă participarea MF la *traininguri* pe problema nutriției.⁵⁰

Instruirea medicilor de familie și a asistenților medicali în problema nutriției poate crește probabilitatea de a realiza evaluarea nutrițională și a oferi consiliere nutrițională în MF.

La *populația cu venituri reduse*, efectele intervențiilor de schimbare comportamentală în ceea ce privește alimentația, activitatea fizică și fumatul au arătat efecte pozitive mici.⁵¹

Se consideră că **evaluarea nutrițională** cu unul din instrumentele destinate MF și sfătuirea pacienților axată pe răspunsurile pacientului *necesită 10-15 minute*. Studiile arată că, în realitate, MF oferă sfaturi alimentare în 1-3 minute, uneori alocând chiar și mai puțin timp, de ordinul secundelor.^{52, 53}

Este necesară utilizarea unor metode și instrumente mai eficiente, variantele în format electronic fiind o opțiune în acest sens.²⁵

Nutriția este una din țintele-cheie ale recomandărilor pentru un stil de viață sănătos. Pentru a fi eficace, consilierea dietetică trebuie individualizată și bazată pe obiceiurile alimentare actuale ale pacientului.⁵⁴ Intervenția pentru optimizarea comportamentului alimentar se poate acorda

prin diferite metode, de la recomandări generale, informale (oral sau un *flyer*) până la acțiuni țintite, specifice, detaliate, acordate de către personalul medical.

1.6.2. INTERVENȚIA SCURTĂ

Intervenția scurtă constă în *feedbackul* chestionarului de comportament alimentar urmărind creșterea motivației de schimbare a comportamentului, sfătuirea simplă, educația pentru sănătate, dezvoltarea de abilități și sugestii practice.

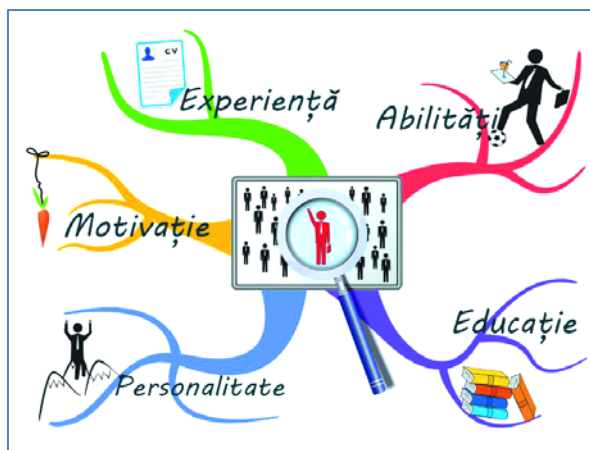
Elementele specifice ale intervenției scurte includ următorii pași:

- prezintă rezultatele chestionarului;
- identifică riscurile și discută consecințele;
- oferă sfaturi medicale;
- identifică și negociază unele ținte pe termen scurt și lung;
- solicită angajamentul pacientului;
- oferă sfaturi și încurajare;
- stabilește întâlniri ulterioare de suport și consiliere repetată, trimite la specialist dacă e cazul.¹⁹

1.6.3. INTERVIUL MOTIVAȚIONAL

Interviul motivațional este o modalitate de consiliere centrată pe pacient, direcționată spre schimbarea comportamentului prin ajutarea pacienților să-și exploreze și rezolve ambivalența. În loc de a i se spune pacientului ce schimbări să facă, acesta este provocat să discute despre schimbare, luându-se în considerare prioritățile și valorile individuale.^{55, 56}

Interviul poate fi eficient în întâlniri scurte de 10-15 minute. Desfășurarea consilierii în mai multe sesiuni – nu doar într-una singură – crește probabilitatea apariției unui efect.



Se recomandă ca atitudinea să fie cea a unui ghid informat și să se urmeze 3 principii:

1. angajează-te împreună cu pacientul și colaborează cu el;
2. precizează autonomia pacientului în a lua o decizie („misiunea mea e doar să te informez, tu decizi ce faci, iar eu o să te sprijin”) și
3. ținta e ca pacientul să-și exprime singur intenția de schimbare, în loc de a-i sugera sau impune ce să facă.

În organizarea furnizării serviciilor preventive în îngrijirile primare, există o procedură cheie cunoscută sub numele de „**Cei 5 A**”. Aceasta include acțiunile întreprinse de furnizorii de îngrijiri de sănătate pentru a sprijini pacienții să-și modifice riscul.⁵⁷

Tabel 3. Etapele 5A în procesul de sprijinire a modificărilor comportamentale.

Etapa	Obiective	Acțiunea
1. Ask – ÎNTREABĂ	Identifică pacienții cu factori de risc	Întrebări țintite alimentație nesănătoasă
2. Assess – EVALUEAZĂ	Evaluează - nivelul FR și relevanța pt pacient în termeni de sănătate - cât e de pregătit pentru schimbare	Evaluează alimentația (fructe și legume, băuturi dulci, grăsimi și sare - interviu sau chestionar
3. Advise/agree - SFĂTUIEȘTE/CONVENIȚI	- furnizează informații clare asupra riscului și sfaturi scurte personalizate - sfat scurt și interviu motivațional - negociază scopuri și ținte - înmânează informații scrise - exprimă suport pentru schimbare	- discută rezultatele chestionarului - identifică problemele, aspectele ce necesită schimbare, consecințele pentru sănătate - Stabilește ținte (pt porțiile de fructe și legume, reducerea grăsimilor saturate, etc)
4. Assist – ASISTĂ	- elaborează un plan de management al factorului de risc care să includă educație de OSV țintită pe pacient (bazată pe severitatea FR, comorbidități) - suport pt automonitorizare	Plan nutrițional individualizat bazat pe ghiduri de nutriție Oferă strategii țintite pentru schimbare Bariere Instrumente pentru automonitorizare
5. Arrange – ARANJEAZĂ	- trimitere către servicii medicale conexe sau programe comunitare -servicii de informare/ consiliere telefonică - monitorizare, prevenirea și gestionarea recăderilor	Planifică consultații de monitorizare Suport telefonic, programe de reducere a greutateii



Se recomandă identificarea pacienților cu risc crescut pentru boli cronice; ei vor fi ținta prioritară a intervențiilor preventive.⁵⁸



Se recomandă intervenție pentru o alimentație sănătoasă la populația generală în vârstă de peste 2 ani (2B).⁵⁹



Tipul de intervenție, intensitatea și ritmicitatea acesteia vor fi adaptate nivelului de risc al pacientului. **CONSENS**



Se recomandă intervenție pentru alimentație sănătoasă cu ritmicitatea consultațiilor preventive în populația generală (consens) și la fiecare 6 luni, în cazul pacienților cu risc de BCNT (2C).⁵⁹

1.7. REGIMUL ALIMENTAR RECOMANDABIL POPULAȚIEI SĂNĂTOASE CU VÂRSTA PESTE 2 ANI

Alimentația sănătoasă presupune, pe de o parte, echilibru caloric pentru o greutate sănătoasă, iar pe de altă parte, accentul pe consumul de alimente și băuturi bogate în substanțe nutritive.

La copii începând de la vârsta de 2 ani și la adulții de toate vârstele se aplică aceleași recomandări de alimentație sănătoasă.^{8,18}



Personalul din Asistența Primară trebuie să recomande tuturor pacienților peste 2 ani un regim alimentar sănătos bazat pe legume, fructe, cereale integrale, boabe și nuci care include lactate semi-/degresate, pui, pește, ouă, uleiuri vegetale non-tropicale, cu limitarea sodiului, a grăsimilor saturate, a cerealelor rafinate, a alimentelor și a băuturilor îndulcite, și sărac în carne roșie și procesată.^{1, 5, 8, 10, 18, 19} 1A

1.7.1. GRUPE, SUBGRUPE, PATTERNURI ALIMENTARE⁸

Cele cinci grupe alimentare și subgrupele componente sunt (detalii **Anexa 1**):

1. Legume:

- legume cu frunze verde închis
- legume roșii și portocalii
- legume boabe
- legume cu conținut ridicat în amidon
- alte legume:

2. Fructe:

- toate fructele

3. Cereale:

- cereale integrale
- cereale rafinate îmbogățite

4. Produse lactate:

- toate felurile de lapte, iaurturi; deserturi lactate; brânzeturi.

5. Alimente proteice:

- toate felurile de carne, pui, pește, ouă, nuci, semințe și produse de soia procesată.

O alimentație sănătoasă poate fi obținută urmând oricare dintre dietele: mediteraneană, DASH, regimul alimentar USDA, OMNI, ș.a. Ele trebuie adaptate necesităților biologice și preferințelor alimentare individuale.¹⁸

Patternurile alimentare care s-au dovedit benefice la adulți (de exemplu, DASH) sunt promițătoare pentru îmbunătățirea nutriției și reducerea riscului CV la copii.⁶⁰ (Grad B)

1. Dieta mediteraneană

- Dieta mediteraneană tradițională (similară celei din insula Creta anilor '60, asociată cu unul dintre cele mai reduse riscuri de BCI din lume).
- Pune accentul pe pâine și alte alimente din cereale din grâu, legume, fructe, nuci, cereale nerafinate și ulei de măsline, include pește și vin la masă, și este redusă în grăsimi saturate, carne și lactate grase.

2. Dieta mediteraneană în variantele „moderne”

- Comparativ cu cele tradiționale determină un risc de BCI mai mare¹¹.
- Diferă de cea tradițională printr-un consum global de grăsimi ceva mai redus, dar un consum relativ mai mare de grăsimi saturate și colesterol în defavoarea grăsimilor mononesaturate.

3. Dieta DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension)

- Reduce TA, îmbunătățește profilul lipidic și reduce riscul de BCI.
- Pune accent pe legume, fructe, lapte și produse lactate semi-/degresate; include cereale integrale, pui, pește și nuci; este redusă în carne roșie, dulciuri, sare și băuturi îndulcite cu zahăr.

4. Dieta vegetariană

- Prezintă rezultate mai bune pentru sănătate și este invers asociată cu mortalitatea generală și CV, mai ales la adulții în vârstă⁵.
- Include, pe lângă vegetale, ouă și produse lactate, în timp ce dieta vegană nu include niciun produs de origine animală.^{8,11} Vegetarienii consumă mai puține calorii și au un IMC mai mic comparativ cu nonvegetarienii.

Pentru a avea o alimentație sănătoasă nu este necesară eliminarea unor grupe alimentare sau conformarea unei singure diete. Se pot face, într-un mod flexibil, diverse combinații de alimente în funcție de nevoile pentru sănătate, preferințele culinare și tradițiile culturale.¹⁸

1.7.2. MESAJE-CHEIE PENTRU O ALIMENTAȚIE SĂNĂTOASĂ



Se recomandă echilibrarea energiilor din alimente și băuturi cu energia consumată.¹⁰ Aportul caloric trebuie limitat la energia necesară pentru a menține (sau a obține) o greutate sănătoasă la adult și pentru o creștere adecvată în greutate la copil și adolescent.⁸ 1A



Se recomandă menținerea unui echilibru caloric adecvat în fiecare etapă a vieții: copilărie, adolescență, maturitate, sarcină, alăptare, vârstă înaintată.⁸ 2B



Regimul alimentar sănătos se bazează pe legume, fructe, cereale integrale, boabe și nuci, lactate semi-/degresate, pui, pește, ouă, uleiuri vegetale non-tropicale, concomitent cu limitarea sodiului, a grăsimilor saturate, a

cerealelor rafinate, a alimentelor și a băuturilor îndulcite, a cărnii roșii și procesate.^{1, 8, 18, 19} 1A



Pentru a avea o alimentație sănătoasă, se recomandă să se consume alimente din toate grupele, în formele cu conținut nutritiv ridicat și în cantitățile recomandate; nu este necesar să se elimine grupe alimentare sau să se conformeze unei singure diete; se pot face, într-un mod flexibil, diverse combinații de alimente în funcție de nevoile pentru sănătate, preferințe culinare și tradiții culturale.^{8, 18, 19} 1A



Se recomandă limitarea consumului de alimente ce conțin cereale rafinate, în special cereale rafinate ce conțin adaosuri de grăsimi solide, zahăr și sare. 2B



Se recomandă înlocuirea cerealelor rafinate cu cereale integrale, încât cel puțin jumătate din cerealele consumate să fie integrale. 2B



La adult, se recomandă 6 porții de cereale per regim de 2000 calorii/zi, din care cel puțin jumătate să fie cereale integrale. La copil și adolescent se recomandă între 4 porții /zi la 2-8 ani și 7 porții pe zi la adolescenții mari. PP



Se recomandă să se consume zilnic o varietate („un curcubeu”) de fructe și legume, în special legume verde-închis și roșii/portocalii, precum și fasole și mazăre. 2A



La adult, se recomandă să se consume în fiecare zi minim 3 porții-standard de legume și 2 de fructe (optim 5 porții-standard de legume și 4 de fructe). CONSENS



Se recomandă consumul de fructe întregi, de preferință crude; dacă se consumă sucuri de fructe 100% naturale, fără adaos de zahăr, acestea nu vor depăși 100 mL/zi. 2B



Se recomandă creșterea consumului de lapte sau produse lactate (iaurt, brânză) degresate sau parțial degresate. 2B



La populația cu vârsta peste 2 ani, se recomandă înlocuirea laptelui integral cu cel degresat sau semidegresat (1%). 1A



















Se recomandă consumul unei varietăți de alimente proteice: pește și fructe de mare, ouă, boabe de mazăre, fasole, linte, soia, nuci și semințe nesărate, carne slabă, pui. PP












Se recomandă înlocuirea alimentelor proteice ce conțin grăsimi solide cu altele sărace în grăsimi și calorii și/ sau care sunt surse de uleiuri (pește și fructe de mare, legume boabe, semințe și nuci). 1A



Se recomandă pește de cel puțin 2 ori pe săptămână, din care cel puțin o dată pește gras. 1B

-  Se recomandă limitarea consumului de carne roșie și procesată. 2B
-  Se recomandă ca cea mai mare parte din lichidele consumate să fie apa. PP
-  La copiii începând cu vârsta de 2 ani, băutura principală se recomandă să fie laptele degresat. 1A
-  Se recomandă reducerea consumului de grăsimi saturate din dietă prin înlocuirea acestora cu grăsimi nesaturate, respectiv MUFA sau mai ales PUFA. 1A
-  Se recomandă ca grăsimile saturate să nu depășească 10% din aportul caloric.^{1,5,8,18,19,61,62} 1A
-  Se recomandă echilibrarea kaloriilor din alimente și băuturi cu energia consumată.¹⁰
-  Aportul caloric trebuie limitat la energia necesară pentru a menține (sau a obține) o greutate sănătoasă la adult (IMC până la 25 kg/m²) și pentru o creștere adecvată în greutate la copil și adolescent.⁸ 1A
-  Se recomandă un consum de grăsimi trans cât mai mic, preferabil deloc, din alimentele procesate, iar grăsimile trans de origine naturală să reprezinte <1% din aportul caloric zilnic.^{1,5,8,18,19,61,62} 1A
-  Se recomandă folosirea de uleiuri vegetale non-tropicale pentru a înlocui grăsimile solide. 2A
-  Se recomandă reducerea consumului de sodiu la adulții care ar beneficia de reducerea tensiunii arteriale. 1A
-  Se recomandă reducerea consumului de sodiu sub 2300 mg sodiu/zi (5 g sare). 2B
-  Se recomandă reducerea consumului de zahăr pe tot parcursul vieții. OMS
-  Se recomandă ca la adulți și copii, consumul de zahăr să nu depășească 10% din aportul energetic. OMS
-  Se recomandă reducerea sau eliminarea băuturilor îndulcite cu zahăr sau îndulcitori calorigi.⁶⁰ 2B
-  Se recomandă reducerea aportului de calorii din grăsimi solide și zaharuri adăugate. OMS
-  Dacă se consumă alcool, acesta să fie consumat numai de către adulți, cu moderație – până la o băutură-standard pe zi la femei și până la două băuturi-standard pe zi la bărbați. 1A

-  Se recomandă ca măsură de precauție limitarea consumului de cafeină în sarcină – maxim 200 mg cafeină/zi, aprox. 2 cești de cafea/zi). PP
-  Se recomandă ca femeile gravide și cele care alăptează să consume cel puțin 2 porții (200 – 300 g) de pește sau fructe de mare pe săptămână – pește gras dacă este posibil – dintre speciile cu conținut scăzut în mercur. PP
-  Nici o cantitate de alcool nu este sigură în sarcină, de aceea se recomandă ca gravidele să evite orice băutură alcoolică. 1A
-  Se recomandă evitarea/limitarea consumului de alimente tip fast-food. 2B
-  Se recomandă să nu se omită micul dejun. 2B
-  Se recomandă mesele în familie ca prilej pentru copii de a deprinde obiceiuri alimentare sănătoase. PP
-  Se recomandă ca atât copiii cât și adulții să-și limiteze timpul petrecut în fața ecranului și să nu mănânce în fața televizorului sau a computerului. PP
-  Se recomandă un mod sănătos de preparare a alimentelor: fierbere, la abur, frigere etc. OMS
-  Se recomandă respectarea regulilor de siguranță a alimentației privind manipularea, transportarea, prepararea, depozitarea și refrigerarea alimentelor. OMS

Este mai probabil ca un regim alimentar cu alimente mai puțin procesate bazat pe varietate, moderație, controlul porțiilor și schimbări gradate spre îmbunătățire, să încorporeze componentele de mai sus ale unei diete sănătoase.

1.7.3. RECOMANDĂRI DETALIAȚE PRIVIND GRUPELE ALIMENTARE

Cele 5 Grupe alimentare recomandate pentru o alimentație sănătoasă, indicate a fi consumate zilnic, sunt: cerealele, legumele, fructele, laptele și produsele lactate și alimentele proteice.

Alimentele cu restricție se recomandă a fi consumate doar ocazional și în cantități mici. În plus, trebuie ținut cont de recomandările privind siguranța alimentației.

1.7.3.1. Cereale

Alimentele derivate din cereale conțin grâu, ovăz, orez, porumb, orz, secară, mei.

Există o mare varietate de astfel de alimente, de la pâinea integrală și cerealele integrale cu conținut crescut de substanțe nutritive, până la pâinea albă, orezul alb, pastele din făină albă – cu conținut redus de substanțe nutritive.⁵





Riscuri și beneficii pentru sănătate

Consumul de cereale ajută la satisfacerea necesităților nutritive. Consumul de cereale integrale aduce beneficii suplimentare pentru sănătate.

Multe alimente pe bază de cereale conțin atât cereale integrale cât și rafinate; consumul acestora poate întruni recomandările pentru o dietă sănătoasă, mai ales dacă cerealele integrale sunt într-o proporție considerabilă.

Cerealele integrale reprezintă surse importante de substanțe nutritive pentru întreaga populație, dar în mod special pentru persoanele cu alimentație vegetariană sau vegană, prin aportul de fier și zinc.⁵

Consumul de cereale integrale *poate reduce riscul CV* și este asociat cu o greutate redusă la adult. Fibrele din cerealele integrale protejează de BCV, obezitate și DZ2 și sunt esențiale pentru sănătatea digestivă.^{5,8} Există dovezi insuficiente pentru asocierea consumului de fibre cu adipozitatea la copil.

Consumul a 1-3 porții-standard de cereale bogate în fibre pe zi este asociat cu *risc redus de cancer colorectal la adult*. Consumul de cereale, în special cereale integrale (trei doze pe zi), este asociat cu *risc redus de DZ2*.⁵



Se recomandă limitarea consumului de alimente ce conțin cereale rafinate, în special cereale rafinate ce conțin adaosuri de grăsimi solide, zahăr și sare. 2B



Se recomandă înlocuirea cerealelor rafinate cu cereale integrale, încât cel puțin jumătate din cerealele consumate să fie integrale. 2B



Cantități recomandate

- La adult, 6 porții-standard de cereale, la un regim de 2000 Kcalorii/zi (aprox 170 g), din care cel puțin jumătate (3 porții-standard = 85g) să fie cereale integrale.
- La copil și adolescent, în funcție de vârstă și sex, între 3 porții-standard /zi la 2-3 ani și 7 porții-standard pe zi la adolescenții mari.^{8, 62}

Tabel 4. Porții standard de cereale în funcție de vârstă.

Vârstă	Nr porții standard /zi
Copil și adolescent	3-7
2-3 ani	3
4-8 ani	4
9-14 ani	5-6
Adolescenți mai mari	6-7
Adult /2000 cal/zi	6 (170 g)/3 (85 g)

O porție-standard de cereale înseamnă:

- o felie de pâine;
- jumătate de cană de orez/ paste fierte;
- o cană (30 g) de fulgi de cereale.



Comportamente-cheie dorite la consumator

Crește consumul de cereale integrale.

Consumă cel puțin jumătate din cereale sub formă de cereale integrale.

Când este posibil, înlocuiește cerealele rafinate cu cereale integrale.



Strategii recomandate

- Se înlocuiesc pâinea albă, fulgii de cereale rafinate, orezul alb, pastele, cu varietăți cu conținut ridicat de cereale integrale: pâine integrală, orez brun, fulgi de cereale integrale, paste din făină integrală.
- Cantitatea de cereale integrale dintr-un aliment cumpărat poate fi dedusă din poziția în care sunt plasate cerealele integrale în lista de ingrediente. Cerealele integrale ar trebui să fie primul sau al doilea ingredient, după apă. Pentru alimentele conținând mai multe tipuri de cereale, acestea ar trebui să apară în zona inițială a listei de ingrediente.
- Verifică eticheta cerealelor procesate (orez, paste) pentru adaosurile de sare, zahăr și grăsimi saturate (se va alege varianta cu adaosurile cele mai mici).
- Redu consumul de cereale rafinate, în special cele cu adaosuri de grăsimi solide și zaharuri, precum prăjituri, plăcinte, pizza, care sunt bogate caloric.
- La vârstnic, din cauza problemelor cu dentiția, cerealele integrale pot să nu fie bine tolerate; se recomandă varietăți mai ușor de mestecat.^{5, 8}

1.7.3.2. Legume și fructe



Riscuri și beneficii pentru sănătate



Legumele și fructele sunt principalele surse pentru o serie de nutrimente: folați, magneziu, potasiu, fibre și vitamine A, C și K.

Consumul de legume și fructe este asociat cu risc redus pentru multe boli cronice, precum BCV și cancer.

Majoritatea legumelor și a fructelor, când sunt preparate fără adaos de grăsimi sau zaharuri, sunt relativ sărace în calorii. Consumate în locul altor alimente bogate caloric, legumele și fructele ajută la atingerea și menținerea unei greutate sănătoase la adulți și copii.

Consumul de legume și fructe (minim câte două porții-standard din fiecare, pe zi) se asociază cu risc redus de BCV (IMA și AVC), efectul benefic crescând semnificativ la un consum de peste 5 porții-standard de legume și fructe pe zi.

Consumul fiecărei doze zilnice adiționale de legume sau fructe este asociat cu risc redus de boală coronariană. Consumul de legume și fructe poate proteja de excesul de greutate la adult, copil și adolescent. Unele tipuri de legume și fructe sunt probabil protective față de unele tipuri de cancer.



Se recomandă să se consume zilnic o varietate de fructe și legume, în special legume verde-închis și roșii/portocalii, precum și fasole și mazăre boabe. 2A



La adult se recomandă să se consume în fiecare zi minim 3 porții-standard de legume și 2 de fructe (optim 5 porții-standard de legume și 4 de fructe). CONSENS

Consumul de sucuri de fructe naturale, în cantități corespunzătoare vârstei și nevoilor energetice, nu se asociază cu creșterea adipozității la copilul cu greutate normală, dar asocierea este prezentă la copilul supraponderal sau obez.

Sucul de fructe nu conține deloc fibre iar consumat în exces contribuie la aportul exagerat de calorii.

Băuturile dulci nu dau senzația de „plin” și sațietate ca dulciurile solide. De aceea, oamenii care consumă băuturi dulci nu compensează kaloriile astfel ingerate prin reducerea consumului de alimente solide.⁶³

Fructele trebuie consumate întregi (proaspete, conservate, congelate, uscate), nu sub formă de sucuri. Dacă se consumă totuși sucuri, se recomandă sucuri naturale 100% și fără adaos de zahăr. Fructele conservate în suc natural 100% sunt de preferat celor conservate în sirop.

Consumate cu moderație (max. 100 mL/zi) ca parte a unei diete bogate în nutrimente și adaptate nevoilor energetice, sucurile de fructe 100% naturale pot fi incluse în alimentația sănătoasă a copilului.⁸



Se recomandă consumul de fructe și legume crude; dacă se consumă sucuri de fructe 100% naturale, fără adaos de zahăr, acestea nu vor depăși 100 mL/zi. 2B



Cantități recomandate

La copii se recomandă un consum zilnic de *legume și fructe*, în funcție de vârstă:

- 2 porții-standard de fructe și 2 de legume la 2-3 ani și
- 3-4 porții standard de fructe și 5 de legume la 15-18 ani.^{5, 8, 62}

La adult se recomandă un consum zilnic de 4 porții-standard de fructe (echivalent cu 2 căni) și 5 porții de legume (echivalent cu 2,5 cani), din care:

- legume verde-închis (spanac, brocoli) – 6 porții (3 căni)/săptămână;
- legume portocalii: (morcovi, dovleac) – 4 porții (2 cani)/săptămână;
- boabe: fasole, mazăre, linte, soia – bogate în nutrimente, fibre, dar și proteine excelente – 6 porții (3 căni)/săptămână;
- legume bogate în amidon: cartof, porumb, mazăre – 6 porții (3 căni/săptămână);
- alte legume: salată, varză, roșii, castravete etc. – 13 porții (6,5 căni/săptămână).

La femeile care alăptează se recomandă un consum zilnic de 7,5 porții-standard de legume și 2 porții-standard de fructe/zi.

Tabel 5. Porții standard de legume și fructe în funcție de vârstă

Vârstă	Nr porții standard/zi fructe (1 porție=½ cană)	Nr porții standard/zi legume (1 porție=½ cană)
2-3 ani	2	2
4-8 ani	3	3
9-18 ani	3-4	5
Adult /2000 cal/zi	4	5
Femei care alăptează	2	7,5

O porție-standard de legume *înseamnă*:⁸

- ½ cană legume crude rase, tocate sau gătite;
- 1 cană frunze;
- ½ cană suc de legume.

O porție-standard de fructe *înseamnă*:⁸

- un fruct mediu (măr, portocală, banană, pară)/două fructe mici (caise, prune, căpșune);
- ½ cană (=100 mL) de fructe proaspete (zmeură, cireșe, fructe tocate);
- ½ cană suc de fructe fără zahăr;
- ¼ cană fructe uscate.



Comportamente-cheie dorite la consumator

Crește consumul de legume.

Consumă cantitățile recomandate de legume și include o diversitate de legume, în special dintre cele verde-închis, roșii și portocalii, precum și boabe de mazăre și fasole.

Crește consumul de fructe.

Consumă cantitățile recomandate de fructe și include diverse feluri de fructe.

Consumă mai ales fructe întregi sau tăiate în bucăți în loc de suc de fructe.



Strategii recomandate

Include legume la mese sau gustări.

Se pot folosi legume proaspete, congelate sau conservate. Dacă se folosesc legume conservate se recomandă cele fără adaosuri de sare sau puțin sărate.

Adaugă legume verde-închis, roșii și portocalii la gătit.

Folosește frunze verde-închis, precum salata romană, laptuca sau spanac, pentru salate.

Pune accent pe fibre, boabele de fasole și mazăre uscată fiind o bună sursă. Adaugă boabe la salate, supe și garnituri sau consumă-le ca fel principal.

Folosește felii de legume proaspete ca gustări; dacă le mănânci cu un sos, alege unul mai puțin caloric, cum ar fi dressing pe bază de iaurt sau humus.

Dacă mănânci în oraș:

- alege garnituri de legume în loc de cartofi;
- solicită ca legumele să fie preparate cu cât mai puțin ulei;
- solicită ca dressingul pentru salate să fie pus separat, să poți alege cantitatea dorită.

Folosește fructe ca gustări, salate sau deserturi.

Consumă o diversitate de fructe și alege-le pe cele de sezon pentru că sunt mai proaspete și mai gustoase.

Folosește fructe rase sau tăiate pentru o gustare rapidă.

Consumă fructe proaspete, dar și fructe congelate, conservate sau uscate.

Se recomandă fructe conservate fără zahăr sau cele conservate în suc natural 100%.

Dacă preferi să bei suc de fructe, alege unul natural 100% și fără zahăr și nu mai mult de 100 mL/zi.

1.7.3.3. Lapte și produse lactate



Produsele lactate sunt surse excelente de nutrimente precum calciul, vitamina D și magneziul. Consumul de produse lactate aduce numeroase beneficii pentru sănătate, incluzând risc redus de DZ2, sindrom metabolic, BCV și obezitate.



Riscuri și beneficii pentru sănătate

Consumul de lapte și lactate este asociat cu îmbunătățirea sănătății oaselor la copii.

