

## **SĂNĂTATEA FAMILIEI**

### **INTRODUCERE**

Familia reprezintă un factor determinativ important al sănătății fizice și emoționale a individului și comunității. Relațiile maritale și familiale și interacțiunile dintre membrii familiei influențează atât sănătatea persoanei, cât și prosperitatea comunității și națiunii. Aceste relații depind de factorii culturali, economici și sociali caracteristici pentru fiecare societate. Totodată individul își trăiește viața nu doar în familie, ci și în ambianța colegilor de lucru și a societății, acestea având și ele implicații majore asupra sănătății.

Problemele sănătății familiei sunt legate de perioade specifice din viață cum ar fi perioada de fertilitate, cea infantilă, copilăria, adolescența, tinerețea, și bătrânețea, precum și de relațiile dintre membrii familiei. Fiecărei vârste îi sunt caracteristice probleme sanitare specifice în care prevenția și alte servicii medico-sanitare joacă un rol important. Acest capitol abordează necesitățile sanitare ale membrilor familiei la diferite vârste. Totodată nici un grup de vârstă nu este izolat de altele. Spre exemplu, complicațiile perinatale afectează mama, copilul, familia și comunitatea. Familia persoanei cronic bolnave, traumatizate sau decedate la serviciu sau în accident rutier suferă din punct de vedere economic, emoțional și social. Sistemul sanitar public și de asistență medico-sanitară trebuie să fie sensibile la necesitățile sanitare ale familiei, îndestulându-le prin intermediul promovării sănătății, măsurilor preventive, asistenței medico-sanitare și implementând programe speciale de suport general al fiecărui membru al familiei și al familiei în întregime.

Noua Sănătate Publică include elemente tradiționale ale sănătății publice cum ar fi sănătatea mamei și copilului, dar le abordează în contextul larg al necesităților totale familiale. În Statele Unite graviditățile la adolescente sunt o problemă majoră pentru familii și societate. În societățile unde drepturile femeilor sunt reduse, sănătatea femeilor și copiilor suferă substanțial. Rolul sănătății publice este de a promova modificările sociale și de a rezolva problemele sanitare directe, cum ar fi morbiditatea majorată printre femei și copii sau lipsa asigurării medicale pentru copii.

## UNITATEA FAMILIALĂ

Familia reprezintă unitatea de bază a tuturor societăților fiind mediul natural de naștere și creștere a copiilor. Ea are o influență majoră asupra stabilității fiziologice și psihologice, precum și economice a membrilor săi. Familia este un mediu de realizare a necesităților emoționale, sociale, de ajutor reciproc și de educare atât a adulților, cât și a copiilor.

Familia reprezintă un grup din două sau mai multe persoane legate prin relații de căsătorie, agreate, de naștere sau adoptive care locuiesc împreună în aceeași casă și pot fi constituite din una sau mai multe generații. Unitatea de familie include persoanele care viețuiesc împreună, fiind implicate în raporturi sexuale, de naștere și creștere a copiilor până la vârsta de adult. Relațiile familiale includ de asemenea și îngrijirea părinților și rudelor în vârstă, precum și relațiile dintre frați, surori și nepoți.

Familia tipică de nucleu include cuplul unui bărbat și al unei femei legate prin căsătorie, care trăiesc împreună cu sau fără copii. În ultimul timp a crescut numărul familiilor incomplete rezultate din divorțuri – mamele sau tații care locuiesc aparte împreună cu copiii, părinții sau alte persoane cu care nu sunt legate prin relații maritale. Această definiție în ultimul timp a fost lărgită fiind

incluse cuplurile de persoane de același sex cu sau fără copii de pe urma relațiilor heterosexuale anterioare, înșămânțării artificiale sau adopții.

Familia extinsă este compusă din mai multe generații și constă din familia de nucleu și rudele ambilor soți, care locuiesc sau nu în aceeași regiune geografică. În cadrul familiilor extinse există un ajutor reciproc între membrii ei. Aceste familii încă există în țările occidentale, dar sub forme modificate. În prezent sunt răspândite familiile extinse în componența cărora intră o femeie singură, divorțată sau văduvă și copiii acesteia, fapt determinat de creșterea procentului de divorțuri, de mame singure, precum și de majorarea longevității vieții mai ales a femeilor. Cuplurile formate din persoane de același sex pot abandona copiii unuia din membri fără careva remușcări grave.

