



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, xxx
COM(2005) yyy final

LIVRO VERDE

«Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas»

ÍNDICE

LIVRO VERDE «Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas»	1
I. Situação actual a nível europeu.....	3
II. Saúde e riqueza	4
III. O Processo de Consulta.....	5
IV. Estruturas e instrumentos a nível comunitário	6
IV.1. Plataforma de Acção Europeia em matéria de Regimes Alimentares, Actividade Física e Saúde	6
IV.2. Rede Europeia para a Nutrição e a Actividade Física.....	6
IV.3. A saúde nas políticas da UE.....	6
IV.4. O Programa de Acção no Domínio da Saúde Pública.....	7
IV.5. Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (AESA).....	8
V. Áreas de actuação.....	8
V.1. Informação dos consumidores, publicidade e comercialização	8
V.2. Educação dos consumidores	9
V.3. Especial atenção às crianças e aos jovens.....	9
V.4. Disponibilidade de alimentos, actividade física e educação para a saúde no local de trabalho.....	10
V.5. Integrar a prevenção e o tratamento do excesso de peso e da obesidade nos serviços de saúde.....	11
V.6. Abordar o ambiente obesogénico.....	11
V.7. Desigualdades socioeconómicas	11
V.8.1. O incentivo de uma abordagem integrada e abrangente na promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física	12
V.9. Recomendações para ingestão de nutrientes e para a elaboração de orientações dietéticas baseadas nos alimentos	12
V.10. Cooperação para além da União Europeia.....	13
V.11. Outros aspectos	13
VI. Os passos seguintes.....	14

LIVRO VERDE

«Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas»

I. SITUAÇÃO ACTUAL A NÍVEL EUROPEU

- I.1. Os regimes alimentares pouco saudáveis e a falta de actividade física constituem as principais causas de doenças evitáveis e de morte prematura na Europa, sendo o aumento da prevalência da obesidade em toda a Europa causa de grave apreensão em termos de saúde pública (cf. *anexo 2 no tocante a informações de base*).
- I.2. O Conselho solicitou à Comissão que contribuísse para a promoção de estilos de vida saudáveis⁽ⁱ⁾ ¹ e estudasse vias susceptíveis de promover uma melhor nutrição na União Europeia, apresentando, se fosse caso disso, propostas adequadas para o efeito². O Conselho apelou igualmente aos Estados-Membros e à Comissão para que delineassem e implementassem iniciativas destinadas a promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física³.
- I.3. A Comunidade dispõe de competências claras neste domínio: o artigo 152.º do Tratado exige que, na definição e aplicação de todas as políticas e acções comunitárias, seja assegurado um elevado nível de protecção da saúde. São vários os domínios da política comunitária que são relevantes para a nutrição e a actividade física, tendo o Conselho confirmado a necessidade de integrar a nutrição e a actividade física nas políticas pertinentes a nível europeu⁴.
- I.4. As acções a nível nacional podem ser utilmente completadas a nível comunitário. Sem limitar o âmbito das acções a que os Estados-Membros podem desejar dar início, a acção comunitária pode explorar sinergias e economias de escala, facilitar uma acção a nível europeu, congregar recursos, divulgar boas práticas e, assim, contribuir para o impacto global das iniciativas dos Estados-Membros.
- I.5. O Conselho salientou que o facto de a epidemia da obesidade ter múltiplas causas requer abordagens por parte de múltiplas partes interessadas⁵ - das quais a Plataforma de Acção Europeia em matéria de Regimes Alimentares, Actividade Física e Saúde (cf. *secção IV.1*) é um exemplo de destaque – bem como acções a nível local, regional, nacional e europeu⁶. O Conselho saudou igualmente a intenção da Comissão de apresentar o presente Livro Verde e de comunicar, em 2006, os resultados do exercício de consulta pública iniciado com o Livro Verde⁷.
- I.6. O Comité Económico e Social Europeu sublinhou que uma acção tomada a nível comunitário pode reforçar o efeito de iniciativas adoptadas pelas autoridades nacionais, pelo sector privado e pelas ONG⁸.

⁽ⁱ⁾ As referências estão agrupadas no anexo 3, no final do documento.

- I.7. Vários Estados-Membros estão já a implementar estratégias ou planos de acção nacionais no domínio dos regimes alimentares, da actividade física e da saúde⁹. Uma acção comunitária pode apoiar e complementar estas actividades, promover a sua coordenação e ajudar a identificar e a divulgar boas práticas, de modo a que outros países possam beneficiar da experiência adquirida.