Consumul (a cel puțin 2 porții-standard) de lapte și produse lactate este invers asociat cu riscul CV și cu tensiunea arterială (cel puțin 3 porții-standard).⁵

Consumul a minim 1½ porții-standard de lapte și produse lactate se asociază cu reducerea incidenței DZ la adult.^{5, 8}

Consumul a mai mult de 1 porție-standard de lactate pe zi, în special lapte, este asociat cu risc redus de cancer colorectal.

Nu există asocierie între consumul de lapte sau produse lactate și adipozitatea la copii și adolescenți. Consumul de lapte și produse lactate nu joacă un rol special în controlul greutateii la adult.^{5, 8}

Consumul insuficient de lapte și lactate poate duce la creșterea riscului CV și de DZ2, precum și la risc crescut de probleme legate de sănătatea osoasă.

Dacă laptele este complet eliminat din dietă și înlocuit cu sucuri, sucuri de fructe și alte băuturi îndulcite, calitatea alimentației se deteriorează semnificativ, iar recomandările nutritive nu mai pot fi întrunite.

Creșterea consumului de lapte și iaurt semi-/degresate, și reducerea consumului de brânză determină creșterea aportului de magneziu, potasiu, vitamina A și vitamina D și scăderea simultană a aportului de grăsimi saturate.⁸



Se recomandă creșterea consumului de lapte sau produse lactate (iaurt, brânză) degresate sau parțial degresate. 2B



La populația peste 2 ani, înlocuiește laptele integral cu cel degresat sau semidegresat (1%). 1A



Cantități recomandate

La copii se recomandă un consum zilnic de lapte/produse lactate semi-/degresate, în funcție de vârstă, după cum urmează^{8, 62}:

- la 2-4 ani: 2 porții-standard;
- la 4-8 ani: 2½ porții-standard;
- la 9-18 ani: 3 porții-standard.

La adult se recomandă 3 porții-standard/zi.

* O porție-standard: unitate standard (US) înseamnă: o cană de 240 mL lapte/iaurt; ½ cană de brânză de vaci; 40 mg brânză procesată semi-/degresată = cât o cutie de chibrituri.

Tabel 6. Porții standard de legume și fructe în funcție de vârstă.

Vârstă	Nr porții standard/zi
Copil și adolescent	
2-4 ani	2
4-8 ani	2½
9-18 ani	3
Adult /2000 cal/zi	3



Comportamente-cheie dorite la consumator ⁸

Crește aportul de lapte și produse lactate (iaurt, brânză) degresate sau semidegresate și de băuturi fortificate de soia.

Înlocuiește laptele gras și produsele lactate grase cu varietăți cu conținut mai scăzut de grăsimi.



Strategii recomandate

- Consumă lapte degresat sau cu conținut redus de grăsimi (1%);
- Dacă obișnuiești să bei lapte integral, înlocuiește-l în mod treptat cu preparate cu conținut din ce în ce mai mic de grăsimi. Această schimbare reduce grăsimile, dar nu reduce calciul sau alte nutrimente esențiale.
- Folosește variante semi-/degresate pentru laptele adăugat la cafea, capucino sau laptele consumat cu cereale.
- Folosește iaurturi semidegresate și brânzeturi cu conținut redus de grăsimi.
- În caz de intoleranță la lactoză, folosește preparate de lapte delactozat, consumă porții mici de lapte sau încearcă băuturi de soia fortificate.
- Consumă lapte sau iaurt semi-/degresat, mai frecvent decât brânză; laptele și iaurtul sunt surse mai bune de potasiu și conțin mai puțină sare decât majoritatea brânzeturilor. De asemenea, majoritatea variantelor de lapte sunt fortificate cu vitamina D.
- Alege varietățile cu conținut redus de sare.
- Oferă lapte copiilor! Obiceiul de a bea lapte în copilărie crește probabilitatea de a bea și ca adult. Înlocuirea sucurilor și a celorlalte băuturi îndulcite cu zahăr cu lapte degresat ar reduce zaharurile și calorile goale și ar crește aportul de nutrimente deficitare, precum calciul, vitamina D și magneziul. ⁸

1.7.3.4. Alimente proteice (carne slabă, pui, pește, ouă, nuci, semințe)



Alimentele proteice includ carne de vită, porc, oaie, pui, pește, ouă, fructe de mare, boabe de fasole și mazăre, soia, nuci și semințe. Pe lângă proteine, aceste alimente contribuie la dietă cu vitamine din grupul B (niacina, tiamina, riboflavina și B6), vitamina E, fier, zinc și magneziu. Proteine se mai găsesc însă și în alte alimente clasificate în alte grupe alimentare (lapte și produse lactate etc.).



Se recomandă consumul unei varietăți de alimente proteice: pește și fructe de mare, carne slabă, pui, ouă, mazăre, fasole, linte, soia, nuci și semințe nesărate. PP



Riscuri și beneficii pentru sănătate

Unele studii arată o asociere pozitivă între consumul anumitor produse proteice de origine animală, mai ales *carnea roșie și procesată*, și cancerul colorectal.

Consumul de produse proteice de origine animală este asociat cu incidența crescută a cancerului de prostată și renal.

Grăsimile din carne, pui și ou sunt considerate grăsimi solide, în timp ce grăsimile din pește și fructe de mare, nuci și semințe sunt considerate uleiuri.



Se recomandă înlocuirea alimentelor proteice ce conțin grăsimi solide cu altele sărace în grăsimi și calorii și/ sau care sunt surse de uleiuri (pește și fructe de mare, nuci și semințe). 1A

Carnea și puiul trebuie consumate sub formă de carne slabă pentru a reduce aportul de grăsimi solide.⁸

Peștele și fructele de mare sunt surse de proteine, dar și de alte nutrimente esențiale, precum acizi grași omega-3 (acid eicosapentaenoic – EPA și acid docosahexaenoic DHA) și trebuie consumate ca parte a unei alimentații sănătoase și echilibrate. Acizii grași omega-3 se găsesc mai ales în speciile de pește gras precum somonul, sardinele, heringul și macroul.⁶⁴

Consumul a 2 porții (110-120 g/portie) de pește/fructe de mare pe săptămână se asociază cu reducerea mortalității prin boală coronariană sau moarte subită la persoane cu sau fără BCV și cu reducerea incidenței BCV.⁶⁵ Consumul de pește mai mult de o dată pe săptămână este asociat cu risc redus de demență la vârstnici.



Se recomandă pește de cel puțin 2 ori pe săptămână, din care cel puțin o dată pește gras. 1B

Pe lângă beneficiile pentru populația generală, valoarea nutrițională a peștelui și a fructelor de mare are importanță particulară în perioada creșterii și a dezvoltării fetale, precum și în diferitele etape ale copilăriei (vezi recomandări specifice gravidei).

Proteinele din *ou* sunt de calitate superioară, cu mare valoare nutritivă întrucât înglobează toți aminoacizii esențiali. Un ou de mărime medie aduce doar 3% din aportul caloric al unei diete de 2000 calorii, dar asigură 11% din rația proteică.

Consumul *de alune și nuci nesărate* (de exemplu, alune de pământ și de pădure, migdale, fistic), în contextul unei diete adecvate nutritiv și caloric, are impact favorabil asupra factorilor de risc CV, reducerea colesterolului plasmatic și nu se asociază cu creșterea în greutate pe termen scurt.

Întrucât nucile și semințele sunt bogate în calorii se recomandă să fie consumate în porții mici și să fie folosite pentru a înlocui alte alimente proteice, precum carnea și puiul, și nu adăugate unui meniu complet, caloric și nutritiv.⁸

Înlocuirea unei porții de carne roșie pe zi cu o porție-standard de nuci duce la o reducere semnificativă (19-30%) a riscului de BCV.



Cantități recomandate

Tabel 7. Porții standard de alimente proteice în funcție de vârstă.

Vârsta	Alim proteice din toate subgrupele		Carne, pui, ou		Pește		Nuci, boabe	
	Nr porții standard /zi	Grame/zi	Nr porții standard /săpt	Grame/săpt	Nr porții standard /săpt	Grame/săpt	Nr porții standard /săpt	Grame/săpt
2-3 ani	2-3	90-120	14-19	420-570	5-6	150-180	2-3	30-45 g nuci sau ½-¾ cană boabe
4-8 ani	3-5	120-150	24	720	6-8	180-240	3-4	45-60 g nuci sau ¾-1 cană boabe
9-18 ani	5-7	150-195	24- 29	720-870	8-10	240-300	4-5	60-75 g nuci sau 1-1¼ cană boabe
Adult /2000 cal/zi	5,5	165	26	750	8	240	4	60 g nuci sau 1 cană boabe

Alimentele proteice trebuie consumate în cantitățile adecvate necesităților nutritive și energetice.

Tabelul de mai sus înfățișează consumul zilnic recomandat de alimente proteice (număr porții-standard/zi și grame/zi), precum și consumul săptămânal recomandat pentru alimente proteice din fiecare subgrupă (număr porții-standard/săptămână și grame/săptămână sau căni/săptămână pentru legume boabe).

O porție-standard reprezintă: ^{8, 18}

- 30 g carne slabă, pui sau pește gătit;
- 1 ou;
- ¼ cană fasole boabe, mazăre, linte, soia;
- 15 g nuci sau semințe.

La adulți se recomandă un consum zilnic de 165 g (5,5 porții-standard) echivalente de alimente proteice. ⁸



Exemplul 1:

1 ou = echivalent 30 g aliment proteic

½ cană fasole boabe = echivalent 2 porții-standard = 60 g aliment proteic

75 g carne gătită = 2,5 porții-standard = 75 g aliment proteic



Exemplul 2:

90 g pește gătit = 3 porții-standard = 90 g aliment proteic

15 g nuci = 1 porție-standard = echivalent 30 g aliment proteic

45 g carne gătită = 1,3 porții-standard = 45 g aliment proteic

La adulți se recomandă un consum mediu săptămânal de alimente proteice:

- 300 g de pui;
- 330 g carne (maxim 450 g/săpt sau 65 g/zi);
- 3 ouă;
- 240 g pește;
- 4-5 porții standard de nuci, semințe, fasole și mazăre boabe (60-75 g nuci sau 1-1¼ cană legume boabe).

La copii se recomandă un consum zilnic de alimente proteice, în funcție de vârstă (carne/pui/ou):

Tabel 8. Porții standard de alimente proteice în funcție de vârstă, la copii.

60 g/zi	copii de 2-3 ani
85-120 g/zi	copii de 4-8 ani
120-140 g/zi	copii 9-13 ani
la 140-170 g/zi	copii 14-18 ani

La copii se recomandă un consum săptămânal de alimente proteice, în funcție de vârstă, după cum urmează:

Tabel 9. Porții standard de alimente proteice, pe categorii, în funcție de vârstă, la copii

Vârstă	2-3 ani	4-8 ani	9-13 ani	14-18 ani
Pui (g)	330	330	570	630
Carne (g)		300	300	300
Ouă (nr)	3	3	3	3
Pește (g)	150-180	180-240	240-270	300
Nuci, semințe, boabe de fasole (porții)	2-3	3-4	4	5



Comportamente-cheie dorite la consumator

Alege o diversitate de alimente dintre cele proteice.

Crește consumul de pește și fructe de mare, înlocuind o parte din carne și pui cu pește.



Strategii recomandate

- Consumă, în fiecare săptămână, diverse tipuri de alimente din grupa celor proteice. Această grupă include pește, boabe de mazăre și fasole, nuci, precum și carne slabă, pui slab, ouă.

- O sugestie ar fi ca jumătate din alimentele proteice să fie sub formă de carne slabă, adică un consum săptămânal de 455 g carne gătită (600–700 g carne crudă) pentru copiii mai mari, adolescenți și adulți.
- Mănâncă pește sau fructe de mare în loc de carne, de două ori pe săptămână.
- Alege specii de pește gras (bogat în uleiuri) și cu conținut redus de mercur, precum: somon, sardine și hering.
- Alege carne slabă și pui slab.
- Îndepartează pielea și grăsimea de pe carnea de pui înainte de a o găti și mânca.
- Încearcă să folosești o metodă de a găti carnea fără a adăuga ulei sau grăsime: grill, fiere, la abur sau frigere (fără ulei). Scurge grăsimea rezultată prin prepararea cărnii. Evită prepararea pane/ în crustă a cărnii care aduce extracalorii.⁸
- În cazul unei diete vegane (care exclude orice produs de origine animală), se recomandă ca aceasta să includă boabe de fasole și mazăre, tofu, nuci/ semințe, cereale integrale și legume verzi, ca surse de fier/ zinc necesare.
- Nucile și semințele întregi nu sunt recomandate sub vârsta de 3 ani din cauza potențialelor probleme de asfixie.
- Persoanele care preferă porții mai mari de carne și pește își pot ajusta mărimea și numărul porțiilor săptămânale; de exemplu, în loc de porția zilnică recomandată de 65-80 g carne slabă zilnic, pot consuma porție dublă (130-160 g), dar la 2 zile.⁵

1.7.3.5. Grăsimi



În afara celor 5 grupe alimentare recomandate a fi consumate zilnic, într-o alimentație sănătoasă se pot consuma și grăsimi sub formă de uleiuri vegetale, în cantități limitate.



Cantități recomandate

Cantitatea de ulei vegetal recomandată în dieta sănătoasă este de 27 g/zi (2000 de calorii) echivalent a:

- 2 porții-standard /zi la femei și
- 4 porții-standard/zi la barbat.

O porție standard = 7 g ulei = 10 g margarină sănătoasă.

Vezi și paragraful „**Uleiuri**” la capitolul „**Grăsimi**”.

1.7.3.6. Apa



Consumul total de apă cuprinde apa din lichidele băute (apă ca atare sau alte băuturi), precum și apa conținută în alimente.

Consumul obișnuit de lichide în funcție de sete, în special consumul de lichide la mese, este suficient pentru a menține hidratarea normală.

Întrucât necesarul de apă variază considerabil și nu sunt dovezi de deshidratare cronică în populația generală, nu se poate stabili un aport minim de apă.

Consumul total de apă (l/zi) recomandat:

Tabel 10. Necesarul zilnic de apă recomandat, în funcție de vârstă și gen

Categorii	Masculin	Feminin
Copii 1-3 ani	1,3	1,3
Copii 4-8 ani	1,7	1,7
Copii 9-13 ani	2,4	2,1
Copii 14-18 ani	3,3	2,3
Adulți >19 ani	3,7	2,7
Sarcină		3
Lactație		3,8

Consumul total de apă cuprinde apa conținută în alimente, băuturi și apa de băut ca atare.⁶⁶

Ca un ghid general pentru lichide, se recomandă⁵:

- aproximativ 4 – 5 căni de lichide/zi pentru copiii de până la 8 ani;
- 6 – 8 căni pentru adolescenți;
- 8 căni pentru femei (9 pentru gravide și cele care alăptează);
- 10 căni pentru bărbați.

Este preferabil ca cea mai mare parte din lichidele băute să fie apa. Multe dintre lichidele consumate în mod obișnuit precum ceaiul și cafeaua conțin apă, deși consumate în cantități mari pot avea efecte stimulante neplăcute la persoanele susceptibile.⁵



La copiii începând cu vârsta de 2 ani, băutura principală se recomandă a fi laptele degresat.⁶⁰ (1A)

1.7.4. RECOMANDĂRI PRIVIND ALIMENTELE CARE TREBUIE CONSUMATE DOAR OCAZIONAL ȘI ÎN CANTITĂȚI FOARTE MICI

1.7.4.1. Grăsimile



Riscuri și beneficii pentru sănătate



Dovezi științifice solide asociază pozitiv consumul de grăsimi saturate, de origine animală, cu creșterea colesterolului total și LDL-C și a riscului de BCV. De asemenea, consumul de grăsimi saturate se asociază cu creșterea rezistenței la insulină și risc crescut de DZ2.⁸

Consumul crescut de grăsimi este asociat cu creșterea adipozității la copil.

Înlocuirea grăsimilor saturate cu MUFA și PUFA este asociată cu îmbunătățirea nivelului lipidelor plasmatiche legate de BCV. Înlocuirea grăsimilor saturate cu grăsimi nesaturate, în special PUFA, reduce semnificativ colesterolul total și LDL.^{5,8}

Reducerea cu 5% a caloriilor provenite din grăsimi saturate, prin înlocuirea cu MUFA sau PUFA scade riscul de BCV și DZ2 la adulții sănătoși și îmbunătățește răspunsul la insulină la pacienții cu insulinorezistență sau la diabetici. Consumul de MUFA (prin înlocuirea caloric-echivalentă a grăsimilor saturate) se asociază cu îmbunătățirea lipidelor plasmatiche și a riscului de BCV și DZ2 la adulții sănătoși.^{5, 8, 18}

Consumul de PUFA (prin înlocuirea caloric-echivalentă a grăsimilor saturate sau trans) se asociază cu îmbunătățirea lipidelor plasmatiche (col total, LDL și trigliceride) și cu reducerea semnificativă a riscului de BCV și DZ2 la adulții sănătoși.^{5, 8, 18} 250 mg de PUFA proveniți din două porții de pește/ fructe de mare pe săptămână se asociază cu reducerea mortalității prin BCV.⁵

Înlocuirea grăsimilor saturate cu PUFA reduce riscul de evenimente prin BCV și mortalitatea coronariană. Pentru fiecare 1% calorii din grăsimi saturate înlocuite cu PUFA, incidența BCI se reduce cu 2-3%. Totuși, reducerea completă a grăsimilor prin înlocuire cu carbohidrați nu reduce riscul de BCV.¹⁸

Înlocuirea grăsimilor saturate cu carbohidrați, reduce de asemenea, CT și LDL, dar crește semnificativ trigliceridele și scade HDL.¹⁸



Se recomandă reducerea consumului de grăsimi saturate din dietă prin înlocuirea lor cu grăsimi nesaturate, respectiv MUFA sau mai ales PUFA. 1A



Se recomandă ca grăsimile saturate să nu depășească 10% din aportul caloric. 1A

O reducere a consumului sub 7% din aportul caloric duce la o reducere și mai accentuată a riscului de BCV.



Exemple PUFA: ulei de floarea-soarelui, șofran, porumb, soia, semințe de susan, in și sămburi de struguri. Margarinele polinesaturate sunt fabricate din aceste uleiuri.



Exemple MUFA: ulei de măsline, rapiță, arahide, și produsele tartinabile fabricate din ele.

Grăsimile trans sunt considerate tipul cel mai dăunător de grăsimi; ele cresc LDL colesterolul și scad colesterolul HDL, au efecte cancerigene (prăjiri repetate) și nu aduc niciun beneficiu organismului. Ele se găsesc în mod natural în unele produse de carne sau lactate, dar cea mai mare parte sunt obținute printr-un proces industrial de hidrogenare a uleiurilor vegetale, care astfel devin solide la temperatura obișnuită și care se oxidează (râncezesc) mai greu. Grăsimi trans (uleiuri parțial hidrogenate) se găsesc într-o multitudine de alimente procesate.^{1,8,19,67,68}



Exemple de produse care pot conține grăsimi trans: majoritatea prăjiturilor, produse de patiserie, chipsuri, popcorn pentru microunde, cartofi prăjiți, piul prăjit în ulei, alaturile refrigerate/congelate, frișca artificială.



Se recomandă un consum de grăsimi trans cât mai mic, preferabil deloc, din alimente procesate, iar grăsimile trans de origine naturală să reprezinte mai puțin de 1% din aportul caloric zilnic.^{1,19} 1A

Analiza recentă a literaturii științifice nu mai plasează colesterolul în zona nutrimențelor ce produc îngrijorare prin supraconsum, întrucât efectul asupra riscului cardiovascular este mic în comparație cu cel al grăsimilor saturate sau trans.¹⁸



Cantități recomandate

Cantitatea de ulei vegetal recomandată în dieta sănătoasă este de 27 g/zi (2000 de calorii) echivalentă cu:

- 2 porții-standard /zi la femei și
- 4 porții-standard/zi la bărbat.

Se poate consuma până la un gălbenuș de ou pe zi. Nu se recomandă mai mult de 7 ouă/săpt în populația generală; 3 ouă/săpt la diabetici (consumul unui ou/zi nu se asociază cu risc crescut de BCV decât la bolnavii de DZ2).

O porție standard = 7 g ulei = 10 g margarină sănătoasă



Comportamente-cheie dorite la consumator

Redu grăsimile solide.

Alege alimente cu cât mai puțină grăsime solidă și prepară-le în așa fel încât să reduci și mai mult grăsimea.

Limitează aportul de grăsimi solide și redu cât de mult se poate consumul de grăsimi trans.



Strategii recomandate

- Înlocuiește grăsimile solide cu uleiuri când este posibil. Ar trebui ca sursa principală de grăsimi recomandate în alimentație să fie uleiurile vegetale nehidrogenate care au un conținut ridicat de grăsimi nesaturate și un conținut relativ scăzut de grăsimi saturate (ulei de soia, porumb, măsline și rapiță) în loc de grăsimi animale (unt, smântână, untură) sau de uleiuri tropicale (ulei de palmier, semințe de palmier sau din nucă de cocos).
- Evită uleiurile parțial hidrogenate care conțin grăsimi trans.
- Evită orice produs care are pe etichetă ingrediente precum ”grăsimi vegetale parțial hidrogenate”, „ulei vegetal hidrogenat”.
- Pentru uns pe pâine, folosește margarina fără grăsimi trans, fabricată din uleiuri vegetale. Dacă folosești unt, consumă doar o cantitate mică.
- Folosește pentru gătit uleiuri vegetale de: măsline, porumb, floarea-soarelui, rapiță, șofran în loc de grăsimi solide.
- Ține cont de calorii din uleiul adăugat la salate sau la gătit.
- Alege alimentele gătită la cuptor, la abur, fierte în locul celor prăjite.
- Citește eticheta produselor pe care le cumperi și alege-le pe cele cu cât mai puține grăsimi solide.

1.7.4.2. Sarea



Riscuri și beneficii pentru sănătate



Menținerea valorilor tensiunii arteriale în parametri normali reduce riscul de BCV, insuficiență cardiacă congestivă și boala renală. Consumul de sodiu se asociază cu valorile TA, asocierea fiind continuă și fără prag.^{1,5,8,18,19}

Există deci o relație pozitivă între consumul crescut de sare și riscul de BCV.

Reducerea consumului de sodiu scade TA la adulții normotensivi și la cei hipertensivi, precum și la copiii între 0 și 18 ani.^{5,8,18}

Se recomandă ca adulții care ar beneficia de reducerea TA să nu consume mai mult de 2,4 grame de sodiu/zi (echivalent cu 5-6 g sare de masă). Reducerea aportului de sodiu la 1,5 g/zi poate reduce și mai mult TA și este recomandată la persoanele de peste 50 de ani sau cu HTA, DZ sau BCR.

La persoanele cu consum crescut de sare, reducerea consumului se însoțește de reducerea TA chiar dacă aportul de sare nu atinge un nivel optim.



Se recomandă reducerea consumului de sodiu la adulții care ar beneficia de reducerea TA. 1A



Se recomandă reducerea consumului de sodiu sub 2,3 g de sodiu/zi (5 g de sare) 2B



Adulții care ar beneficia de reducerea TA trebuie să combine dieta DASH cu aport de sodiu redus. AHA/ACC Grad: 1A¹⁸.



Comportamente-cheie dorite la consumator

- Redu consumul de sare.
- Alege alimente cu conținut redus de sare și prepară mâncarea cu sare puțină.
- Crește consumul de potasiu prin aport de alimente bogate în potasiu.



Strategii recomandate

- Citește conținutul de sare de pe eticheta alimentelor și cumpără-le pe cele cu conținut mai redus de sare. Atenție, alimentele procesate constituie o sursă majoră de sare în dietele vestice!
- Consumă mai multe alimente proaspete și mai puțin din cele procesate și sărate.
- Consumă în principal alimente preparate în casă, unde ai mai mult control și folosește puțină sare (sau deloc) ori condimente sărate la gătit.
- Când mănânci la restaurant optează pentru mâncăruri mai puțin sărate.
- Când folosești alimente conservate, alege-le pe cele etichetate cu „conținut redus de sare” sau „fără sare”. Spală alimentele conservate înainte de a le folosi, pentru a mai îndepărta din sare.
- Condimentele, plantele aromatice și sucul de lămâie pot fi folosite ca alternative la sare pentru aseasonarea mâncărilor.
- Micșorează treptat sarea din alimente; gustul pentru sare se va modifica în timp.
- Consumă mai mult potasiu, din alimente precum: cartofi, pepene galben, banane, legume boabe și iaurt.

1.7.4.3. Zahărul



În acest capitol facem referire la zahărul adăugat alimentelor și băuturilor în cursul procesării, la gătit sau în timpul consumului unor alimente, precum și zaharurile prezente în mod natural în miere, sirop, suc de fructe și concentrate de suc de fructe.^{8, 69}



Riscuri și beneficii pentru sănătate

Adaosul de zahăr îmbunătățește gustul, dar nu aduce beneficii nutritive.

Consumul crescut de zahăr amenință calitatea nutritivă a alimentației întrucât furnizează un număr semnificativ de calorii fără nutrimente specifice.^{8, 61,69}

Consumul de zahăr în mâncare sau băuturi se asociază cu exces de greutate la adult și copil. Reducerea consumului de zahăr scade IMC la adulți și copii.

Consumul crescut de zahăr, mai ales sub formă de băuturi îndulcite, crește riscul de DZ2 la adult, iar relația nu este în întregime explicată prin creșterea în greutate.

Consumul crescut de zahăr, mai ales sub formă de băuturi îndulcite, este asociat de asemenea cu risc crescut de HTA, AVC și CHD la adult.

Există o relație pozitivă între cantitatea de zahăr consumat și apariția cariei dentare la copii și adulți. Incidența cariei este mai mică la un consum de zahăr sub 10% din aportul caloric.

Consumul de băuturi îndulcite cu zahăr se asociază cu creșterea adipozității la copil și cu creșterea greutateii la adult. Băuturile dulci nu dau senzația de „plin” și sațietate ca și dulciurile solide. De aceea, oamenii care beau băuturi dulci nu compensează calorile astfel ingerate prin reducerea consumului de alimente solide.⁶³



Se recomandă reducerea consumului de zahăr pe tot parcursul vieții. (Recomandare puternică). OMS



Se recomandă atât la adulți cât și la copii un consum de zahăr care să nu depășească 10% din aportul energetic. (Recomandare puternică). OMS sugerează reducerea și mai importantă a consumului de zahăr, sub 5% din totalul energetic.



Se recomandă reducerea sau eliminarea băuturilor îndulcite cu zahăr sau îndulcitori calorici^{60,63,69} 2B

Asociația Americană de Pediatrie recomandă limitarea consumului de băuturi îndulcite și eliminarea acestora din școli.

La persoanele care necesită suplimentarea aportului caloric, consumul de zahăr nu este considerat o strategie potrivită, dacă există și alte opțiuni.⁶⁰



Comportament cheie dorit la consumator

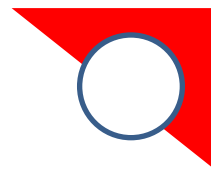
Redu alimentele și băuturile cu adaosuri de zahăr sau îndulcitori calorici.



Strategii recomandate

- Consumă cât mai puține (sau chiar deloc) sucuri, băuturi energizante sau sucuri de fructe îndulcite.
- Consumă cât mai puține prăjituri, plăcinte, înghețată, alte deserturi sau bomboane.
- Când consumi astfel de produse, limitează-te la o porție mică.
- Alege apă, lapte degresat, suc 100% natural de fructe, ceai sau cafea neîndulcite în loc de băuturi îndulcite.
- Consumă cât mai puțin din deserturile pe bază de zahăr.

- Consumă fructe la desert.
- Citește eticheta și alege preparate sau cereale pentru micul dejun cu cât mai puțin zahăr.



1.7.4.4. Calorii goale

Grăsimile solide, zaharurile adăugate și alcoolul sunt bogate în calorii, dar nu conțin elemente nutritive și deci nu aduc beneficii pentru sănătate. Ele sunt denumite calorii goale.

Alimentele cu restricție (*Discretionary choices*) sunt alimente și băuturi bogate în grăsimi saturate și/sau zaharuri, sare sau alcool.



Riscuri și beneficii pentru sănătate

Consumul de alimente bogate în grăsimi saturate, zaharuri, sare și alcool se poate asocia cu risc crescut de obezitate și boli cronice precum BCV, DZ2 și unele forme de cancer.

Totuși, când sunt consumate ocazional, în cantități mici, aceste alimente și băuturi adaugă varietate și plăcere.^{5,8}

De notat că multe alimente dintre cele cu restricție pot contribui la apariția cariilor dentare, astfel încât ele pot fi consumate doar când dinții pot fi spălați imediat.