În țările în curs de dezvoltare familiile frecvent includ un număr mare de copii născuți de părinți săraci și analfabeți. Mama sau mai frecvent tatăl poate lipsi perioade îndelungate de timp lucrând la distanță de casă. Acest fapt poate condiționa apariția pericolelor serioase pentru sănătatea tuturor membrilor familiei. În societățile unde predomină mortalitatea adulților de pe urma războaielor civile, foamei și a bolilor infecțioase, cum ar fi SIDA, este răspândită practica creșterii copiilor de către părinții singuri, rudele sau frații acestora. În astfel de situații rata abandonului este înaltă.

Divorțul sau practica răspândită de naștere a copilului de către mamele singure sunt frecvent asociate cu o stare socio-economică precară, creând stresuri suplimentare pentru unitatea familială. Absența unui părinte, de obicei a bărbatului, de asemenea afectează familia. Practica părintească abuzivă inclusiv abuzul psihologic și sexual și alte forme de comportament violent au un impact enorm asupra copilului care cauzează leziuni psihologice grave de lungă durată.

În Statele Unite în ultimul timp s-a observat o diminuare a procentului copiilor educați în familii complete. În 1980 86% din familii din populația albă aveau în componența lor doi părinți, în 1997 acest procent a scăzut până la 81. Printre afro-americieni în 1980 familiile în componența cărora intrau doi părinți constituiau 56%, în 1997 – doar 47%. În același timp a crescut de la 40% la

47% numărul familiilor afro-americane cu mame singure. În 1997 în grupul familiilor cu copii de vârstă mai mică de 18 ani, procentul celor cu un singur părinte în populația afro-americană constituia 64%, în comparație cu 26% în populația albă și 36% în cea latino-americană. Acest fapt pune în evidență vulnerabilitatea socio-economică și sanitară a familiilor afro-americane și a copiilor lor. Această situație precară s-a soldat cu imposibilitatea accesului la asistența medico-sanitară primară a 25% de copii americani de vârstă mai mică de 6 ani cu o imunizare insuficientă a lor și o utilizare frecventă a serviciilor medicale de urgență. În Canada familiile cu un singur părinte constituie 13%, dar cu asistență medico-sanitară sunt asigurate toate unitățile familiale. În Marea Britanie aproximativ o pătrime din copii sunt născuți de femei necăsătorite, inclusiv care trăiesc în concubinaj, dar indiferent de circumstanțele familiale toți sunt asigurați cu asistență medico-sanitară de către Serviciul Național de Sănătate.

Modificările structurii familiale afectează starea sănătății adulților și copiilor. Majorarea longevității vieții în special a femeilor, împreună cu creșterea ratelor de divorț se soldează cu creșterea populației de femei în vârstă cu o stare a sănătății relativ bună, care trăiesc singure. În țările industrializate capacitatea femeilor de a se adapta la aceste condiții este influențată pozitiv de măsurile de sprijin social care includ existența asigurării medicale universale, a sistemelor naționale de pensionare și apărarea legislativă a drepturilor economice în caz de divorț toate acestea creând o populație în vârstă bine protejată.

Bolile geriatrice inclusiv maladiile cardiovasculare și alte stări degenerative afectează bărbații în mediu cu 10 ani mai înainte decât femeile. Printre persoanele în vârstă cancerul ocupă locul doi în șirul cauzelor majore de deces. Tranzițiile demografică și epidemiologică se răsfrâng negativ asupra familiei prin mai multe modalități. Odată cu îmbătrânirea populației, îngrijirea persoanelor în vârstă devine o practică răspândită în viața familială. Această practică include nu numai asistența medico-sanitară, dar are și implicații majore

economice pentru familie și societate. În țările unde nu este posibilă asigurarea unei asistențe medico-sanitare de lungă durată, impactul financiar pentru o astfel de asistență cade pe umărul copiilor părinților în vârstă. În condițiile îmbătrânirii continue a populației practica îngrijirii părinților în vârstă de către copiii adolescenți devine tot mai răspândită. În țările unde toate cheltuielile sunt acoperite de către societate, măsurile preventive și de control ale bolilor cronice sunt de o importanță vitală pentru preîntâmpinarea falimentului sistemului sanitar.