II. SAÚDE E RIQUEZA

- II.1. Para além do sofrimento humano que provoca, o aumento da incidência da obesidade tem consequências económicas de especial importância. Estima-se que, na União Europeia, a obesidade seja responsável por cerca de 7% dos custos dos cuidados de saúde¹⁰, percentagem que irá aumentar dadas as tendências crescentes desta afecção. Embora não estejam disponíveis dados pormenorizados relativamente a todos os países da UE, os estudos realizados salientam o elevado custo económico da obesidade: num relatório preparado pelo *National Audit Office* (Serviço Nacional de Auditoria) do Reino Unido em 2001, estima-se que, só em Inglaterra, a obesidade é responsável por 18 milhões de dias de baixa por doença e 30 000 mortes prematuras, o que corresponde, anualmente, a um custo directo dos cuidados de saúde superior a 500 milhões de libras esterlinas. As consequências mais vastas para a economia, nas quais se incluem a diminuição da produtividade e a perda de produção, foram estimadas em mais 2 mil milhões de libras por ano¹¹. O relatório de 2004 do Director-Geral da Saúde do Reino Unido sobre o impacto da actividade física e a sua relação com a saúde estimou em 8,2 mil milhões de libras esterlinas o custo anual da inactividade física (incluindo os custos dos cuidados de saúde e o custo mais vasto para a economia, como os dias de trabalho perdidos)¹². Na Irlanda, os custos directos do tratamento da obesidade foram estimados em cerca de 70 milhões de euros, em 2002¹³. Nos EUA, o CDC estimou os custos dos cuidados de saúde atribuíveis à obesidade em 75 mil milhões de dólares¹⁴. A nível individual, os estudos realizados estimam que as despesas médicas anuais do adulto obeso médio nos Estados Unidos são 37% superiores às de uma pessoa com um peso normal¹⁵. Estes custos directos não têm em conta a diminuição da produtividade por incapacidade e mortalidade prematura.
- II.2. Uma análise efectuada pelo Instituto Sueco de Saúde Pública conclui que se perdem, na UE, 4,5% de anos de vida ajustados em função de eventuais deficiências (DALY) devido a uma nutrição deficiente, aos quais se juntam 3,7% por obesidade e 1,4% por inactividade física, num total de 9,6%, comparados com 9% devidos ao tabagismo¹⁶.
- II.3. Um relatório recente do Instituto de Saúde Pública e do Ambiente dos Países Baixos (RIVM) analisou a composição alimentar desequilibrada e a perda de saúde. Uma das conclusões refere que a ingestão excessiva do tipo «errado» de gorduras, como as gorduras saturadas e os ácidos gordos *trans*, aumenta em 25% a probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, enquanto o consumo de peixe uma ou duas vezes por semana reduziria esse risco em 25%. Nos Países Baixos, o número anual de casos de doença cardiovascular provocada por uma composição desequilibrada do regime alimentar, em adultos com 20 e mais anos, é de 38 000¹⁷.
- II.4. Por conseguinte, encontrar soluções para o excesso de peso e a obesidade não só é importante em termos de saúde pública, mas também contribuirá para reduzir os custos a longo prazo dos serviços de saúde e estabilizar a economia, permitindo que os cidadãos vivam de uma forma produtiva até uma idade avançada. O presente Livro

Verde permitirá determinar se, ao complementar as actividades dos Estados-Membros, uma acção a nível da Comunidade poderá contribuir para reduzir os riscos para a saúde, inflectir as despesas com cuidados de saúde e aumentar a competitividade das economias dos Estados-Membros.

III. O PROCESSO DE CONSULTA

III.1. Tal como anunciado na Comunicação «Cidadãos mais saudáveis, mais seguros e mais confiantes: uma Estratégia de Saúde e Defesa do Consumidor»¹⁸, a Comissão está a preparar uma série de estratégias comunitárias para abordar as determinantes de saúde mais importantes, incluindo a nutrição e a obesidade. Neste contexto, o presente Livro Verde visa desencadear um vasto processo de consulta e lançar uma discussão aprofundada, na qual participem as instituições da UE, os Estados-Membros e a sociedade civil, a fim de se identificar o eventual contributo a nível comunitário para a promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física.

III.2. A Comissão apela a todas as organizações interessadas para que transmitam as respostas às questões suscitadas no presente Livro Verde, até 15 de Março de 2006, para o seguinte endereço (de preferência por correio electrónico):

Comissão Europeia
Direcção-Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor
Unidade C4 – Determinantes da Saúde
Correio electrónico SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Código Postal: L-2920 Luxembourg
Fax: (+ 352) 4301.34975

Estas respostas não devem ser comunicações científicas, mas antes propostas concretas e baseadas em provas, com vista à concepção de políticas a nível da UE. Aguardam-se, sobretudo, respostas dos agentes económicos sobre questões da sua área específica de interesses (p. ex.: publicidade e comercialização, rotulagem, etc.), das associações de doentes e das ONG que desenvolvem actividades na área da saúde e da defesa dos consumidores.

III.3. Salvo declaração em contrário, os serviços da Comissão partirão do princípio de que os inquiridos não levantam objecções, a que as suas respostas, ou partes delas, sejam publicadas no sítio Web da Comissão e/ou citadas em relatórios que analisem os resultados do processo de consulta¹⁹.