Se recomandă reducerea aportului de calorii din grăsimi solide și zaharuri adăugate. PP

Alimentele cu conținut crescut de grăsimi și zaharuri trebuie consumate doar ocazional și doar în cantități mici; într-o alimentație sănătoasă ele pot reprezenta doar 5-15% din aportul caloric.^{5,8,18}



Exemple de alimente cu restricție⁵:

- cu adaosuri mari de zahăr: băuturi energizante, băuturi din fructe, miere, gem, marmeladă, zahar, sucuri îndulcite, ceai îndulcit, sirop;
- cu conținut crescut de grăsimi saturate: bacon, șuncă, unt, frișcă, burger, chips, pizza, patiserie, preparate de carne, salam, alimente prăjite (din comerț) etc.;
- grăsimi saturate plus zaharuri: biscuiți, prăjituri, ciocolată/batoane, înghețată, batoane de musli, budinci, unele dulciuri, patiserie dulce, plăcinte;
- alcool: bere, lichior, shery, spirtoase, vin, cocktailuri.

Când e necesar un surplus de calorii, alegerea ideală este de a suplimenta consumul de alimente din cele 5 grupe de bază, în special cereale integrale, legume și fructe. Totuși, se pot folosi și unele alimente dintre cele cu restricție. În general sunt acceptabile până la 3 porții-standard/zi, în funcție de vârstă, înălțime și nivelul de activitate.

La adulți se recomandă maxim 2-3 porții-standard/zi la bărbați și maxim 2,5 porții la femei, în funcție de activitatea fizică și înălțime.⁵

Pentru copiii în vârstă de până la 8 ani, alimentele cu restricție este bine să fie evitate sau limitate la maxim o jumătate de porție-standard/zi. Se pot consuma până la 2 porții-standard/zi în cazul copiilor mai înalți sau mai activi.

Copiii mai mari și adolescenții care sunt mai activi și au o greutate normală pot consuma extra-porții din cele 5 grupe de alimente de bază și/sau maxim 2,5 porții/zi de alimente cu restricție sau chiar 3 sau mai multe porții în cazul adolescenților mari care încă sunt în creștere și/sau sunt foarte activi.

Consumul să fie limitat la:

Tabel 11. Consum maxim acceptabil de „calorii goale” în funcție de vârste și gen

Vârstă	Calorii „goale”/zi Sex feminin	Calorii „goale”/zi Sex masculin
Copil și adolescent		
2-8 ani	120	120
9-13 ani	120- 250	120- 250
14-18 ani	120 -250	160 -330
Adult	120 -250	160 – 330

O porție-standard din alimentele cu restricție înseamnă:⁵

- 2 cupe (75 g) de înghețată;
- 2 felii (50–60 g) de salam, preparate de carne;
- 2-3 biscuiți dulci (35 g);
- o felie (40 g) de prăjitură, chec sau o brioșă;
- 5-6 bomboane (40 g);
- o lingură (60 g) de gem, miere;
- 25 g de ciocolată;
- 2 linguri (40 g) de smântână;
- 1 lingură (20 g) de unt;
- 200 mL vin/60 mL spirtoase/400 mL bere;
- 375 mL de suc;
- 60 g patiserie;
- 12 chipsuri (60 g).

Niciunul din aceste alimente nu este necesar pentru alimentație.

1.7.4.5. Alcool



Consumul moderat de alcool nu se asociază cu creșterea în greutate. Consumul crescut se asociază, în timp, cu creștere în greutate.

Comparativ cu nebăutorii, persoanele care beau cu moderație au un risc mai redus de boală coronariană. Dovezi moderate arată că persoanele care beau cu moderație au, de asemenea, un declin cognitiv legat de vârstă mai lent comparativ cu nebăutorii.

Consumul abuziv sau „binge” agravează declinul cognitiv legat de vârstă.^{8,70}



Dacă se consumă alcool, acesta trebuie consumat cu moderație, până la o băutură standard pe zi la femei și până la două la bărbat, și numai de către adulți.⁸ 1A

Alcoolul consumat de mama care alăptează trece în lapte și determină reducerea cantității de lapte.

Consumul de alcool în timpul lactației este asociat cu alterarea creșterii, a somnului și a dezvoltării psihomotorii a copilului.⁸

Problema consumului de alcool este detaliată în capitolul dedicat (Vezi Volumul 2).

1.7.5. SIGURANȚA ALIMENTAȚIEI: CAFEA, ASPARTAM, MANIPULAREA ÎN SIGURANȚĂ A ALIMENTELOR

1.7.5.1. Cafea



Riscuri și beneficii pentru sănătate

În cantități moderate, băuturile conținând cafeină, precum cafeaua și ceaiul, pot fi consumate în siguranță. Copiii, adolescenții și gravidele nu trebuie să consume cantități mari de cafeină sub formă de băuturi sau suplimente.

Dovezi puternice și consistente arată că un consum moderat de cafea (3-4 cești/zi sau maxim 400 mg cafeină/zi) nu se asociază, pe termen lung, cu risc de boli cronice majore precum BCV, cancer sau moarte prematură la adulții sănătoși.

Consumul moderat de cafea este asociat cu risc redus de DZ2 și BCV la adulții sănătoși.

Consumul regulat de cafea este asociat cu un risc redus de cancer hepatic și de endometru.¹⁸ Există o asociere inversă între consumul de cafea și riscul de boală Parkinson.

Consumul de cafeină este asociat cu o reducere modestă a riscului de declin și tulburare cognitivă și un risc mai mic de boală Alzheimer.

Consumul moderat de cafea poate fi încorporat într-un stil de viață sănătos, împreună cu toate celelalte măsuri. Totuși, persoanele care nu obișnuiesc să bea cafea nu trebuie să înceapă să o consume doar pentru beneficiile acesteia pentru sănătate.¹⁸

În ceea ce privește relația dintre consumul de cafea și tensiunea arterială, ghidurile de hipertensiune nu conțin recomandări în favoarea sau împotriva consumului de cafea.

Două meta-analize arată că un consum moderat de cafea (până la 400 mg cafeină = 4 cești/zi) nu influențează tensiunea arterială, în timp ce consumul de cantități mai mari crește tensiunea arterială. De asemenea, nu s-a observat nicio asociere între consumul obișnuit de cafea și riscul de hipertensiune arterială.^{18, 71}

O a treia meta-analiză a arătat că la pacienții hipertensivi, consumul a 2-3 cești de cafea (200-300 mg cafeină) a dus la o creștere pasageră a tensiunii arteriale sistolice (cu 7 mmHg, în medie) și a celei diastolice (cu 5 mmHg).⁷²

Consumul moderat de cafea în sarcină nu se asociază cu risc de naștere prematură.

Consumul crescut de cafea în sarcină este asociat cu risc ușor crescut de avort, greutate mică la naștere și „mic pentru vârsta gestațională” – *small for gestational age* (SGA).^{71,72}



Se recomandă limitarea consumului de cafeină în sarcină, ca o măsură de precauție (maxim 200 mg cafeină/zi, aprox. 2 cești de cafea/zi). PP

Băuturile cu conținut ridicat de cafeină nu trebuie consumate concomitent cu băuturile alcoolice (mai ales la copii și adolescenți) întrucât pot masca semnele intoxicației cu etanol.



Se recomandă limitarea consumului de cafeină la adulții sănătoși la 400 mg cafeină = 4 cești/zi și la maxim 100 mg cafeină = 1 ceașcă pe zi la hipertensivi

1.7.5.2. Aspartam



Înlocuirea îndulcitorilor pe bază de zahăr cu îndulcitori cu conținut caloric scăzut reduce aportul caloric, greutatea și adipozitatea.⁸

Consumul obișnuit de aspartam este sigur și presupune un risc minim pentru persoanele sănătoase fără fenilcetonurie.^{8,18}

Pentru persoanele care consumă băuturi îndulcite cu aspartam se recomandă să nu depășească 50 mg aspartam/kcorp/zi (330 mL băutură light conțin 180 mg aspartam).¹⁸



1.7.5.3. Manipularea în siguranță a alimentelor

Prepararea adecvată a alimentelor (temperatură și durată corespunzătoare) și în condiții de igienă este importantă în orice etapă a vieții pentru a preveni eventualele îmbolnăviri legate de contaminarea alimentelor cu bacterii sau paraziți (toxiinfecții alimentare).⁶⁴

- Spală:** mâinile, ustensilele și suprafețele pe care se taie/ care vin în contact cu carnea crudă, puiul, peștele și ouăle, înainte și după contactul cu acestea; spală legumele și fructele.
- Separă:** alimentele crude de cele gătite și de cele gata de consumat, în timpul cumpărării, al depozitării și al preparării; păstrează carnea și puiul crud separat de cele gătite, precum și de alimentele care se consumă crude (legume, fructe, salate).
- Gătește** la o temperatură de siguranță, eventual folosește un termometru.
- Refrigerează** alimentele perisabile; refrigerază mâncarea rămasă și cea cumpărată la pachet din oraș în decurs de 2 ore și păstrează în frigider temperatura de 4°C sau chiar mai mică.

1.7.6. RECOMANDĂRI PENTRU GRUPURI SPECIFICE

1.7.6.1. Vegetarieni și vegani



Se recomandă o varietate de alimente vegetale care să asigure aportul necesar de nutrimente (aminoacizi, fier și zinc).

În cazul unei diete vegane (care exclude orice produs de origine animală), se recomandă ca aceasta să includă fasole și mazăre, tofu, nuci/semințe, cereale integrale și legume verzi, ca surse de proteine, fier și zinc necesare.⁵

- Se recomandă includerea la mese a legumelor și a fructelor bogate în vitamina C pentru a crește biodisponibilitatea fierului din sursele vegetale.**

Poate fi necesară suplimentarea cu vitamina B12, a cărei sursă sunt doar produsele animale.⁵

Vezi în **Anexele 18 și 19** – recomandări alimentare adaptate regimului vegetarian și vegan.



1.7.6.2. Vârstnici

Recomandări alimentare și de stil de viață adecvat, cu accent pe alimentele bogate în nutrimente, date fiind necesitățile energetice reduse (în timp ce necesarul de minerale și vitamine rămâne constant sau crește).⁶²



Se recomandă consumul de alimente îmbogățite cu vitamina B12, precum și cu vitamina D (necesarul crește la 800 ui/zi peste vârsta de 70 de ani).

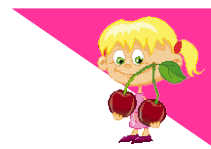
Vârstnicii sunt vulnerabili la deshidratare, de aceea trebuie să consume lichide conform recomandărilor.



1.7.6.3. Obezi, supraponderali

Tratamentul obezității nu face obiectul acestui ghid. Totuși, respectarea recomandărilor ghidului poate aduce beneficii și pentru persoanelor obeze și supraponderale.

Adulții supraponderali vor tinde să scadă în greutate dacă respectă recomandările ghidului de nutriție, consumând porțiile recomandate din cele 5 grupe alimentare, adecvate pentru vârstă, sex și nivelul de activitate fizică. Acest lucru se întâmplă deoarece nevoile lor energetice sunt mai mari decât ale persoanelor cu greutate normală, iar porțiile recomandate de ghid sunt bazate pe nevoile celor cu greutate normală și activi fizic.⁶⁴



1.7.6.4. Copii

O alimentație de bună calitate, bogată în nutrimente, suficientă dar nu excesivă în calorii și activitatea fizică regulată sunt esențiale pentru sănătatea, creșterea și dezvoltarea optimă a copiilor.¹¹

Dovezi științifice arată că este important ca alimentația optimă să înceapă încă din perioada fetală, copilărie și adolescență, acest lucru având o influență substanțială cu vârsta, asupra riscului de boli cronice.^{11,73}

Obiceiurile alimentare formate în copilărie sunt adesea păstrate și la maturitate.⁷⁴ De exemplu, cei care în copilărie au consumat regulat fructe și legume sau lapte, le vor consuma, cu mare probabilitate, și ca adulți.^{11,74,79}

Copilăria este perioada învățării. Copiii care cresc în familii ce obișnuiesc să consume o varietate de alimente nutritive din cele 5 grupe alimentare sănătoase vor face, cu mare probabilitate, propriile alegeri sănătoase pe măsură ce cresc.

Pentru o alimentație sănătoasă a copiilor, familia trebuie învățată:

- să aleagă pentru mesele de fiecare zi (de acasă și gustarea de la școală) alimente din cele 5 grupe alimentare sănătoase;
- să ofere doar ocazional alimentele ce pot fi consumate cu restricție;
- să ofere o varietate de legume și fructe, de diverse feluri și culori, în special dintre cele de sezon;
- să folosească lapte, iaurt și brânză semi-/degresate (la copiii în vârstă de peste 2 ani);
- să consume pâine și cereale în special dintre cele integrale;
- să consume un mic-dejun sănătos în fiecare zi;
- să bea apă și nu sucuri îndulcite, sucuri de fructe, băuturi energizante etc.⁷⁵



Strategii pentru un comportament alimentar sănătos

- Părinții, nu copiii, aleg momentul mesei.
- Alege mărimea porției în funcție de vârsta și înălțimea copilului.
- Limitează gustările între mese în perioadele de inactivitate sau de plictiseală și mai ales restricționează folosirea băuturilor îndulcite ca gustări.
- Limitează comportamentul sedentar, limitează la maxim 1-2 ore pe zi timpul petrecut în fața ecranului.
- Oferă context social pentru comportamentul alimentar: mese în familie, pentru a promova interacțiunea socială și rolul modelului în comportamentul legat de alimentație („să faci cum fac eu” în loc de „să faci cum spun eu”).
- Consumă un mic dejun sănătos în fiecare zi.
- Educă copilul despre alimente (cum cresc, de unde provin) și nutriție: la piață, în timpul gătitului etc.
- Corectează informațiile incorecte din media sau alte influențe.
- Implică copiii în prepararea alimentelor și băuturilor sănătoase.
- Închide tv și pc în timpul mesei – masa trebuie să devină timp petrecut în familie.
- Nu folosi alimentele ca mijloace coercitive, dar nici ca recompense sau consolare.⁷⁶
- Nu insista și nu forța copilul să termine mâncarea din farfurie.⁷⁶
- Învață copiii prin exemplul personal să-și spele mâinile înainte de a mânca sau de a găti.⁷⁵

Vezi în **Anexa 15** „Principii în alimentația copilului preșcolar și școlar” conform Ordin MS

Vezi în **Anexa 16** Lista alimentelor nerecomandate școlarilor, preșcolarilor.

1.7.6.5. Femei însărcinate sau care alăptează



Gravida necesită mai multe calorii în trimestrul al treilea de sarcină. Acestea sunt cel mai bine obținute prin includerea a 1-2 porții în plus pe zi de fructe și legume sau de lactate sau pâine, cartofi și cereale.⁶⁴



De exemplu: gustare dintr-un fruct și un iaurt sau o felie în plus de pâine la micul dejun și un pahar în plus de lapte la cină.

Alimentația gravidei și a femeii care alăptează trebuie să conțină alimente *bogate în fier*, atât fier înalt absorbabil, din surse precum carnea și peștele, cât și fier non-hem, din cereale integrale, fasole și mazăre gătite, legume cu frunze verzi, ouă. Absorbția fierului poate fi sporită prin adăugarea de alimente bogate în vitamina C (tomate, fructe, suc de portocale).

Alimentele bogate în *folați* sunt indicate pe perioada sarcinii, mai ales la femeile care nu iau suplimente de acid folic: sparanghel, broccoli, varză de Bruxelles, varză, conopidă, spanac, mazăre, portocale.

Peștele și fructele de mare au importanță particulară în perioada creșterii și a dezvoltării fetale, precum și în diferite etape ale copilăriei.

Peștele gras, precum somonul, sardinele, heringul și macroul, furnizează *acizi grași cu omega-3*, importanți în timpul sarcinii pentru dezvoltarea ochilor și a creierului la copil.

Dovezi moderate asociază consumul a minim 200 g de pește și fructe de mare săptămânal de către gravidă sau femeia care alăptează, cu îmbunătățirea unor aspecte legate de sănătatea sugarului precum dezvoltarea vizuală și cognitivă.⁸



Se recomandă ca femeile gravide și cele care alăptează să consume cel puțin 2 porții (200–240 g) de pește sau fructe de mare pe săptămână – pește gras, dacă este posibil dintre speciile cu conținut scăzut în mercur (vezi Tabel în Anexa 12). PP

Femeile însărcinate sau cele care alăptează nu trebuie să consume specii de pește cu conținut crescut de mercur precum: rechin, pește spadă, calcan și macrou regal.

Pot fi consumate toate speciile de ton, dar nu mai mult de 2 porții-standard pe săptămână, iar tonul alb trebuie limitat la o porție/săpt.⁸



Se recomandă creșterea consumului de lichide pe perioada sarcinii (consum recomandat 3 litri) precum și la femeia care alăptează (recomandat 3,8 litri).⁶⁶

Consumul crescut de cafea în sarcină este asociat cu risc ușor crescut de avort, greutate mică la naștere și „mic pentru vârsta gestațională” – „*small for gestational age*” (SGA).



Se recomandă limitarea consumului de cafeină în sarcină ca măsură de precauție (maxim 200 mg cafeină/zi, aproximativ 2 cești de cafea/zi). PP



Nicio cantitate de alcool nu este sigură în sarcină, de aceea se recomandă ca gravidele să evite orice băutură alcoolică. 1A

Pe parcursul sarcinii, prepararea adecvată a alimentelor și manipularea acestora în condiții de igienă sunt esențiale pentru prevenirea eventualelor îmbolnăviri legate de contaminarea alimentelor cu bacterii (*Listeria și Salmonella*) sau paraziți (*Toxoplasma*), care ar putea fi foarte dăunatori pentru produsul de concepție (toxiinfecții alimentare).



Pentru evitarea toxiinfecțiilor alimentare se recomandă ca gravidele⁶⁴:

- să evite laptele nepasteurizat precum și brânza sau iaurtul din lapte nepasteurizat;
- să evite brânzeturile cu mucegai;
- să evite produsele din carne și salatele gata asezonate, mai ales cu maioneză sau produse lactate;
- să evite peștele afumat, carnea și mezelurile afumate, preparatele gata de consumat;
- să spele foarte bine toate ingredientele crude, precum fructele și legumele, înainte de a le consuma;
- să depoziteze carnea crudă separat de cea gătită, și să folosească cuțite, tocătoare și alte ustensile de bucătărie diferite pentru prepararea cărnii crude pentru a evita contaminarea;
- să fiarbă/gătească foarte bine mâncarea;
- să verifice ca temperatura în frigider să fie sub 5 grade;
- să utilizeze mănuși pentru grădinarit sau schimbarea literei pisicii și întotdeauna să spele bine mâinile după aceste activități.

1.7.7. COMPORTAMENTE ALIMENTARE

1.7.7.1. Mic dejun



Consumul micului dejun se asociază pozitiv cu aportul anumitor nutrimente la copil, adolescent și adult. Omiterea micului dejun se asociază cu risc de supraponderalitate și obezitate la copiii și adolescenți. Dovezile sunt inconsistente pentru adulți.⁸

Consumarea micului dejun se asociază cu scăderea în greutate și menținerea acesteia, precum și cu îmbunătățirea aportului de nutrimente.⁸



Se recomandă să nu se omită micul dejun. 2B

1.7.7.2. Gustările/„ronțăitul” între mese

Ronțăitul între mese se asociază pozitiv cu aport caloric crescut la copii, adolescenți, adulți și vârstnici și trebuie evitat.

1.7.7.3. Frecvența meselor



Nu există dovezi concludente referitoare la influența frecvenței meselor (inclusiv mese în familie) asupra aportului nutritiv sau supraponderalității și obezității la copii și adulți.

Mesele în familie sunt însă esențiale pentru educația nutrițională a copiilor; ele sunt prilejuri importante pentru ca părinții să transmită copiilor obiceiurile alimentare sănătoase. Exemplul oferit de părinți e mai convingător și educativ decât amenințarea sau interdicția.⁷⁶



Se recomandă mesele în familie cât de des posibil. PP

1.7.7.4. *Fast-food* și mâncare la pachet pentru acasă



Dovezi puternice și consistente asociază consumul de alimente *fast-food* cu risc crescut de creștere în greutate, supraponderalitate și obezitate la adult și copil. Asocierea cea mai puternică cu obezitatea este când se consumă una sau mai multe mese *fast-food*/săptămână.

Frecvența crescută a consumului de alimente *fast-food* la copiii între 8 și 16 ani este asociată cu creșterea adipozității și a IMC-ului, precum și cu risc de obezitate în copilărie, adolescență și perioada de tranziție spre vârsta de adult.^{8,18}



Se recomandă limitarea consumului de alimente *fast-food*. 2B

1.8. ANEXE

1	Cele 5 grupe alimentare sănătoase
2	Piramida alimentației sănătoase
3	Farfuria alimentației sănătoase
4	Chestionarul REAPS
5	Chestionarul REAPS comentat
6	Caracteristici nutriționale ale grupelor alimentare – conform ordin MS. 1563 din 12 septembrie 2008
7	Valoarea calorică a alimentelor
8	Necesar caloric estimat pe zi, sex, vârstă și nivel de activitate fizică
9	Porții-standard zilnice pe grupe alimentare și niveluri de aport caloric
10	Contabilizarea porțiilor de alimente din diferite grupe și subgrupe alimentare în combinațiile de alimente
11	Conținut estimat de acizi grași eicosapentaenoic (EPA) și docosahexaenoic (DHA) și de mercur în 110 g pește de diferite varietăți
12	Exemple conținut uleiuri
13	Necesar de micronutrimente (minerale și vitamine) pe grupe de vârstă și sex
14	Surse alimentare de micronutrimente
15	Principii în alimentația copilului preșcolar și școlar – conform ordin MS. 1563 din 12 septembrie 2008
16	Lista alimentelor nerecomandate preșcolărilor și școlărilor – conform ordin MS. 1563 din 12 septembrie 2008
17	Tabel sintetic cu alimentația la copil pe grupe de vârstă și sex
18	Pattern alimentar- adaptare pentru vegetarieni
19	Pattern alimentar – adaptare pentru vegani
20	Dieta DASH
21	Dieta mediteraneană
22	Obezitatea
23	Jurnal alimentar

Anexa 1. Cele 5 grupe și subgrupe alimentare de bază ⁸

1. Legume:

- *legume cu frunze verde închis*: toate legumele verzi sub formă de frunze proaspete, congelate sau conservate și broccoli, gătit sau crud. Exemplu: spanac, salată romană, rucolă, ștevie, măcriș, pătrunjel, mărar, leuștean etc., alte salate din familia verzei și a conopidei (de exemplu, varză, varza kale etc.), frunzele de ridichi și cele de muștar, broccoli;
- *legume roșii și portocalii*: toate legumele roșii și portocalii, proaspete, congelate sau conservate, gătite sau crude. Exemple: tomate, ardei roșii, gogoșari, morcovi, cartofi dulci, dovleac;
- *legume boabe*: toate boabele – gătite sau conservate. Exemple: boabele de fasole de toate felurile, linte, mazăre. Nu sunt incluse mazărea și fasolea verde;
- *legume cu conținut ridicat în amidon*: toate legumele bogate în amidon – proaspete, congelate și conservate. Exemple: cartofi albi, porumb, păstârnac și mazăre verde;
- *alte legume*: toate celelalte legume, proaspete, congelate sau conservate, gătite sau proaspete. Exemple: salata iceberg, fasole păstăi, ceapă, dovlecel, vânăță, castravete etc.

2. Fructe:

Toate fructele proaspete, congelate, conservate și uscate, precum și sucurile de fructe. Exemple: portocale și suc de portocale, mere și suc de mere, banană, struguri, pepene, fructe de pădure, stafide.

3. Cereale:

- *cereale integrale*: toate produsele pe bază de cereale integrale și cerealele integrale folosite ca ingrediente. Exemple: pâine integrală, cereale integrale, biscuiți sărați, ovăz, orez brun;
- *cereale rafinate* îmbogățite:

Toate produsele de cereale rafinate îmbogățite și cerealele rafinate îmbogățite folosite ca ingrediente. Exemple: pâine albă, cereale îmbogățite, paste din cereale îmbogățite, orez alb.

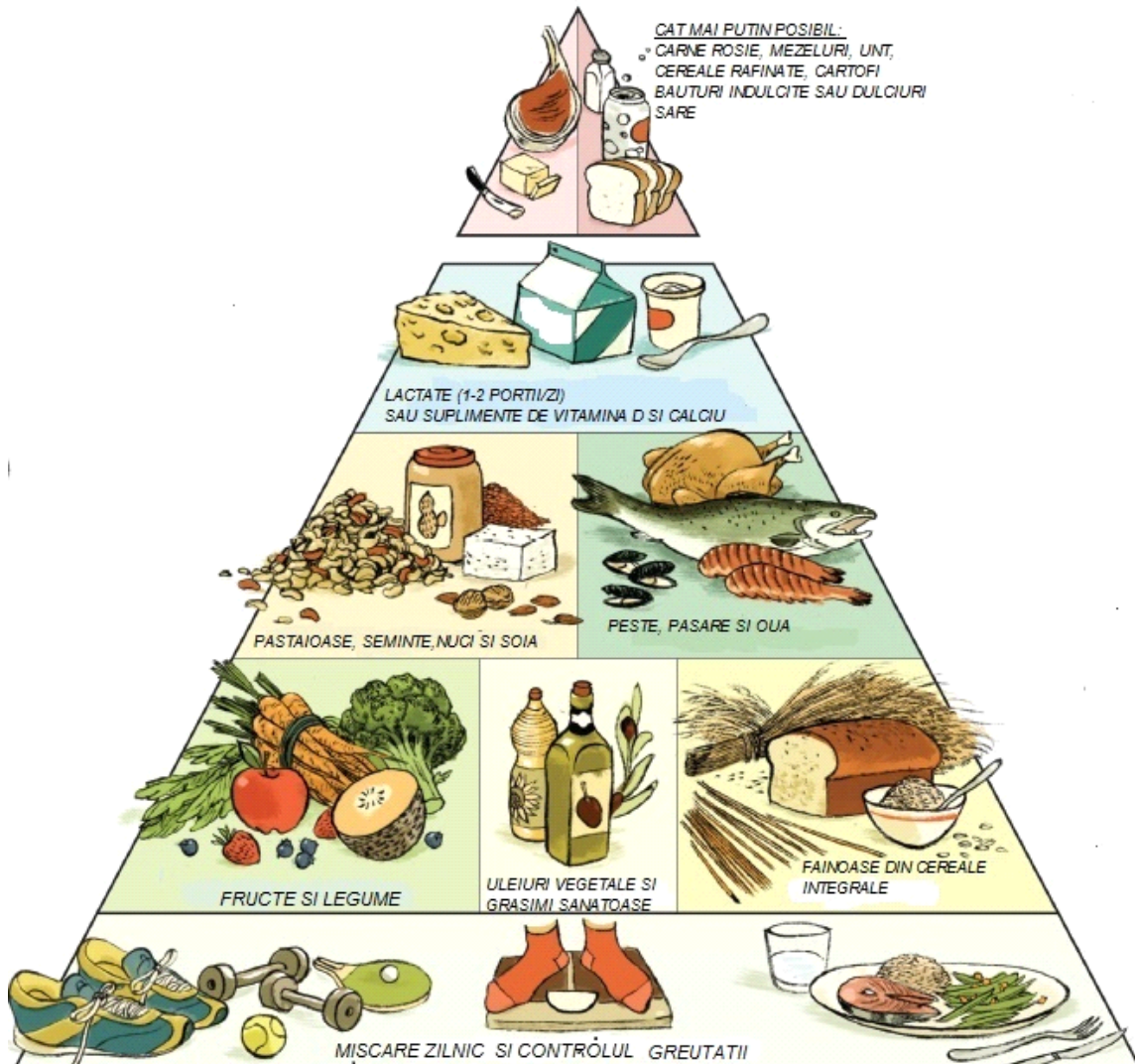
4. Produse lactate:

Toate felurile de lapte, incluzându-le pe cele delactozate sau cu conținut redus de lactoză și băuturile de soia fortificate; iaurturi; deserturi lactate; brânzeturi. Cele mai multe ar trebui să fie degresate sau cu conținut redus de grăsimi. Nu sunt incluse smântâna și frișca din cauza conținutului redus de calciu.

5. Alimente proteice:

Toate felurile de carne, pui, pește, ouă, nuci, semințe și produse de soia procesată. Carnea și puiul trebuie să fie slabe sau cu conținut redus de grăsimi. Boabele de fasole și mazăre sunt considerate parte a acestui grup, precum și a grupului legumelor, dar trebuie luate în considerare doar într-unul dintre grupuri.

