



Institutul
Național de
Sănătate Publică

CAMPANIA

**Promovarea alimentației
sănătoase și a activității fizice**

SEPTEMBRIE-OCTOMBRIE

-Analiza de situație-

Promovarea alimentației sănătoase și a activității fizice contribuie esențial la sănătatea tinerei generații, de aceea campania se axează pe informarea copiilor, preadolescenților și aparținătorilor acestora despre îmbunătățirea stării de sănătate prin adoptarea unei alimentații sănătoase și a practicării regulate a activităților fizice. Sloganul de anul acesta este:
„Fii activ! Mănâncă sănătos !”

2025



CUPRINS

1. Definierea și descrierea problemei de sănătate, conform temei campaniei	3
2. Analiza populației țintă	12
3. Prezentarea unor activități utilizate în alte campanii pentru influențarea comportamentului populației țintă	15



1. Definirea și descrierea problemei de sănătate, conform temei campaniei

În lucrarea Statistici Mondiale de Sănătate, elaborată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în 2023 se arată că patru boli cronice netransmisibile au provocat aproximativ 33,3 milioane de decese la nivel mondial în 2019, o creștere de 28% comparativ cu anul 2000. Este vorba despre bolile cardiovasculare, cancerul, bolile respiratorii cronice și diabetul.

Povara bolilor cronice netransmisibile a crescut de la 61% din decesele globale în anul 2000, la 74% în 2019, și de la 47% din anii de viață ajustați prin dizabilitate (DALY) în 2000, la 63% în 2019. Aceste valori au fost în principal determinate de creșterea populației și de îmbătrânirea acesteia. La nivel individual, totuși, riscul global de a deceda din cauza bolilor cronice netransmisibile a scăzut la nivel mondial, arătând progrese în ultimele două decenii.¹

Mai mult de trei sferturi din toate decesele cauzate de boli cronice netransmisibile și 86% din cele 17 milioane de oameni care au murit prematur sau înainte de a împlini vârsta de 70 de ani au loc în țări cu venituri mici și medii. Bolile cronice netransmisibile au cinci factori de risc majori: consumul de tutun, inactivitatea fizică, consumul de alcool, dietele nesănătoase și poluarea aerului.²

OMS, în Raportul European de Sănătate 2024 a evidențiat o serie de provocări pentru România în domeniul sănătății publice. Acest raport este elaborat la fiecare 3 ani de către Biroul Regional al OMS pentru Europa. Ultima ediție, din 2024 se bazează pe indicatorii incluși în Programul European de Lucru al OMS, 2020-2025 – "Acțiune unită pentru o sănătate mai bună". Una dintre prioritățile programului o reprezintă promovarea sănătății și a bunăstării generale. Acest Program European de Lucru, care va intra în vigoare în 2026, va fi principalul instrument de politică pentru regiune, subliniind modul în care OMS și statele membre vor aborda provocările identificate în Raportul European de Sănătate 2024.

România se situează în a doua jumătate a clasamentului european privind speranța de viață, fiind sub media regională. În 2021, speranța de viață la naștere în România era de aproximativ 74 de ani, comparabilă cu cea din Lituania și Serbia, dar semnificativ mai mică decât în țările din vestul Europei, unde aceasta depășește 80 de ani.

Diferențele mari între țările europene sunt influențate de factori precum accesul la servicii medicale de calitate, stilul de viață și nivelul de educație pentru sănătate.³

Având în vedere datele de mai sus, se evidențiază unele dintre mesajele-cheie ale Raportului European de Sănătate 2024 și anume cele care se referă la nevoia de acțiuni comune pentru a proteja mai bine sănătatea copiilor (ei fiind adulții de mâine), pentru a preveni povara bolilor netransmisibile, pentru a elabora politici în domeniul sănătății bazate pe dovezi. Este important să încurajăm copiii să facă alegeri alimentare mai sănătoase și să mențină un stil de viață activ și sănătos. Comercializarea agresivă a produselor bogate în sare, grăsimi și zahăr poate avea o influență negativă asupra modelelor de consum, cu efecte pe termen lung asupra sănătății. Aproape unul din trei copii de vârstă școlară este supraponderal și unul din opt este obez.

Bolile cardiovasculare sunt principala cauză a mortalității premature, în special în Europa de Est și Asia Centrală. Cancerul este pe locul doi, iar incidența sa este în creștere, în mare parte din cauza îmbătrânirii și creșterii populației. Țările Europei de Vest și de Nord au cel mai mare număr de cazuri estimate de cancer noi, dar mortalitatea prin cancer este în scădere în aceste țări. În schimb, țările din estul Europei au o incidență mai scăzută cancerului, dar mortalitatea prin cancer este mai mare.⁴

Elaborat de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) în cooperare cu Comisia Europeană, raportul „Sănătatea pe scurt: Europa” urmărește evoluția sistemelor de sănătate din UE în direcția sporirii eficacității, accesibilității și rezilienței. Raportul este publicat o dată la doi ani și face o analiză echilibrată și descriptivă a sistemelor din toate țările UE, pe baza datelor și a indicatorilor la care accesul este deschis publicului. Raportul din 2024 se concentrează

¹ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2023/world-health-statistics-2023_20230519_.pdf

² https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

³ <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-10668-50440-76183>

⁴ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380382/9789289061728-eng.pdf?sequence=2>



pe două teme esențiale legate între ele: abordarea deficitului de forță de muncă din domeniul sănătății și promovarea unei longevități sănătoase.

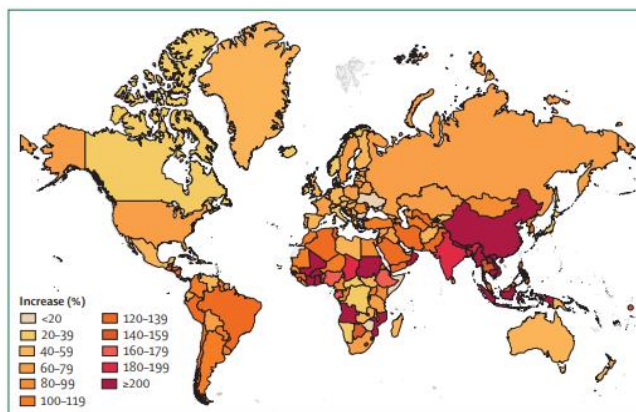
Factorii de risc pentru un stil de viață nesănătos, cum ar fi consumul de tutun și produse conexe, consumul de alcool, alimentația deficitară, activitatea fizică insuficientă și obezitatea reprezintă o parte substanțială din povara totală a morbidității și mortalității în țările UE. În 2021, aproximativ 1,1 milioane de decese în UE, echivalentul a aproape 21% din totalul deceselor, au fost atribuite impactului combinat al fumatului, consumului excesiv de alcool și indicelui de masă corporală ridicat.

Alimentația necorespunzătoare și inactivitatea fizică au contribuit la creșterea prevalenței excesului de greutate și a obezității în rândul preadolescenților și adulților din UE. În 2022, peste 20% dintre tinerii de 15 ani erau supraponderali sau obezi, cu rate de peste 25% în Malta, Grecia și România. Inegalitățile socio-economice joacă un rol semnificativ, cu rate de obezitate la preadolescenți cu peste 60% mai mari în rândul celor din familii cu venituri scăzute, comparativ cu colegii lor cu venituri mai mari.⁵

Sănătatea preadolescenților din întreaga lume riscă să se deterioreze în următorii ani, în ciuda unor îmbunătățiri din ultimul deceniu, a concluzionat un raport internațional, publicat în mai, 2025. Comisia Lancet pentru sănătatea și bunăstarea preadolescenților a avertizat că sănătatea preadolescenților (între 10-24 de ani) se află într-o situație precară, îmbunătățirea acestuia fiind încetinit de pandemia Covid-19 și de dificultățile de finanțare. De la prima comisie Lancet privind sănătatea și bunăstarea preadolescenților din 2016, progresul privind ameliorarea stării de sănătate a fost „mixt și inegal”, cu unele îmbunătățiri în ceea ce privește educația pentru sănătate și reducerea fumatului și a consumului alcool, subminate însă de creșterea prevalenței bolilor legate de obezitate și a tulburărilor de sănătate mintală în toate regiunile OMS, precum și de noile amenințări, reprezentate de schimbările climatice și de evoluția spre o lume tot mai digitalizată.⁶

În mai 2025, revista medicală The Lancet a arătat că investițiile în educație efectuate în adolescență vor aduce beneficii pentru tinerii de astăzi, pentru viitorii adulți și pentru următoarea generație de copii pe care aceștia îi vor crește. Sunt necesare acțiuni multisectoriale în domeniul sănătății mintale, nutriției, sănătății sexuale și reproductive, al violenței, este nevoie de coordonare între ministerele sănătății și educației în ceea ce privește intervențiile în școli. Obezitatea afectează la ora actuală preadolescenții din fiecare țară, iar în multe țări prevalența supraponderalității și obezității s-a dublat în rândul preadolescenților în ultimii 30 de ani (Figura nr.1). Tranziția la nivel global de la predominanța subponderalității la cea a obezității în rândul preadolescenților a fost în special determinată de interese comerciale, reducerea activității fizice care însoțește dezvoltarea economică și urbanizarea, precum și creșterea timpului petrecut în fața ecranelor. Printre soluțiile și acțiunile prezentate: Abordări centrate pe obiective prin intermediul Biroului Secretarului ONU, cu accent pe măsurarea și îmbunătățirea sănătății și bunăstării preadolescenților, implicarea tinerilor în programe comunitare de mediu, limitarea expunerii reclamelor care vizează preadolescenții, promovarea și încurajarea utilizării sănătoase a rețelelor sociale și a spațiilor online.