III.4. Atendendo à multiplicidade de factores na origem das doenças relacionadas com hábitos alimentares pouco saudáveis e com a inactividade física, bem como ao facto de a resposta necessária para as abordar carecer da intervenção de múltiplas partes interessadas, o presente Livro Verde inclui determinados aspectos que cabem principalmente no âmbito de competência dos Estados Membros da UE (p. ex.: educação, planeamento urbano); deveria contribuir igualmente para determinar se a UE poderia, contudo, conferir valor acrescentado, por exemplo, ao apoiar a criação de redes entre as partes interessadas e ao divulgar boas práticas.

IV. ESTRUTURAS E INSTRUMENTOS A NÍVEL COMUNITÁRIO

IV.1. Plataforma de Acção Europeia em matéria de Regimes Alimentares, Actividade Física e Saúde

IV.1.1. Em Março de 2005, foi lançada a Plataforma de Acção Europeia em matéria de Regimes Alimentares, Actividade Física e Saúde, a fim de se criar um fórum de acção comum. A Plataforma congrega todos os actores importantes que desenvolvem actividades a nível europeu e que estão dispostos a assumir compromissos vinculativos e verificáveis, destinados a travar e a inverter as actuais tendências do excesso de peso e da obesidade. A Plataforma tem por objectivo catalisar acções voluntárias do sector empresarial, da sociedade civil e do sector público de toda a UE. Dos membros da Plataforma fazem parte os representantes fundamentais, a nível da UE, das indústrias alimentar, retalhista, de restauração e publicitária, das organizações de defesa do consumidor e das ONG do sector da saúde.

IV.1.2. A Plataforma deverá servir de exemplo a uma acção coordenada, embora autónoma, de diferentes sectores da sociedade. Destina-se a fomentar outras iniciativas aos níveis nacional, regional ou local e a cooperar com fóruns semelhantes a nível nacional. Ao mesmo tempo, a Plataforma pode gerar elementos que permitam integrar as respostas ao desafio da obesidade num vasto leque de políticas comunitárias. A Comissão considera que a Plataforma é o meio mais prometededor de uma acção não legislativa, visto ocupar uma posição privilegiada para criar confiança entre as principais partes interessadas. Os primeiros resultados da Plataforma são encorajadores: é forte a participação de outras políticas comunitárias, os membros da Plataforma estão a planear compromissos de grande envergadura para 2006 e uma reunião conjunta com as partes interessadas dos EUA irá contribuir para o intercâmbio de boas práticas. Além do mais, os ministros dos desportos acordaram em apoiar a Plataforma. Proceder-se-á a uma primeira avaliação dos resultados da Plataforma em meados de 2006²⁰.

IV.2. Rede Europeia para a Nutrição e a Actividade Física

IV.2.1. Em 2003, os serviços da Comissão criaram uma rede para a nutrição e a actividade física, constituída por peritos nomeados pelos Estados Membros, a OMS e as ONG dedicadas à saúde e à defesa dos consumidores, cuja tarefa consistia em aconselhar a Comissão quanto ao desenvolvimento de actividades comunitárias destinadas a melhorar a nutrição, a reduzir e a prevenir doenças relacionadas com os regimes alimentares, a promover a actividade física e a combater o excesso de peso e a obesidade. A Rede participará activamente na análise das reacções ao presente Livro Verde.

IV.3. A saúde nas políticas da UE

IV.3.1. A prevenção do excesso de peso e da obesidade implica uma abordagem integrada destinada a promover a saúde, uma abordagem que combine a promoção de estilos de vida saudáveis e acções que permitam dar resposta às desigualdades sociais e económicas e abordar o ambiente físico, empenhando-se em prosseguir os objectivos de saúde em outras políticas comunitárias. Este tipo de abordagem deveria ser transversal a toda uma série de políticas comunitárias (p. ex.: políticas da agricultura, das pescas, da educação, do desporto, da defesa dos consumidores, das empresas, da

investigação, dos aspectos sociais, do mercado interno, do ambiente e do audiovisual), e ser activamente apoiada por todas elas.