Anexa 2. Piramida alimentației sănătoase



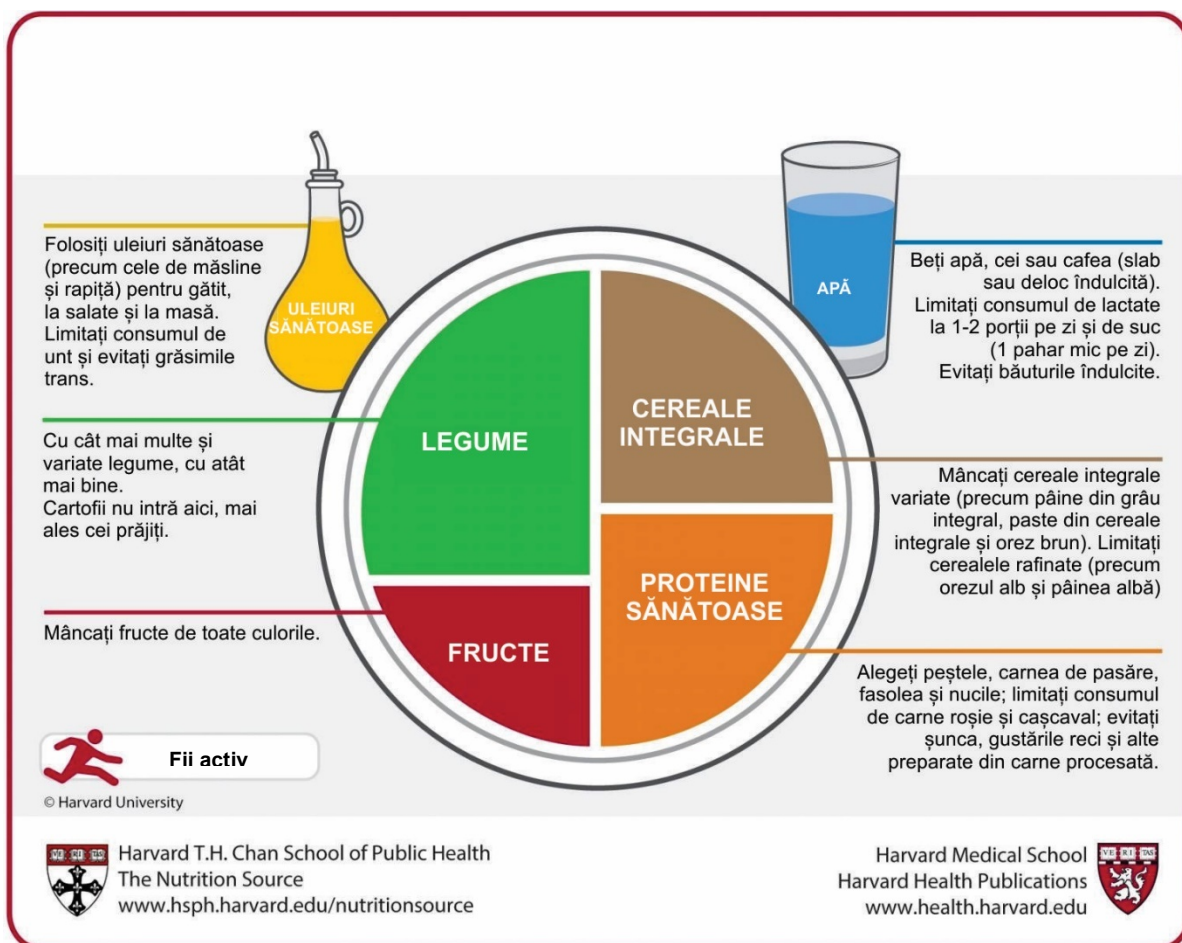
Anexa 3. Farfuria alimentației sănătoase

Farfuria alimentației sănătoase (The Healthy Eating Plate) și piramida alimentației sănătoase (Healthy Eating Pyramid) sumarizează cele mai bune informații nutriționale existente în prezent. Firește că odată ce vor apărea noi dovezi științifice, acestea se vor reflecta în variante adaptate ale acestor două instrumente.

O serie de studii au demonstrat că respectarea ghidării Farfuriei alimentației sănătoase și a Piramidei alimentare poate duce la un risc mai mic de boală cardiacă și de moarte prematură.^{86, 87, 88}

Farfuria alimentației sănătoase (The Healthy Eating Plate) este un ghid vizual într-un format simplu ce oferă o schiță/un plan pentru alcătuirea unei mese echilibrate și sănătoase – fie că este servită pe o farfurie sau ambalată la pachet. A fost creată de către [Harvard School of Public Health](#).

Mărimea fiecărei secțiuni sugerează cu aproximație proporția relativă a fiecărei grupe alimentare ce ar trebui să se regăsească pe o farfurie cu mâncare sănătoasă. Farfuria și secțiunile ei nu reflectă numărul de calorii sau porții zilnice din alimente, întrucât necesarul caloric zilnic și necesarul de nutrienți diferă în funcție de vârstă, sex, IMC și nivelul de activitate fizică.



Recomandările esențiale sugerate de imaginea farfuriei sunt:

- la alcătuirea unei mese, $\frac{1}{2}$ din alimente să fie fructe și legume. Încearcă să mănânci o varietate („un curcubeu”) de fructe și legume. Cartofii, mai ales cartofii prăjiți, nu sunt incluși aici.
- $\frac{1}{4}$ din farfurie să fie cereale integrale. Consumă o varietate de cereale integrale (grâu, ovăz, orz, quinoa, orez brun). Limitează cerealele rafinate (orezul alb și pâinea albă).
- $\frac{1}{4}$ din farfurie să fie alimente proteice (pește, pui, fasole și mazăre boabe, nuci; ele pot fi amestecate într-o salată sau servite cu garnitură de legume. Limitează carnea roșie și evită preparatele de carne procesate precum mezelurile, șuncă etc.).
- alege uleiuri vegetale sănătoase (de măslină, rapiță, porumb, floarea-soarelui, arahide) pentru gătit și salate, și evită-le pe cele parțial hidrogenate care conțin grăsimi trans nesănătoase. Uleiurile trebuie consumate în cantități mici. Limitează consumul de unt, bea apă, ceai sau cafea, neîndulcite. Limitează consumul de lactate la 1-2 porții/zi. Limitează consumul de sucuri de fructe 100% la 1 pahar/zi. Evită băuturile îndulcite.

Anexa 4. Chestionarul REAPS

Chestionar de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP)

Vă rugăm bifajți căsuța ce reflectă cel mai bine situația Dvs!

Intr-o săptămână medie, cât de des:	De obicei/ Deseori	Uneori	Rareori/ Niciodata	Nu mi se aplică
1. Sari peste micul-dejun ?				
2. Obișnuiești să mănânci mâncare fast-food ?				
3. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de legume (exceptând cartofii) pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană de legume sau 1 cană de frunze verzi</i>				
4. Mănânci <u>mai puțin de 2 porții</u> de fructe pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană sau 1 fruct de mărime medie sau 120ml de suc de fructe 100%</i>				
5. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de cereale integrale pe zi ? <i>1 porție = 1 felie de pâine din cereale integrale 100%; 1 cană de cereale integrale, de cereale bogate în fibre, de fulgi de ovăz; 3-4 biscuiți sărați (crackers) din făină integrală; 1/2 de cană de orez sălbatic sau de paste din făină integrală.</i>				
6. Mănânci sau bei <u>mai puțin de 1 porție</u> de lapte, iaurt sau brânză pe zi ? <i>1 porție = 1 cană de lapte sau iaurt; aprox 45-60 g brânză</i>				
7. Mănânci peste 90-100 g carne gătită (inclusiv pui, curcan <u>pe zi</u>) ? <i>90 g de carne roșie sau pui este de mărimea: - unui pachet de cărți de joc sau una din următoarele: - mărimea și grosimea unui pod de palmă - cât un picior mic de pui</i>				
8 Mănânci pește (fructe de mare) mai puțin de 1-2 ori pe săptămână ?				
9. Mănânci carne roșie (de vită, porc, oaie, miel) <u>mai mult de două ori pe săptămână</u> ?				
10. Consumi carne procesată de tip: hamburgeri, cârnați, salam, cremvurști, slănină, kaiser etc ?				
11. Consumi alimente prăjite cum ar fi carne, pui, pește, chifteluțe, cartofi sau alte legume prăjite?				
12. Mănânci chipsuri de cartofi, porumb, etc, crackers, floricele de porumb cu adaos de grăsimi ?				
13. Mănânci <u>dulciuri</u> cum ar fi prăjituri, tort, biscuiți, napolitane, produse de patiserie, gogoși, brișe, ciocolată și bomboane, înghețată, etc ?				
14. Bei sucuri dulci sau mai mult de 100 ml suc proaspăt din fructe ?				
15. Consumi produse <u>bogate în sare</u> cum ar fi murături, supe la plic, semipreparate congelate, semințe, chipsuri sărate etc ?				

16. Cât de dornic ești să faci schimbări în ceea ce privește alimentația, pentru a-ți îmbunătăți sănătatea?

Ft. dornic				Deloc
5	4	3	2	1

*Chestionar adaptat după Rapid Eating Assessment for Patients - Varianta scurtă.
Institute for Community Health Promotion, Brown University, Providence, RI. All Rights Reserved.*

Anexa 5. Chestionarul REAPS comentat

Instrucțiuni pentru evaluare și interpretare

Întrebarea	Riscul alimentar	Evaluare/tratament	Consiliere/informații
Pattern alimentar cu/ fără mic dejun (MD) #1	Pacientul sare peste micul dejun	<ul style="list-style-type: none"> - Consideră riscul de subnutriție - Explorează motivele comportamentului: afecțiuni medicale/psihiatrice, aspect socioeconomic, capacitatea de a-și pregăti hrana etc. +/- tratament, BT după caz 	<ul style="list-style-type: none"> - Dacă: lipsă de resurse, trimite la primărie, NGO etc. - Lipsa sistematică a MD se corelează adesea cu obezitatea - Introducerea unui MD sănătos ar putea fi una dintre soluțiile pt. managementul greutateii
Consum de alimente fast-food #2	Pacienți care consumă frecvent produse fast-food	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă în legătură cu motivele pt. acest tip de consum; - Dacă: „lipsa timpului/abilități pt. a găti, propuneți soluții la îndemână (funcție de resursele locale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Porțiile meniurilor fast-food sunt adesea supradimensionate și pot conduce la obezitate - Alimentele fast-food sunt cel mai adesea bogate în grăsimi saturate și trans, sodiu, zahăr și pot contribui la dezvoltarea unor afecțiuni precum Hipercolesterolemia, HTA, obezitatea
Fruite și legume # 3,4	Pacienți care consumă <3 porții de legume/zi și <2 porții de fructe/zi	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului redus (nu îi plac, nu îi plac gătit, nu știe să le gătească etc.) - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - metode de introducere a L&F în meniul fiecărei mese (vezi strategiile) - subliniază importanța consumului de L&F de toate culorile, inclusiv L cu frunze verzi, galbene și portocalii; a nu se uita de valoarea L crucifere (varza, conopida, broccoli) 	<ul style="list-style-type: none"> - L&F sunt surse bogate în vitamine, minerale și fibre - Unele studii arată că un consum crescut de L&F se asociază cu scăderea RCV și de cancer; L&F sunt bogate în K; dietele bogate în K (DASH) scad valorile TA - L&F întregi sunt preferate sucurilor de L&F; sucurile sunt sărace în fibre alimentare și au un conținut caloric și de zaharuri mai concentrat
Cereale #4	Pacienți care consumă <3 porții de cereale integrale/zi	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului redus/ de evitare a produselor din cereale integrale - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - metode de introducere a cerealelor integrale în meniul fiecărei mese (vezi strategiile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Produsele din cereale integrale fortificate/nu sunt bogate în foliași și alte vit. și minerale - Foliași pot reduce riscul de BCV și cc. colorectal și a defectelor de tub neural la copil (când consumă gravida) - Cerealele integrale sunt o bună sursă de fibre și vit. E - Consumul de alimente bogate în fibre poate diminua riscul de cc. colorectal - Un nivel crescut de vit. E previne apariția BCV și se asociază cu o rată mai scăzută a mortalității prin BCV

Întrebarea	Riscul alimentar	Evaluare/tratament	Consiliere/informații
Lapte și produse lactate # 6	Pacienți care consumă <1 porție de lactate/zi (la adult)	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului redus/ de evitare – inclusiv despre intoleranța la lactoză - Dacă pacientul are intoleranță la lactoză sugerați produse sărace sau fără lactoză: produse nelactate bogate în calciu (de exemplu, lapte de soia/orez fortificat) sau consideră suplimentare de calciu 	<ul style="list-style-type: none"> - Laptele și lactatele sunt bogate în calciu și vit. D - Un nivel adecvat de Ca și vit. D este important pentru prevenția și tratamentul osteoporozei - Consumul insuficient de lapte și lactate poate duce la creșterea RCV și R de DZ2 - Consumul a > 1 porție de lapte/zi se asociază cu reducerea riscului de cc colorectal - Un nivel adecvat al aportului de calciu, mai ales în cazul pacienților sensibili la sare, ar putea avea efecte benefice la HTA
Pește și derivate Fructe de mare # 7	Pacienți care consumă pește < 2 x/ săpt.	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului scăzut/de evitare - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - metode de introducere a peștelui și produselor de pește/fructe de mare în alimentația săptămânală - tipuri de pește care aduc beneficii - rolul suplimentelor de omega-3 	<ul style="list-style-type: none"> - Peștele și fructele de mare sunt bogate în proteine, dar și în acizi omega-3; varietățile de pește gras bogate în EPA și DHA sunt somonul, sardinele, heringul și macroul - Consumul a 250 g pește/săpt. se asoc cu reducerea RCV, moartea subită și alte decese prin BCI - Consumul de pește >1 porție/săptămână se asociază cu reducerea R de demență la vârstnici
Carne roșie sau derivate de carne roșie, produse procesate # 8,9,10	Pacienți care consumă o cantitate de carne gătită > 90-100 g/zi (> 450 g/săpt.) - consumă carne roșie > 2 ori/ săpt. - consumă deseori carne procesată	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului crescut - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - metode de introducere a altor surse proteice, discuția despre ouă; alte tipuri de carne - metode de preparare a cărnii posibil mai puțin nocive 	<ul style="list-style-type: none"> - Dovezi suficiente și clare arată: carnea procesată crește riscul de cc. colorectal; - Dovezi limitate arată: consumul de carne roșie în exces, cu atât mai mult dacă este pregătită la temperaturi foarte înalte, poate crește riscul de cc. colorectal - Consumul de produse proteice animale este asociat cu incidența crescută a cc. de prostată și renal - Un ou de mărime medie aduce 3% din necesarul caloric (60 Kcal din 2000), dar asigură 11% din rația proteică
Grăsimi saturate, surse de grăsimi saturate: lactate, brânzeturi, carne roșie și grasă # 8-11	Pacienți cu o dietă bogată în grăsimi și mai ales în grăsimi saturate: - lapte și derivate nedegresate; - carne grasă; - cantități mari de carne roșie; - alimente prăjite.	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului crescut - Consiliază în consecință pt. înlocuirea surselor bogate în grăsimi saturate cu surse mai sărace sau bogate în grăsimi MUFA și PUFA - Lapte și brânzeturi degresate sau parțial degresate - Porții mai mici de carne roșie - Carne roșie mai slabă/carne albă: pui fără piele sau curcan, iepure - Pește - Nuci și boabe ca surse alternative de proteine: soia, năut, fasole etc. - Alternative de preparare: preferați fiertul, cuptorul în loc de fript, prăjit 	<ul style="list-style-type: none"> - Carne roșie este mai bogată în grăsimi saturate decât carne albă sau alte surse de proteine și poate crește RCV și nivelul de colesterol - Înlocuirea unei porții de carne roșie/zi cu 15 g nuci sau semințe duce la reducerea RCV cu 19-30% - Laptele și brânzeturile grase sunt bogate în grăsimi saturate ce pot crește riscul de BCV - Dietele bogate în grăsimi aduc un aport caloric important și pot duce la obezitate - Dietele bogate în grăsimi saturate se asociază mai frecvent cu Hcolesterolemia și unele tipuri de cancer

Întrebarea	Riscul alimentar	Evaluare/tratament	Consiliere/informații
Dulciuri, gustări, produse tartinabile bogate în grăsimi saturate # 12-13	Pacienți care consumă o cantitate mare de grăsimi saturate sub formă de dulciuri, gustări, toppinguri etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului de deserturi/gustări de acest tip și: - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - înlocuirea surselor bogate în grăsimi saturate cu surse mai sărace: ex înghețata poate fi înlocuită cu sorbeto (înghețată din iaurt cu fructe), sosurile pe bază de maioneză cu amestecuri ulei/oțet sau zeamă de lămâie - Untul, margarina pot fi înlocuite cu ulei etc. 	Ca mai sus
Dulciuri cu conținut bogat în zahăr Băuturi îndulcite cu zahăr sau îndulcitori calorigeni. # 13, 14	Pacienți care consumă frecvent dulciuri sau băuturi îndulcite	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului de deserturi/gustări de acest tip și: - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - consumă porții mai mici - consumă variante mai sărace în zahăr - înlocuiește-le cu fructe - în loc de sucuri îndulcite cu zahăr folosiți apă, ceaiuri de plante neîndulcite sau îndulcite cu stevia, sucuri naturale proaspete în cantități mici (< 100 mL/zi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dulciurile și băuturile îndulcite conțin zahăr și aduc un aport mare de calorii „goale” de substanțe nutritive - Cafeina și fosfații din băuturile de tip cola pot diminua absorbția calciului
Sodiu # 15	Pacienți cu istoric familial sau personal de HTA ce consuma multă sare	<ul style="list-style-type: none"> - Întrebă despre motivele consumului crescut de sare - Consiliază în consecință: <ul style="list-style-type: none"> - recomandă reducerea consumului de sare - alegerea alimentelor cu conținut mai sărac în sodiu - evitarea alimentelor procesate și bogate în sare - recomandă alte condimente în locul sării - recomandă creșterea consumului de L&F 	<ul style="list-style-type: none"> - Menținerea TA la valori normale reduce RCV, incidența insuficienței cardiace și a bolii renale cronice) - Se estimează că aprox 1/3 din populație este sensibilă la sare - Consumul crescut de sare de către cei sensibili la sare poate conduce la HTA - Adulții care ar beneficia de reducerea TA trebuie să consume dieta DASH cu aport redus de sodiu sub 5 g de sare în total/zi; - Un consum crescut de alimente bogate în K (legume și fructe) și Ca (lactate semi- și degresate) poate scădea valorile TA.

Anexa 6. Caracteristici nutriționale ale grupelor alimentare ⁸⁴

Grupa alimentară	Pâine, cereale, orez, paste	Legume și vegetale	Fructe	Lapte și derivate	Ouă	Carne, pește
Principalele nutrimente	Carbohidrați Fier Vit. B1 Vit. E	Vitamine și minerale	Vitamine și minerale	Calciu Proteine	Proteine cu valoare biologică înaltă	Proteine Fier Acizi grași Omega 3
Alte componente nutritive		Fibre	Carbohidrați Fibre	Grăsimi Carbohidrați Magneziu Zinc Vit. B2 Vit. B12 Sodiu Potasiu	Colesterol Fier Vit. B1, B12, A, D	Grăsimi Niacină Vit. B12

Anexa 7. Valoarea calorică a alimentelor⁸⁴

Valoarea calorică	kcal/100 g	Alimente
Minimă	sub 5	Apă, apă minerală, ceai neîndulcit, supe clare
Scăzută	5-60	Fructe: mere, căpșune, caise, piersici, prune, cireșe, vișine, pepene, portocale, mandarine, greșfrut, mango, ananas. Legume: fasole verde, varză, conopidă, morcovi, pătrunjel, castraveți, usturoi, ceapă, salată, ciuperci, spanac, sparanghel, broccoli Lapte degresat, brânză proaspătă de vacă
Moderată	60-120	Fructe: pere, struguri, banane, fructe uscate, fructe glasate Legume: porumb, mazăre, soia, fasole boabe, cartofi fierți/copti Carne slabă, pui Ou, brânză telemea, pește Cereale simple, pâine Lapte integral, iaurt integral, iaurt cu fructe cu conținut redus de grăsime
Crescută	120-300	Înghețată, iaurt gras, smântână, cașcaval, brânză topită, carne grasă, salam, cârnați, paste cu sos, biscuiți, prăjituri, cereale îmbogățite, musli, sosuri
Foarte crescută	peste 300	Plăcintă cu carne, cartofi prăjiți, pui/pește/carne prăjit/prăjită, hamburger, pizza, dulciuri (prăjituri cu cremă, ciocolată, bomboane), margarină, unt, maioneză, alune, semințe

Anexa 8. Necesari caloric estimat pe zi, sex, vârstă și nivel de activitate fizică⁸

Aport caloric necesar pentru menținerea echilibrului caloric pe cele două sexe, diferite vârste și trei niveluri de activitate fizică.

Sex/ Nivel de activitate ^b	Masculin sedentar	Masculin moderat sedentar	Masculin activ	Feminin sedentar	Feminin Moderat activ	Feminin activ
vârsta (ani)						
2	1000	1000	1000	1000	1000	1000
3	1200	1400	1400	1000	1200	1400
4	1200	1400	1600	1200	1400	1400
5	1200	1400	1600	1200	1400	1600
6	1400	1600	1800	1200	1400	1600
7	1400	1600	1800	1200	1600	1800
8	1400	1600	2000	1400	1600	1800
9	1600	1800	2000	1400	1600	1800
10	1600	1800	2200	1400	1800	2000
11	1800	2000	2200	1600	1800	2000
12	1800	2200	2400	1600	2000	2200
13	2000	2200	2600	1600	2000	2200
14	2000	2400	2800	1800	2000	2400
15	2200	2600	3000	1800	2000	2400
16	2400	2800	3200	1800	2000	2400
17	2400	2800	3200	1800	2000	2400
18	2400	2800	3200	1800	2000	2400
19–20	2600	2800	3000	2000	2200	2400
21–25	2400	2800	3000	2000	2200	2400
26–30	2400	2600	3000	1800	2000	2400
31–35	2400	2600	3000	1800	2000	2200
36–40	2400	2600	2800	1800	2000	2200
41–45	2200	2600	2800	1800	2000	2200
46–50	2200	2400	2800	1800	2000	2200
51–55	2200	2400	2800	1600	1800	2200
56–60	2200	2400	2600	1600	1800	2200
61–65	2000	2400	2600	1600	1800	2000
66–70	2000	2200	2600	1600	1800	2000
71–75	2000	2200	2600	1600	1800	2000
76+	2000	2200	2400	1600	1800	2000

Sursă: Britten P, Marcoe K, Yamini S, Davis C. Development of food intake patterns for the MyPyramid Food Guidance System. *J Nutr Educ Behav* 2006;38(6 Suppl):S78-S92.

Anexa 9. Porții-standard zilnice pe grupe alimentare și niveluri de aport caloric⁸

Consumul recomandat din subgrupele de legume și de alimente proteice este nivelul săptămânal.

Nivel caloric	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400	2600	2800	3000	3200
Fructe	1 c	1 c	1½ c	1½ c	1½ c	2 c	2 c	2 c	2 c	2½ c	2½ c	2½ c
Legume	1 c	1½ c	1½ c	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3½ c	3½ c	4 c	4 c
Verde-închis	½ c/ săptăm	1 c/ săptăm	1 c/ săptăm	1½ c/ săptăm	1½ c/ săptăm	1½ c/ săptăm	2 c/ săptăm	2 c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/v
Roșii și portocalii	2½ c/ săptăm	3 c/ săptăm	3 c/ săptăm	4 c/ săptăm	5½ c/ săptăm	5½ c/ săptăm	6 c/ săptăm	6 c/ săptăm	7 c/ săptăm	7 c/ săptăm	7½ c/ săptăm	7½ c/ săptăm
Fasole și mazăre	½ c/ săptăm	½ c/ săptăm	½ c/ săptăm	1 c/ săptăm	1½ c/ săptăm	1½ c/ săptăm	2 c/ săptăm	2 c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	3 c/ săptăm	3 c/ săptăm
Amido-noase	2 c/ săptăm	3½ c/ săptăm	3½ c/ săptăm	4 c/ săptăm	5 c/ săptăm	5 c/ săptăm	6 c/ săptăm	6 c/ săptăm	7 c/ săptăm	7 c/ săptăm	8 c/ săptăm	8 c/ săptăm
Alte legume	1½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	3½ c/ săptăm	4 c/ săptăm	4 c/ săptăm	5 c/ săptăm	5 c/ săptăm	5½ c/ săptăm	5½ c/ săptăm	7 c/ săptăm	7 c/ săptăm
Cereale	90 g-eq	120 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	180 g-eq	180 g-eq	210 g-eq	240 g-eq	270 g-eq	300 g-eq	300 g-eq	300 g-eq
integrale	45 g-eq	60 g-eq	75 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	100 g-eq	120 g-eq	135 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	150 g-eq
îmbo-gățite	45 g-eq	60 g-eq	75 g-eq	60 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	100 g-eq	120 g-eq	135 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	150 g-eq
Alimente proteice/zi	60 g eq	90 g eq	120i-eq	150 g/zi-eq	150 g/zi-eq	165 g/zi-eq	180 g-eq	195 g-eq	195 g-eq	210 g-eq	210 g-eq	210 g-eq
Pește	90 g/ săptăm	150 g/ săptăm	180 g/ săptăm	240 g/ săptăm	240 g/ săptăm	240 g/ săptăm	270 g/ săptăm	300 g/ săptăm	300 g/ săptăm	330 g/ săptăm	330 g/ săptăm	330 g/ săptăm
Carne, pui, ou	300 g/ săptăm	420 g/ săptăm	570 g/ săptăm	720 g/ săptăm	720 g/ săptăm	750 g/ săptăm	800 g/ săptăm	870 g/ săptăm	870 g/ săptăm	950 g/ săptăm	950 g/ săptăm	950 g/ săptăm
Nuci, semințe, soia	15 g nuci sau ¼ cană boabe/ săptăm	30 g nuci sau ½cana boabe/ săptăm	45 g nuci sau ¾cana boabe/ săptăm	60 g nuci sau 1cana boabe/ săptăm	60 g nuci sau 1cana boabe/ săptăm	60 g nuci sau 1cana boabe/ săptăm	60 g nuci sau 1cana boabe/ săptăm	75 g nuci sau 1¼cana boabe/ săptăm	75 g nuci sau 1¼cana boabe/ săptăm	75 g nuci sau 1¼cana boabe/ săptăm	75 g nuci sau 1¼cana boabe/ săptăm	75 g nuci sau 1¼cana boabe/ săptăm
Lactate f	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c
Uleiuri g	15 g	17 g	17 g	22 g	24 g	27 g	29 g	31 g	34 g	36 g	44 g	51 g
Grăsimi solide și zaharuri, limita maximă, calorii (% din cal)	137 (14%)	121 (10%)	121 (9%)	121 (8%)	161 (9%)	258 (13%)	266 (12%)	330 (14%)	362 (14%)	395 (14%)	459 (15%)	596 (19%)

Note pentru tabelul de mai sus:

a) Toate alimentele sunt presupuse a fi în formele bogate în nutrimente, cu conținut scăzut în grăsimi și preparate fără adaos de grăsimi, zahăr sau sare. Grăsimile solide și zaharurile pot fi incluse până la limita maximă zilnică specificată în tabel.

Echivalențele cantitative pentru fiecare grup alimentar sunt:

Cereale: 30 g echivalent = o felie de pâine = 30 g paste sau orez nefierte = $\frac{1}{2}$ cană orez, paste sau cereale gătitе = 1 tortilla (15 cm diametru); 1 clătită (12,5 cm diametru); 1 cană fulgi de cereale.

Legume și fructe: 1 cană echivalează cu: 1 cană de legume sau fructe crude sau gătitе; $\frac{1}{2}$ cană de legume sau fructe uscate; 1 cană de suc de legume sau fructe; 2 căni de frunze verzi de salată.

Alimente proteice: 30 g echivalent de alimente proteice = 1 ou = 30 g carne slabă, pui pește = 1 lingură de unt de arahide = 15 g nuci sau semințe = $\frac{1}{4}$ cană de fasole sau mazăre boabe gătită.

Lactate: 1 cană este echivalentă cu: o cană de lapte, iaurt sau băutură de soia îmbogățită; 40 g brânză naturală, 60 g brânză procesată.

b) Vezi tabelul cu necesarul caloric pe vârstă și sex. Patternul alimentar de 1000, 1200 și 1400 calorii întrunește necesarul caloric la copii între 2–8 ani. Patternul de 1600–3200 calorii acoperă necesarul caloric la copii începând cu vârsta de 9 ani și la adulți. Dacă un copil de 8 ani necesită mai multe calorii și, prin urmare, urmează un pattern cu 1600 calorii sau mai mult, cantitatea de lapte poate fi de $2\frac{1}{2}$ căni pe zi. Copiii în vârstă de 9 ani sau mai mult precum și adulții nu trebuie să urmeze diete cu 1000, 1200 sau 1400 calorii.

c) Alimentele din subgrupele legume și fructe, precum și alimentele proteice se regăsesc în tabel sub formă de cantități recomandate săptămânal, pentru că ar fi dificil pentru consumator să aleagă zilnic alimente din fiecare subgrupă.

d) Cantitățile de cereale integrale recomandate în tabel reprezintă cantitățile minime recomandate, ele putând fi crescute odată cu reducerea cerealelor rafinate îmbogățite.

e) Uleiurile și margarinele ușoare includ uleiuri vegetale, nuci și ulei de pește, precum și margarine ușoare fără grăsimi trans.

f) Limitele calorice pentru grăsimi solide și zaharuri adăugate reprezintă kaloriile care rămân neacoperite după alegerea cantităților recomandate din cele 5 grupe alimentare nutritive (variante degresate sau semidegresate și fără zaharuri adăugate). Cantitatea de grăsimi solide și zaharuri adăugate din patternurile cu 1200, 1400 și 1600 calorii este mai mică decât cea recomandată pentru patternul cu 1000 calorii datorită necesarului mai mare de alimente bogate în nutrimente la aceste categorii.