Figura nr. 1 Creșterea prevalenței supraponderalității și obezității la preadolescenți, 1990-2021



⁵ https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

⁶ <https://www.bmj.com/content/389/bmj.r1034>:



Consumul crescut de băuturi îndulcite cu zahăr sub formă de băuturi răcoritoare, suc, lapte îndulcit și băuturi energizante este un factor major ce contribuie la prevalența în creștere a obezității. În 2018 consumul de băuturi îndulcite cu zahăr a fost de două până la trei ori mai mare în rândul preadolescenților decât în rândul copiilor mai mici sau adulților la nivel global. În plus, de la 1990, consumul acestor băuturi în rândul preadolescenților a crescut cu 24-33% în fiecare regiune, cu excepția țărilor cu venituri mari și a Americii Latine și Caraibelor. Aceste creșteri sunt o dovadă a vulnerabilității preadolescenților la puterea intereselor comerciale.⁷

Preadolescenții din întreaga se confruntă cu obezitatea în creștere și probleme de sănătate mintală, arată un nou raport Lancet. Aproape jumătate de miliard de preadolescenți din întreaga lume vor fi supraponderali sau obezi până în 2030, iar experții avertizează că sănătatea preadolescenților se află într-un „punct de cotitură”.⁸

În România, obezitatea reprezintă o problemă semnificativă atât pentru copii, cât și pentru adulți, evidențiind necesitatea implementării unor măsuri educative pentru promovarea nutriției corecte și a activității fizice regulate.

Aproximativ un român din șase moare prematur (între 30-70 ani) din cauza unei boli netransmisibile, cum ar fi bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul sau bolile pulmonare cronice. Deși la nivel regional mortalitatea prematură a scăzut cu 14,6% între 2010 și 2019, România nu a înregistrat o îmbunătățire semnificativă a acesteia. În plus, ratele de diagnosticare și tratament pentru aceste afecțiuni rămân insuficiente, ceea ce duce la complicații severe și o rată mare a deceselor evitabile. Bolile cardiovasculare continuă să fie principala cauză de deces în România, cu un procent semnificativ mai mare decât în alte țări europene. Alimentația nesănătoasă, sedentarismul și consumul ridicat de alcool și tutun sunt factori majori care contribuie la această situație. De asemenea, lipsa programelor eficiente de prevenție și depistare timpurie face ca multe cazuri de cancer și diabet să fie diagnosticate în stadii avansate, reducând șansele de tratament eficient. OMS recomandă investiții mai mari în educația pentru sănătate și în programe de screening pentru a reduce această povară a bolilor netransmisibile.³

Șase dintre cei zece factori de risc principali pentru decesele premature la adulți și ani de viață sănătoasă pierduți din cauza dizabilității pot fi controlați individual, potrivit datelor din studiul privind povara globală a bolilor (GBD) 2021. Primii 10 factori de risc identificați în 2021 și anume hipertensiunea arterială, consumul de tutun, riscurile alimentare, glicemia crescută, obezitatea și colesterolul ridicat sunt adesea, deși nu întotdeauna, legați de alegerile comportamentale, cum ar fi alegerile alimentare și inactivitatea fizică. În mod semnificativ, dietele nesănătoase se află pe poziția 5 în analiza factorilor de risc. Ele includ consumul ridicat de carne roșie și procesată, sare și zahăr și consumul scăzut de fructe, legume, semințe, grăsimi polinesaturate.⁹

1.1. Recomandările OMS privind alimentația sănătoasă și activitatea fizică la copii și preadolescenți:

1.1.1. OMS a publicat sfaturi practice pentru menținerea unei alimentații sănătoase¹⁰:

a. Legumele și fructele trebuie consumate zilnic cel puțin 400 g, sau cinci porții, ceea ce reduce riscul de boli cronice netransmisibile și ajută la asigurarea unui aport zilnic adecvat de fibre alimentare. Consumul de fructe și legume poate fi îmbunătățit prin:

- includerea întotdeauna a legumelor în mesele tinerilor;
- consumul de fructe proaspete și legume crude ca gustări;
- consumul de fructe și legume proaspete care sunt de sezon;
- consumul de fructe și legume variate.

⁷ <https://www.healthdata.org/sites/default/files/2025-05/PIIS0140673625005033.pdf>

⁸ <https://www.scmp.com/news/world/article/3311248/teen-health-tipping-point-464-million-youth-risk-obesity-2030-report-warns>

⁹ <https://healthpolicy-watch.news/majority-of-top-health-risks-are-within-individual-control-global-study-finds/>

¹⁰ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>



b. Reducerea cantității totale de grăsimi la mai puțin de 30% din aportul total de energie ajută la prevenirea creșterii nesănătoase în greutate. De asemenea, riscul de a dezvolta boli cronice netransmisibile poate fi scăzut prin:

- reducerea grăsimilor saturate la mai puțin de 10% din aportul total de energie;
- reducerea grăsimilor trans la mai puțin de 1% din aportul total de energie; și
- înlocuirea atât a grăsimilor saturate, cât și a grăsimilor trans cu grăsimi nesaturate, în special cu grăsimi polinesaturate.

Aportul de grăsimi, în special grăsimile saturate și aportul de grăsimi trans produse industrial poate fi redus prin:

- fierberea la abur sau fierbere în loc de prăjire la gătit;
- înlocuirea untului, a unturii, a untului clarificat cu uleiuri bogate în grăsimi polinesaturate, precum uleiurile de floarea-soarelui, soia, rapiță, porumb;
- consumul de lactate cu conținut scăzut de grăsimi și carne slabă sau îndepărtarea grăsimilor vizibile din carne;
- limitarea consumului de alimente coapte și prăjite, precum și de gustări și alimente preambalate, de exemplu gogoși, prăjituri, plăcinte, fursecuri, biscuiți și napolitane, care conțin grăsimi trans produse industrial.

c. Majoritatea oamenilor consumă prea mult sodiu prin aport de sare (corespunzător unui consum mediu de 9-12 g de sare pe zi) și insuficient potasiu (mai puțin de 3,5 g). Aportul ridicat de sodiu și aportul insuficient de potasiu contribuie la creșterea tensiunii arteriale, care la rândul ei crește riscul de boli de inimă și de accident vascular cerebral.

Reducerea consumului de sare la nivelul recomandat de mai puțin de 5 g pe zi ar putea preveni 1,7 milioane de decese în fiecare an (12).

Oamenii nu sunt adesea conștienți de cantitatea de sare pe care o consumă. În multe țări, cea mai mare parte a sării provine din alimente procesate (de exemplu, mâncăruri gata preparate; cârnuri procesate precum slănină, șuncă și salam; brânză și gustări sărate) sau din alimente consumate frecvent în cantități mari (de exemplu, pâine), murături. Sarea este adăugată și în alimente în timpul gătirii (de exemplu, condimente tip vegeta, sos de soia) sau la punctul de consum (de exemplu, sare de masă).

Aportul de sodiu poate fi redus prin:

- limitarea cantității de sare și folosirea unor condimente bogate în sodiu (de exemplu, condimente tip vegeta, sos de soia) la prepararea mâncărilor;
- să lipsească sarea sau sosuri bogate în sodiu de pe masă,
- limitarea consumului de gustări sărate,
- alegerea produselor cu conținut mai mic de sodiu,
- verificarea etichetelor nutriționale, deoarece unii producători de alimente modifică rețetele pentru a reduce conținutul de sodiu al produselor lor.