## SĂNĂTATEA MATERNĂ

Problemele sănătății femeii sunt direct legate de rolurile ei în societate: individual, profesional, de soție, mamă și fiică. Aceste probleme sunt raportate și la rolul principal al femeii în domeniile legate de sănătatea familiei cum ar fi nutriția, igiena, educația fizică, securitatea, fertilitatea, îngrijirea copiilor și a bătrânilor. Modificările rolului femeii creează necesități exagerate și riscuri pentru sănătate.

### **Fertilitatea**

Nașterea și îngrijirea sugarilor și copiilor sunt subiecte precăutate tradițional de sănătatea publică fapt determinat de vulnerabilitatea sănătății mamei și copilului și experiența istorică negativă. Îmbunătățirea nutriției și a condițiilor de viață, precum și asistența medico-sanitară a gravidelor și lăuzelor s-a soldat cu o reducere semnificativă a mortalității materne în țările dezvoltate. Totodată există țări industrializate unde mortalitatea maternă atinge cifra de 1800 la 100.000 de nașteri de feți vii în timp de nivelul mediu în țările dezvoltate este de 15 la 100.000. Cauza acestor divergențe dintre populații trebuie căutată în condițiile socio-economice, starea generală a sănătății

femeilor, vârsta de fertilitate, numărul de nașteri și timpul scurs între gravidități, precum și în calitatea asistenței medico-sanitare.

Nutriția adecvată, controlul bolilor infecțioase și educația cuvenită asigură atingerea de către femeie a vârstei reproductive fiind fizic și intelectual pregătită pentru nașterea și îngrijirea copilului. Nivelul de instruire al femeilor influențează direct rata de supraviețuire a sugarilor. O mamă cultă poate consulta surse literare și nu depinde doar de tradițiile comunitare, fiind totodată mai capabilă de a se descurca în complexitatea serviciilor medico-sanitare. Nivelul înalt de instruire majorează șansa de angajare la serviciu și permite obținerea unui venit familial mai ridicat.

Subiectele legate de fertilitate includ și pregătirea pentru graviditate, alegerea timpului optim pentru aceasta, precum și asistența profesională în timpul și după sarcină. Prin intermediul promovării sănătății și a serviciilor preventive sănătatea publică furnizează resursele necesare pentru aceste activități. Sistarea fumatului, consumului de alcool și droguri, precum și a comportamentului de risc cel puțin pentru perioada de graviditate sunt de o importanță majoră pentru prevenirea afecțiunilor fetale.

Indicii fertilității pot fi afectați de factori sociali, culturali, religioși ș.a., inclusiv de tehnologiile disponibile de prevenire a sarcinii. Odată cu creșterea accesibilității măsurilor eficiente și sigure de contracepție și majorarea nivelului de instruire și a posibilităților de angajare la lucru în țările dezvoltate s-au schimbat indicii fertilității. În interiorul unei țări pot exista diferențe etnice semnificative în indicii fertilității. În Statele Unite rata brută a fertilității printre femeile afro-americane a scăzut de la 21,9 în 1991 la 17,8 la 1000 femei de vârstă fertilă în 1996 în comparație cu 15,4 și respectiv 14,1 la 1000 printre femeile albe.

În majoritatea țărilor dezvoltate ratele fertilității s-au redus considerabil după avântul natalității postbelice. Acest fapt îngrijorător argumentează opinia că nivelul prezent al natalității nu este suficient pentru a menține numărul curent al populației. În țările în curs de dezvoltare problema este diametral

opusă deoarece natalitatea înaltă împreună cu reducerea morbidității și mortalității rezultă într-un impact economic, social și medical grav asupra comunității.

La nivel global, în pofida descreșterii natalității, numărul populației a crescut de la 1 miliard în 1804 la 2 miliarde în 1927, 3 miliarde în 1960 și 6 miliarde în 1999. După unele pronosticuri acest număr se va majora până la 7 miliarde în 2013 și 8 miliarde în 2028 (Departamentul Populație al Națiunilor Unite, 1999).