Anexa 10. Contabilizarea porțiilor de alimente din diferite grupe și subgrupe alimentare în combinațiile de alimente ⁵

Exemple practice

Sandvici cu carne de vită și salată	Cereale	Legume	Fructe	Lactate	Carne/ pește/ ouă/ semințe/ fasole	Uleiuri, margarină	Alimente cu restricție
Pâine 2 felii	2						
Carne de vită 65 g					1		
Roșii 3 felii (40 g)		½					
Castravete și marole ¼ cană		¼					
Margarină 2 lingurițe						1	
Total porții	2	¾			1	1	

Pizza	Cereale	Legume	Fructe	Lactate	Carne/ pește/ ouă/ semințe/ fasole	Uleiuri, margarină	Alimente cu restricție
Făină ¾ cană	3						
Ulei o lingură						1	
Brânză 40 g				1			
Roșii 38 g		½					
Ciuperci, ceapă capsicum		¼					
Ananas 75 g			½				
Pui 40 g					½		
Total porții	3	¾	½	1	½	1	

Anexa 11. Conținutul estimat de acizi grași eicosapentaenoic (EPA), docosahexaenoic (DHA) și de mercur în 110 g pește de diferite varietăți ⁸

Varietăți de pește și fructe de mare	EPA+DHA mg/110 g pește gătit	Mercur (mcg/110 g pește gătit)
Somon: Atlantic, Chinook, Coho	1200–2400	2
Anșoa, hering, scrumbie	2300–2400	5–10
Macrou (nu regal)	1350–2100	8–13
Ton: Bluefin și Albacore (ton alb)	1700	54–58
Sardine	1100–1600	2
Scoici	1550	2
Păstrăv: apă dulce	1000–1100	11
Ton alb conservat	1000	40
Midii	900	NA
Somon: roz și Sockeye	700–900	2
Caracatiță	750	11
Pollock: Atlantic și Walleye	600	6
Crab	200–550	9
Ton: Skipjack și Yellowfin	150–350	31–49
Plătică, pește plat și calcan	350	7
Moluște	200–300	< 1
Ton: conservat în apă	150–300	13
Pisică de mare	100–250	7
Cod	200	14
Scoici	200	8
Eglefin și Hake	200	2–5
Crabi	200	47
Raci	200	5
Tilapia	150	2
Creveți	100	0
Varietăți de pește și fructe de mare care NU trebuie consumate de femei gravide sau care alăptează		
Rechin	1250	151
Tilefish: Golful Mexic	1000	219
Peștele-spadă	1000	147
Macrou regal	450	110

U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, Nutrient Data Laboratory, 2010, USDA Național Nutrient Database for Standard Reference, Release 23, Available at: <http://www.ars.usda.gov/ba/bhnrc/ndl>. U.S. Food and Drug Administration, „Mercury Levels în Commercial Fish and Shellfish,” Available at: <http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/Product-SpecificInformation/Seafood/FoodbornePathogensContaminants/Methylmercury/ucm115644.htm>. Național Marine Fisheries Service. „Național Marine Fisheries Service Survey of Trace Elements în the Fishery Resource” Report, 1978. Environmental Protection Agency. „The Occurrence of Mercury în the Fishery Resources of the Gulf of Mexico” Report, 2000.

Anexa 12. Uleiurile – compoziție, surse, efecte

Nume ulei	Tip de ulei	Sursa	Efect
Palmitic	Saturat	Grăsimi animale	Aterogen
Oleic	Mononesaturat Omega-9	Ulei de măsline, rapiță	Antiaterogen
Linoleic Omega-6	Polinesaturat Omega-6	Ulei de soia, porumb, floarea-soarelui	Antiaterogen
Eicosapentanoic Omega-3	Polinesaturat Omega-3	Ulei de pește	Antiaterogen

Anexa 13. Necesar de micronutrimente (minerale și vitamine) pe grupe de vârstă și sex ⁸

Vârsta, sex/ Nutrient (unități)	sursa	copii 1-3	4-8 fete	4-8 băieți	9-13 fete	9-13 băieți	4-18 fete	14-18 băieți	19-30 fem	19-30 masc	31-50 fem	31-50 masc	51+ fem	51+ masc
Minerale														
Calciu (mg)	RDA	700	1000	1000	1300	1300	1300	1300	1000	1000	1000	1000	1200	1200
Fier (mg)	RDA	7	10	10	8	8	15	11	18	8	18	8	8	8
Magneziu (mg)	RDA	80	130	130	240	240	360	410	310	400	320	420	320	420
Fosfor (mg)	RDA	460	500	500	1250	1250	1250	1250	700	700	700	700	700	700
Potasiu (mg)	AI	3000	3800	3800	4500	4500	4700	4700	4700	4700	4700	4700	4700	4700
Sodiu (mg)	Ulg	<1500	<1900	<1900	<2200	<2200	<2300	<2300	<2300	<2300	<2300	<2300	<2300	<2300
Zinc (mg)	RDA	3	5	5	8	8	9	11	8	11	8	11	8	11
Cupru (μg)	RDA	340	440	440	700	700	890	890	900	900	900	900	900	900
Seleniu (μg)	RDA	20	30	30	40	40	55	55	55	55	55	55	55	55
Vitamine														
Vitamina A (μg RAE)	RDA	300	400	400	600	600	700	900	700	900	700	900	700	900
Vitamina D (μg)	RDA	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Vitamina E (mg AT)	RDA	6	7	7	11	11	15	15	15	15	15	15	15	15
Vitamina C (mg)	RDA	15	25	25	45	45	65	75	75	90	75	90	75	90
Tiamina =vit B1 (mg)	RDA	0.5	0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2
Riboflavina (mg)	RDA	0.5	0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.3	1.1	1.3	1.1	1.3	1.1	1.3
Niacina (mg)	RDA	6	8	8	12	12	14	16	14	16	14	16	14	16
Folati (μg)	RDA	150	200	200	300	300	400	400	400	400	400	400	400	400
Vitamina B6 (mg)	RDA	0.5	0.6	0.6	1.0	1.0	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.5	1.7
Vitamin B12 (μg)	RDA	0.9	1.2	1.2	1.8	1.8	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
Colina (mg)	AI	200	250	250	375	375	400	550	425	550	425	550	425	550
Vitamina K (μg)	AI	30	55	55	60	60	75	75	90	120	90	120	90	120

A Recomandările ghidului de alimentație sunt utilizate când nu sunt disponibile valorile cantitative ale consumului de referință și se aplică pentru vârste cuprinse între 2 și 9 ani.

B Permisuni dietetice recomandate

C Gama de distribuție acceptabilă pentru macronutrimente

D 14 grame la 1000 de calorii

E Recomandările ghidului de alimentație

F Consumul adecvat

G Limita superioară

H 1mcg de vitamina D este echivalentul a 40 UI

AT = alfatocofeol, DFE = echivalenți dietetici de acid folic, RAE = echivalenți ai activității retinolului

Sursă: Britten P, Marcoe K, Yamini S, Davis C. Development of food intake patterns for the MyPyramid Food Guidance System. J Nutr Educ Behav 2006;38(6 Suppl):S78-S92. IOM. Dietary Reference Intakes: The essential guide to nutrient requirements. Washington (DC): The Național Academies Press; 2006. IOM. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington (DC): The Național Academies Press; 2010.

Anexa 14. Surse alimentare de micronutrimente^{8, 18, 80}

Nutriment	Surse alimentare
Calciu	Lactate semi-/degresate, substitute de lapte îmbogățite cu calciu, broccoli, legume cu frunze verde-închis, sardine
Potasiu	Banane, cantalup, stafide, nuci, spanac și alte legume verde-închis, pește
Fibre	Legume boabe (fasole și mazăre uscate), alimente pe bază de cerele integrale, legume și fructe colorate, mere, căpșune, morcovi, zmeură, semințe
Magneziu	Spanac, fasole boabe neagră, migdale, mazăre
Vitamina A	Ouă, lapte, ficat (retinol), morcovi, cartofi dulci, cantalup (beta-caroten), caise, ardei, roșii
Vitamina C	Fructe și legume proaspete (portocale, căpșunei, tomate, kiwi, broccoli, ardei roșii și verzi), organe, cereale germinate și leguminoase
Vitamina E	Avocado, nuci, semințe, cereale integrale, spanac și alte legume verde-închis
Vitamina B12	Carne, ouă, lapte
Vit B1 (tiamina)	Germeni de grâu, drojdie, organe, leguminoase (fasole, linte, năut), legume verzi
Vit B2 (riboflavina)	Carne și produse lactate, legume cu frunze verzi, cereale și semințe (cantități mici)
Vit B3 (niacina)	Drojdie, produse animale, produse lactate, cereale, leguminoase, legume cu frunze verzi
Vit B6 (piridoxina)	Carne, cereale integrale, legume și nuci
Vit D	Pește de apă sărată (somon, hering, sardine, ulei de pește), dar în cantități mici
Fier	Origine animală (absorbție mai bună) = carne slabă, pui, pește Origine vegetală: fasole boabe albă, linte și spanac Alimente îmbogățite cu fier: pâine și cereale
Seleniu	Produse animale, cereale, vegetale
Zinc	
Folat	Sparanghel, broccoli, varză de Bruxelles, varză, conopidă, spanac, mazăre, portocale, drojdie, ficat

Dieta săracă în produse animale – aport scăzut de fier și zinc, calciu, vitamina A, vitamina B2 (riboflavin), vitamina B6 și vitamina B12.

Dieta săracă în legume și fructe – aport inadecvat de vitamina C, beta-caroten (provitamina A) și folați.

Dieta bogată în cereale rafinate – aport insuficient de fier și zinc, vitamine B (de exemplu, tiamina, riboflavina, niacina) și folați.

Laptele mamelor care alăptează și care au o alimentație monotonă și săracă în nutrimente va priva sugarul de cantitățile optime de vitamina A (retinol), vitaminele B, iod și seleniu.

Anexa 15. Principii în alimentația copilului⁸⁴

Alimentația sănătoasă pentru copilul mai mare de 24 de luni implică respectarea unor principii de bază, și anume:

- a) asigurarea unei diversități alimentare, ceea ce înseamnă consumul de alimente din toate grupele și subgrupele alimentare pe parcursul unei zile.
- b) asigurarea unei proportionalități între grupele și subgrupele alimentare, adică un aport mai mare de fructe, legume, cereale integrale, lapte și produse lactate, în detrimentul alimentelor cu un conținut crescut de grăsimi și de zahăr
- c) consumul moderat al unor produse alimentare, adică alegerea unor alimente cu un aport scăzut de grăsimi saturate (unt, untură, carne grasă) și de zahăr adăugat

Alimentația copilului preșcolar trebuie să respecte următoarele reguli:

- a) Alimentația trebuie să cuprindă o varietate largă de alimente din grupele de bază: pâine, cereale, orez și paste făinoase, legume, fructe, lapte, brânză și iaurt, carne, pui, pește și ouă.
- b) Masa trebuie să se servească înainte de a-i fi foarte foame copilului, de a fi obosit sau iritat.
- c) Trebuie să se ofere câteva variante de alimente la alegere și cel puțin un aliment favorit.
- d) Pentru asigurarea rației zilnice de nutrimente, mesele principale vor fi completate cu gustări formate din cereale cu lapte, sandviciuri, fructe, sucuri de fructe, iaurt simplu sau iaurt cu fructe, brânză cu conținut scăzut de sare și grăsimi.
- e) Alimentele din meniu pot să aibă consistență și culori diferite, în vederea stimulării poftei de mâncare.
- f) Cantitatea de mâncare trebuie să fie adecvată vârstei copilului; o modalitate practică de stabilire a cantității de mâncare la copilul mic, în lipsa tabelelor și a graficelor, este de a-i servi o lingură din fiecare grup alimentar pentru fiecare an de vârstă al copilului.
- g) Masa trebuie să se încheie când copilul s-a săturat, devine neliniștit sau nu mai manifestă interes.

Alimentația copilului școlar trebuie să respecte cu precădere următoarele reguli:

- a) să asigure un necesar de calorii și micronutrimente conform vârstei și ritmului de creștere;
- b) să asigure un aport corespunzător de proteine/zi, prin consumul de carne, ouă, produse lactate, dar și din surse vegetale incluzând fasolea, linte, produse din soia;
- c) să asigure un aport de fier de 8–15 mg de fier/zi, prin consumul de carne de vacă, pasăre și porc, legume – inclusiv fasole și alune, cerealele integrale sau fortificate, vegetale cu frunze verzi;
- d) gustarea să fie formată din fructe, lapte și produse lactate cu un conținut scăzut de grăsime;
- e) să asigure o hidratare corespunzătoare vârstei.

În alcătuirea meniului unui copil de peste 2 ani se va utiliza piramida alimentară din Anexa 2.

- a) Piramida alimentară este alcătuită din grupe de alimente cu o repartiție a cantității recomandate a fi consumate sub denumirea de porție nutritivă.
- b) O porție nutritivă este recomandarea cantitativă a unui aliment exprimată în grame sau folosind ca unitate de măsură ceașca.
- c) În cadrul piramidei alimentare, numărul de porții nutritive dintr-o anumită grupă se stabilește în funcție de necesarul de calorii al copilului, care la rândul său depinde de vârstă, sex, dezvoltarea corporală și gradul de activitate.
- d) Se va evita asocierea alimentelor din aceeași grupă la felurile de mâncare servite (de exemplu, la micul dejun nu se va servi ceai cu pâine cu gem, ci cu preparate din carne sau cu derivate lactate; în schimb, se poate folosi lapte cu pâine cu gem sau cu biscuiți; la masa de prânz nu se vor servi felurile 1 și 2 preponderent cu glucide din cereale, de exemplu, supă cu găluște și friptură cu garnitură din paste făinoase, ci din legume).
- e) Se vor evita la cină mâncărurile care solicită un efort digestiv puternic sau care au efect excitant ori a căror combinație produce efecte digestive nefavorabile (de exemplu, iahnie de fasole cu iaurt sau cu compot).
- f) Mâncărurile gen tocături sunt acceptate numai dacă sunt prelucrate termic prin fierbere sau la cuptor. Ouăle se recomandă a fi servite ca omletă la cuptor și nu ca ochiuri românești sau prăjite.
- g) Meniul va fi îmbogățit cu vitamine și săruri minerale prin folosire de salate din crudități și adăugare de legume-frunze în supe și ciorbe.
- h) Se interzice folosirea cremelor cu ouă și frișcă, a maionezelor, indiferent de anotimp.

Anexa 16. Lista alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarii⁸⁴

Alimente nerecomandate	Limita de la care alimentele devin nerecomandate	Exemple de categorii de alimente nerecomandate care prin conținut sau forma de prezentare pot fi nerecomandate
Alimente cu conținut mare de zaharuri	Peste 15 g zaharuri/100 g produs	Prăjituri, bomboane, acadele, alte produse similare
Alimente cu conținut mare de grăsimi	Peste 20 g grăsimi /100 g produs din care, cumulativ: - grăsimi saturate peste 5 g/100 g produs - acizi grași trans peste 1 g/100 g produs	- hamburgeri, pizza, produse de patiserie, cartofi prăjiți, alte alimente preparate prin prăjire - maioneze, margarină, brânză topită, brânzeturi tartinabile cu conținut de grăsime >20% - mezeluri grase, alte produse similare
Alimente cu conținut mare de sare	Peste 1,5 g sare/100 g produs (sau peste 0,6 g sodiu/100 g produs)	- Chipsuri, biscuiți sărați, covrigei sărați, sticksuri sărate, snacksuri, alune sărate, semințe sărate, brânzeturi sărate, alte produse similare
Băuturi răcoritoare		Orice tip de băuturi răcoritoare cu excepția apei potabile îmbuteliate sau a apei minerale îmbuteliate
Alimente cu conținut ridicat de calorii pe unitatea de vânzare	Peste 300 kcal pe unitatea de vânzare	Orice tip de aliment care, prin conținut, aduce un aport de calorii de peste 300 kcal pe unitate de vânzare
Alimente neambalate		Alimente vrac Sandviciuri neambalate
Alimente neetichetate		Alimente care nu respectă prevederile HG nr. 106/2002 privind etichetarea alimentelor, cu modificările și completările ulterioare

Anexa 17. Tabel sintetic cu alimentația la copil pe grupe de vârstă și sex, detaliată pe cele 5 grupe alimentare sănătoase ⁵

Cele 5 grupe alimentare							O porție- standard:
	Porții pe zi						½ cană (125 mL) de legume găsite (morcovi, spanac, porumb etc.)
		2-3 ani	4-8 ani	9-11 ani	12-13 ani	14-18 ani	½ cană suc de legume
	băieți	2 ½	4 ½	5	5 ½	5 ½	1 cană frunze verzi 1 roșie medie ½ cartof mediu
LEGUME	fete	2 ½	4 ½	5	5	5	
	Porții pe zi						1 fruct mediu: măr, pară, banană, portocală
		2-3 ani	4-8 ani	9-11 ani	12-13 ani	14-18 ani	2 fructe mici: caise, prune, kiwi
	băieți	1	1 ½	2	2	2	½ cană de fructe tăiate sau conservate Ocazional: ½ cană suc natural de fructe fără zahăr
FRUCTE	fete	1	1 ½	2	2	2	30 g fructe uscate (1 ½ lingură de stafide, 4 jumătăți de caisă)
	Porții pe zi						1 felie (40 g) pâine
		2-3 ani	4-8 ani	9-11 ani	12-13 ani	14-18 ani	½ cană orez, paste, mămligă, bulgur-fierte
	băieți	4	4	5	6	7	⅔ cană (30 g) fulgi de cereale ½ cană terci de ovăz ¼ cană (30g) de musli
CEREALE	fete	4	4	4	5	7	
	Porții pe zi						30 g carne slabă, pui sau pește – găsite
		2-3 ani	4-8 ani	9-11 ani	12-13 ani	14-18 ani	1 ou
	băieți	3-4	4-5	5-7	5-7	5-7	¼ cană fasole boabe, mazăre, linte, soia 15 g nuci sau semințe
CARNE, PUI, PEȘTE, FASOLE ȘI MAZĂRE BOABE, SEMINTE ȘI NUCI	fete	3-4	4-5	5-7	5-7	5-7	
	Porții pe zi						1 cană (250 mL) de lapte, iaurt
		2-3 ani	4-8 ani	9-11 ani	12-13 ani	14-18 ani	40 g brânză (de exemplu, ceddar)
	băieți	1 ½	2	2	3 1/2	3 1/2	½ cană brânză de vaci 1 cană băutură din cereale (soia, orez etc.) îmbogățită cu calciu
LACTATE DEGRESATE	fete	1 ½	1 ½	3	3 1/2	3 1/2	
<p>Pentru a întruni nevoile energetice crescute, se pot adăuga porții suplimentare din cele 5 grupe alimentare sănătoase sau uleiuri nesaturate, sau alimente cu restricție la copiii mai înalți și care nu sunt supraponderali, la cei mai activi și la cei mai mari în grupa de vârstă respectivă.</p>						<p>Pot fi incluse uleiuri nesaturate pentru gătit, precum și semințe, în următoarele cantități: 4-5 g/zi la copiii de 2-3 ani; 5-10 g/zi la copiii 3-12 ani 11-15 g/zi la copiii 12-13 ani 14-20 g/zi la 14-18 ani</p>	

Anexa 18. Pattern alimentar – adaptare pentru vegetarieni⁸

Pentru fiecare grupă sau subgrupă, cantitățile zilnice recomandate pe diferite niveluri calorice. Consumul recomandat din subgrupele de legume și de alimente proteice este nivelul săptămânal.

Nivel caloric	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400	2600	2800	3000	3200
Fructe	1 c	1 c	1½ c	1½ c	1½ c	2 c	2 c	2 c	2 c	2½ c	2½ c	2½ c
Legume	1 c	1½ c	1½ c	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3½ c	3½ c	4 c	4 c
Verde-închis	½ c/săpt	1 c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt
Roșii și portocalii	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	4 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	7½ c/săpt	7½ c/săpt
Fasole și mazăre	½ c/săpt	½ c/săpt	½ c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt
Amido-noase	2 c/săpt	3½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	8 c/săpt	8 c/săpt
Alte legume	1½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt
Cereale	90 g-eq	120 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	180 g-eq	180 g-eq	210 g-eq	240 g-eq	270 g-eq	300 g-eq	300 g-eq	300 g-eq
integrale	45 g-eq	60 g-eq	75 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	100 g-eq	120 g-eq	130 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	150 g-eq
rafinat	45 g-eq	60 g-eq	75 g-eq	60 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	100 g-eq	120 g-eq	130 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	150 g-eq
Alimente proteice/zi	60 g-eq	90 g-eq	120 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	165 g-eq	180 g-eq	195 g-eq	195 g-eq	210 g-eq	210 g-eq	210 g-eq
Ouă	1 ou/săpt	2 ouă/săpt	3 ouă/săpt	4 ouă/săpt	4 ouă/săpt	4 ouă/săpt	4 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt
Legume boabe	¾ c/săpt 100 g-eq/săpt	1 și ¼ c/săpt 150 g-eq/săpt	1 și ¾ c/săpt 210 g-eq/săpt	2 și ¼ c/săpt 270 g-eq/săpt	2 și ¼ c/săpt 270 g-eq/săpt	2 și ½ c/săpt 300 g-eq/săpt	2 și ½ c/săpt 300 g-eq/săpt	2 și ¾ c/săpt 330 g-eq/săpt	2 și ¾ c/săpt 330 g-eq/săpt	3 c/săpt 360 g oz-eq/săpt	3 c/săpt 360 g oz-eq/săpt	3 c/săpt 360 g oz-eq/săpt
Produse din soia	1 c/săpt	1 și ½ c/săpt	2 c/săpt	2 și ½ c/săpt	2 și ½ c/săpt	2 și ¾ c/săpt	3 c/săpt	3 și ¼ c/săpt	3 și ¼ c/săpt	3 și ½ c/săpt	3 și ½ c/săpt	3 și ½ c/săpt
Nuci și semințe	75 g/săpt	105 g/săpt	150 g/săpt	180 g/săpt	180 g/săpt	195 g/săpt	225 g/săpt	240 g/săpt	240 g/săpt	255 g/săpt	270 g/săpt	270 g/săpt
Lactate	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c
Uleiuri	12 g	13 g	12 g	15 g	17 g	19 g	21 g	22 g	25 g	26 g	34 g	41 g
Grăsimi solide și zaharuri, limita maximă, calorii (% din cal)	137 (14%)	121 (10%)	121 (9%)	121 (8%)	161 (9%)	258 (13%)	266 (12%)	330 (14%)	362 (14%)	395 (14%)	459 (15%)	596 (19%)

Vezi și notele de la Anexa 9.

Cantitatea totală de legume boabe recomandată însumează cantitățile din categoria de legume și din categoria de alimente proteice.

Echivalențe alimente proteice: 30 g echivalent = 1 ou, ¼ cană de boabe fierte, 15 g nuci sau semințe.

Anexa 19. Pattern adaptat vegan ⁸

Calorii	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400	2600	2800	3000	3200
Grup aliment												
Fructe	1 c	1 c	1½ c	1½ c	1½ c	2 c	2 c	2 c	2 c	2½ c	2½ c	2½ c
Legume	1 c	1½ c	1½ c	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3½ c	3½ c	4 c	4 c
Verde-închis	½ c/săpt	1 c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt
Roșii și portocalii	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	4 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	7½ c/săpt	7½ c/săpt
Fasole și mazăre	½ c/săpt	½ c/săpt	½ c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt
Amido-noase	2 c/săpt	3½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	8 c/săpt	8 c/săpt
Alte legume	1½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt
Cereale	90 g-eq	120 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	180 g-eq	180 g-eq	210 g-eq	240 g-eq	270 g-eq	300 g-eq	300 g-eq	300 g-eq
integrale	45 g-eq	60 g-eq	75 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	100 g-eq	120 g-eq	130 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	150 g-eq
rafinat	45 g-eq	60 g-eq	75 g-eq	60 g-eq	90 g-eq	90 g-eq	100 g-eq	120 g-eq	130 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	150 g-eq
Alimente proteice	60 g-eq	90 g-eq	120 g-eq	150 g-eq	150 g-eq	165 g-eq	180 g-eq	195 g-eq	195 g-eq	210 g-eq	210 g-eq	210 g-eq
Legume boabe	1½ c/săpt	1 ¾ c/săpt	2 ½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	3 ¼ c/săpt	3 ¼ c/săpt	4 c/săpt	4 c/săpt	4 ¼ c/săpt	4 ¼ c/săpt	4 ¼ c/săpt
Produse din soia	120 g-eq/săpt	150 g-eq/săpt	210 g-eq/săpt	270 g-eq/săpt	270 g-eq/săpt	300 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	360 g-eq/săpt	360 g-eq/săpt	360 g-eq/săpt
Nuci și semințe	180 g-eq/săpt	240 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	420 g-eq/săpt	420 g-eq/săpt	350 g-eq/săpt	510 g-eq/săpt	540 g-eq/săpt	540 g-eq/săpt	600 g-eq/săpt	600 g-eq/săpt	600 g-eq/săpt
Lactate (vegan) g	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c
Ulei	12 g	12 g	11 g	14 g	16 g	18 g	20 g	21 g	24 g	25 g	33 g	40 g
Grăsimi solide și zaharuri, limita maximă, calorii (% din cal)	137 (14%)	121 (10%)	121 (9%)	121 (8%)	161 (9%)	258 (13%)	266 (12%)	330 (14%)	362 (14%)	395 (14%)	459 (15%)	596 (19%)

Vezi și notele de la Anexa 9.

Cantitatea totală de legume boabe recomandată însumează cantitățile din categoria de legume și din categoria de alimente proteice.

Echivalențe alimente proteice: 30 g echivalent = ¼ cană de boabe fierte, 15 g nuci sau semințe.

Exemplu: la 2000 de calorii, cantitatea săptămânală de legume-boabe recomandată este 3 ¼ căni + 1½ căni = aproape 5 căni de legume-boabe găsite.

„Produsele lactate” sunt reprezentate de băuturi îmbogățite cu calciu și alimente vegetale: lapte de soia îmbogățit cu calciu, lapte de orez îmbogățit cu calciu, tofu și iaurt de soia îmbogățit cu calciu.

Anexa 20. Dieta DASH

Grup alimentar	1200 calorii	1400	1600	1800	2000	2600	3100	Porție standard
Cereale	4–5	5–6	6	6	6–8	10–11	12–13	1 felie pâine, 30 g fulgi de cereale, ½ cană de orez sau paste gătit
Legume	3–4	3–4	3–4	4–5	4–5	5–6	6	1 cană de frunze crude, ½ cană de legume crude sau gătit, ½ cană suc de legume
Fructe	3–4	4	4	4–5	4–5	5–6	6	1 fruct mediu, ¼ cană fructe uscate, ½ cană fructe proaspete, congelate sau conservate, ½ cană suc natural de fructe
Produse lactate semi-/degresate	2–3	2–3	2–3	2–3	2–3	3	3–4	1 cană de lapte sau iaurt, 40 g brânză
Carne slabă, pui, pește, ou	maxim 3	3–4 maxim	3–4 maxim	6 maxim	6 maxim	6 maxim	6–9	30 g carne, pui sau pește – gătit 1 ou
Nuci, semințe și boabe fasole	3/săpt	3/săpt	3–4/săpt	4/săpt	4–5/săpt	1	1	½ cană sau 45 g nuci, 2 linguri de unt de arahide, 2 linguri (15 g) de semințe, ½ cană de boabe de mazăre/fasole gătit
Grăsimi și ulei	1	1	2	2–3	2–3	3	4	1 linguriță de margarină, ulei vegetal, 1 lingură de maioneză, 1 lingură de sos de salată
Dulciuri și zaharuri adăugate	maxim 3/săpt	max 3/săpt	max 3/săpt	max 5/săpt	max 5/săpt	< 2	< 2	1 lingură de zahăr, de jeleu sau de gem, ½ cană de sorbet, 1 cană de limonadă
Sodiu maxim	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	

Note pentru dieta DASH:

a. Patternul dietetic DASH pentru 1200 până la 1800 de calorii întrunește necesitățile nutriționale pentru copiii în vârstă de 4–8 ani. Patternul dietetic DASH pentru 1600 până la 3100 de calorii întrunește necesitățile nutriționale pentru copiii cu vârsta peste 9 ani, precum și pentru adulți.

b. Semificația dietei DASH și exemple din fiecare grup alimentar.