Potasiul poate atenua efectele negative ale consumului crescut de sodiu asupra tensiunii arteriale. Aportul de potasiu poate fi crescut prin consumul de fructe și legume proaspete.

d. Atât la adulți, cât și la copii, aportul de zahăr adăugat ar trebui redus la mai puțin de 10% din aportul total de energie. O reducere la mai puțin de 5% din aportul total de energie ar oferi beneficii suplimentare pentru sănătate. Consumul de zahăr adăugat crește riscul apariției cariilor dentare. Excesul de calorii din alimente și băuturi bogate în zaharuri libere contribuie, de asemenea, la creșterea nesănătoasă în greutate, care poate duce la supraponderalitate și obezitate. Dovezile recente arată, de asemenea, că zaharurile libere, respectiv zahărul adăugat cresc tensiunea arterială și lipidele serice și sugerează că o reducere a aportului de zaharuri libere reduce factorii de risc pentru bolile cardiovasculare.

Aportul de zahăr adăugat poate fi redus prin:

- limitarea consumului de alimente și băuturi care conțin cantități mari de zaharuri, cum ar fi gustările cu zahăr, bomboanele și băuturile îndulcite cu zahăr (adică toate tipurile de băuturi care conțin zahăr adăugat- acestea includ băuturi răcoritoare carbogazoase sau necarbogazoase, sucuri și băuturi pentru sportivi, sucuri de fructe sau legume din concentrate lichide și pudră, băuturi energizante și cu diferite arome, ceai sau cafea instant, lactate aromate);



- înlocuirea gustărilor dulci cu fructe sau legume proaspete .

În iulie 2023, OMS și-a actualizat ghidul privind grăsimile totale, grăsimile saturate și trans și carbohidrații, pe baza celor mai recente dovezi științifice. Aceste noi recomandări, împreună cu cele existente stau la baza conceptului de alimentație sănătoasă. Cele trei noi recomandări se referă la aportul de acizi grași saturați și acizi grași trans pentru adulți și copii, aportul total de grăsimi pentru prevenirea creșterii excesive în greutate la adulți și copii și aportul de carbohidrați pentru adulți și copii și urmăresc reducerea excesului ponderal și a bolilor cronice netransmisibile influențate de alimentație, cum sunt diabetul de tip 2, bolile cardiovasculare și unele tipuri de cancer:

1. Acizii grași saturați și trans din dietă pot fi înlocuiți cu alți nutrienți, cum ar fi acizii grași polinesaturați, acizii grași mononesaturați din surse vegetale sau carbohidrații din alimentele care conțin fibre alimentare naturale, cum ar fi cerealele integrale, legumele, fructele și leguminoasele (păstăioasele).

Acizii grași saturați pot fi găsiți în carnea grasă, lactate, unt, ghee, untură, ulei de palmier și ulei de cocos, iar acizii grași trans în alimente coapte și prăjite, gustări preambalate și carne și produse lactate de la animale rumegătoare, cum ar fi vacile sau oile.

2. În ceea ce privește grăsimile alimentare, OMS observă că atât cantitatea, cât și calitatea sunt importante pentru o sănătate bună. OMS reafirmă că adulții ar trebui să limiteze aportul total de grăsimi la 30% din aportul total de energie sau mai puțin. Grăsimile consumate de toți cei cu vârsta de peste 2 ani ar trebui să fie în principal acizi grași nesaturați, cel mult 10% din aportul total de energie să provină din acizi grași saturați și max. 1% din acizii grași trans, atât din surse industriale, cât și din surse animale (rumegătoare – vaci, oi).

3. Aportul de carbohidrați pentru cei cu vârsta peste 2 ani ar trebui să provină în principal din cereale integrale, legume, fructe și leguminoase (păstăioase). OMS recomandă ca adulții să consume cel puțin 400 de grame de legume și fructe și 25 de grame de fibre alimentare naturale pe zi. În ghidul pentru copii și preadolescenți, OMS sugerează pentru prima dată următoarele aporturi de legume și fructe:

- 6–9 ani, cel puțin 350 g pe zi
- 10 ani și peste, cel puțin 400 g pe zi

Și următoarele aporturi de fibre alimentare naturale:

- 6–9 ani, cel puțin 21 g pe zi
- 10 ani sau mai mult, cel puțin 25 g pe zi.¹¹

1.1.2. Recomandările OMS privind **activitatea fizică**

Copiii și preadolescenții trebuie să practice activitate fizică cu o anumită frecvență, intensitate și durată, pentru a aduce beneficii și a diminua riscurile pentru sănătate. Astfel, copiii și preadolescenții cu vârste cuprinse între 5 și 17 ani ar trebui:

- să efectueze în fiecare săptămână cel puțin 60 de minute pe zi activitate fizică de intensitate moderată până la intensă, în special aerobă;
- să efectueze activități fizice viguroase, precum și activități care întăresc mușchii și oasele, în cel puțin 3 zile pe săptămână;
- să reducă sedentarismul, în special timpul petrecut în fața ecranelor (TV, computer, laptop, telefon).¹²

Activitatea fizică regulată este asociată la copii și preadolescenți cu o stare fizică îmbunătățită, sănătate cardiometabolică, sănătatea oaselor, performanțe cognitive mai bune, sănătatea mintală, precum și grăsimea corporală mai redusă. Dar 80% dintre preadolescenți nu îndeplinesc nivelurile recomandate de OMS pentru activitate fizică. Adolescențele au fost mai puțin active decât băieții preadolescenți, 85% dintre fete față de 78% dintre băieți nerespectând recomandările OMS. Sedentarismul la copii și preadolescenți este asociat cu adipozitate crescută, sănătate cardiometabolică mai slabă, performanțe fizice mai slabe, comportament social modificat și durata somnului mai redusă redusă.

¹¹ <https://www.who.int/news/item/17-07-2023-who-updates-guidelines-on-fats-and-carbohydrates>

¹² <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>



Ținta globală stabilă pentru reducerea nivelurilor de inactivitate fizică la adulți și preadolescenți este o reducere relativă de 10% până în 2025 și 15% până în 2030, față de valoarea de referință din 2010.

Estimarea globală a costului inactivității fizice pentru sistemele publice de îngrijire a sănătății între 2020 și 2030 este de aproximativ 300 miliarde USD (aproximativ 27 miliarde USD pe an) dacă nivelurile de inactivitate fizică nu sunt reduse.¹³

1.2. Studii cu privire la starea de nutriție și nivelurile de activitate fizică

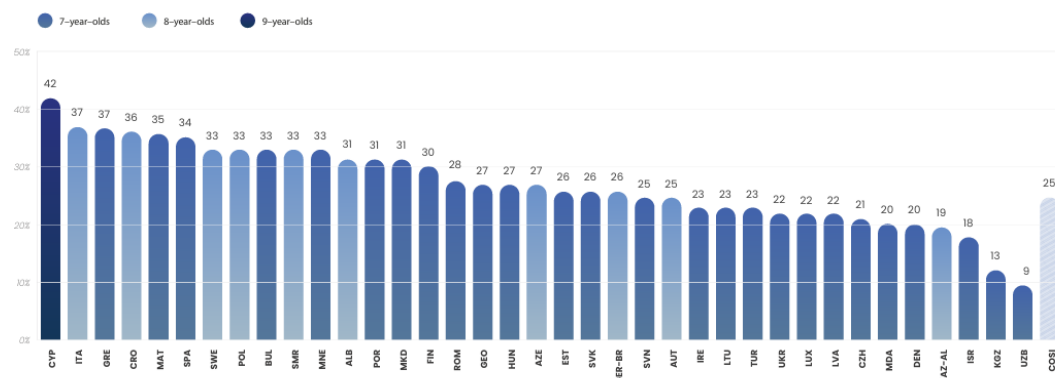
Inițiativa europeană de supraveghere a obezității în copilărie a OMS (COSI) a fost adoptată în 2007 pentru a răspunde nevoii de date standardizate privind prevalența excesului de greutate și a obezității în rândul copiilor din ciclul primar (cu vârsta între 7-9 ani). De peste 15 ani, a monitorizat tendințele acestor probleme critice de sănătate publică. A șasea rundă de colectare a datelor, la care a participat și România a fost efectuată în perioada 2022-2024 și a cuprins 470.000 de copii din 37 de țări din Regiunea Europeană. Datele colectate confirmă faptul că supraponderalitatea și obezitatea în copilărie rămân o provocare importantă a sănătății publice în Regiune. Datele studiului COSI joacă un rol crucial în monitorizarea progresului și informarea factorilor de decizie pentru a opri creșterea obezității și de a reduce mortalitatea prematură cauzate de bolile cronice netransmisibile cu o treime.