IV.3.2. A nível da Comissão, são vários os mecanismos existentes que permitem assegurar que a saúde seja tida em conta nas outras áreas de acção da Comunidade:

- nas principais propostas de políticas de outros serviços da Comissão, é sistematicamente consultada a Direcção-Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor,
- o grupo interserviços sobre saúde discute as questões relacionadas com a saúde com todos os serviços interessados da Comissão,
- o procedimento de avaliação do impacto da Comissão, que foi estabelecido como um instrumento destinado a melhorar a qualidade e a coerência do processo de elaboração de políticas e que inclui a avaliação das consequências para a saúde.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- **Que contributos concretos deveriam eventualmente dar as outras políticas para promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física e para criar ambientes que facilitem opções saudáveis?**
- **Que tipo de medidas comunitárias ou nacionais poderiam contribuir para tornar a fruta e os legumes mais atraentes, disponíveis, acessíveis e baratos?**
- **Quais as áreas relacionadas com a nutrição, a actividade física, o desenvolvimento de instrumentos de análise de afecções conexas e o comportamento dos consumidores em que a investigação é mais necessária?**

IV.4. O Programa de Acção no Domínio da Saúde Pública

IV.4.1. A importância da nutrição, da actividade física e da obesidade está reflectida no Programa de Acção no Domínio da Saúde Pública²¹ e nos seus planos de trabalho anuais. Na vertente da informação em matéria de saúde, o Programa apoia actividades destinadas a recolher dados mais sólidos sobre a epidemiologia da obesidade e sobre questões comportamentais²². O Programa está a implementar um conjunto de indicadores comparáveis para o estado de saúde, incluindo na área da ingestão alimentar, da actividade física e da obesidade.

IV.4.2. No contexto da vertente sobre determinantes da saúde, o Programa está a apoiar projectos pan-europeus destinados a promover hábitos alimentares saudáveis e a actividade física, incluindo abordagens transversais e integradoras, que fomentam a integração de abordagens sobre estilos de vida, que integram as considerações de carácter ambiental e socioeconómico, que se centram em grupos-alvo e cenários essenciais e que relacionam o trabalho sobre diferentes determinantes da saúde²³.

IV.4.3. A proposta da Comissão de um novo programa de protecção da saúde e de defesa dos consumidores²⁴ dá grande ênfase à promoção e à prevenção, inclusive na área da nutrição e da actividade física, e prevê uma nova vertente de acções sobre a prevenção de doenças específicas.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- **Como se pode melhorar a disponibilidade e a comparabilidade de dados sobre obesidade, tendo especialmente em vista a determinação da distribuição geográfica e socioeconómica específica desta afecção?**
- **Como pode o programa contribuir para aumentar a sensibilização dos decisores, dos meios de comunicação e do grande público para a importância dos hábitos alimentares saudáveis e da actividade física na redução do risco de doenças crónicas?**
- **Quais as vias mais adequadas para divulgar as provas existentes?**

IV.5. Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (AESA)

IV.5.1. A Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos pode contribuir significativamente para reforçar as acções propostas em matéria de nutrição (p. ex.: sobre ingestão recomendada de nutrientes ou sobre estratégias de comunicação destinadas aos profissionais da saúde, aos operadores da cadeia alimentar e ao grande público sobre o impacto da nutrição na saúde) com aconselhamento e apoio científicos (cf. *Secção V.9 infra sobre o papel desempenhado pela AESA na elaboração de orientações dietéticas baseadas em alimentos*).

V. ÁREAS DE ACTUAÇÃO

V.1. Informação dos consumidores, publicidade e comercialização

V.1.1. A política de defesa dos consumidores pretende que as pessoas adquiram a capacidade de fazer opções com conhecimento de causa no tocante aos alimentos que ingerem. Quanto a este aspecto são importantes as informações sobre o conteúdo nutricional dos produtos. A existência de informações nutricionais claras e coerentes sobre os alimentos, juntamente com a sensibilização dos consumidores para este assunto, servem de fundamento a uma opção alimentar com conhecimento de causa. Com este objectivo, a Comissão apresentou uma proposta de regulamento sobre a harmonização das regras em matéria de nutrição nas alegações de saúde²⁵. A proposta inclui o princípio do estabelecimento de perfis de nutrientes, a fim de impedir que os alimentos ricos em determinados nutrientes (como o sal, as matérias gordas, as gorduras saturadas e os açúcares) aleguem o seu potencial nutritivo ou benefícios para a saúde. A Comissão está igualmente a ponderar a alteração das actuais regras em matéria de rotulagem nutricional.

V.1.2. No que respeita à publicidade e à comercialização, há que garantir que os consumidores não são enganados e, especialmente, que não serão exploradas a credulidade e o iletrismo dos consumidores vulneráveis, sobretudo das crianças, em relação aos meios de comunicação. Este aspecto está designadamente relacionado com a publicidade aos alimentos com elevados teores de gordura, sal e açúcares, como os aperitivos altamente energéticos e os refrigerantes açucarados, e a comercialização desses produtos nas escolas²⁶. Neste domínio, a auto-regulação da indústria podia ser a melhor opção, visto ter várias vantagens em relação à regulamentação em termos de

rapidez e flexibilidade. No entanto, deviam ser consideradas outras opções para o caso de a auto-regulação não dar resultados satisfatórios.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- Quando se prestam informações nutricionais ao consumidor, quais são os nutrientes e as categorias de produtos principais a ser considerados e por que motivos?
- Qual a educação necessária para que os consumidores compreendam totalmente as informações apresentadas nos rótulos dos alimentos e quem a deveria prestar?
- Os códigos voluntários («auto-regulação») são um instrumento adequado para limitar a publicidade e a comercialização de alimentos altamente energéticos e pobres em micronutrientes? Quais deviam ser as alternativas a considerar caso a auto-regulação falhe?
- Como se pode definir, implementar e monitorizar a eficácia da auto-regulação? Que medidas deviam ser tomadas para assegurar que a credulidade e iletrismo dos consumidores vulneráveis em relação aos meios de comunicação não sejam explorados pela publicidade, pela comercialização e pelas actividades de promoção?