- cereale: sursă majoră de energie și fibre. Se recomandă să fie, în principal, sub formă de cereale integrale, ca o sursă de fibre și nutrimente. Exemple: pâine integrală, paste integrale, briose, fulgi de cereale, orez brun, popcom nesărat, pizza, ovăz;
- legume : surse bogate de potasiu, magneziu și fibre. Exemple: broccoli, morcovi, mază verde, păstăi, cartofi, spanac, roșii;
- fructe : surse importante de potasiu, magneziu și fibre. Exemple: mere, caise, banane, smochine, struguri, portocale, pepene galben, piersici, ananas, stafide, căpșune;
- lactate semi-/degresate: surse majore de calciu și proteine. Exemple: lapte degresat, brânză degresată sau semidegresată, iaurt semi-/degresat;

- carne slabă, pui și pește: surse bogate de proteine și magneziu. Alege doar carne slabă; îndepărtează orice urmă vizibilă de grăsime; fierbe, frige, gătește la aburi; îndepărtează pielea de pe carnea de pui; limitează consumul de ouă la maxim 4/săptămână, albușul de la 2 ouă are același conținut de proteine ca 30 g carne;
- nuci, semințe și legume-boabe: surse bogate de energie, magneziu, proteine și fibre. Exemple: migdale, nuci, alune de pădure și de copac, semințe de floarea-soarelui, unt de arahide, fasole boabe, linte;
- grăsimi și uleiuri: dieta DASH recomandă ca 27% din calorile zilnice să provină din grăsimi (conținute în alimente sau adăugate). Exemple: margarină light, ulei vegetal (rașiță, porumb, măsline, șofran), maioneză cu conținut scăzut de grăsimi, dressing light pentru salate;
- dulciuri și zaharuri adăugate: dulciurile trebuie să fie sărace în grăsimi. Exemple: gelatine de fructe, jeleu, sorbet și înghețată, sirop de arțar, zahăr.

Anexa 21. Dieta mediteraneană ⁸⁵

Caracteristici (definite la Conferință internațională asupra Dietelor mediteraneene din 1992):

- abundența de alimente vegetale (fructe, legume, pâine, cereale, legume boabe, nuci și semințe)
- alimente minim procesate, proaspete de sezon și de origine locală
- fructe proaspete ca desert tipic, iar dulciurile bazate pe nuci, ulei de măsline, zaharuri concentrate sau miere consumate în zilele festive
- uleiul de măsline reprezintă principala sursă de grăsimi din alimentație
- produse lactate (în principal brânză și iaurt) consumate în cantități mici spre moderate
- ouă maxim 3/ săptămână
- carne roșie consumată rar și în cantitate redusă
- pește în cantități moderate
- pui în cantități mici spre moderate
- vin consumat în cantități mici spre moderate, în general la mese

Recomandări de implementare a Dietei mediteraneene:

- fructe și legume
- încurajează consumul unei varietăți largi de fructe și legume, cel puțin 7-10 porții/zi
- limitează consumul de legume preparate în unt sau sosuri de smântână
- carbohidrați
- încurajează consumul de pâine, cereale și paste bogate în fibre, precum pâine și cereale integrale, tărâțe, orez brun
- limitează dulciurile, pâinea albă, biscuiții și alte alimente din cereale rafinate
- încurajează consumul de alimente proteice sărace în grăsimi saturate, precum carnea slabă (degresată) sau puiul fără piele, lactate cu conținut redus de grăsimi (lapte, iaurt degresat)
- încurajează consumul de pește cel puțin o dată pe săptămână (preferabil o varietate de soiuri de pește)
- limitează consumul de mezeluri, bacon, alte produse de carne procesată sau grasă, lapte sau brânzeturi grase, înghețată
- încurajează consumul de proteine vegetale (boabe de fasole, mazăre, soia și nuci)
- încurajează consumul de soia, linte, mazăre, fasole
- încurajează consumul de nuci de copac (de exemplu, migdale, nuci, nuci pecan)
- limitează nucile foarte sărate, caramelizate sau râncede
- grăsimi
- încurajează consumul de pește sau alte surse de acizi grași omega-3 de cel puțin 1-2 ori pe săptămână: somon, păstrăv, hering, ton, macrou, ulei de pește, suplimente cu ulei de pește, semințe de in, spanac, alune

- încurajează folosirea de uleiuri sănătoase pentru gătit, pentru salate sau alte întrebuințări: ulei de măsline extravirgin, ulei de rapiță, ulei de in
- uleiul de in este bogat în acid alfa-linolenic
- uleiul de floarea-soarelui și de șofran, bogate în acid oleic, pot fi o opțiune
- limitează uleiurile bogate în omega-6 (porumb, floarea-soarelui, șofran, soia, alune) și peștele prăjit (cu excepția prăjirii în foarte puțin ulei de măsline)
- evită grăsimile saturate și hidrogenate
- la abținenți, încurajează consumul unei băuturi standard (un pahar de vin de 150 mL, o doză de bere de 330 mL sau 40 mL de tărie) la cină
- limitează consumul de alcool la maxim 1 băutură-standard/zi la femeie și 2 la bărbat.

Anexa 22. Stadializarea intervențiilor în obezitate

Indicele de masă corporală (IMC) trebuie utilizat ca măsură a supraponderalității la adulți, dar trebuie interpretat cu atenție deoarece nu este o măsură directă a adipozității.

Circumferința abdominală poate fi folosită, împreună cu IMC, la persoane cu IMC sub 35 kg/m².

Gradul de supraponderalitate sau obezitate la adulți se definește după cum urmează:

Clasificare	IMC (kg/m ²)
Greutate normală	18,5-24,9
Supraponderal	25-29,9
Obezitate I	30-34,9
Obezitate II	35-39,9
Obezitate III	40 și peste

Evaluarea riscului pentru sănătate asociat cu supraponderalitatea și obezitatea la adulți se bazează pe IMC și circumferința abdominală, după cum urmează:

Clasificare IMC	Circumferința abdominală		
	Scăzută	Ridicată	Foarte ridicată
Supraponderal	Fără risc crescut	Fără risc crescut	Risc înalt
Obezitate I	Risc crescut	Risc înalt	Risc foarte înalt
Obezitate II			
Obezitate III			

Pentru bărbați, circumferința abdominală sub 94 cm este scăzută, 94-102 cm este ridicată și peste 102cm este considerată foarte ridicată.

Pentru femei, circumferința abdominală sub 80 cm este scăzută, 80-88 cm este ridicată și peste 88 cm este considerată foarte ridicată.

Adulții trebuie informați despre clasificarea lor clinică a obezitității și despre impactul pe care aceasta îl are asupra factorilor de risc pentru dezvoltarea altor probleme de sănătate, pe termen lung.

Nivelul de intervenție de discutat inițial cu pacientul ar trebui să fie următorul:

Clasificare IMC	Tipuri și niveluri de intervenție			
	Circumferința abdominală Scăzută	Circumferința abdominală Ridicată	Circumferința abdominală Foarte ridicată	Comorbidități prezente
Supraponderal	1	2	2	3
Obezitate I	2	2	2	3
Obezitate II	3	3	3	4
Obezitate III	4	4	4	4

1. Sfaturi generale despre greutate și stil de viață sănătos.
2. Dietă și activitate fizică.
3. Dietă și activitate fizică; de avut în vedere medicamente.
4. Dietă și activitate fizică; de avut în vedere medicamente; de avut în vedere chirurgie.

Sursa: Obesity – Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity în adults and children – NICE clinical guideline 43
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/resources/guidance-obesity-pdf>

Anexa 23. Jurnalul alimentar

Este important ca acest jurnal să fie precis și reprezentativ pentru obiceiurile dvs. alimentare normale. De aceea, este necesar să nu modificați deloc aceste obiceiuri acum și să înregistrați cu cât mai multă acuratețe fiecare aliment pe care îl consumați (incluzând apă, vitamine, condimente etc.). Pentru a face asta, trebuie să urmați câteva instrucțiuni simple (enumerare mai jos). Scopul este acela de a înregistra și cuantifica în mod corect aportul dvs. de hrană, nu de a-l judeca. Dacă vă schimbați obiceiurile alimentare în vreun fel acum, regimul zilnic nu va putea fi analizat corect. Procedura ar putea părea oarecum greoaie, dar nu uitați că, până la urmă, este vorba de doar trei zile.

INSTRUCȚIUNI

Asigurați-vă că aveți un pix și o foaie la îndemână tot timpul, pentru a nota ceea ce consumați, adică: aliment, cantitate și observații. Este esențial să procedați în acest fel, deoarece adesea luăm diverse gustări absolut întâmplător, iar dacă nu avem unde să le notăm repede, ne va fi imposibil să ținem un jurnal precis.

Folosiți un cântar mic de bucătărie dacă aveți unul sau utilizați metode standard de măsurare (linguri, căni gradate etc.) pentru a înregistra cât mai exact cantitățile consumate. Dacă nu mâncați tot alimentul (de exemplu, o porție de tocăniță făcută la repezeală, care părea delicioasă la început, dar s-a dovedit a nu fi așa), măsurați din nou cantitatea rămasă și notați diferența.

Înregistrați separat mâncărurile compuse din mai multe elemente (de exemplu, crenvurșt, corn și condimente) și includeți brandurile/numele mărcii alimentelor (notați conținutul mâncărurilor preparate în casă) ori de câte ori puteți.

În cazul alimentelor ambalate, ajutați-vă de etichetă pentru a determina cantitățile.

Alegeți pentru jurnal trei zile reprezentative pentru obiceiurile dvs. alimentare normale. Cu alte cuvinte, dacă în timpul săptămânii mâncați altceva decât în weekend, alegeți două zile lucrătoare și una liberă. La fel, dacă în zilele de luni, miercuri și vineri aveți un program diferit față de marți, joi, iar zilele de sâmbătă și duminică sunt diferite de toate celelalte, ar fi bine să alegeți câte o zi care să reprezinte fiecare dintre aceste programe.

JURNAL ALIMENTAR: ZIUA 1

ALIMENTE (inclusiv numele mărcii)	CANTITATE (g, mL, lingură – Lg, linguriță – lg, cană – c etc.)	OBSERVAȚII (inclusiv ingrediente și cantități ale preparatelor făcute în casă)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		

JURNAL ALIMENTAR: ZIUA 2

ALIMENTE (inclusiv numele mărcii)	CANTITATE (g, mL, lingură – Lg, linguriță – lg, cană – c etc.)	OBSERVAȚII (inclusiv ingrediente și cantități ale preparatelor făcute în casă)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		

EXEMPLU: JURNAL ALIMENTAR: ZIUA 1

ALIMENTE	CANTITATE	OBSERVAȚII
MIC DEJUN		
2 felii de pâine prăjită	2 buc.	
Margarină	1 lg.	
Suc natural de portocale	180 mL	
PRÂNZ		
Pizza mică	400 g	Pepperoni, ciuperci, cașcaval
CINĂ		
Pui	170 g	
Cartof copt	170 g	
Amestec de legume	o cană	Mazăre, morcovi, porumb

BIBLIOGRAFIE

1. Perk, Joep, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention în clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* 33.13 (2012): 1635-1701.
2. Constandache, Mihaela, and Daniela–Simona Nenciu. The Structure of Romanian's Food Consumption and its Implications on Health Condition and Quality Of Life. *Romanian Statistical Review* 61.12 (2013): 41-51.
3. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. (2006).
4. Denney-Wilson, Elizabeth, et al. Body mass index, waist circumference, and chronic disease risk factors în Australian adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 162.6 (2008): 566-573.
5. Național Health and Medical Research Council (2013) Australian Dietary Guidelines. Canberra: Național Health and Medical Research Council.
6. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva; 2003. WHO Technical report series 916 (2013): 23-5.
7. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 Sănătate pentru Prosperitate, http://www.ms.ro/documente/886_1761/pdf (OMS).
8. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010.
9. World Health Organization. Food-based dietary guidelines în the WHO European Region. (2003).
10. World Health Organization. Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide. 2012.
11. DGAC Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans, 2010
12. World Health Organization, and UNAIDS. Prevention of cardiovascular disease. World Health Organization, 2007.
13. Elliott, Paul, et al. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. *BMJ* 312.7041 (1996): 1249-1253.
14. Tuomilehto, Jaakko, et al. Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality în Finland: a prospective study. *The Lancet* 357.9259 (2001): 848-851.
15. Steffen, Lyn M., et al. Associations of whole-grain, refined-grain, and fruit and vegetable consumption with risks of all-cause mortality and incident coronary artery disease and ischemic stroke: the Atherosclerosis Risk în Communities (ARIC) Study. *The American Journal of Clinical Nutrition* 78.3 (2003): 383-390.

16. Sauvaget, C., et al. Vegetable and fruit intake and stroke mortality in the Hiroshima/Nagasaki Life Span Study. *Stroke* 34.10 (2003): 2355-2360.
17. Pereira, Mark A., et al. Dietary fiber and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of cohort studies. *Archives of Internal Medicine* 164.4 (2004): 370-376.
18. DGAC Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee.
19. Kottke T, Baechler C, Canterbury M, Danner C, Erickson K, Hayes R, Marshall M, O'Connor P, Sanford M, Schloenleber M, Shimotsu S, Straub R, Wilkinson J. Institute for Clinical Improvement. Healthy Lifestyles. Updated May 2013
20. Pignone, Michael P., et al. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine* 24.1 (2003): 75-92.
21. Ammerman, A., Lindquist, C., Hersey, J., Jackman, A. M., Gavin, N. I., Garces, C. & Whitener, B. L. (2000). Efficacy of Interventions To Modify Dietary Behavior Related to Cancer Risk: Summary.
22. Contento, I. R., G. I. Balch, and Y. L. Bronner. et al. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research. *J Nutr Educ* 27: 279-418.
23. Gans, Kim M., et al. REAP and WAVE: new tools to rapidly assess/discuss nutrition with patients. *The Journal of Nutrition* 133.2 (2003): 556S-562S.
24. Ball, Lauren, et al. Patients' perceptions of nutrition care provided by general practitioners: focus on Type 2 diabetes. *Family practice* (2012): cms025.
25. Bonilla, Irma Carolina. Exploring Dietary Assessment Practices and Use of Electronic Dietary Assessment Tools in Team-Based Primary Care: A Mixed Methods Study. Diss. 2013.
26. <https://nutritionquest.com/assessment/assessment-methods>
27. Miller, Matt P. Best questions and tools for quickly assessing your patient's dietary health: Towards evidence-based determination of nutritional counseling need in the general medical interview. *Nutrition Noteworthy* 7.1 (2005).
28. Graur M. (coord). *Ghid pentru alimentația sănătoasă*. Ed. Performantica, Iași, 2006.
29. Story, Mary, and Jamie Stang, eds. Nutrition and the pregnant adolescent: a practical reference guide. Center for Leadership, Education, and Training in *Maternal and Child Nutrition*, University of Minnesota, 2000.
30. Hark, L. I. S. A., and D. A. R. W. I. N. Deen Jr. Taking a nutrition history: a practical approach for family physicians. *American Family Physician* 59.6 (1999): 1521-8.
31. Calfas, Karen J., Marion F. Zabinski, and Joan Rupp. Practical nutrition assessment in primary care settings: A review. The full text of this article is available via AJPM Online at <http://www.elsevier.com/locate/ajpmonline>. *American Journal of Preventive Medicine* 18.4 (2000): 289-299.
32. WAVE tool, REAP tool, and REAP Physician Key (Adobe Acrobat format). Available at: <http://bms.brown.edu/nutrition/acrobat/wave.pdf>.
33. Kant, Ashima K., et al. A prospective study of diet quality and mortality in women. *JAMA* 283.16 (2000): 2109-2115.

34. Moyer, Virginia A. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 157.5 (2012): 367-372.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/healthful-diet-and-physical-activity-for-cardiovascular-disease-prevention-in-adults-behavioral-counseling>
35. Național Institute for Health and Care Excellence (NICE). Maintaining a healthy weight and preventing excess weight gain among adults and children. London (UK): Național Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015 Mar 13. 55 p.
36. Pomerleau, Joceline, et al. Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: a systematic review of the literature. *The Journal of Nutrition* 135.10 (2005): 2486-2495.
37. Lindström, Jaana, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 26.12 (2003): 3230-3236.
38. Bhattarai, Nawaraj, et al. Effectiveness of interventions to promote healthy diet in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC public health* 13.1 (2013): 1203.
39. Ammerman, Alice S., et al. The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Preventive Medicine* 35.1 (2002): 25-41.
40. Tessaro, Irene, et al. Effectiveness of a nutrition intervention with rural low-income women. *American Journal of Health Behavior* 31.1 (2007): 35-43.
41. Fries, Elizabeth, et al. Randomized trial of a low-intensity dietary intervention in rural residents: the Rural Physician Cancer Prevention Project. *American Journal of Preventive Medicine* 28.2 (2005): 162-168.
42. Stevens, Victor J., et al. One-year results from a brief, computer-assisted intervention to decrease consumption of fat and increase consumption of fruits and vegetables. *Preventive Medicine* 36.5 (2003): 594-600.
43. Steptoe, Andrew, et al. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *BMJ* 326.7394 (2003): 855.
44. Hooper, Lee, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 7.7 (2011).
45. Befort, Christie, et al. Fruit, vegetable, and fat intake among non-Hispanic black and non-Hispanic white adolescents: associations with home availability and food consumption settings. *Journal of the American Dietetic Association* 106.3 (2006): 367-373.
46. Ruelaz, Alicia R., et al. Perceived barriers to weight management in primary care—perspectives of patients and providers. *Journal of General Internal Medicine* 22.4 (2007): 518-522.
47. Wadden, Thomas A., Meghan L. Butryn, and Kirstin J. Byrne. Efficacy of lifestyle modification for long term weight control. *Obesity Research* 12. S12 (2004): 151S-162S.
48. Moore, Helen, et al. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice* 17.2 (2000): 197-202.

49. Kolasa, Kathryn M., and Katherine Rickett. Barriers to Providing Nutrition Counseling Cited by Physicians A Survey of Primary Care Practitioners. *Nutrition in Clinical Practice* 25.5 (2010): 502-509.
50. Rees, Karen, et al. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 3 (2013).
51. van Dillen, Sonja ME, Gerrit J. Hiddink, and Cees MJ van Woerkum. Determinants of Dutch general practitioners' nutrition and physical activity guidance practices. *Public Health Nutrition* 16.07 (2013): 1321-1331.
52. Bull, Eleanor R., et al. Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours A systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 4.11 (2014): e006046.
53. Eaton, Charles B., Meredith A. Goodwin, and Kurt C. Stange. Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *American Journal of Preventive Medicine* 23.3 (2002): 174-179
54. Glanz, Karen, Frances M. Lewis, and Barbara K. Rimer. Linking theory, research, and practice. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* 2 (1997): 19-35.
55. Hemiö, Katri, et al. A simple tool for diet evaluation in primary health care: validation of a 16-item food intake questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11.3 (2014): 2683-2697.
56. Resnicow, Kenneth, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics* 135.4 (2015): 649-657.
57. Lundahl, Brad, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling* 93.2 (2013): 157-168.
58. Alexander, Stewart C., et al. Do the five A's work when physicians counsel about weight loss?. *Family Medicine* 43.3 (2011): 179.
59. Putting prevention into practice, Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting (2nd edition) Prepared by The Royal Australian College of General Practitioners 'Green Book' Project Advisory Committee
60. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edn. East Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners, 2012.
61. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: Summary report. *Pediatrics* 128.Suppl 5 (2011): S213-S256.
62. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva; 2003.WHO Technical report series 916 (2013): 23-5.

63. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, Lee I-M, Lichtenstein AH, Loria CM, Millen BE, Nonas A, Sacks FM, Smith SC Jr, Svetkey LP, Wadden TA, Yanovski SZ. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129 (suppl 2):S76–S99
64. Pan, An, and Frank B. Hu. Effects of carbohydrates on satiety: differences between liquid and solid food. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 14.4 (2011): 385-390.
65. Scientific Recommendations for Healthy Eating Guidelines in Ireland, 2011, Food Safety Authority of Ireland
66. Mozaffarian, Dariush, and Eric B. Rimm. Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. *JAMA* 296.15 (2006): 1885-1899.
67. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005); Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005). <http://www.nap.edu>.
68. Teegala, Shyam Mohan, Walter C. Willett, and Dariush Mozaffarian. Consumption and health effects of trans fatty acids: a review. *Journal of AOAC International* 92.5 (2009): 1250-1257.
69. Hayes, K. C., and Andrzej Pronczuk. Replacing trans fat: the argument for palm oil with a cautionary note on interesterification. *Journal of the American College of Nutrition* 29.sup3 (2010): 253S-284S.
70. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. World Health Organization, 2015.
71. Babor, Thomas F., and John C. Higgins-Biddle. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. (2001).
72. Steffen, Mark, et al. The effect of coffee consumption on blood pressure and the development of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension* 30.12 (2012): 2245-2254.
73. Mesas, Arthur Eumann, et al. The effect of coffee on blood pressure and cardiovascular disease in hypertensive individuals: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition* (2011): ajcn-016667.
74. Warner MJ, Ozanne SE. Mechanisms involved in the developmental programming of adulthood disease. *Biochem J*. 2010 Apr 14;427(3):333-47
75. Aggett PJ, Haschke F, Heine W, Hernell O, Koletzko B, Lafeber H, Ormiston A, Rey J, Tormo R. ESPGAN Committee on Nutrition Report: Childhood diet and prevention of coronary heart disease. *J Pediatr Gastr and Nutr*. 1994;19(3):261-9.
76. Gidding, Samuel S., et al. Dietary recommendations for children and adolescents a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 112.13 (2005): 2061-2075.
77. Camenzind-Frey E. et Hesse-Lamm M. L'alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2008.

78. National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics* 128.Suppl 5 (2011): S213-256.
79. BONSMANN, S. STORCKSDIECK GENANNT, J. WOLLGAST, and S. CALDEIRA. Assessing school food policies across the EU28 plus Norway and Switzerland. *Appetite* 76 (2014): 199.
80. Holt, Katrina. Bright Futures Nutrition, Pocket Guide. *AAP Books* (2011).
81. Chilesse S. Il progetto sperimentale nutrivending della regione Veneto, 2008. http://www.dors.it/prosa/all_pr/aa_2651.doc.
82. Cash, Sean B., David L. Sunding, and David Zilberman. Fat taxes and thin subsidies: prices, diet, and health outcomes. *Acta Agriculturae Scand Section C* 2.3-4 (2005): 167-174.
83. Capacci, Sara, et al. Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness. *Nutrition Reviews* 70.3 (2012): 188-200.
84. ORDIN Nr. 1563 din 12 septembrie 2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolariilor și școlariilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți, EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE, PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 651 din 15 septembrie 2008
85. World Health Organization. Guidelines on food fortification with micronutrients. Geneva: World Health Organization (2006).
86. Curtis, Brian M., and MD James H. O'Keefe Jr. Understanding the Mediterranean diet. Could this be the new gold standard for heart disease prevention. *Postgraduate Medicine* 112.2 (2002): 35.
87. Akbaraly, Tasnime N., et al. Alternative Healthy Eating Index and mortality over 18 y of follow-up: results from the Whitehall II cohort. *The American Journal of Clinical Nutrition* 94.1 (2011): 247-253.
88. Belin, R.J., et al., Diet quality and the risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative (WHI). *Am J Clin Nutr*, 2011. 94(1): p. 49-57.
89. McCullough, M.L., et al., Diet quality and major chronic disease risk in men and women: moving toward improved dietary guidance. *Am J Clin Nutr*, 2002. 76(6): p. 1261-71.

CAPITOLUL 2.

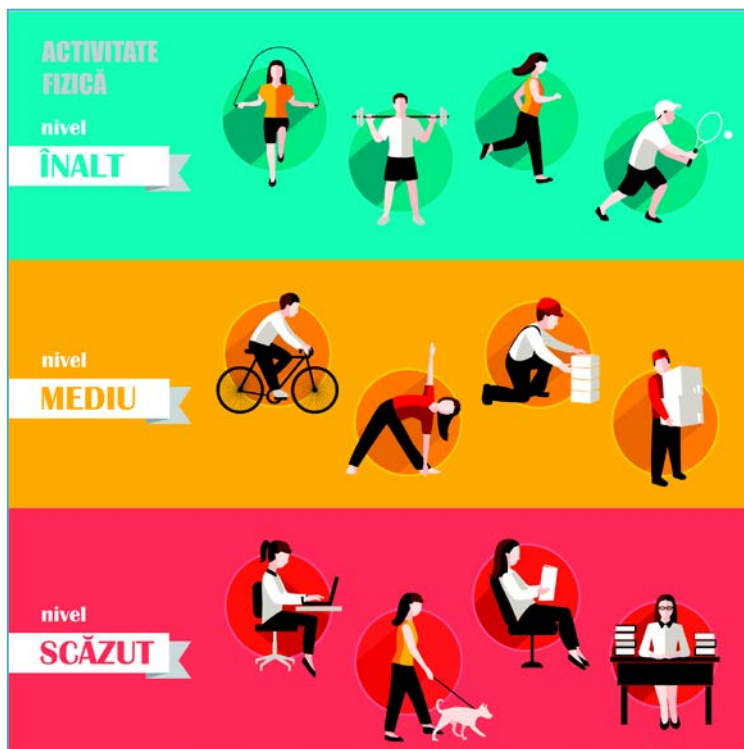
ACTIVITATEA FIZICĂ

2.1. INTRODUCERE

În aprecierea nivelului de activitate fizică și formularea recomandărilor este necesară definirea următorilor termeni^{1,3,6,7}:

Activitate fizică – orice mișcare a corpului produsă de mușchii scheletici care consumă energie. Include activități care folosesc una sau mai multe grupe mari musculare în următoarele domenii:

- ocupaționale;
- activitățile din timpul liber (sport, exerciții și activități recreaționale);
- școală (educație fizică, joaca activă din pauze);
- activitate casnică (munca în casă, cumpărături, grădinărit);
- transport (mers pe jos sau cu bicicleta);



Activitate fizică aerobică – activitate în care mușchii mari se mișcă într-un mod ritmic și susținut pentru o perioadă de timp. Se mai numește și activitate de rezistență și îmbunătățește condiția fizică cardiorespiratorie. Exemple de activitate fizică aerobică sunt: mersul, alergatul, înotul și ciclismul.

Comportament sedentar – orice activitate ce implică poziția șezândă sau culcată cu consum energetic scăzut (sub 1,5 echivalenți metabolici), inclusiv în următoarele domenii:

- ocupațional sau educațional (munca șezând sau statul în bancă la școală);
- activitățile din timpul liber (vizionare la televizor, cititul, cusutul, utilizarea computerului);
- transport (statul în mașină).

Echivalent metabolic (MET) – unitate folosită pentru a exprima consumul energetic al activității fizice, care se definește prin raportul dintre rata metabolică (și, ca urmare, rata consumului energetic) în timpul unei anumite activități fizice în comparație cu rata metabolică de referință, în repaus. **1 MET** este definit ca energia consumată în repaus și este considerată a fi echivalentă cu un consum de 3,5 mL oxigen pe kilogram de greutate corporală și minut.

Intensitate – rata consumului energetic necesară oricărei activități; intensitatea se măsoară în MET. Activitățile fizice se împart astfel în ușoare, moderate și intense. *Activitățile ușoare* sunt cele ce presupun ortostatismul și mișcările reduse. Acestea necesită un consum de 1,6-2,9 MET. *Activitățile moderate* necesită efort sporit, dar permit menținerea unei conversații (mers în pas viori, înot ușor, jocul de tenis și activități casnice precum aspiratul sau tunsul gazonului) cu un consum energetic de 3,0-5,9 MET. *Activitățile intense* sunt cele cu un consum energetic mai mare de 6 MET care determină greutate în respirație – funcție de antrenamentul personal – cu imposibilitatea menținerii unei conversații (aerobic, jogging, competiții sportive, ciclism, înot).

Frecvență – de câte ori activitatea (mers, alergat, înot etc.) este desfășurată într-o zi sau pe săptămână.

Durată – timpul petrecut cu fiecare sesiune a activității (de exemplu, minute de mers sau de stat pe sesiune) sau timpul total petrecut într-o activitate pe o perioadă specifică de timp (de exemplu, minute de mers pe săptămână). Acumularea descrie însumarea episoadelor de activitate pentru a afla timpul petrecut într-o activitate, într-o anumite perioadă de timp (zi sau săptămână).