În general, în țările participante, 25% dintre copiii cu vârsta cuprinsă între 7 și 9 ani au supraponderalitate (inclusiv obezitate), iar 10% suferă de obezitate. Diferențe se înregistrează în continuare între țări, cu prevalența generală a supraponderalității variind de la 9% la 42% și a obezității de la 3% la 20%.

Cea mai mare prevalență a supraponderalității și obezității la băieți și fete de 7-9 ani a fost găsită în sudul Europei (Cipru, Grecia și Italia), iar cea mai scăzută în țările din Asia Centrală. În majoritatea țărilor (27 din 46) cel puțin un copil din 10 este obez. În România, media prevalenței supraponderalității la băieți și fete este 28%, iar a obezității 12%.

Diferențele între țări în ceea ce privește supraponderalitatea (inclusiv obezitatea) sunt semnificative, prevalența variind de la 9% în Uzbekistan la 42% în Cipru (Figura nr.2). În majoritatea țărilor, în funcție de gen, prevalența supraponderalității este mai mare la băieți (26%) decât la fete (23%), în România este 32% la băieți și 23% la fete. Față de runda precedentă, în aceasta (2022-2024) prevalența supraponderalității la băieți a fost semnificativ mai mare în țara noastră (+2,9 puncte procentuale), pe când la fete a fost mai mică (-0,7 puncte procentuale).

Figura nr. 2 Prevalența supraponderalității (inclusiv obezitate) la copiii de 7-9 ani (%). COSI runda 6 (2022-2024)



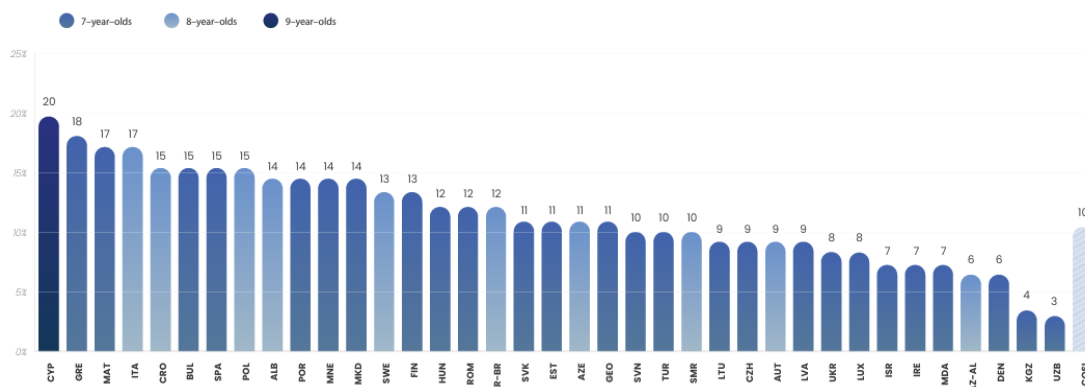
În ceea ce privește obezitatea, prevalența variază de la 3% în Uzbekistan la 20% în Cipru. Cea mai mare prevalență a obezității în rândul copiilor (de ambe sexe) a fost observată în Cipru, Grecia, Italia și Malta, în timp ce prevalența a fost cea mai scăzută în Danemarca, Kazahstan (Almaty), Kârgâzstan și Uzbekistan (Figura nr.3).

¹³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>



Prevalența obezității la băieți este 12%, pe când la fete 8%. Prevalența obezității la băieți variază în funcție de țară între 4-25% (16% în România), iar la fete între 2-15% (8% în România). Trei țări au înregistrat o creștere semnificativă a prevalenței obezității la băieți- Malta Slovenia, Suedia). Creșterea prevalenței obezității față de runda 5 (2028-2020) a fost puțin mai frecventă în rândul fetelor, patru țări înregistrând o prevalență mai mare în runda a șasea comparativ cu runda anterioară de colectare a datelor – Bulgaria, Malta, Slovenia și Suedia. Pe de altă parte, a fost observată o scădere semnificativă statistic în trei țări, și anume Grecia, Israel și Spania. În România creșterea la băieți a fost de 1,2%, iar la fete de 0,7%.¹⁴

Figura nr.3 Prevalența obezității la copiii de 7-9 ani (%). COSI runda 6 (2022-2024)



Studiul privind comportamentul de sănătate la copiii de vârstă școlară (HBSC), inițiat în 1982, este un proiect de cercetare transnațional unic, care investighează sănătatea și bunăstarea preadolescenților din Europa, Asia Centrală și America de Nord. HBSC a efectuat sondaje în rândul tinerilor la fiecare patru ani din 1983/84 și la ora actuală include date din 51 de țări, reunind peste 450 de membri ai rețelei. Eșantioanele sunt reprezentative la nivel național și cuprind tineri cu vârste între 11, 13 și 15 ani. Subiectele abordate sunt legate de mai multe domenii, printre care comportamentele alimentare și activitatea fizică și comportamentul sedentar. Activitatea fizică se poate desfășura sub formă de activități sportive, activități școlare, joacă cu prietenii sau mers pe jos la școală. Câteva exemple de activitate fizică sunt alergarea, mersul rapid, plimbarea cu rolele, ciclismul, dansul, skateboardingul, înotul, fotbalul, baschetul, surfingul, precum și activități sportive specifice țării respective.¹⁵

Sondajul HBSC 2021/22 a fost efectuat în perioada octombrie 2021 - iunie 2022. În unele țări a fost necesară o perioadă prelungită pentru a asigura dimensiuni adecvate ale eșantioanelor, având în vedere diferitele provocări generate de pandemia COVID-19.

În ceea ce privește comportamentul alimentar al preadolescenților între 11-15 ani, au fost studiate următoarele aspecte: consumul de fructe și legume, dulciuri, băuturi răcoritoare îndulcite cu zahăr (sucuri), precum și al micului dejun în timpul săptămânii.

Prevalența consumului de fructe și legume este mai mică în România față de cea la nivel mondial, cu excepția consumului de fructe în rândul fetelor de 13 ani, unde aceasta este de 38% la nivel internațional și 39% la noi în țară. În ceea ce privește consumul de **legume** cel puțin o dată pe zi, la nivel mondial, prevalența la fetele de 11-15 ani este între 43% (11 ani) și 39% (15 ani), iar în România între 39% (11 ani) și 31% (15 ani). Băieții consumă mai puține legume zilnic: la nivel mondial prevalența este între 37% (11 ani) și 34% (15 ani), iar în România între 31% (11 ani) și 28% (15 ani). În ceea ce privește consumul zilnic de **fructe**, prevalența în România este aproximativ aceeași ca la nivel mondial, cea mai mare diferență este la preadolescenții de 15 ani, unde prevalența la fete la nivel mondial este de 34%, iar în România de 29%, iar la băieți la nivel mondial este de 32%, iar în România de 28%.

¹⁴ <https://www.who.int/europe/publications/m/item/brief-review-of-results-from-round-6-of-cosi-2022-2024>

¹⁵ <https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hbsc2018oaed1.0.pdf>



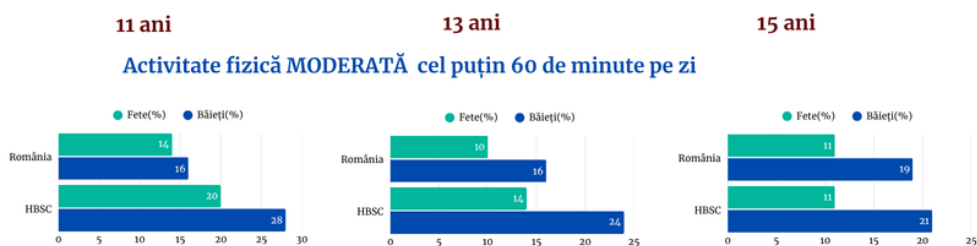
Prevalența consumului de **dulciuri (inclusiv ciocolată)** cel puțin o dată pe zi și a **băuturilor răcoritoare îndulcite cu zahăr (sucuri)** cel puțin o dată pe zi este mai mare în România decât în celelalte țări, cele mai mari diferențe înregistrându-se la consumul zilnic de dulciuri (inclusiv ciocolată), România fiind pe locul 4, cu cel mai mare consum în rândul preadolescenților de 13 ani. Și anume, la fete prevalența la nivel mondial este de 29%, iar la noi în țară de 47%, la băieți la nivel mondial este 23%, în România 30%. Băuturile răcoritoare îndulcite cu zahăr (sucuri) sunt consumate cel puțin o dată pe zi în proporții aproximativ egale la nivel mondial și în țara noastră, cea mai mare diferență fiind la fetele de 15 ani: 15% la nivel mondial și 25% în țara noastră.