Planificarea familiei și prognozarea în timp a gravidităților este de o importanță vitală pentru țările în curs de dezvoltare unde nașterile frecvente contribuie esențial la majorarea mortalității materne și infantile. Limitarea tradițională a fertilității în aceste țări prin intermediul alimentației îndelungate la sân în prezent este compromisă de promovarea din interese comerciale a alimentației artificiale. Îmbunătățirea condițiilor socio-economice, creșterea nivelului de instruire al femeilor, majorarea ratei de supraviețuire a sugarilor și dezvoltarea serviciilor de planificare familială sunt pași importanți care facilitează implementarea tot mai largă a practicilor de utilizare a contraceptivelor pentru diminuarea natalității în țările în curs de dezvoltare.

### **Sănătatea publică și fertilitatea**

Controlul natalității de rând cu asistența prenatală, intranatală și postnatală reprezintă obiectivele centrale ale oricărui sistem sanitar. Mortalitatea maternă, în trecut înaltă în țările dezvoltate, astăzi rămâne o realitate în țările în curs de dezvoltare. Tradițiile precare de natalitate majoră, nașteri neasistate și practici obstetrice brutale precum și mutilarea genitală a femeilor contribuie dramatic la înrăutățirea stării sănătății femeilor (în țările în curs de dezvoltare).

Asistența sigură prenatală și intranatală de rând cu nutriția adecvată și îmbunătățirea stării generale a sănătății femeilor au contribuit esențial la reducerea semnificativă a morbidității și mortalității materne pe parcursul secolului XX. Totodată rămân evidente diferențele între indicii morbidității și

mortalității materne dintre țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare. Odată cu majorarea nivelului de educație, promovarea prin măsuri economice a natalității joase și urbanizarea ariilor rurale s-au majorat considerabil standardele sanitare și condițiile de viață (Tabelul 6.1).

Grație faptului că tehnologiile de control a natalității au devenit larg accesibile în prezent femeia are posibilitatea să-și controleze propria fertilitate. În rezultat natalitatea a scăzut în majoritatea țărilor lumii inclusiv și în țările din Africa subsahariană unde încă în anii 1980 ratele fertilității erau ridicate. Sănătatea publică promovează prognozarea în timp optim a sarcinilor pentru îmbunătățirea sănătății atât a mamei, cât și a nou-născuților, ceea ce se reflectă pozitiv asupra sănătății familiei.

TABELUL 6.1. Ratele fertilității totale<sup>a</sup>, 1960-1997.

Regiunea	1960	1970	1980	1990	1997
Africa subsahariană	6,6	na	6,7	6,3	5,9
India	5,9	5,6	4,9	3,7	3,1
China	5,7	5,3	2,8	2,2	1,8
Asia de Sud	6,1	na	5,2	4,0	3,4
America Latină și țările din bazinul Mării Caraibilor	6,0	5,1	4,2	3,2	2,7
Orientul Mijlociu și Africa de Nord	7,1	6,2	5,9	5,1	4,4
CIS/CEE și țările baltice	3,0	2,2	2,2	2,3	1,8
Țările industrializate	2,8	2,5	1,9	1,7	1,7
Globală	5,0	na	na	3,2	2,8

Sursa: World Development Report, 1993; UNICEF, 1999.

<sup>a</sup> Ratele fertilității totale (vezi Capitolul 3 și Glosarul). CIS/CEE sunt țările din fosta Uniune Sovietică și țările Europei de Est.

na – nedisponibile (not available)

În multe societăți lipsa fertilității reprezintă o problemă sanitară publică majoră cu implicații psihologice și sociale pregnante. Bolile sexual transmisibile (STD) sunt cauza principală de sterilitate dobândită. Astfel prevenirea și managementul adecvat al STD sunt aspecte importante ale managementului sterilității. Tratamentul sterilității este extrem de costisitor nu doar din punct de vedere financiar, dar și emoțional. Metodele moderne de tratament a sterilității, inclusiv stimularea ovulației, fertilizarea *in vitro* și practica de maternitate-surogat ridică probleme etice și financiare importante.



În pofida lor și a altor probleme legate de nașterile multiple de feți cu deficit sever de greutate care se răsfrâng asupra creșterii și dezvoltării ulterioare, tratamentul sterilității reprezintă o parte componentă importantă a sistemului modern de asistență medico-sanitară.