2.2. EFECTELE ACTIVITĂȚII FIZICE ASUPRA SĂNĂȚĂȚII

Activitatea fizică este o parte importantă a stilului de viață sănătos care poate reduce riscul de a dezvolta boli cardiovasculare, diabet și unele tipuri de cancer.¹ Participarea regulată la activități fizice și/sau exerciții aerobice este asociată cu scăderea mortalității cardiovasculare.⁴

Lipsa de activitate fizică a fost identificată ca al patrulea factor de risc important pentru mortalitatea globală (6% din decesele la nivel global), după hipertensiunea arterială (13%), consumul de tutun (9%) și hiperglicemia (6%) și înaintea excesului ponderal și obezității care sunt responsabile pentru 5% din mortalitatea globală. Nivelul de inactivitate fizică este în creștere în multe țări, cu mari implicații pentru starea de sănătate a oamenilor din întreaga lume și pentru prevalența bolilor netransmisibile, cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul și cancerul. Totodată, inactivitatea fizică reprezintă un factor de risc important pentru hipertensiune, diabet și excesul de greutate. Se estimează că inactivitate fizică este principala cauză pentru aproximativ 21-25% din cancerul de sân și colon, 27% din cazurile de diabet și aproximativ 30% din bolile cardiovasculare ischemice.⁸ Activitatea fizică insuficientă este responsabilă pentru 3,2 milioane de decese și 69,3 durată de viață ajustată prin factorul invaliditate (DALY – *Disability Adjusted Life-Years*), în fiecare an, în întreaga lume.⁹

S-a demonstrat că participarea la activitatea fizică regulată reduce riscul de: boală coronariană și accident vascular cerebral, diabet zaharat, hipertensiune arterială, cancer de colon, cancer de

sân și depresie. În plus, activitatea fizică este un factor determinant al cheltuielilor de energie și, astfel, este fundamentală pentru echilibrul energetic și controlul greutateii. Beneficiile activității fizice de-a lungul vieții, inclusiv ale activității și ale exercițiilor sportive regulate, sunt extrem de importante și pentru îmbunătățirea sănătății sistemului muscular și osos și a controlului greutateii corporale, având, de asemenea, efecte pozitive asupra evoluției sănătății mintale și a proceselor cognitive.³

Activitatea fizică, așa cum este recomandată de către Organizația Mondială a Sănătății, este susținută și de Recomandarea Consiliului Uniunii Europene din 26 noiembrie 2013 privind promovarea intersectorială a activității fizice de îmbunătățire a stării de sănătate – 2013/C 354/01, fiind importantă pentru toate categoriile de vârstă și în special pentru copii, populația activă și persoanele vârstnice.

În ceea ce privește populația tânără, copiii și adolescenții care fac zilnic cel puțin 60 de minute de activitate fizică de intensitate moderată/ridică, au un nivel mai bun de antrenament cardiovascular și respirator, rezistență mai mare la efort și forță musculară crescută comparativ cu colegii lor inactivi. Alte efecte benefice ale activității fizice regulate asupra sănătății copiilor și tinerilor, susținute de dovezi științifice, sunt: reducerea grăsimii corporale, un profil cardiovascular și metabolic favorabil sănătății, oase puternice și sănătoase, și o rată scăzută a depresiei și a anxietății.³

2.3. DATE EPIDEMIOLOGICE

În 2010 OMS arăta că 23% dintre adulții cu vârsta de 18 ani și peste sunt insuficient de activi, adică acumulează mai puțin de 150 de minute de activitate fizică de intensitate moderată pe săptămână. Femeile au fost mai puțin active decât bărbații, 27% dintre femei și 20% dintre bărbați nerespectând nivelul recomandat de activitate fizică. În general, persoanele în vârstă au fost mai puțin active decât persoanele mai tinere: 19% din cea mai tânără grupă de vârstă nu ating nivelul recomandat, în comparație cu 55% dintre cei care fac parte dintre cei mai vârstnici, cu excepția femeilor tinere care sunt mai puțin active decât femeile de vârstă mijlocie.

În regiunea Mediteranei de Est (31%) și în America (32%) s-au înregistrat cele mai ridicate prevalențe ale activității fizice insuficiente, în timp ce prevalența a fost mai mică în Asia de Sud-Est (15%) și în Africa (21%). În toată lumea femeile sunt mai puțin active decât bărbații, cu diferențe de prevalență de 10%.³

Activitatea fizică insuficientă la adulți este cu atât mai accentuată cu cât nivelul de venit în țara respectivă este mai mare. Prevalența inactivității fizice în țările cu venituri mari (33%) este aproximativ de două ori mai mare față de țările cu venituri mici (17%). Aproape 28% dintre femeile din țările cu venituri medii și 38% din țările cu venituri ridicate nu ating nivelul de activitate fizică recomandat de OMS.⁹

Nivelul mai ridicat de activitate fizică în țările cu venituri mici poate fi explicat prin ocupațiile care implică frecvent muncă fizică și prin transportul activ preponderent în aceste țări.¹⁰ În plus față de creșterea nivelului de venit, factori cum ar fi posesia și utilizarea de automobile personale,

munca de birou, urbanizarea și industrializarea par a fi determinanți importanți ai nivelului și modelelor de activitate fizică.¹¹

În ceea ce privește populația tânără, OMS apreciază că la nivel global, 81% din adolescenți cu vârsta cuprinsă între 11 și 17 ani au fost insuficient de activi în 2010, adică au avut un nivel de activitate fizică moderată/viguroasă sub 60 min/zi. Fetele adolescente au fost mai puțin active decât băieții de aceeași vârstă: 84% dintre fete și 78% dintre băieți neîndeplinind recomandarea OMS de a efectua cel puțin 60 min/zi de activitate fizică moderată spre viguroasă. Aceste date provin din estimări făcute pe populația școlară, din cauza lipsei datelor pentru populația generală, în cele mai multe țări. Similar cu populația adultă, adolescenții din regiunea de SE a Asiei înregistrează cea mai scăzută prevalență a inactivității fizice (74%). Niveluri ridicate de activitate fizică insuficientă au fost înregistrate în regiunea Mediteranei de Est, Africa și regiunea Pacificului de vest (88%, 85% și, respectiv, 85%). Adolescencele au fost mai puțin active decât băieții adolescenți în toate regiunile OMS.⁹

În România încă nu există date de prevalență a nivelului de activitate fizică pentru adulți, iar datele pentru copii și adolescenți sunt limitate la rezultatele studiului HBSC.

Conform rezultatelor studiului Health Behavior in School Aged Children (HBSC) – International Report from 2009/2010 Survey, România se situează:

- pe locul 14 în ordine descrescătoare a frecvenței elevilor de 11 ani care efectuează cel puțin o oră de activitate fizică pe zi, din 38 de state analizate (32% băieți, 20% fete);
- pe locul 17 în ordine descrescătoare a frecvenței elevilor de 13 ani care efectuează cel puțin o oră de activitate fizică pe zi, din 38 de state analizate (28% băieți, 13% fete);
- pe locul 27 în ordine descrescătoare a frecvenței elevilor de 15 ani care efectuează cel puțin o oră de activitate fizică pe zi, frecvență înregistrată în 38 de state analizate (16% băieți, 7% fete).¹²

Conform Comunicatului de presă al Institutului Național de Statistică nr. 321/15,12,2015 privind *Starea de sănătate percepută în anul 2014 de populația din România*, din totalul populației de 6 ani și peste, doar 9,2% au declarat că fac săptămânal sport sau diverse activități fizice recreative în timpul liber (12,0% din populația masculină și 6,5% din populația feminină). Cele mai multe persoane care realizează astfel de activități sunt copiii cu vârsta cuprinsă între 6-14 ani (41,4%) și tinerii de 15-24 ani (19,6%); după această vârstă, ponderea persoanelor care fac sport în timpul liber scade semnificativ, de la 7,3% la grupa de vârstă 25-34 ani, la 0,1% la persoanele de 75 de ani și peste.

2.4. MANAGEMENTUL NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE

Ghidul australian pentru medicii de familie recomandă, ca și în alte activități preventive, organizarea intervenției asupra factorului de risc reprezentat de inactivitatea fizică prin formula celor 5 A.

1. **Ask** – întreabă despre activitatea fizică;
2. **Assess** – evaluează: nivelul, tipul și frecvența activității fizice și sedentarismului;
3. **Advise** – sfătuiește: stabilește obiective privind minutele de activitate fizică/zile și/sau reducerea sedentarismului;
4. **Assist** – susține: acordă recomandări privind activitatea fizică;
5. **Arrange** – trimite către fizioterapeuți sau evaluează programul de modificare a stilului de viață și vizitele de monitorizare.¹

2.5. EVALUAREA NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ

2.5.1. METODE DE EVALUARE



Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică în medicina familiei utilizând chestionarul **GPPAQ (General Practice Physical Activity Questionnaire)**. 1C

Nu există dovezi asupra unei metode ideale de evaluare a nivelului de activitate fizică sau sedentarism în medicina de familie.

Se pot utiliza: anamneza, scurte chestionare sau metode obiective de măsurare cum ar fi pedometrele.

2.5.1.1. Anamneza

Aceasta este susținută de unele ghiduri ca instrument principal de evaluare a nivelului de activitate fizică. Pentru o evaluare corectă, anamneza ar trebui să includă: tipul, intensitatea, frecvența și durata episoadelor de activitate fizică cât și durata perioadelor sedentare. Ar trebui, de asemenea, luată în considerare atât mișcarea de la locul de muncă cât și cea casnică și recreațională sau pentru transport. Anamneza ar trebui să identifice barierele și măsurile care să sprijine activitatea fizică pentru a facilita schimbările comportamentale.¹

2.5.1.2. Chestionarele

Pentru evaluarea nivelului de activitate fizică, NICE recomandă utilizarea unor instrumente validate așa cum este *General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ)*.⁷

Chestionarul GPPAQ este un instrument validat pentru medicina primară care se utilizează în evaluarea nivelului de activitate fizică al persoanelor cu vârste între 16 și 74 de ani. Chestionarul nu a fost evaluat pentru copiii sub 16 ani și adulții peste 74 de ani care ar putea necesita chestionare adaptate vârstei. De asemenea, chestionarul nu este destinat măsurării nivelului de activitate fizică înainte și după o intervenție, nefiind potrivit măsurării eficienței acesteia.

În esență, GPPAQ conține un chestionar scris care poate fi completat în afara consultației, unul în format electronic (EXCEL) care poate fi completat în cadrul consultației și care generează automat indexul de activitate fizică (PAI) pe baza unui algoritm de codificare. Acest algoritm este parte integrantă a chestionarului și orice modificare asupra sa duce la invalidarea rezultatului. După ce pacientul răspunde la chestionarul scris, datele trebuie completate apoi în formatul electronic care, pe baza algoritmului de codare, va afișa indexul de activitate fizică.

Chestionarul conține întrebări privitoare la activitatea fizică de la locul de muncă și despre orele petrecute în ultima săptămână cu exerciții fizice precum înotul, alergatul, gimnastica aerobică, fotbal, tenis, exerciții la sală, despre orele petrecute mergând pe bicicletă, mersul pe jos și ritmul acestuia, activitatea casnică, îngrijirea copiilor și grădinarit.

Deși chestionarul include mersul, activitatea casnică, activitățile fizice în mijlocul naturii, din cauza supraevaluărilor observate pe perioada validării, aceste activități fizice nu se reflectă în scorul final, ceea ce necesită întrebări suplimentare cu privire la durata și intensitatea mersului.

Toate aceste activități nu au demonstrat suficientă fiabilitate în evaluarea nivelului general de activitate fizică și nu sunt incluse în calcularea indexului de activitate fizică. La pacienții care afirmă că merg regulat și totuși se constată că nivelul de activitate nu este cel de „activ”, este nevoie de aprofundarea discuției cu privire la durata și intensitatea mersului. Aceasta ar trebui să clarifice dacă pacienții respectă recomandările ghidului.¹³

Completarea chestionarului clasifică pacienții în 4 categorii („indexul de activitate fizică”): activi, moderat activi, moderat inactivi și inactivi, categorii care se corelează cu riscul cardiovascular.¹³

Rezultatul evaluării trebuie înregistrat în fișa pacientului.⁷

Tabelul de mai jos exemplifică particularitățile diferiților indici de activitate fizică¹³:

INDICE ACTIVITATE FIZICĂ	CARACTERISTICI
INACTIV	muncă sedentară și niciun exercițiu fizic sau mers pe bicicletă
MODERAT INACTIV	muncă sedentară și sub o ora de exercițiu fizic și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și fără exerciții fizice sau mers pe bicicletă
MODERAT ACTIV	muncă sedentară și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și sub o ora de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și fără exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă
ACTIV	muncă sedentară și peste 3 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și sub o oră de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică grea

GPPAQ informează medicul când este necesară consilierea scurtă pentru creșterea nivelului de activitate fizică. Cu excepția pacienților clasificați drept „activi”, tuturor celorlalți pacienți trebuie să li se ofere o intervenție scurtă de modificare a comportamentului pentru creșterea nivelului de activitate fizică. Pacienții care nu îndeplinesc recomandările de activitate fizică pentru adulți trebuie consiliați cât mai curând posibil, în consultația curentă sau ulterior cu prima ocazie, dar în acest caz ei trebuie măcar conștientizați despre beneficiile activității fizice asupra sănătății. Cei care sunt fizic activi trebuie încurajați să se mențină astfel.^{7,13}

Acest chestionar poate fi utilizat ca parte a programului național de evaluare a sănătății pentru cuantificarea riscului de boli cardiace, accident vascular cerebral, boală renală sau diabet.¹³

2.5.1.3. Pedometrele

Acestea măsoară numărul de pași pe zi. Se consideră o țintă rezonabilă pentru adulți de 10000 de pași pe zi; pentru copii ținta e mai mare: 13000-15000 pentru băieți și 11000-12000 pentru fete. Pentru adolescenți ținta e de 10000-11700, iar pentru vârstnici coboară la 7000-10000 de pași/zi. Totuși, aceste estimări ar putea fi mai mari decât ar fi necesar pentru a echivala recomandările privind activitatea fizică. Beneficiile pentru sănătate par să se acumuleze de la un număr mai mic de pași pe zi. Un alt dezavantaj este acela că pedometrul nu poate măsura activități precum mersul pe bicicletă sau înotul.¹

2.5.2. FRECVENȚA EVALUĂRII NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ

NICE recomandă practicienilor din asistența medicală primară identificarea adulților care sunt inactivi în circumstanțe precum: în timpul consultației când apare oportun, în sala de așteptare sau ca parte a unei consultații planificate de management al afecțiunilor cronice. Trebuie identificat cel mai potrivit moment pentru această evaluare cum ar fi de exemplu când pacientul se prezintă cu o afecțiune care ar putea fi ameliorată de activitatea fizică.⁷

În Marea Britanie se recomandă ca nivelul de activitate fizică să fie înregistrat la toți pacienții peste 16 ani la fiecare 5 ani. La pacienții cu boală ocluzivă arterială sau risc de boală cardiovasculară mai mare de 30% peste 10 ani, nivelul de activitate fizică trebuie înregistrat anual.¹³

Ghidul australian de prevenție recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică a unei persoane după următoarea metodologie¹:

Grupe de risc pentru sedentarism	Atitudine medic de familie	Frecvență
Persoane cu risc mediu: adulți sănătoși fără risc crescut de boli cronice	Întrebați despre nivelul curent de activitate fizică și comportament sedentar și evaluați față de recomandările ghidului curent. 1A	Această evaluare se recomandă la fiecare 2 ani. 2B
Persoane cu risc crescut: mame la primul copil, adolescente, vârstnici, funcționari, persoane cu nivel socio-economic scăzut, persoane cu o boală cronică sau cu factori de risc pentru cancer, cardiovasculari sau diabet (inclusiv alterarea toleranței la glucoza).	Întrebați despre nivelul curent de activitate fizică și comportament sedentar și evaluați față de recomandările ghidului curent. Evaluați disponibilitatea de a fi mai activi. 2B	Această evaluare se recomandă la fiecare vizită. 2C

2.6. RECOMANDĂRI PRIVIND ACTIVITATEA FIZICĂ

Medicii de familie trebuie să furnizeze recomandări privind nivelul de activitate fizică în conformitate cu vârsta și starea de sănătate și să recomande evitarea sedentarismului. Este important mesajul că orice activitate fizică este mai bună decât lipsa ei. Persoanele care nu fac activitate fizică regulată pot fi încurajate să înceapă și să crească treptat nivelul de activitate până la cel recomandat.¹

2.6.1. COPIII SUB 5 ANI



Pentru o dezvoltare sănătoasă a copiilor se recomandă încurajarea activității fizice, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur. 2C



Se recomandă încurajarea desfășurării de activități fizice la copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani cu durata de cel puțin 3 ore în fiecare zi pe parcursul zilei. 1B



Mai multă activitate fizică furnizează beneficii mai mari. 1A²

Conform Ghidului canadian privind activitatea fizică în primii ani de viață, la sugari există dovezi de calitate scăzută și moderată care sugerează că un nivel crescut al activității fizice este asociat pozitiv cu nivelul adipozității, dezvoltarea abilităților motorii sau dezvoltarea cognitivă. La copiii mici, există dovezi de calitate moderată care arată că nivelul crescut al activității fizice a fost asociat pozitiv cu sănătatea oaselor și a scheletului. La preșcolari, există dovezi de calitate slabă până la înaltă asupra relației dintre creșterea activității fizice și îmbunătățirea nivelului adipozității, dezvoltarea abilităților motorii, sănătatea psiho-socială și indicatorii de sănătate cardio-metabolici. Rezumând, autorii ghidului citat apreciază că studiile analizate găsesc că nivelul mai mare de activitate fizică a fost asociat cu măsuri mai bune ale nivelului adipozității, dezvoltarea abilităților cognitive și motorii, sănătate psiho-socială și sănătate cardio-metabolică în primii ani de viață. Studiile identificate nu furnizează informații specifice asupra nivelului de activitate fizică necesar unei sănătăți depline la aceasta grupa de vârstă. În absența acestor dovezi, s-a luat în considerare consensul experților.²

2.6.2. COPIII ȘI ADOLESCENȚII (5-12 ANI ȘI 13-17 ANI)



Se recomandă încurajarea efectuării de activități fizice moderate spre intense la copiii și tinerii cu vârsta între 5 și 17 ani. 1A

Dovezile disponibile pentru grupa de vârstă 5-17 ani susțin concluzia că activitatea fizică oferă beneficii fundamentale pentru sănătate. Există un mare număr de studii observaționale și experimentale care demonstrează asocierea dintre activitatea fizică, fitness-ul cardiorespirator și rezistența musculară, reducerea grăsimii corporale, reducerea riscului de boli cardiovasculare și metabolice, creșterea sănătății osoase și reducerea simptomelor depresiei. De asemenea, aceste studii susțin ipoteza conform căreia activitatea fizică intensă și de durată începută din copilărie și continuată în perioada adultă menține un profil de risc favorabil și scade rata morbidității și a mortalității cardiovasculare și prin diabet. Activitatea fizică moderată și intensă cu durata de cel puțin 60 de minute pe zi ajută copiii și tinerii să-și reducă riscul cardiorespirator și metabolic. Se pare că efortul fizic mai intens sau de durată mai mare are beneficii mai mari, dar studiile în acest sens sunt limitate.

Pentru creșterea rezistenței musculare se recomandă de 2-3 ori pe săptămână activități care pot fi și nestructurate precum joaca în locuri special amenajate, cățărutul în copaci, activități de împingere și tragere.

Copiii și tinerii activi fizic tind să aibă adipozitate mai redusă decât cei sedentari. La cei obezi și supraponderali, intervențiile ce cresc nivelul de activitate fizică tind să aibă efecte benefice asupra sănătății.

Activitatea fizică crește conținutul osului în minerale și densitatea osoasă; activitățile care determină întărirea sistemului osos și muscular sunt eficiente dacă sunt efectuate măcar de 3 ori pe săptămână. Acestea pot fi parte a jocului, alergări sau sărituri, ridicare de greutate.

O evaluare globală a dovezilor sugerează că se pot aștepta importante beneficii pentru sănătate la copiii și tinerii care acumulează 60 de minute de efort fizic moderat sau intens pe zi. Conceptul de acumulare se referă la faptul că se pot aduna sesiunile de activitate fizică mai mici de 60 de minute răspândite pe parcursul unei zile. Anumite forme de activitate fizică trebuie efectuate măcar de 3 ori pe săptămână:

- exerciții de rezistență care cresc forța musculară a grupelor musculare mari ale trunchiului și membrilor;
- exerciții aerobice intense care îmbunătățesc fitness-ul cardiorespirator, factorii de risc cardiovasculari și metabolici;
- ridicarea de greutate pentru sănătatea oaselor.³

2.6.3. ADULȚII SĂNĂTOȘI (> 18 ANI)



Adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5-5 ore săptămânal de activitate fizică sau exerciții aerobice măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămână de activitate fizică intensă. Sedentarii trebuie puternic încurajați să înceapă un program de exerciții ușoare. ⁴ 1A



Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durata de minim 10 minute, răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu 4-5 zile pe săptămână. ⁴ 2A



Se recomandă activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni. ^{1,3} 1B

Există o relație directă între activitatea fizică și sănătatea cardiorespiratorie apreciată prin reducerea riscului de boală cardiovasculară, accident vascular și hipertensiune. Îmbunătățirea condiției fizice cardiorespiratorii este proporțională cu intensitatea, frecvența și durata efortului fizic; reducerea riscului cardiovascular apare de regulă la 150 de minute de activitate fizică (cel puțin) moderată pe săptămână.

Studiile demonstrează că 150 de minute de efort fizic moderat sau intens pe săptămână contribuie și la reducerea semnificativă a riscului de diabet și sindrom metabolic.

Activitatea fizică contribuie și la menținerea greutății; exercițiile aerobice care însumează 150 de minute pe săptămână s-au asociat cu o pierdere în greutate de 1-3%.

Adulții activi fizic au un risc mai scăzut de fractură de șold sau vertebrală deoarece exercițiul fizic minimizează pierderea densității osoase, sporește masa și puterea musculară. Ridicarea de greutate și exercițiile de rezistență moderate sau intense efectuate 3-5 zile pe săptămână și în reprize de 30-60 de minute pe sesiune, sunt eficiente în creșterea densității osoase.

30-60 de minute de exerciții moderate sau intense pe zi sunt necesare și pentru obținerea unei reduceri semnificative a riscului de cancer mamar și de colon.

Pe ansamblu, există dovezi puternice care demonstrează că adulții activi au o mortalitate generală mai scăzută și un risc mai mic de boala coronariană, hipertensiune arterială, accident vascular, sindrom metabolic, diabet, cancer de colon și sân și depresie. De asemenea, persoanele active au o condiție fizică respiratorie, cardiacă și musculară mai bună, o greutate adecvată, biomarkeri adecvați unui risc scăzut de boli cardiovasculare, diabet și sistem osos mai sănătos.³

După cum subliniază Ghidul European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare, dovezile actuale demonstrează că la subiecții sănătoși, creșterea nivelului de activitate fizică și a condiției fizice cardio-respiratorii duc la scăderea semnificativă a riscului de mortalitate cardiovasculară și de toate cauzele cu 20-30%, într-o manieră doză-răspuns. Studiile arată că riscul de deces continuă să scadă odată cu creșterea nivelului de activitate fizică și a condiției fizice cardio-respiratorii atât la femei cât și la bărbați, din copilărie și până la vârste înaintate.⁴

2.6.3.1. Evaluarea riscului

Metodologia conform căreia adulții sănătoși ar trebui evaluați înainte de a începe un program regulat de activitate fizică sau exerciții anaerobice este controversată. În general, riscul de evenimente cardiovasculare majore legate de exercițiul fizic la adulții sănătoși este scăzut variind între 1 din 500000 la 1 din 2600000 pacienți – ore de exerciții fizice. Există propuneri ca evaluarea riscului la adulții de vârstă medie și înaintată să fie individualizată după profilul de risc cardiovascular și după nivelul existent de antrenament în comparație cu exercițiile propuse, cu un screening mai agresiv (test de efort) rezervat sedentariilor și/sau celor care au factori de risc cardiovasculari și/sau doresc să urmeze exerciții de intensitate mare. Persoanele care fac efort fizic ocazional par a avea un risc crescut de evenimente cardiovasculare și moarte subită în timpul sau după efort. În general, se recomandă sedentariilor și celor cu factori de risc cardiovasculari să înceapă cu activitate fizică de intensitate mică.⁴

2.6.4. PACIENȚI CU BOLI CARDIOVASCULARE



Pacienții cu antecedente de infarct miocardic, bypass aorto-coronarian, angioplastie coronariană percutanată transluminală, angină pectorală stabilă sau insuficiență cardiacă cronică stabilă ar trebui să facă de cel puțin 3 ori pe săptămână sesiuni de 30 minute de activitate fizică moderată spre intensă. Cei sedentari ar trebui să fie puternic încurajați să înceapă un program de exerciții ușoare după stratificarea adecvată a riscurilor legate de efortul fizic.⁴

1A

Această recomandare a **Ghidului European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare** se bazează pe rezultatele unei meta-analize care a analizat efectele unui program de exerciții aerobice cu durata de cel puțin 3 luni la bărbații de vârstă medie, cunoscuți cu boli cardiovasculare (antecedente de infarct miocardic, bypass aorto-coronarian, angioplastie coronariană percutanată transluminală sau cu angină pectorală stabilă). Analiza a evidențiat o

scădere cu 30% a mortalității cardiovasculare totale. Acest procent a ajuns la 35% când s-au luat în considerare numai decesele prin boli coronariene.

Autorii arată că nu există date suficiente despre efectele exercițiilor aerobice asupra ratei revascularizării și că acestea nu au arătat niciun efect asupra apariției infarctului miocardic nefatal. Date recente expuse de autorii ghidului citat confirmă existența unei relații invers proporționale doză-efect dintre fitness-ul cardiovascular (evaluat prin teste de efort și exprimate în **MET**) și mortalitatea de orice cauză în populații vaste de bărbați și femei cu boli cardiovasculare (antecedente documentate de boli coronariene, infarct miocardic, bypass aorto-coronarian, angioplastie coronariană percutanată transluminală, insuficiență cardiacă cronică, boală vasculară periferică sau semne și simptome sugestive de boli coronariene pe perioada testului de efort). Rezultatele au fost aceleași indiferent de utilizarea medicației beta-blocante. La pacienții cu risc scăzut, comparativ cu tehnicile invazive cum ar fi angioplastia percutantă, exercițiile aerobice au fost la fel de eficiente în îmbunătățirea clinică și a reperfuziei miocardice și au fost asociate cu mai puține evenimente cardiovasculare.

Conform unei meta-analize care a evaluat efectele exercițiilor aerobice asupra ratei mortalității de cauză cardiacă la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică, efortul fizic moderat spre intens a dus la o îmbunătățire a supraviețuirii pacienților cu disfuncție ventriculară stângă și la scăderea semnificativă a reinternărilor. Pentru a obține însă aceste beneficii, este fundamentală aderența la intensitatea exercițiilor prescrise.⁴

Recomandarea exercițiilor fizice pacienților cu boli cardiovasculare trebuie să se realizeze în concordanță cu riscurile acestora privind efortul fizic. Algoritmurile de stratificare a riscului ajută la identificarea pacienților care au un risc crescut de evenimente cardiovasculare legate de efortul fizic și care ar putea necesita monitorizare cardiacă susținută, iar siguranța programelor medicale de antrenament fizic este bine stabilită. Incidența evenimentelor cardiovasculare majore în timpul exercițiilor aerobice supervizate din cadrul programelor de reabilitare cardiacă este rară: de la 1 din 50.000 la 1 din 120.000 pacienți-ore de exerciții, iar a incidentelor fatale de la 1 din 340.000 la 1 din 750.000 pacienți-ore de exerciții. Aceste date se aplică și pacienților cu insuficiență cardiacă cronică și disfuncție ventriculară stânga NYHA clasa II-IV tratați cu medicație optimă conform ghidurilor.⁴

Deși riscurile efortului fizic moderat sunt reduse, există totuși anumite condiții care necesită evaluare clinică și supraveghere suplimentară și la care recomandările anterioare nu se aplică:

- angina instabilă;
- infarctul miocardic recent (în primele 3 luni);
- insuficiența cardiacă sau cardiomiopatie netratată;
- frecvența cardiacă de repaus peste 100;
- simptome precum disconfort toracic sau dispnee la eforturi reduse;
- stenoza aortică severă;
- diabet necontrolat;
- hipertensiune necontrolată;
- boală respiratorie acutizată.

Sedentarii trebuie descurajați să facă efort intens brusc; ei trebuie să înceapă de la nivel moderat pentru a reduce orice risc de evenimente cardiovasculare.¹

2.6.5. GRAVIDE ȘI LĂUZE



Gravidele și lăuzele sănătoase care nu sunt active sau nu obișnuiesc să practice activități fizice intense, ar trebui să facă, pe perioada sarcinii și lăuziei, cel puțin 150 de minute (2,5 ore) de activitate fizică aerobă de intensitate moderată pe săptămână. Activitatea fizică ar fi de preferat să fie răspândită de-a lungul săptămânii. ⁶ 2C



Gravidele și lăuzele care sunt obișnuite să facă activitate fizică aerobă intensă sau care sunt intens active pot continua activitatea fizică pe perioada sarcinii și a lăuziei cu condiția să rămână sănătoase și să discute cu medicul curant cum și când această activitate trebuie ajustată în timp. ⁶ 2C



Activitatea fizică în timpul sarcinii aduce beneficii stării generale de sănătate. Cu excepția situațiilor în care există contraindicații medicale, gravida și lăuza pot începe sau continua activitatea fizică aerobică de intensitate moderată. Când activitatea fizică este începută în perioada sarcinii, efortul trebuie mărit gradat. Gravidele sănătoase care fac activitate fizică moderată în timpul sarcinii își mențin sau îmbunătățesc condiția fizică cardiorespiratorie.