V.2. Educação dos consumidores

V.2.1. O aumento dos conhecimentos do público sobre a relação entre regime alimentar e saúde, calorias ingeridas e dispendidas, sobre regimes alimentares que reduzem o risco de doenças crónicas e sobre opções saudáveis em termos de géneros alimentícios é uma condição prévia ao êxito de qualquer política de nutrição, seja a nível nacional ou comunitário. É necessário elaborar mensagens consistentes, coerentes, simples e claras e divulgá-las através de múltiplos canais e de formas adequadas à cultura local, à idade e ao sexo. Uma melhor educação dos consumidores contribuirá também para promover a educação para a comunicação e para que os consumidores compreendam melhor as informações nutricionais constantes dos rótulos.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas, tendo em vista a identificação das melhores práticas

- Como se poderão preparar os consumidores para que optem com conhecimento de causa e actuem em conformidade?
- Como podem as parcerias público-privadas contribuir para a educação dos consumidores?
- No domínio da nutrição e da actividade física, quais deviam ser as mensagens essenciais a transmitir aos consumidores, de que modo e por quem deviam ser transmitidas?

V.3. Especial atenção às crianças e aos jovens

V.3.1. É durante a infância e a adolescência que se fazem importantes opções de estilos de vida que vão pré-determinar os riscos para a saúde na idade adulta; é, portanto, crucial que as crianças sejam orientadas no sentido de adoptarem comportamentos saudáveis.

As escolas são um cenário-chave nas intervenções de promoção da saúde, podendo contribuir para a protecção da saúde das crianças, ao promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física. Existem também cada vez mais provas de que um regime alimentar saudável aumenta a capacidade de concentração e de aprendizagem. Além disso, as escolas preenchem as condições para incentivar as crianças a praticarem uma actividade física diariamente (cf. *Quadro 3*)²⁷. As medidas relevantes deviam ser consideradas ao nível adequado.

- V.3.2. A fim de evitar que as crianças sejam expostas a mensagens contraditórias, os esforços dos pais e das escolas em matéria de educação para a saúde necessitam de ser apoiados pelos esforços dos meios de comunicação, dos serviços de saúde, da sociedade civil e dos sectores relevantes da indústria (modelos positivos, etc.) (cf. *secção V.1 no tocante à comercialização orientada para as crianças*).

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas, tendo em vista a identificação das melhores práticas

- Quais os exemplos considerados bons para melhorar o valor nutricional das refeições escolares e de que modo podem os pais ser informados sobre a forma de melhorar o valor nutricional das refeições em casa?
- Quais as boas práticas para se facultar a actividade física regular nas escolas?
- Quais as boas práticas no incentivo de opções alimentares saudáveis nas escolas, especialmente no tocante ao consumo excessivo de aperitivos altamente energéticos e de refrigerantes açucarados?
- Como podem os meios de comunicação, os serviços de saúde, a sociedade civil e os sectores relevantes da indústria apoiar os esforços das escolas em matéria de educação para a saúde? Qual o papel que, em relação a estes aspectos, podem desempenhar as parcerias público-privadas?

V.4. Disponibilidade de alimentos, actividade física e educação para a saúde no local de trabalho

- V.4.1. Os locais de trabalho são um cenário com grandes potencialidades para promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física. As cantinas que propõem opções saudáveis e os empregadores que promovem ambientes que facilitam a prática de uma actividade física (p. ex.: existência de chuveiros e de vestiários) podem contribuir de forma importante para a promoção da saúde no local de trabalho.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas, tendo em vista a identificação das melhores práticas

- Como podem os empregadores ter êxito ao propor opções saudáveis nas cantinas e ao melhorar o valor nutricional das refeições aí servidas?
- Que medidas incitariam e facilitariam a prática de uma actividade física

durante os intervalos e no trajecto de e para o trabalho?