### **Planificarea familiei**

Planificarea familiei îi permite femeii să decidă singură timpul, frecvența și intervalul dintre nașteri. Acest domeniu include un șir de metode de prevenire sau întrerupere a conceperii ducând o viață sexuală normală. Tehnologiile contraceptive au evoluat vertiginos astfel încât în prezent sunt disponibile metode eficiente și rezonabile de prevenire a fecundării (Tabelul 6.2). Controlul natalității reprezintă o problemă și responsabilitate majoră a sănătății publice. Lipsa de cunoștințe sau acces la metodele contraceptive rezultă în creșterea bruscă a natalității sau a ratei avorturilor care defavorizează pronosticul nașterilor ulterioare. Natalitatea majoră printre femeile de vârstă de risc creează pericole suplimentare atât pentru mamă, cât și pentru făt.

Metodele de control a natalității includ măsuri contraceptive farmacologice și chimice (pastile cu hormoni, implanturi, spermicide), precum și fizice (prezervative pentru bărbați și femei, dispozitive intrauterine [IUD]). Metodele tradiționale de prevenție cum ar fi alimentarea la sân a sugarilor, metoda de ritm, actul sexual întrerupt sunt mai puțin eficiente decât cele curente, în special decât pastilele, prezervativele și dispozitivele intrauterine.

Planificarea în timp a sarcinilor prin metode contraceptive este un drept fundamental al femeii. În multe regiuni ale lumii controlul natalității rămâne încă o competență religioasă sau politică. Biserica catolică romană, de rând cu unele regimuri politice, este ferm contra controlului natalității. Totodată în multe țări catolice rata natalității a scăzut considerabil și în prezent este sub nivelul necesar de menținere a numărului curent al populației (spor natural negativ). Pe parcursul ultimelor decenii utilizarea măsurilor de control a natalității în America Latină și în Asia de Est s-a majorat semnificativ. În țările

fostei Uniuni Sovietice metodele contraceptive nu erau îndeajuns cunoscute și accesibile. În aceste țări controlul natalității era axat pe avorturi frecvente, metodele contemporane de contracepție fiind ignorate.

TABELUL 6.2. Procentul utilizării metodelor contraceptive de către femeile căsătorite, 1960-1965, 1990-1998.

Regiunea	1960-1965	1990-1998
Africa subsahariană	5	16
Orientul Mijlociu și Africa de Nord	2	50
Asia de Sud	15	39
America Latină și țările bazinului Mării Caraibilor	11	65
Asia de Est și țările din bazinul Oceanului Pacific	17	75

Sursa: UNICEF, State of the World's Children, 1994, 1999.

În pofida accesibilității largi a metodelor de contracepție, nașterile la adolescente sunt o practică răspândită în Statele Unite. Aceasta reprezintă o problemă sanitară publică serioasă răspândită mai ales în grupurile populaționale cu o stare socio-economică precară și soldându-se cu apariția familiilor constituite din mame singure. Gravidițiile la adolescente reprezintă probleme complexe sociale, educative și care țin de forța de muncă. Aceste situații deloc simple sunt răspândite și în alte țări industrializate. În țările în curs de dezvoltare practica de căsătorie a adolescenților și chiar a copiilor creează probleme sanitare majore ce țin de imaturitatea fizică și emoțională a mamelor tinere pe care sarcina le lipsește de posibilitatea de studii și angajare la lucru.

### **Morbiditatea și mortalitatea maternă**

Decesul matern, după WHO, reprezintă decesul unei femei în timpul sarcinii sau după 42 de zile de la terminarea gravidității, de pe urma oricărei cauze legată cu sarcina sau managementul ei, dar nu din cauze accidentale sau incidentale. Decesele materne sunt divizate în două grupuri:

1. Directe – decese obstetricale din cauza complicațiilor obstetricale survenite în graviditate;
2. Indirecte – decese obstetricale rezultate din boli sau stări patologice preexistente care nu sunt datorate cauzelor obstetricale.

În secolele trecute nașterea era un pericol real pentru viață. În 1664 în raportul Spitalului Hotel Dieu din Paris s-a remarcat o mortalitate de 33% printre femeile parturiente internate. În Anglia în anii 1660-1690 în timpul nașterii deceda 1 femeie din 44. Semmelweiss în Viena în anul 1850 raporta o mortalitate de 2% printre parturiente și lăuze și una de 10% în secțiile medicale ceea ce se datora lipsei precauțiilor contra transmiterii febrei puerperale prin intermediul practicelor igienice precare ale personalului medical. Lucrarea lui Semmelweiss a permis stabilirea controlului asupra septicemiei streptococice, cauză majoră de decese materne (Capitolul 1).