Conform dovezilor existente, riscurile activității fizice moderate la gravidele sănătoase sunt foarte mici. Activitatea fizică moderată nu crește riscul de greutate mică la naștere, naștere prematură sau avort. Unele dovezi sugerează că activitatea fizică ar reduce riscul complicațiilor sarcinii precum preeclampsia și diabetul gestațional și ar reduce durata travaliului.

Efectele activității fizice intense pe parcursul sarcinii nu au fost studiate astfel încât nu există dovezi care să o recomande.

Femeile care practicau exerciții fizice intense pot continua pe perioada sarcinii și a lăuziei și nu necesită de regulă reduceri semnificative cu condiția să rămână sănătoase și să ajusteze nivelul de activitate după sfatul medicului curant.

Pe perioada sarcinii, gravidele ar trebui să evite:

- activitățile ce implică clinostatismul după primul trimestru de sarcină;
- activitățile cu un risc crescut de căderi sau traumatisme abdominale inclusiv sporturile de contact sau coliziune cum ar fi călăritul, fotbalul, baschetul, schiul alpin.

În lăuzia fiziologică, activitatea fizică regulată contribuie, de asemenea, la starea generală de sănătate. Studiile arată că activitatea fizică moderată îmbunătățește condiția fizică cardiorespiratorie a lăuzei și dispoziția lăuzei. Activitatea fizică nu pare să aibă efecte adverse asupra cantității și compoziției laptelui sau asupra creșterii copilului.

Activitatea fizică ajută lăuzele să ajungă la greutatea normală și să o mențină.⁶

2.7. INTERVENȚII DE CREȘTERE A NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ



Se recomandă utilizarea sfatului scurt pentru creșterea nivelului de activitate fizică la adulții care nu sunt activi.⁷ 2B

Pentru adulții cu un nivel de activitate fizică ce nu respectă recomandările actuale, **NICE** recomandă practicienilor din medicina primară utilizarea sfatului scurt – termen prin care autorii înțeleg "sfat verbal, discuție, negociere sau încurajare cu sau fără suport scris, la discuții aprofundate, individualizate".⁷

În sfatul scurt, practicienii din medicina primară ar trebui să:

- sfătuiască adulții inactivi să facă mai multă activitate fizică în conformitate cu recomandările ghidului;
- sublinieze beneficiile activității fizice;

- adapteze sfaturile la motivațiile și obiectivele pacientului, la starea curentă de activitate fizică și abilitățile sale, la preferințele, barierele, starea de sănătate a pacientului;
- informeze pacientul cu privire la posibilitățile locale de a desfășura activitate fizică în funcție de abilități, preferințe și nevoi;
- înmâneze pacientului o schiță scrisă asupra sfaturilor și obiectivelor discutate;
- înregistreze rezultatele discuției;
- programeze urmărirea la proxima consultație; aceasta ar putea consta într-o conversație despre activitatea fizică desfășurată și progresul spre îndeplinirea obiectivelor.

În cazul consultațiilor de prevenire sau tratare a pacienților cu boli cardiovasculare, diabet tip 2, accident vascular cerebral sau pentru îmbunătățirea sănătății mintale, sfatul scurt trebuie încorporat în îngrijirile de rutină. **Evaluarea nivelului de activitate, furnizarea sfatului scurt și a consultației de urmărire trebuie incluse în planul de management al bolilor cronice.** Importanța activității fizice trebuie subliniată prin faptul că este un factor de risc modificabil pentru multe afecțiuni.

Sfatul scurt trebuie, de asemenea, încorporat în serviciile adresate grupurilor care tind să fie inactive: persoane peste 65 de ani, pacienți cu dizabilități sau din anumite minorități etnice.⁷

2.7.1. FACTORI CE SUSȚIN SFATUL SCURT

Pentru identificarea oportunităților de a evalua nivelul de activitate fizică și furnizarea sfatului scurt trebuie să existe sisteme computerizate de căutare, raportare, susținere a deciziei și stocare a datelor adaptate medicinei primare (de exemplu, Read Codes în Marea Britanie).

De asemenea, informațiile despre oportunitățile locale de a fi activ trebuie să fie disponibile și aduse la zi. Aceste informații pot include hărți on-line și trasee pentru mers sau bicicliști.⁷

2.7.1.1. Pregătirea și informarea personalului din medicina primară pentru susținerea sfatului scurt

Pentru a fi capabil să furnizeze educație pentru mișcare, personalul din medicina primară trebuie să beneficieze de pregătire specifică. Aceasta ar trebui să cuprindă:

- modul în care promovarea activității fizice este potrivită domeniului lor de competență;
- modul în care activitatea fizică contribuie la prevenirea și managementul unei game largi de afecțiuni;
- definiția activității fizice; ce înseamnă activitate fizică moderată și intensă și ce intensitate, durată și frecvență a activității fizice se recomandă;
- grupurile la risc pentru inactivitate fizică;

- concepțiile greșite cu privire la identificarea celor care necesită creșterea activității fizice (de exemplu, indicii vizuale ale greutateii corporale);
- cum se face evaluarea activității fizice;
- oportunități locale pentru activitate fizică;
- nevoile grupurilor specifice, cum ar fi cele cu dizabilități, inclusiv oportunități locale pentru aceștia;
- furnizarea sfatului scurt, inclusiv abilitatea de a motiva pacienții pentru schimbare.⁷

Recomandările ghidului australian de prevenție pentru creșterea nivelului de activitate fizică a adulților sedentari, dovedit eficace în medicina primară, **includ pe lângă 2 sau mai multe sesiuni de consiliere și înmânarea de materiale scrise**. De asemenea, trebuie luate în considerare prescripțiile privind activitatea fizică și consilierea telefonică. Atât prescrierea de exerciții care și-au dovedit eficiența cât și recomandarea concomitentă a pedometrului ar putea avea beneficii suplimentare asupra creșterii nivelului de activitate fizică.¹

2.8. TRIMITEREA PACIENȚILOR

Pacienților sedentari li se pot recomanda programele de activitate fizică disponibile pe plan local sau pot fi direcționați către organizații care derulează astfel de activități. Informații despre programele locale de activitate fizică trebuie să fie disponibile prin consiliile locale cât și prin administrația de stat care e de dorit să dispună de baze de date privind organizațiile ce promovează activitatea fizică. Există grupe de pacienți care pot avea un beneficiu semnificativ din trimiterea către programe de grup cum ar fi femeile dezavantajate socio-economic.

Pacienții care sunt insuficient de activi și care au afecțiuni cronice complexe pot beneficia de trimitere către un fizioterapeut acreditat; cardiicii sedentari pot fi trimiși serviciilor de reabilitare cardiacă. Nu există însă suficiente dovezi asupra eficienței trimiterilor. Aderența la aceste trimiteri este slabă (sub 50%).¹



Pentru adulții supraponderali sau obezi cu factori de risc cardiovascular aditional, se recomandă oferirea sau trimiterea către consiliere comportamentală intensivă pentru promovarea unei diete sanogene și a activității fizice adecvate în scopul prevenirii afecțiunilor cardiovasculare.⁵ 1B

2.9. URMĂRIREA PACIENȚILOR CONSILIAȚI PENTRU CREȘTEREA NIVELULUI DE ACTIVITATE FIZICĂ



Se recomandă monitorizarea pacienților consiliați pentru mișcare.2C

Pacienții consiliați pentru mișcare trebuie monitorizați la următoarea programare sau oportunitate⁷ sau cel puțin la 3-6 luni și la un an.^{1,13} Monitorizarea poate consta într-o conversație despre activitatea fizică desfășurată și progresul spre atingerea obiectivelor stabilite anterior sau a recomandărilor ghidului de activitate fizică.⁷

Mulți pacienți găsesc dificilă menținerea schimbărilor în activitatea fizică mai ales dacă nu este parte a activității zilnice. Există puține studii privind metodele de îmbunătățire a aderenței la recomandările privind activitatea fizică în medicina primară. O recenzie sistematică asupra îmbunătățirii aderenței pacienților cu durere cronică musculo-scheletică la adulți sugerează că:

- tipul exercițiilor prescrise (de exemplu, aerobice versus rezistență) nu influențează aderența, astfel că ar trebui luată în considerare preferința pacientului în încercarea de a-l motiva;
- exercițiile supervizate sau individualizate pot crește aderența;
- încorporarea strategiilor de creștere a aderenței cum ar fi întărirea pozitivă, stabilirea de obiective, dezvoltarea de abilități de rezolvare a barierelor la aderență și automonitorizarea pe baza unui plan de exerciții sau jurnal, pot avea un impact pozitiv.¹

2.10. ANEXE

Anexa 24. Sumarul recomandărilor privind activitatea fizică

1. Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică, în medicina familiei, utilizând chestionarul GPPAQ (General Practice Physical Activity Questionnaire). **1C**
2. Pentru o dezvoltare sănătoasă a copiilor se recomandă încurajarea activității fizice, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur. **2C**
3. Se recomandă încurajarea desfășurării de activități fizice la copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani, cu durata de cel puțin 3 ore în fiecare zi, pe parcursul zilei. **1B**
4. Mai multă activitate fizică furnizează beneficii mai mari. **1A**
5. Se recomandă încurajarea efectuării de activități fizice moderate spre intense la copiii și tinerii cu vârsta între 5 și 17 ani. **1A**
6. Adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5-5 ore săptămânal de activitate fizică sau exerciții aerobice măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămână de activitate fizică intensă. Sedentarii trebuie puternic încurajați să înceapă un program de exerciții ușoare. **1A**
7. Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durata de ≥ 10 minute, răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu 4-5 zile pe săptămână. **2A**
8. Se recomandă activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni. **1B**
9. Gravidele și lăuzele sănătoase care nu sunt active sau nu obișnuiesc să facă activități fizice intense ar trebui să facă, pe perioada sarcinii și a lăuziei, cel puțin 150 de minute (2,5 ore) de activitate fizică aerobică de intensitate moderată pe săptămână. Activitatea fizică ar fi de preferat să fie răspândită de-a lungul săptămânii. **2C**
10. Gravidele și lăuzele care sunt obișnuite să facă activitate fizică aerobică intensă sau care sunt intens active pot continua activitatea fizică pe perioada sarcinii și a lăuziei cu condiția să rămână sănătoase și să discute cu medicul curant cum și când această activitate trebuie ajustată în timp. **2C**
11. Se recomandă utilizarea sfatului scurt pentru creșterea nivelului de activitate fizică la adulții care nu sunt activi. **2B**
12. Pentru adulții supraponderali sau obezi cu factori de risc cardiovascular adițional, se recomandă oferirea sau trimiterea către consiliere comportamentală intensivă pentru promovarea unei diete sanogene și a activității fizice adecvate în scopul prevenirii afecțiunilor cardiovasculare. **1B**
13. Se recomandă monitorizarea pacienților consiliați pentru mișcare. **2C**

Anexa 25. Chestionarul GPPAQ – Indexul activității fizice

Chestionar pentru calcularea indexului activității fizice

Data.....

Nume.....

1. Va rugăm să ne spuneți tipul și cantitatea de activitate fizică pe care o implica activitatea dvs profesională. Vă rugăm să bifați o singură căsuță, cea mai reprezentativă pentru munca desfășurată de dvs în prezent:

		Vă rugăm să marcați o singură casuță
a	Nu lucrez (de exemplu, pensionari, pensionari din motive de sănătate, șomaj, îngrijitor full-time, etc.)	
b	Majoritatea timpului am activitate la birou, pe scaun	
c	Îmi petrec cea mai mare parte a timpului în picioare sau mergând pe jos. Cu toate acestea, munca mea nu are nevoie de mult efort fizic intens (de exemplu, magazin asistent, coafor, agent de pază etc)	
d	Munca mea implica efort fizic, inclusiv manipularea unor obiecte grele și utilizarea de instrumente (de ex. instalator, electrician, tâmplar, curat, asistentă spital, grădinar, lucrători poștali etc.)	
e	Munca mea implica activitate fizică intensă, inclusiv manipularea unor obiecte foarte grele (de ex. schele, muncitor în construcții, vidanșor, etc.)	

2. În ultima săptămână, câte ore ați efectuat fiecare dintre următoarele activități?
Vă rugăm să răspundeți dacă sunteți angajat sau nu

		Vă rugăm să marcați numai o căsuță pe fiecare rând			
		Deloc	Ceva, mai puțin de 1 ora	Între 1 și 3 ore	Peste 3 ore
a	Exerciții fizice, cum ar fi înot, jogging, aerobic, fotbal, tenis, antrenament la sală, gimnastică etc.				
b	Ciclism, inclusiv mers cu bicicleta la serviciu sau în timpul liber				
c	Mers pe jos, inclusiv mersul pe jos la locul de muncă, la cumpărături, plimbări etc.				
d	Gospodărie / Îngrijirea copiilor				
e	Grădinarit / bricolaj				

3. Cum ați descrie ritmul dvs de mers pe jos, de obicei? Vă rugăm să marcați doar un singur răspuns.

Ritm lent (mai puțin de 4 km/h)

Ritm alert

Ritm mediu constant

Ritm rapid (de exemplu peste 6 Km/h)

Instrucțiuni pentru Chestionarul GPPAQ

Chestionarul privind activitatea fizică în medicina generală (The General Practice Physical Activity Questionnaire – GPPAQ) a fost dezvoltat de Școala Londoneză de Igienă și Medicină Tropicală ca o metodă validată de măsurare a nivelului de activitate fizică. Scopul introducerii acestui instrument a fost acela de a permite medicilor de familie să răspundă recomandărilor serviciilor naționale de sănătate care statuează obligativitatea „echipelor din medicina primară de a evalua și înregistra factorii de risc modificabili, inclusiv activitatea fizică”.

Chestionarul GPPAQ este un instrument validat pentru medicina primară care:

- se utilizează în evaluarea nivelului de activitate fizică al adulților cu vârste între 17 și 74 de ani;
- clasifică pacienții în 4 categorii (PAI - Indexul activității fizice): activi, moderat activi, moderat inactivi și inactivi. Aceste categorii se corelează cu riscul cardiovascular;
- informează medicul când este necesară intervenția scurtă de creștere a nivelului de activitate fizică. Cu excepția pacienților categorisiți drept „activi”, tuturor celorlalți pacienți trebuie să li se ofere o intervenție scurtă de modificare a comportamentului pentru creșterea nivelului de activitate fizică;
- poate fi utilizat ca parte a programului național de evaluare a sănătății pentru cuantificarea riscului de boli cardiace, accident vascular cerebral, boală renală sau diabet.

Conform ghidului NICE, dacă se apreciază prin intermediul unui instrument validat precum GPPAQ că un pacient nu este activ, medicul trebuie să-i ofere o scurtă intervenție care să includă următoarele recomandări:

- când sfătuiesc pacienții asupra nivelului recomandat de activitate fizică, medicii de familie trebuie să ia în considerare nevoile, preferințele și circumstanțele pacientului;
- medicii de familie trebuie să stabilească de comun acord cu pacientul obiectivele. Ei trebuie să furnizeze pacientului informații scrise asupra beneficiilor activității fizice și asupra posibilităților locale de a face mișcare;
- când consideră potrivit, medicii de familie trebuie să trimită pacienții la programe de kinetoterapie, dacă acestea sunt disponibile;
- medicii de familie trebuie să urmărească cazurile la fiecare 3-6 luni;
- pentru pacienții cu risc de boală cardiovasculară mai mare de 30% la 10 ani, GPPAQ trebuie completat anual.

Pacienții calificați drept „activi” trebuie să primească încurajări pentru a se menține la fel și pe viitor sau pentru a-și crește ușor nivelul de activitate fizică.

Deși chestionarul include mersul, activitatea casnică, activitățile fizice în mijlocul naturii, acestea nu se reflectă în scorul final din cauza supraevaluărilor observate pe perioada validării, ceea ce necesită întrebări suplimentare cu privire la durata și intensitatea mersului.

GPPAQ conține:

- un chestionar scris care poate fi completat în afara consultației,
- chestionar în format electronic (EXCEL) care poate fi completat în cadrul consultației și care generează automat indexul de activitate fizică (PAI),
- algoritmul de codificare,
- codificarea conform sistemului de codificare Read Codes pentru PAI care pot fi utilizate în fișa pacientului

Algoritmul de codificare este parte integrală a chestionarului. Orice modificare neautorizată asupra algoritmului de codificare duce la invalidarea chestionarului.

INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE ÎN MEDICINA PRIMARĂ

- A. Cât de des se folosește: nivelul de activitate fizică trebuie înregistrat la toți pacienții peste 16 ani la fiecare 5 ani. Pacienții cu boală ocluzivă arterială sau risc de boală cardiovasculară mai mare de 30% peste 10 ani, nivelul de activitate fizică trebuie înregistrat anual.
- B. Excluderi: GPPAQ nu a fost evaluat pentru copiii sub 16 ani și adulții peste 74 de ani. Aceștia ar putea necesita chestionare adaptate vârstei. Chestionarul nu este destinat măsurării nivelului de activitate fizică înainte și după o intervenție și nu este potrivit măsurării eficienței acesteia.
- C. Completarea chestionarului: durează cca 30 de secunde. Sunt necesare 1-2 minute pentru a transfera răspunsurile în formatul electronic și analiza rezultatelor.
- D. Analiza indexului de activitate fizică (Physical Activity Index – PAI): sunt incluse întrebările privind mersul, îngrijirile casnice, grădinaritul, îngrijirea copiilor. Totuși, aceste activități nu au demonstrat suficienta fiabilitate în evaluarea nivelului general de activitate fizică și nu sunt incluse în calcularea PAI. Pacienții care afirmă că merg regulat și totuși nivelul de activitate nu este cel de „activ” necesită aprofundarea discuției cu privire la durata și intensitatea mersului. Aceasta ar trebui să clarifice dacă pacienții respectă recomandările ghidului.

Calcularea indexului de activitate fizică

Pacienții pot fi clasificați în 4 categorii conform GPPAQ:

INDICE ACTIVITATE FIZICĂ	CARACTERISTICI
INACTIV	muncă sedentară și niciun exercițiu fizic sau mers pe bicicletă
MODERAT INACTIV	muncă sedentară și sub o oră de exercițiu fizic și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și fără exerciții fizice sau mers pe bicicletă

INDICE ACTIVITATE FIZICĂ	CARACTERISTICI
MODERAT ACTIV	muncă sedentară și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și sub o oră de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și fără exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă
ACTIV	muncă sedentară și peste 3 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și sub o oră de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU Muncă fizică grea

Notă: au fost incluse întrebări privind mersul, activitățile casnice, îngrijirea copiilor, grădinaritul pentru a permite pacienților să-și înregistreze activitatea fizică, totuși aceste întrebări nu furnizează date suficient de valide pentru a contribui la caracterizarea generală a nivelului de activitate fizică. Așa cum s-a precizat și anterior, sunt necesare întrebări suplimentare.

REZUMAT

Exerciții fizice sau mers pe bicicletă (ore/săptămână)	Muncă sedentară	Muncă în picioare	Muncă fizică	Muncă fizică grea
0	Inactiv	Moderat inactiv	Moderat activ	Activ
Sub 1 oră	Moderat inactiv	Moderat activ	Activ	Activ
1-2,9 ore	Moderat activ	Activ	Activ	Activ
Peste 3 ore	Activ	Activ	Activ	Activ

Elaborarea și validarea GPPAQ

În 2002, Ministerul Sănătății a însărcinat cercetătorii Școlii Londoneze de Igienă și Medicină Tropicală să elaboreze un instrument scurt de măsurare a activității fizice pentru a fi folosit de rutină în medicina generală. Scopul său era să clasifice nivelul actual al activității fizice individuale în 4 nivele – indicele activității fizice (Physical Activity Index – PAI). Acest indice ar trebui utilizat pentru a decide când sunt necesare intervenții de creștere a nivelului activității fizice.

După evaluarea literaturii și consultarea experților, au fost stabilite cerințele la care trebuia să răspundă instrumentul:

- să fie ușor de înțeles;
- să poată fi aplicat adulților 18-74 ani (ulterior revizuit de la 16 la 74 de ani);
- să poată fi completat fără ajutor;

- să poată fi completat într-un minut;
- categoriile trebuie să fie simple, fără calcule complicate;
- categoriile trebuie să corespundă sistemului standard de codificare utilizat în Marea Britanie;
- rezultatul chestionarului trebuie să permită practicienilor din medicina primară să ia decizia dacă pacientul trebuie sfătuit să fie mai activ sau dacă necesită o evaluare mai detaliată.

Dintre instrumentele identificate, cel propus de European Prospective Investigation into Cancer (EPIC) întrunea cele mai multe dintre condiții, repetabilitatea și validitatea sa fiind demonstrate la adulții englezi între 40 și 65 de ani (Wareham et al, 2002). Acest chestionar a constituit baza de plecare a noului instrument. Un studiu pilot a fost întreprins în 3 grupuri de practică, asistentele administrându-l la 61 de pacienți. GPPAQ a fost bine primit de asistente, pacienți și medici, care au apreciat această metodă simplă și eficientă de a evalua nivelul de activitate fizică în mod standardizat.

Datorită rezultatelor pozitive ale pilotării, un nou studiu a fost realizat în 4 grupuri de practică (24 medici de familie cu 42950 pacienți) din Coventry pentru a examina acuratețea și siguranța GPPAQ în medicina primară. Un cercetător de la Universitatea Warwick a recrutat pacienții din sălile de așteptare – participanții la studiu au fost cei care în mod normal s-au programat la cabinet. 334 de participanți au completat GPPAQ; dintre ei 258 l-au completat din nou după o săptămână. Categoria PAI alocată prin completarea celui de-al doilea GPPAQ a fost comparată cu datele obținute din înregistrarea activității aceluiași individ pe perioada săptămânii anterioare cu un senzor de mișcare Actigraph. Concluziile au fost:

- GPPAQ are o validitate bună și este acceptabil pentru utilizarea în medicina generală;
- categoriile PAI sunt comparabile cu cele obținute prin alte metode;
- este repetabil;
- categoriile PAI sunt predictive pentru mortalitatea de toate cauzele și cardiovasculară la ambele sexe. Combinarea activităților fizice din timpul muncii cu cele din timpul liber au o asociere semnificativ crescută cu mortalitatea decât luate separat;
- instrument simplu și ușor de administrat pentru evaluarea nivelului de activitate în medicina primară. Cele 4 categorii PAI derivate din GPPAQ sunt potrivite pentru evaluarea oportunității intervenției.

Evaluarea pacienților inactivi care relatează că merg măcar 3 ore pe săptămână

Pacienții care sunt în categoria „inactiv”, dar care susțin că merg mult pe jos, ar putea necesita o scurtă intervenție care să clarifice ce înțeleg ei prin mers și ritmul de mers. Încurajați-i să continue pe cei care rămân încrezători că ating nivelul de activitate fizică recomandat pe baza duratei și intensității mersului.

Un exemplu de dialog cu un pacient „inactiv” ar putea începe astfel: „Spui că mergi 3 sau mai multe ore pe săptămână. Ca să înțeleg mai bine în ce perioadă mergi pe parcursul unei zile tipice pentru tine, ai putea să-mi povestești unde se integrează mersul, începând de dimineață când te trezești și până seara la culcare? Ai putea să-mi spui când ai mers în cursul zilei de ieri?”

Dacă pacientul insistă că ieri nu a fost o zi tipică, întrebați de alaltăieri, dar evitați să mergeți mai departe, deoarece informațiile își pot pierde din acuratețe. Sarcina medicului în acest exercițiu este de a asculta fără a judeca ceea ce se spune. Acest exercițiu nu este pentru evaluarea pacientului, scopul fiind acela de a face pacientul să vorbească despre comportamentul său într-un mediu lipsit de amenințări (pericolul de a i se spune să se schimbe) în care medicul ascultă și este interesat de situație.

Asigurați-vă că evaluați intensitatea mersului, pe care o puteți aprecia astfel:

0 = respirație ușoară, conversația este ușor de purtat

1 = respirație ușoară, conversația este ușor de purtat, dar ritmul cardiac crește

2 = încă se poate conversa confortabil, dar respirația e mai accelerată pe măsură ce organismul se încălzește

3 = respirație mai adâncă și zgomotoasă, vorbit cu dificultate

4 = respirație foarte dificilă, cu lipsă de aer, conversația nu mai este posibilă.

0-1 corespund unei activități ușoare

2,3 = activitate moderată

4 = activitate intensă

Pentru a avea o relevanță în calcularea nivelului de activitate fizică, ar trebui ca mersul să fie măcar de intensitate moderată (manifestări specifice punctului 2 sau 3).

Odată ce pacientul a descris o zi tipică, medicul trebuie să adune informațiile privitoare la mers – durată, intensitate.

Anexa 26. Pliant mișcare pentru pacienți

Mișcarea înseamnă sănătate!



Comunitatea științifică medicală a dovedit pe baza studiilor desfășurate că activitatea fizică are nenumărate beneficii. Activitatea fizică regulată reduce riscul de boală coronariană și accident vascular cerebral, diabet zaharat, hipertensiune arterială, cancer de colon, cancer de sân și depresie. Beneficiile activității fizice sunt extrem de importante, atât pentru îmbunătățirea sănătății sistemului muscular și osos, cât și pentru menținerea greutății corporale.

Sedentarismul vă predispune la toate aceste boli! Evitați să fiți inactivi încercând să folosiți orice prilej pentru a face mișcare, ca de exemplu:

- ✓ În desfășurarea treburilor casnice uzuale – cumpăraturile alimentelor, debarasarea deșeurilor – sau plimbarea câțelului, evitați utilizarea liftului și a deplasărilor cu mașina.
- ✓ Îngrijiți și curățați singuri casa, dar și grădina sau spațiile verzi din preajma locuinței.
- ✓ Alegeți plimbările în pas vioi, drumețiile, jocurile sportive (fotbal, volei, tenis ș.a.) în compania celor dragi, în locul meselor copioase de familie.
- ✓ Coborâți din tramvai cu o stație înainte sau parcați mașina cât mai departe față de destinație; plecați din timp pentru a evita stresul întârzierilor.
- ✓ Invitați prietenii, nu la masă sau la un joc de table sau cărți, ci la o plimbare pe jos sau cu bicicletele, la un joc de fotbal sau volei, la înot.
- ✓ Cumpărați-vă sau oferiți cadou celor dragi un pedometrul – un dispozitiv simplu care măsoară numărul de pași efectuați pe zi. Un adult ar trebui să facă cel puțin 10.000 de pași pe zi pentru a avea beneficii pentru sănătate.
- ✓ Evitați hobby-urile care predispun la sedentarism: cusut sau croșetat, televizor, internet.

De câtă mișcare are nevoie un adult pentru a se menține sănătos?

Studiile au demonstrat că orice activitate fizică e benefică, cu cât mai multă, cu atât mai bine. Recomandările actuale precizează că adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5-5 ore săptămânal de activitate fizică (sau exerciții aerobice), măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămână de activitate fizică intensă. Activitățile moderate sunt acelea care necesită efort sporit, dar permit menținerea unei conversații (mers în pas vioi, înot ușor, jocul de tenis și activități casnice, precum aspiratul sau tunsul gazonului). Activitățile intense sunt cele care determină greutate în respirație – funcție de antrenamentul personal – cu imposibilitatea menținerii unei conversații (aerobic, jogging, competiții sportive, ciclism, înot).

Sedentarii trebuie să înceapă printr-un program de exerciții ușoare cu creșterea progresivă a intensității, a duratei și a frecvenței efortului fizic. Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durată de minim 10 minute, răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu în 4-5 zile pe săptămână. Se recomandă, de asemenea, activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni (ridicare de greutate, flotări, abdomene, săpatul grădinii).

Întrebați medicul de familie dacă sunteți suficient de activ fizic și cereți sugestii pentru îmbunătățirea condiției fizice!

BIBLIOGRAFIE

1. *Smoking, nutrition, alcohol, physical activity* (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice. 2nd ed. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners (2015).
2. Tremblay, Mark S., et al. Canadian physical activity guidelines for the early years (aged 0–4 years). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 37.2 (2012): 345-356.
3. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. (2010).
4. Perk, Joep, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* 33.13 (2012): 1635-1701.
5. LeFevre, Michael L. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 161.8 (2014): 587-593.
6. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines>.
7. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Physical activity: brief advice for adults in primary care. (2013).
8. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.
9. Mendis, Shanthi, et al. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization (2014).
10. Guthold, Regina, et al. Physical activity in 22 African countries: results from the World Health Organization STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. *American Journal of Preventive Medicine* 41.1 (2011): 52-60.
11. Bauman, Adrian E., et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *The Lancet* 380.9838 (2012): 258-271.
12. Currie, C. Regional Office for Europe, Health Behaviour in School-aged Children (survey): Social Determinants of Health and Well-Being among Young People: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. (2012).
13. The General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ). A screening tool to assess adult physical activity levels, within primary care. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192453/GPPAQ_-_guidance.pdf.

Material realizat în cadrul proiectului
RO 19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”
finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO 19 „Inițiative în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a
Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor
prezentate revine inițiatorilor. Pentru informații oficiale despre granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatate.ms.ro.

www.insp.gov.ro/sites/1
www.edu-cnsmf.ro
www.ghidurimedicale.ro