V.5. Integrar a prevenção e o tratamento do excesso de peso e da obesidade nos serviços de saúde

- V.5.1. Os serviços de saúde e os profissionais da saúde estão bem colocados para ajudar os doentes a compreender melhor as relações entre regime alimentar, actividade física e saúde e para induzir as necessárias mudanças a nível dos estilos de vida. Os doentes podiam ser encorajados a mudar, se os profissionais da saúde incluíssem nos contactos de rotina alguns conselhos práticos aos doentes e familiares, quanto aos benefícios de regimes alimentares ideais e do aumento da actividade física. É necessário abordar as opções de tratamento da obesidade²⁸.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- **Quais as medidas necessárias, e a que nível, para garantir uma maior integração, tendo por objectivo a promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física nos serviços de saúde?**

V.6. Abordar o ambiente obesogénico

- V.6.1. A actividade física pode ser integrada na rotina quotidiana (p. ex.: caminhar ou andar de bicicleta, em vez de se utilizarem meios de transporte motorizados para se ir para a escola ou para o trabalho). As políticas de transporte e de planeamento urbano podem fazer com que o caminhar, o andar de bicicleta e outras formas de exercício sejam fáceis e seguros e perspectivar modos de transporte não motorizados. A existência de caminhos para se ir a pé e de bicicleta para a escola, com segurança, podia ser uma forma de dar resposta às tendências, particularmente preocupantes, para o excesso de peso e a obesidade nas crianças.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- **De que forma podem as políticas públicas contribuir para assegurar que a actividade física seja «integrada» nas rotinas do dia-a-dia?**
- **Quais as medidas necessárias para fomentar o desenvolvimento de ambientes propícios à actividade física?**

V.7. Desigualdades socioeconómicas

- V.7.1. A escolha dos alimentos é o resultado de preferências individuais e de factores socioeconómicos²⁹. A posição social, os rendimentos e a educação são elementos determinantes dos regimes alimentares e da actividade física. Determinados bairros podem desencorajar a actividade física, carecem de instalações de recreio e afectam mais os desfavorecidos do que aqueles que dispõem de recursos ou têm acesso aos transportes. Níveis de instrução inferiores e possibilidades limitadas de acesso a informações importantes reduzem a capacidade de optar com conhecimento de causa.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- **Que medidas, e a que nível, seriam susceptíveis de promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física junto de grupos populacionais e de agregados familiares pertencentes a**

determinadas categorias socioeconómicas e de fazer que estes grupos adotem estilos de vida mais saudáveis?

- **De que modo se poderia resolver a «agregação de hábitos pouco saudáveis», que existe frequentemente em determinados grupos socioeconómicos?**

V.8.1. O incentivo de uma abordagem integrada e abrangente na promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física

V.8.1. Uma abordagem coerente e abrangente, destinada a tornar disponíveis, baratas e atraentes as opções saudáveis, implica que se tenha em conta a integração da nutrição e da actividade física em todas as políticas relevantes, aos níveis local, regional, nacional e europeu, criando os ambientes de apoio necessários e desenvolvendo e aplicando instrumentos adequados para a avaliação do impacto de outras políticas na saúde nutricional e na actividade física³⁰.

V.8.2. A prevalência de afecções crónicas relacionadas com os regimes alimentares e a actividade física pode variar significativamente entre homens e mulheres, grupos etários e estratos socioeconómicos. Além do mais, os hábitos alimentares, bem como os comportamentos em termos de actividade física, estão frequentemente implantados nas tradições locais e regionais. Por conseguinte, as abordagens destinadas a promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física devem ser sensíveis às diferenças de sexo, socioeconómicas e culturais e contemplar uma perspectiva centrada no ciclo de vida.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- **Quais os elementos mais importantes de uma abordagem integrada e abrangente para a promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física?**
- **Qual o papel a nível nacional e a nível comunitário?**

V.9. Recomendações para ingestão de nutrientes e para a elaboração de orientações dietéticas baseadas nos alimentos

V.9.1 O Relatório da OMS/FAO³¹ fornece recomendações gerais sobre a ingestão de nutrientes e a actividade física das populações relativamente à prevenção de doenças não transmissíveis importantes.

V.9.2. O projecto Eurodiet³² propôs objectivos populacionais quantificados para os nutrientes, sublinhando a necessidade de estes serem transpostos para orientações dietéticas baseadas nos alimentos (FBDG - *Food-based dietary guidelines*). As FBDG devem basear-se em padrões alimentares habituais e ter em conta factores socioeconómicos e culturais.

V.9.3. A Comissão solicitou à Agência Europeia para a Segurança dos Alimentos (AESA) que actualizasse os pareceres sobre energia, macronutrientes e fibras alimentares. A AESA vai assim passar a formular pareceres em matéria de doses de referência populacionais de micronutrientes nos regimes alimentares e, se for caso disso, de outras substâncias essenciais com efeito nutricional ou fisiológico, no contexto de uma

alimentação equilibrada. Além disso, a AESA aconselhará em matéria de transposição de conselhos alimentares baseados em nutrientes para orientações sobre o contributo de diferentes alimentos para o regime alimentar global, o que iria ajudar a conservar a saúde através de uma nutrição ideal.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- De que modo podiam ser tidos em conta a nível europeu, nas orientações alimentares baseadas em alimentos, as variações sociais e culturais e os diferentes hábitos regionais e nacionais?
- De que modo podem ser colmatadas as lacunas entre objectivos nutricionais propostos e padrões de consumo reais?
- Como podem as orientações alimentares ser comunicadas aos consumidores?
- De que modo poderiam os sistemas de pontuação de perfis de nutrientes, como os recentemente elaborados no Reino Unido, contribuir para essa evolução³³?