Referitor la **consumul zilnic în timpul săptămânii al micului dejun** (respectiv a mai mult de un pahar cu lapte sau suc de fructe pe zi), de către fetele și băieții de 11-15 ani din România, suntem pe ultimul loc la preadolescenții de 11 ani, cu o prevalență la fete de 41% (față de 57% la nivel mondial) și de 44% la băieți (față de 61% la nivel mondial). La preadolescenții de 15 ani suntem pe antepenultimul loc, cu o prevalență de 26% la fete (față de 38% la nivel internațional) și de 35% la băieți (față de 50% la nivel internațional).

Studiul HBSC a explorat **activitatea fizică practică în mod regulat**. În ceea ce privește activitatea fizică practică de către preadolescenții între 11-15 ani, au fost studiate următoarele două aspecte: numărul de zile din ultima săptămână în care au fost activi fizic timp cel puțin 60 de minute și au desfășurat activitate fizică moderată până la viguroasă (care crește ritmul cardiac și frecvența respirației), respectiv de câte ori pe săptămână desfășoară în timpul liber (în afara orelor de școală) activitate fizică viguroasă (nu se poate vorbi în timpul activității fizice, sau doar cu greutate sau apare transpirația).

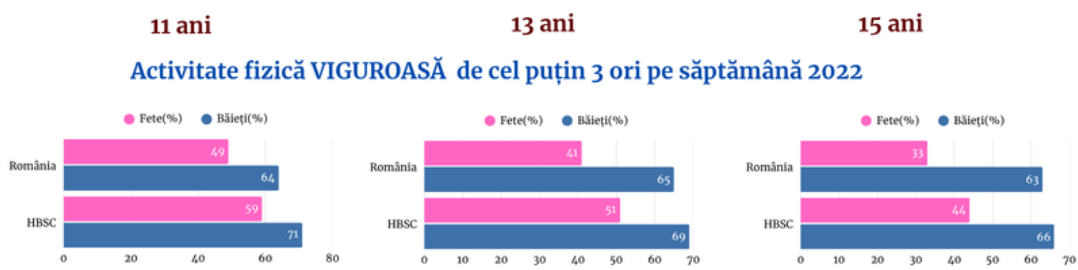
În ceea ce privește activitatea fizică moderată-viguroasă, prevalența cea mai mare s-a înregistrat la nivel internațional la băieții și fetele de 11 ani (28%, respectiv 20%), iar cea mai scăzută la fetele de 15 ani (11%). În România prevalența cea mai mare a acestui tip de activitate fizică a fost consemnată la băieții de 15 ani (19%) și la fetele de 11 ani (14%), iar cea mai scăzută la fetele de 13 ani (doar 10%), dar diferențele față de media internațională sunt semnificative la băieții și fetele de 11 ani, pe când la preadolescenții de 15 ani prevalențele sunt asemănătoare (Figura nr.4).

Figura nr. 4 Prevalența la preadolescenții care desfășoară activitate fizică MODERATĂ cel puțin 60 de minute pe zi, în România și în țările luate în studiul HBSC în funcție de gen



Activitatea fizică viguroasă a fost desfășurată de cel puțin 3 ori pe săptămână în proporție mult mai mare față de cea moderată-viguroasă la toate grupele de vârstă, atât la nivel internațional, cât și național. Astfel, la nivel internațional prevalența cea mai mare a fost la preadolescenții de 11 ani (71% la băieți, 59% la fete), iar cea mai mică la cei de 15 ani (66% la băieți, 44% la fete), diferențele între diferitele vârste nefiind așa de mare ca la activitatea fizică moderată-viguroasă. În România prevalența la băieți este aproximativ aceeași la vârste diferite, respectiv 64% la 11 ani, 65% la 13 ani, 63% la 15 ani, pe când la fete diferențele sunt mai mari și anume 49% la 11 ani, 41% la 13 ani și doar 33% la 15 ani (Figura nr.5).¹⁶

Figura nr. 5 Prevalența la preadolescenții care desfășoară activitate fizică VIGUROASĂ de cel puțin 3 ori pe săptămână, în România și în țările luate în studiul HBSC în funcție de gen



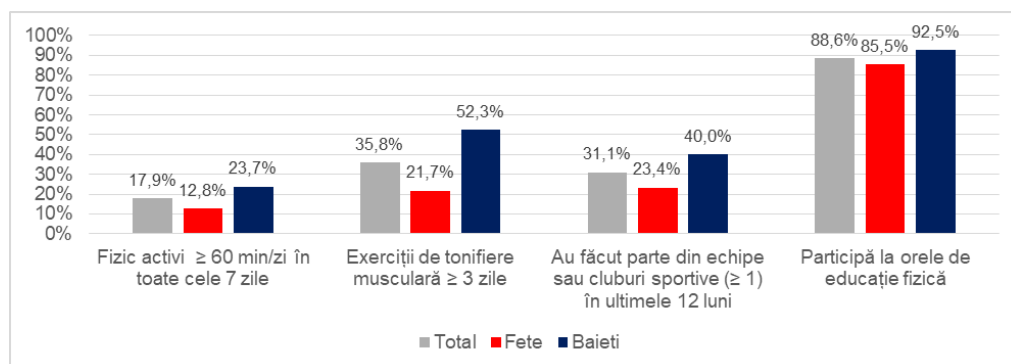
¹⁶ <https://data-browser.hbsc.org>



Studiul privind supravegherea comportamentelor cu risc pentru sănătate în rândul elevilor de liceu (Youth Risk Behavior Surveillance System- YRBSS) se desfășoară în SUA la fiecare doi ani. Sondajul acoperă mai multe domenii legate de sănătate și bunăstare, inclusiv activitate fizică, și se concentrează asupra comportamentelor legate de sănătate care contribuie la deces, dizabilități și probleme sociale în timpul adolescenței și la vârsta adultă. Întrebările sunt grupate pe șase arii de interes: fumat, consum de alcool și droguri ilicite, agresivitate/autoagresivitate (tentativă de suicid), comportament sexual, comportament alimentar și activitate fizică. Tendințele din ultimii zece ani (2013-2023) arată îmbunătățiri în consumul de băuturi cu zahăr adăugat, cu mai mulți studenți raportând că nu au băut băuturi energizante și sucuri carbogazoase în ultimele 7 zile. Procentajul studenților care raportează că au băut apă de cel puțin 3 ori pe zi a crescut de când această întrebare a fost adăugată în YRBS națională în 2015. Procentul elevilor care consumă fructe zilnic a crescut între 2021 și 2023. În mod similar, procentul celor care participă la activități de întărire musculară de cel puțin 3 ori pe săptămână și care practică activități fizice zilnic a crescut între 2021 și 2023, în ciuda scăderilor din ultimul deceniu. În 2023, în SUA 25% dintre liceeni au fost activi fizic peste 60 de minute pe zi în toate cele 7 zile, 51% au făcut exerciții de tonifiere musculară în cel puțin 3 zile pe săptămână, 52% au făcut parte din echipe sau cluburi sportive în ultimele 12 luni, iar 27% participă la orele de educație fizică. În ceea ce privește genul, fetele au fost mult mai puțin active fizic în 2023 decât băieții, indiferent că a fost vorba de practicarea zilnică a 60 de minute de activități fizice (17% fete, 32% băieți), exerciții de întărire musculară de ori pe săptămână, (37% fete, 64% băieți), participarea la orele de sport (23% fete, 31% băieți) sau participarea în cadrul unei echipe/club de sport (48% fete, 56% băieți).¹⁷

În România, chestionarul YRBSS a fost elaborat în vederea monitorizării comportamentelor cu risc pentru sănătate la tineri și a fost adaptat particularităților socio-economice și cultural-educative naționale. Raportul studiului YRBSS România 2021-2022, aflat în publicare, elaborat de INSP - CRSP Cluj arată că 17,9% dintre liceeni (respectiv 18,6% dintre cei de 14-15 ani) au practicat peste o oră de activități fizice în toate cele 7 zile ale săptămânii. 35,8% dintre ei au făcut exerciții de tonifiere musculară peste 3 zile pe săptămână (respectiv 35,5% dintre cei de 14-15 ani). 31,1% dintre tinerii de 14-18 ani și peste au făcut parte din cel puțin o echipă/club sportiv în ultimele 12 luni (respectiv 37,1% dintre cei de 14-15 ani). La orele de educație fizică au participat 88,6% dintre liceeni (respectiv 92,6% dintre cei de 14-15 ani). În ceea ce privește genul, 12,8% dintre fete și 23,7% dintre băieți au fost activi fizic conform recomandărilor OMS (cel puțin 60 de minute în fiecare zi), 21,7% dintre fete și 52,3% dintre băieți au făcut exerciții de tonifiere musculară în peste 3 zile pe săptămână, 23,4% dintre fete și 40% dintre băieți au făcut parte din cel puțin o echipă/club sportiv în ultimele 12 luni, iar 85,5% dintre fete și 92,5% dintre băieți au participat la orele de educație fizică (Figura nr 6). a 2021-2022. Vă atașez toată metodologia, poate doriți să extrageți și prezentați mai multe detalii.