V.10. Cooperação para além da União Europeia

V.10.1. Está actualmente a reflectir-se a nível internacional sobre a participação global do *Codex Alimentarius*³⁴ no domínio da nutrição. De acordo com o pedido referido na Estratégia Global da OMS sobre Regimes Alimentares, Actividade Física e Saúde, a UE apoia a perspectiva de que se deve atender à forma como as questões de nutrição deviam ser integradas no trabalho do *Codex*, conservando simultaneamente o seu actual mandato.

V.10.2. A nutrição, os regimes alimentares e a actividade física deviam ser objecto de estreita colaboração entre entidades reguladoras e partes interessadas da UE e de outros países nos quais estão a suscitar apreensão os crescentes níveis de excesso de peso e de obesidade³⁵.

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- Em que condições devia a Comunidade participar num intercâmbio de experiências e na identificação das melhores práticas entre países da UE e países terceiros? Em caso de resposta afirmativa, por que meios?

V.11. Outros aspectos

Perguntas para as quais a Comissão solicita respostas:

- Existem aspectos não focados no presente Livro Verde que deveriam ser analisados quando se considera a dimensão europeia da promoção de regimes alimentares, da actividade física e da saúde?
- Quais os aspectos evocados no presente Livro Verde que deviam ter prioridade e quais os que deviam ser considerados menos urgentes?

VI. OS PASSOS SEGUINTEs

- VI.1. Os serviços da Comissão irão analisar cuidadosamente todas as respostas que receberem no contexto do processo de consulta lançado com o presente Livro Verde. Prevê-se que seja publicado, até Junho de 2006, no sítio Web da Comissão, um relatório com um resumo das respostas recebidas.
- VI.2. Atendendo aos resultados do processo de consulta, a Comissão irá reflectir no seguimento mais adequado a dar e irá ponderar todas as medidas que possa ser necessário tomar, bem como os instrumentos para a sua implementação. A avaliação do impacto será efectuada conforme adequado, em função do tipo de instrumento escolhido.

ANNEX 1

Figures and Tables

	estimate 2003	estimate 2025
Country	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7

source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)
(source: World Health Report 2002)

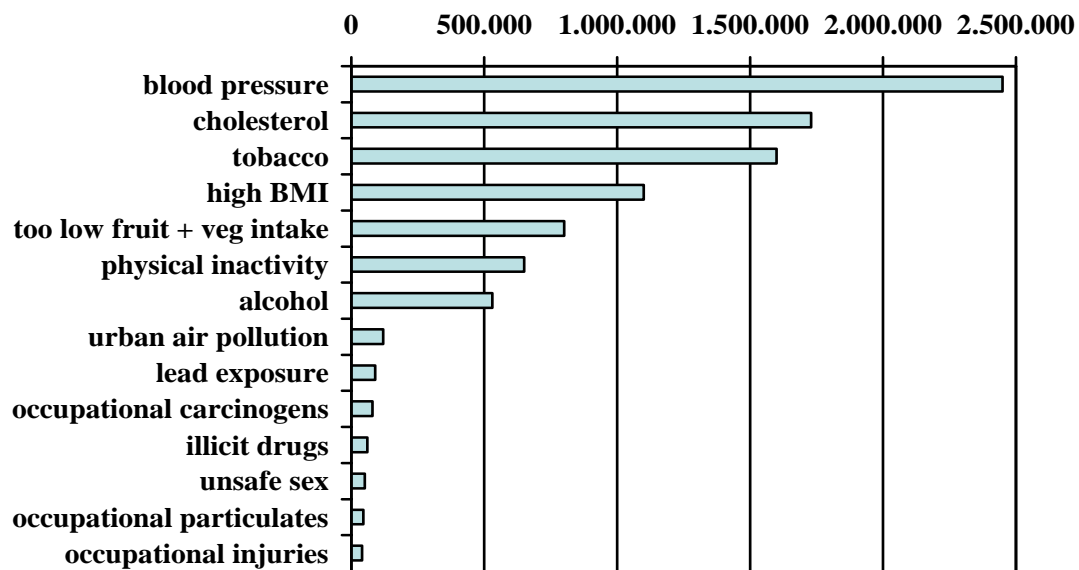


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England ²	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia (<i>self reported</i>)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (<i>self reported</i>)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (<i>self reported</i>)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