Figura nr 6 Frecvența elevilor cu comportamente sănătoase din punct de vedere fizic, în funcție de gen și vârstă



Acțiunea europeană COST „Determinanții Activității Fizice în Mediile de Viață” (DE-PASS) se concentrează pe identificarea, înțelegerea și măsurarea determinanților care promovează, mențin sau inhibă comportamentele în ceea ce privește activitate fizică pe parcursul vieții și în diferite medii (acasă, școală, locul de muncă), pentru a oferi factorilor de decizie cele mai

¹⁷ <https://www.cdc.gov/yrbs/dstr/pdf/DSTR-Dietary-PhysicalActivity-SleepBehavior2013-2023-508.pdf>



pertinente informații, astfel încât aceștia să asigure un mediu de viață ce promovează activitatea fizică. Societatea europeană, dar și cea internațională este în mare parte fizic inactivă. Beneficiile pentru sănătate, economie, dar și cele sociale ale unei societăți mai active sunt enorme. DE-PASS explică de ce indivizii și/sau societățile adoptă un stil de viață activ sau inactiv. În noiembrie 2024 a fost publicat un articol științific, respectiv o revizuire sistematică și meta-analize privind determinanții activității fizice și a comportamentelor sedentare (autoraportate) la copii de 5-12 ani în diverse medii. Studiul a avut ca scop identificarea determinanților modificabili vizați în intervențiile anterioare. Au fost incluse 15 studii și au fost identificați 37 de determinanți unici în patru medii – școală, familie, școală cu familie/acasă și comunitate cu/sau fără alte medii. Lipsa efectului intervenției asupra determinanților și a comportamentelor legate de activitatea fizică corespunzătoare a dus la concluzia că asocierile dintre oricare determinant modificabil și comportamentele legate de activitatea fizică rămân incerte. Aproape toți determinanții modificabili identificați aparțineau categoriilor individuale sau factorilor care determină dezvoltarea psihologică. Niciuna dintre meta-analize nu a dovedit efectul intervenției asupra determinanților și a comportamentelor legate de activitatea fizică. Aceste rezultate au făcut să fie puse la îndoială intervențiile asupra determinanților individuali și a factorilor care determină dezvoltarea psihologică în diferite medii și dacă aceștia ar fi mai ușor modificabili dacă ar exista politici și/sau un mediu favorabil schimbării comportamentelor legate de activitatea fizică. În plus, pentru determinanții asupra cărora a avut efect intervenția, dar fără modificări corespunzătoare în comportamentele legate de activitatea fizică, ar trebui analizat cu atenție modul în care și dacă ar trebui să fie vizați în intervențiile viitoare. Modelul intervențiilor pentru copii ar trebui să ia în considerare și motivația automată care împiedică schimbarea comportamentului lor.¹⁸

Punerea în aplicare a unor politici eficiente de creștere a nivelului de activitate fizică necesită un efort colectiv, coordonarea mai multor departamente guvernamentale, a tuturor părților interesate și contribuie la reducerea impactului socio-economic și a numărului de decese prin boli netransmisibile.

La noi în țară, Ministerul Educației și Cercetării a emis **Ordinul nr. 3595/ 2025** privind aprobarea unor programe școlare pentru discipline opționale din oferta națională, parte a curriculumului la decizia elevului din oferta școlii, începând cu anul școlar 2025-2026 :

- „Armonie și expresie corporală”, clasele a V-a-a VIII-a, învățământul gimnazial
- „Viitorii olimpioni”, clasa a IV-a, învățământul primar
- „Muzică și dans”, clasele a V-a și a VI-a, învățământul gimnazial
- „Minihandbal - mișcare, joc și fair-play”, clasele a III-a și a IV-a, învățământul primar
- „Educație nutrițională”, clasa pregătitoare, clasele I și a II-a, învățământul primar.¹⁹

2. Analiza populației țintă

Modalitățile de implementare a unor intervenții pentru adoptarea unui stil de viață sănătos, în cazul de față pentru o alimentație corespunzătoare și activitate fizică regulată la școlari trebuie să țină cont de particularitățile psihosociale ale acestora.

Școlarii mai mici, în vârstă de 6-11 ani se confruntă cu nevoi noi de învățare, dar și sociale. Ei învață să citească și să scrie, învățătorii și profesorii încep să ocupe un loc tot mai important în viața lor. Pe de altă parte, colegii lor de generație influențează tot mai mult stima de sine a copiilor. Experiențele din școală vor avea o influență semnificativă în dezvoltarea lor, de exemplu copiii obezi putând fi marginalizați, ei neputând participa la toate activitățile (mai ales sportive) alături de colegii lor, ceea ce le poate influența comportamentul. Educatorii și părinții au rolul, în această perioadă, de a încuraja efortul copiilor, nu doar realizările acestora, pentru a reduce sentimentele de inferioritate.

Pentru școlarii preadolescenți, în vârstă de 12-15 ani, problema majoră este "Cine sunt eu?", ei explorează diferite roluri, activități, comportamente. Este cea mai importantă perioadă de tranziție spre vârsta adultă. Copiii devin tot mai independenți și își caută locul în societate. Pentru ei este crucial să aibe rețele sociale de sprijin, de aceea rolul părinților, a educatorilor este de a fi ghid pentru copii, de a-i încuraja să participe la activități sportive, de grup. Pentru un adolescent

¹⁸ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0309890#sec031>

¹⁹ [ORDIN 3595 20/03/2025 - Portal Legislativ](#)



cu probleme, de exemplu obez, neacceptarea în grupul de prieteni poate afecta serios stima de sine.²⁰

Copiii și preadolescenții adoptă comportamente de scădere a greutatei cu scopul obținerii corpului perfect, aceste comportamente fiind mai frecvent întâlnite la fete din cauza presiunii culturale de a fi slabe, astfel că multe fete care nu au probleme de greutate urmează diete pentru a slăbi. Mulți preadolescenți recurg la creșterea activității fizice și o alimentație sănătoasă pentru a scădea în greutate, dar alții recurg la măsuri extreme pentru a obține o slăbire rapidă, cu consecințe negative psihologice și fizice.²¹

Având în vedere apetitul tinerei generații pentru mijloacele moderne de comunicare, social media (Tik Tok, Instagram etc.) ar trebui să existe un canal de comunicare eficient, pe lângă jocuri online tematice, influenceri, podcasturi, discuții interactive cu specialiști din sănătate, materiale educaționale (postere, pliante etc.).

Părinții au o răspundere foarte mare în educația copiilor, ei contribuie decisiv la modelarea comportamentelor acestora, inclusiv în ceea ce privește alimentația sănătoasă și activitatea fizică regulată. Ei înșiși sunt un exemplu pentru copii, de aceea trebuie să se constituie într-un exemplu personal de adoptare a unui stil de viață sănătos. De asemenea ei trebuie să aibă informații din surse de încredere referitoare la necesarul de nutrienți în diferite etape de dezvoltare, precum și la tipul de activitate fizică recomandată în funcție de vârsta copilului: articole, materiale educaționale elaborate de specialiști, prezentări live sau înregistrate susținute de medici sau de alți specialiști, social media, ateliere de lucru pentru părinți organizate în grădinițe și școli.

În 2024 a fost publicată în American Journal of Lifestyle Medicine o lucrare științifică ce a adunat rezultatele a 164 de studii epidemiologice publicate înainte de anul 2024, privind modelele alimentare, activitatea fizică, precum și alte obiceiuri și comportamente ale stilului de viață adoptate de copii și preadolescenți. Lucrarea a prezentat factorii favorizanți, efectele asupra sănătății și posibilele intervenții privind anumite comportamente legate de stilul de viață la tineri. În tabelul de mai jos sunt prezentate cele legate de alimentație și de activitatea fizică (tabel 1).²²

Tabel nr.1 Factori favorizanți, efecte asupra sănătății și posibile intervenții ale unor comportamente ale stilului de viață în rândul copiilor și preadolescenților

Stil de viață	Factori favorizanți	Efecte asupra sănătății	Posibile intervenții
Model alimentar	Influența părinților	Obezitate	Educație nutrițională și programe de conștientizare
	Mediul școlar	Afectarea sistemului osos	Îmbunătățirea politicilor legate de alimentație în școli
	Influența mass media	Probleme comportamentale și de sănătate mintală	Reglementarea marketingului și producției alimentelor
	Status socio-economic	Boli cardiovasculare	
Activitatea fizică	Influența părinților	Obezitate	Modificarea comportamentului
	Accesul la facilități	Boli cardiovasculare	Asigurarea spațiilor pentru activitate fizică
		Probleme psihologice	

Copilăria și adolescența sunt o perioadă de creștere, dezvoltare și învățare. Părinții joacă un rol major în dezvoltarea abilităților alimentare ale familiei, în crearea unui mediu alimentar sănătos, în dezvoltarea interesului copilului pentru alimente sănătoase, în modelarea obiceiurilor și **comportamentelor alimentare** ale copilului. Pe măsură ce copiii cresc, prietenii și colegii lor vor avea o influență tot mai mare în schimbările comportamentale, dar totuși părinții sunt cei care au contribuția lor în îndrumarea tinerilor. Câteva recomandări adresate părinților:

²⁰ <https://www.simplypsychology.org/erik-erikson.html>

²¹ Monteiro Gaspar M et al. Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children – a cross-sectional study. Psychology of Sport and Exercise, 2011, 12(5):563–569.

²² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11562273/>



- Părinții să organizeze cât mai multe mese în familie, la care să participe cât mai mulți membri de familie. Mâncarea să fie servită în vase mari, toată mâncarea să fie pe masă, astfel încât fiecare să poată lua ce și cât dorește. Astfel, copiii vor încerca și alimente noi, de care altfel poate nu s-ar fi atins.
- Copiilor să le fie oferite mese și gustări sănătoase la ore regulate pe parcursul zilei. Acest lucru este important pentru a-i ajuta să obțină suficienți nutrienți și energie. Să se discute cât mai des despre toate componentele care intră într-o masă sănătoasă.
- Părinții să ofere copiilor apă pentru hidratare, eventual ceai de plante neîndulcit.
- Cumpărăturile să conțină în general produse sănătoase. Să se evite pe cât posibil alimente ultraprocesate, sau care conțin zahăr adăugat, sare multă, grăsimi saturate.
- Timpul petrecut la masă să fie plăcut, împreună cu alți membri de familie, să fie un obiectiv cât se poate de des. Să se discute despre cum se cultivă anumite alimente, impactul asupra sănătății, rolul acestora în cultură și tradiție.
- Părinții să fie un exemplu pentru copii, să consume alimente sănătoase și variate împreună cu copiii.
- Copiii să fie implicați în procurarea și pregătirea alimentelor, să fie învățați și încurajați să facă alegeri alimentare sănătoase.
- Planificarea meselor și a gustărilor să fie făcută împreună cu copiii, pentru a avea în casă alimentele sănătoase care sunt pe placul lor.
- Copiii să îndeplinească sarcini simple, corespunzătoare vârstei în prepararea mâncărilor
- Cantitatea de alimente consumată la o masă poate varia, în funcție de nivelul de activitate fizică, pusee de creștere, stare de dispoziție (bucurie, tristețe etc.)²³

În ceea ce privește copiii, aceștia trebuie încurajați și sprijiniți să adopte comportamente sanogene:

- Să doarmă suficient, în funcție de vârstă, astfel încât corpul lor să fie odihnit, să nu mai necesite energie din alte surse, cum ar fi gustări nesănătoase.
- Să mănânce 5 porții de fructe și legume zilnic (o porție de fructe poate fi un măr mediu, o banană, o portocală, o pară, două prune mici, un kiwi, două caise, o cană cu fructe tăiate cubulețe, iar o porție de legume poate fi o jumătate de cartof mediu, o jumătate de cană de legume gătite, de ex. morcovi, spanac, broccoli, dovleac, o cană de salată verde, o jumătate de cană cu fasole sau alte leguminoase gătite, uscate sau conservate.
- Să stea mai puțin de două ore pe zi în fața ecranelor - astfel evită gustările inutile, pot avea mai mult timp pentru mișcare, somnul va fi mai odihnitor.
- Să consume cât mai rar băuturi îndulcite cu zahăr, băuturi pentru sportivi, energizante.²⁴

Pentru **promovarea activităților fizice**, conform cu recomandările actuale, mesaje pentru părinți ar putea fi următoarele:

- La început, copilul va începe cu o activitate moderată, de ex. 30 de minute pe zi, apoi se crește constant durata.
- Activitățile mai viguroase vor determina o respirație mai grea a copilului și includ sporturi organizate, cum ar fi fotbalul, precum și activități precum baletul, alergarea și înotul.
- În general, în timpul jocului, copiii au și reprize de activitate intensă intermitentă, de la câteva secunde la câteva minute, astfel încât orice fel de joacă activă va include de obicei o activitate viguroasă.
- Cel mai important, copiii au nevoie să participe la o varietate de activități distractive și care se potrivesc intereselor, aptitudinilor și abilităților lor. Varietatea va oferi copilului o gamă largă de beneficii, experiențe.

Mesaje pentru copiii mai mici ar include recomandări ca de exemplu:

- Activitatea fizică este sănătoasă, dar și distractivă, fie că se desfășoară acasă, la școală, înăuntru sau afară, în drum spre și de la școală, cu familia și prietenii.
- Să se înceapă cu o durată scurtă de timp în care se practică activitate fizică și durata să crească cu 30 de minute pe zi, până 60 de minute de activitate moderată pe zi și 30 de minute de activitate viguroasă în cel puțin 3 zile pe săptămână
- Activitatea fizică se poate efectua în reprize de 5-10 minute.
- Pentru cele mai bune rezultate, să se combine activitățile fizice de rezistență, flexibilitate și forță.

²³ <https://food-guide.canada.ca/en/tips-for-healthy-eating/parents-and-children/>

²⁴ <https://www.mayoclinichealthsystem.org/hometown-health/speaking-of-health/use-95210-to-refresh-healthy-habits>



- Să scadă timpul petrecut pe ecran, începând cu 30 de minute mai puțin pe zi și ajungând la 90 de minute mai puțin pe zi.

Copiii mai mari ar putea beneficia de următoarele mesaje:

- Să aleagă activități fizice care le fac plăcere sau pe care ar dori să le încerce.
- Să fie activi împreună cu prietenii, e mai distractiv.
- Să meargă mai mult pe jos: la școală, pentru a vizita prietenii, la magazine etc.
- Să încerce să limiteze timpul petrecut în fața ecranelor: televizor, internet, jocuri pe calculator, mai ales în timpul zilei și în weekend.
- Să iasă la plimbare cu câinele
- Să fie activ împreună cu membrii familiei
- Să încerce un sport nou
- Să se înscrie într-un club, centru sportiv .²⁵

3. Prezentarea unor activități utilizate în alte campanii pentru influențarea comportamentului populației țintă

Prevenirea obezității la copii este o prioritate internațională de sănătate publică, având în vedere prevalența afecțiunii (și impactul său semnificativ asupra sănătății, dezvoltării și bunăstării). Intervențiile care vizează prevenirea obezității implică strategii de schimbare comportamentală care promovează o alimentație sănătoasă și/sau diferite niveluri de activitate fizică, dar și asigurarea unui somn sănătos.

În 2024 a fost publicată o lucrare științifică ce a evaluat efectele intervențiilor care vizează prevenirea obezității la copiii de 5-11 ani prin modificarea aportului alimentar și/sau a nivelurilor de activitate fizică. Au fost incluse 172 studii randomizate (189707 participanți), 149 de studii au fost incluse în meta-analize. Cadrul principal de intervenție au fost școlile (111 studii), apoi comunitatea, domiciliul și cadrul clinic. 89 de intervenții au fost implementate pe o perioadă mai scurtă de 9 luni, cea mai scurtă a durat în decurs de o vizită, iar cea mai lungă peste 4 ani. Corpul de dovezi din această revizuire demonstrează că o serie de intervenții de „activitate” în școală, singure sau în combinație cu intervenții dietetice, pot avea un efect benefic modest asupra obezității în copilărie pe termen scurt și mediu, dar nu și pe termen lung. Numai intervențiile dietetice pot duce la o diferență mică sau deloc.