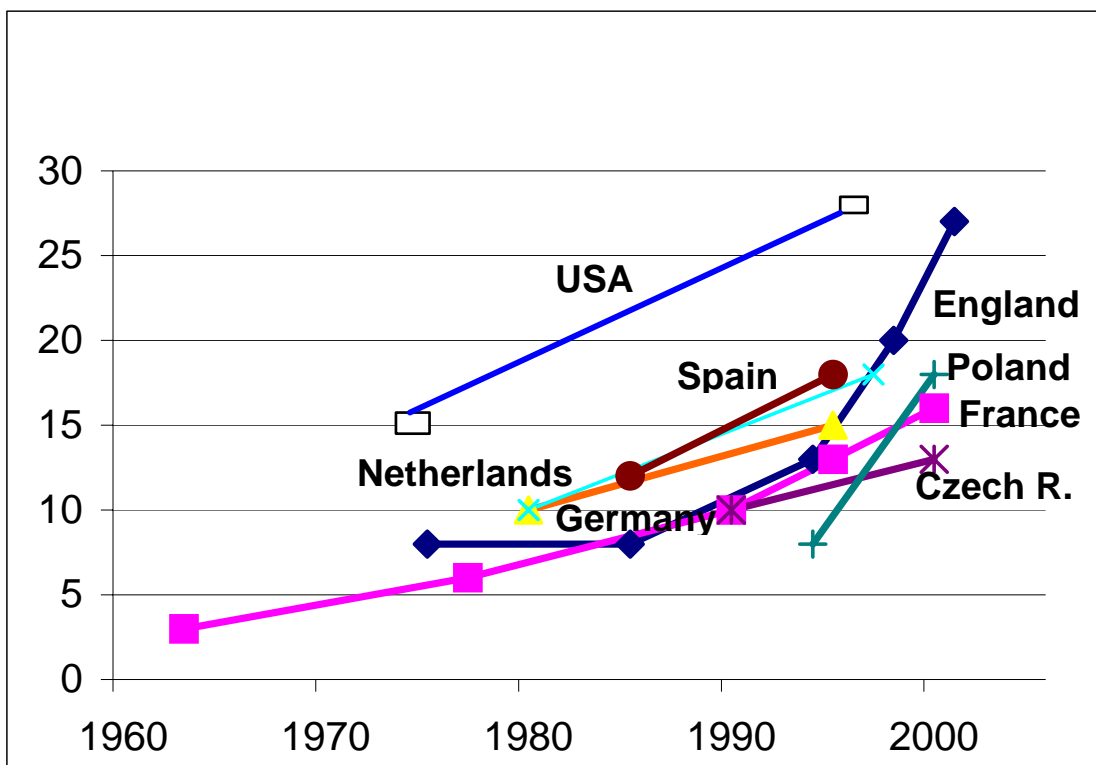
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

² Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁶.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁷.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁸, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁹.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation⁴⁰ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*⁴¹ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors,

apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI⁴² >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁷.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁸. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁹.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁵⁰ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵¹.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵².
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵⁴. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁵ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁶ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANEXO 3 – Referências

- ¹ Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- ² Resolução do Conselho de 14 de Dezembro de 2000 sobre a saúde e a nutrição (2001/C 20/01) – Jornal Oficial das Comunidades Europeias C 20/1 de 23.01.2001.
- ³ Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- ⁴ Council conclusions on obesity, op. cit.
- ⁵ actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- ⁶ Council conclusions on obesity, op. cit.
- ⁷ Council conclusions on obesity, op. cit.
- ⁸ Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN
- ⁹ Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- ¹⁰ Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- ¹¹ National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*.
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- ¹² Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- ¹³ Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- ¹⁴ Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- ¹⁵ Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004
- ¹⁶ Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- ¹⁷ The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

18 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
19 A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following
address:
20 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm
Further information on the work of the Platform is available at the following internet
21 address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in
the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following
22 internet address: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.
i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of
comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific
23 Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]
Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and
Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and
health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work*
in the field of nutrition in Europe, 2002
24 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf)
http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
25 Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on
foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003
26 cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report
Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003
<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>
27 cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the
role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance"
<http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>
28 these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten),
physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be
used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle
modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients
with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount
of food that can be eaten)
29 Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96,
2004
30 Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing
sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal
devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning,
and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported
projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED
(<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART ([http://www.hitech-](http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/)
[projects.com/euprojects/myheart/](http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/))
31 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve
energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span;
Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards
unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts;
Reduce the intake of "free" sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that
salt is iodized.
32 EURODIET core report, *op. cit.*
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)
33 cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and
children's diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of
Public Health, University of Oxford; October 2004
<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>
34 The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation
(FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts
such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of
this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade,

and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non-governmental organizations. http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

35 In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

36 cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

37 cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation, 2004

38 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

39 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

40 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

41 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

42 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

43 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

44 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

45 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

46 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

48 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

51 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme: <http://www.eurodiabetes.org/>

52 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European Opinion Research Group (EEIG). http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf

54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

56 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*