Concluzia autorilor a fost că intervențiile în școli, referitoare la activitatea fizică, singure sau în combinație cu cele care vizează intervențiile asupra alimentației pot avea un efect benefic modest asupra obezității la copiii de 5-11 ani pe termen scurt (12 săptămâni - până la 9 luni) și mediu (9 luni - până la 15 luni), dar nu și pe termen lung (≥ 15 luni).²⁶

Tot în 2024 a fost publicată lucrarea privind preadolescenții de 12-18 ani, tot pentru a evalua efectele intervențiilor care au ca scop prevenirea obezității la preadolescenți prin modificarea aportului alimentar și/sau a nivelurilor de activitate fizică. S-a folosit metoda standard Cochrane. Au fost incluse 74 de studii randomizate (83407 participanți), 54 de studii au fost incluse în meta-analize. Rezultatele au arătat că intervențiile alimentare pot avea un efect redus sau deloc asupra obezității la preadolescenți. Există dovezi cu certitudine scăzută cum că intervențiile asupra nivelului de activitate fizică pot avea un mic efect benefic asupra indicelui de masă corporală la urmărirea pe termen mediu (9 luni - până la 15 luni) și lung (≥ 15 luni). Intervențiile asupra dietei și nivelului de activitate fizică pot avea efecte mici sau deloc asupra obezității. Limitările includ rezultate inconsecvente între studii, lipsa de rigoare metodologică în unele studii și eșantioane de dimensiuni mici.²⁷

Utilizarea pe scară largă a aplicațiilor mobile de către preadolescenți sugerează că acestea ar putea fi un instrument potrivit în educația lor, inclusiv în ceea ce privește alimentația sănătoasă și activitatea fizică. În anul 2020 a fost publicată o lucrare care trece în revistă metodologiile de promovare a activităților fizice la preadolescenții sănătoși explorați în diferite studii, excluzând analiza diferitelor boli. Au fost găsite doar nouă studii despre preadolescenți și

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305059/>

²⁶ [Interventions to prevent obesity in children aged 5 to 11 years old - Spiga, F - 2024 | Cochrane Library](#)

²⁷ [Interventions to prevent obesity in children aged 12 to 18 years old - Spiga, F - 2024 | Cochrane Library](#)



aplicații mobile care promovează stiluri de viață active, inclusiv accentul pe nutriție și activitatea fizică. Studiile raportează utilizarea diferitelor tehnici pentru a captiva preadolescenții, inclusiv chestionare și tehnici de "gamification" (Gamificarea înseamnă aplicarea elementelor și tehnicilor dintr-un joc, de ex. punctele acumulate, competiția cu ceilalți și înregistrarea scorurilor, în diverse alte situații și procese în afara sferei jocurilor, cu scopul de a crește angajamentul, motivația și participarea utilizatorilor). Am identificat caracteristicile comune utilizate în diferite studii și anume: jurnal pe suport de hârtie, jurnal alimentar, jurnal de exerciții fizice, notificări, plan de dietă, înregistrare a activității fizice, gamification, renunțare la fumat, imagini, joc și SMS.

Autorii au studiat în final 9 articole și au evaluat fezabilitatea și impactul unei intervenții pe telefonul mobil, care a presupus și recompense în timpul consumului de gustări ale preadolescenților. Tinerii au avut o aderență scăzută și un abandon ridicat pe tot parcursul studiului, neavând rezultate care să demonstreze o importanță ridicată în utilizarea acestei aplicații mobile, fără intervenția unor terți, și anume a profesorilor.

Acest studiu nu se concentrează pe diferite boli, ci în principal pe promovarea unui stil de viață sănătos. S-a dovedit că utilizarea gamificării cu dispozitive tehnologice folosite zilnic îi va captiva pe preadolescenți. Acest studiu demonstrează, de asemenea, că este posibil să se îmbunătățească obiceiurile preadolescenților cu ajutorul dispozitivelor mobile.

În concluzie se poate spune că utilizarea gamificării și a chestionarelor determină preadolescenții să folosească aplicații mobile pentru promovarea obiceiurilor de nutriție sănătoasă și activitate fizică²⁸

Raportul OMS din 2024 privind îmbunătățirea sănătății prin activitate fizică pentru sănătate (health enhancing physical activity - HEPA) la nivelul UE subliniază progresele înregistrate de statele membre în promovarea stilurilor de viață active, identificând totodată domeniile care necesită eforturi suplimentare. Campaniile de conștientizare a publicului cu privire la importanța activității fizice sunt acum o caracteristică proeminentă în 89% din țările UE. Aceste campanii, care folosesc platforme precum rețelele sociale, evenimentele publice și mass-media joacă un rol crucial în promovarea unor comportamente mai sănătoase. În plus, 96% dintre statele membre au integrat sisteme de monitorizare a activității fizice în sectoarele lor de sănătate, permițând o mai bună supraveghere și elaborarea politicilor bazate pe date. Raportul subliniază importanța unei colaborări multisectoriale în atingerea obiectivelor globale.²⁹

În septembrie 2023 Centrul de Resurse la nivel național în servicii de sănătate prietenoase tinerilor „Neovita” din Republica Moldova a anunțat creșterea numărului instituțiilor de învățământ general care, începând din 2019 adoptă conceptul european de „Școli care promovează sănătatea”, în cadrul inițiativei care are la bază modele elaborate de rețeaua Schools for Health in Europe (SHE). Astfel, 79 de instituții de educație creează un mediu educațional atractiv, sănătos și prietenos pentru bunăstarea tuturor elevilor și al corpului didactic și non-didactic. Conceptul este monitorizat împreună cu rețeaua de centre de sănătate prietenoase tinerilor Youth Clinic Moldova, cu sprijinul organizatoric al Ministerului Educației și Cercetării al Republicii Moldova (MEC), Agenția Națională pentru Sănătate Publică din cadrul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, cu implicarea Corpului Păcii și cu suportul financiar al Fundației ERIKS Development Partner, (Suedia). Instituțiile de învățământ, membre ale inițiativei „Școli care promovează sănătatea” primesc întregul suport pentru identificarea problemelor de sănătate, pentru realizarea și implementarea unui plan structurat și sistematic care să contribuie la amenajarea corespunzătoare, de exemplu, a rampelor de acces pentru școlarii cu nevoi speciale, a terenurilor de joacă și de sport, organizarea de ateliere dedicate consumului zilnic de fructe/legume, pentru dezvoltarea unor atitudini comportamentale axate pe consum redus de sare, zahăr, grăsimi și băuturi carbogazoase. Se organizează inclusiv ședințe de informare a părinților, astfel încât aceștia să sprijine copilul acasă pentru adoptarea în familie a unui mod de viață sănătos și non-violent. De asemenea, inițiativa „Școli care promovează sănătatea” prevede o serie de activități pentru îmbunătățirea relației dintre elev și învățător/profesor.³⁰

În octombrie 2023, la Centrul Regional de Sănătate Publică din Cluj-Napoca a avut loc o masă rotundă în cadrul căreia a fost dezbătut contextul politic pentru școli care promovează sănătatea în România. Participanții au fost din domeniul sănătății, al educației, al serviciilor sociale, precum și din administrația publică regională (județeană). A fost subliniat faptul că deși nu face parte dintr-un program formal de școli care promovează sănătatea, în România există mai multe

²⁸ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7151579/>

²⁹ <https://www.ewcpt.eu/news/who-%7C-2024-report-on-health-enhancing-physical-activity-in-the-european-union>

³⁰ <https://neovita.md/featured/noul-de-studii-79-de-gimnazii-si-licee-sunt-scoli-care-promoveaza-sanatatea/>



inițiative în acest sens, în special în domeniul sănătății și al educației. Creșterea gradului de conștientizare și susținerea acestui concept față de părțile interesate relevante ar putea sprijini inițiativele actuale. Barierele identificate au fost cadrul legislativ ambiguu/neobligatoriu, lipsa de fonduri și resurse umane, curriculum supraîncărcat, iar în ceea ce privește oportunitățile – resurse umane suficiente, bine pregătite și motivate. Recomandările enunțate s-au referit la programe de sănătate pentru personalul școlilor, implicarea părinților, extinderea inițiativelor actuale, mai multe resurse pentru sprijinirea copiilor cu nevoi educaționale speciale³¹.

³¹ <https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2024/s4h-seminar/20240131-schools4health-seminar-3.1-panel-1.pdf>



Adresa: str. Dr. Leonte Anastasievici nr. 1-3, sector 5, cod poștal 050463,
București, România
Telefon secretariat: +4 0213 183 620, +4 0213 183 619
Fax: +4 0213 123 426
E-mail: directie.generala@insp.gov.ro

INSP