În Statele Unite mortalitatea maternă s-a redus de la 670 la 100.000 de nașteri de feți vii în 1930 (nivel caracteristic pentru țările slab dezvoltate în anii 1980-1990) la 80 în 1950 și 6 la 100.000 în anul 1996. Totodată mortalitatea maternă în populația afro-americanilor rămâne de trei ori mai mare decât în populația albă. Acest declin important al mortalității materne în majoritatea țărilor dezvoltate poate fi atribuit numeroșilor factori inclusiv îmbunătățirii standardelor de viață și a nutriției, a calității asistenței medico-sanitare și realizărilor în domeniul obstetricii. Practica de transferare a parturientelor în maternitățile spitalelor generale a contribuit la securizarea maximală a nașterilor. Accesibilitatea largă la metodele contraceptive a permis planificarea în timp a sarcinilor, conceperea devenind posibilă la un moment optim, ceea ce a redus semnificativ morbiditatea și mortalitatea maternă. Micșorarea mortalității reflectă îmbunătățirea accesului la asistența medico-sanitară deoarece tot mai mulți americani au devenit asigurați sau capabili de a plăti pentru asistența privată de calitate.

În pofida realizărilor sus-numite diferențele mortalității materne între populația afro-americană și albă a Statelor Unite rămân considerabile. Riscul relativ de mortalitate maternă printre afro-americani în raport cu albi rămâne de 4 la 1 fiind la nivelul anului 1960 în pofida declinului cu 75% atât în populația afro-americanilor, cât și a albilor. Totodată rămân vădite diferențele ce țin de vârstă și pregătirea pentru sarcină, de calitatea asistenței medico-sanitare în

special a adolescentelor afro-americane gravide originare din familii sărace, fapt ce constituie motiv de îngrijorare deosebită a sănătății publice.

TABELUL 6.3. Mortalitatea maternă,<sup>a</sup> Statele Unite, 1930-1996.

Grupul populațional	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990 <sup>b</sup>	1996
Albi	na	na	53,1	22,4	14,4	6,7	5,1	4,1
Afro-americiani	na	na	na	92,0	65,5	24,9	21,7	19,9
Total	670	380	73,7	32,1	21,5	9,4	7,6	6,4

Sursa *Health, United States*, 1991, 1998.

<sup>a</sup> Rate la 100.000 de nașteri de feți vii; na – nedisponibile (not available).

<sup>b</sup> Obiectiv sanitar pentru anul 1990, nu mai mult de 5 la 100.000 indiferent de grupul etnic și rasă.

După unele aprecieri în anul 1997 în lume din cauza complicațiilor sarcinii și a nașterii au decedat 585.000 de femei, 99% dintre care erau din țările în curs de dezvoltare. În anii 1990-1997 mortalitatea maternă varia de la 1000 la 100.000 de nașteri de feți vii (1% din toate nașterile) în țările slab dezvoltate, la 100-500 în țările mediu dezvoltate și 50 la 100.000 în țările fostei Uniuni Sovietice și la mai puțin de 10 la 100.000 în țările industrializate, în unele țări atingând cifra de 5 la 100.000 (Israel, Suedia și Elveția).

După estimările Băncii Mondiale extinderea asistenței prenatale, intranatale și postnatale asupra 80% din populația globală va permite reducerea cu 40% a impactului asociat cu nașterile. Pentru realizarea acestui obiectiv este necesară elaborarea și implementarea programelor corespunzătoare de intervenție, care ar include activități informaționale, educative, comunicative, de organizare a serviciilor de transportare, obstetriciene comunitare și a spitalelor districtuale. Totodată astfel de factori ca natalitatea înaltă și asistența obstetricală necalificată sunt asociați cu o mortalitate maternă crescută (Tabelul 6.4).

Trecerea în revistă a mortalității materne reprezintă cea mai răspândită metodă de cercetare a deceselor materne cu scop de depistare a cauzelor evitabile. Astfel de treceri în revistă pot fi utile pentru identificarea factorilor contributivi ai deceselor materne și pentru acumularea unei importante experiențe medicale, obstetricale și sociale. Aceste treceri în revistă sunt incluse

în cerințele pentru acreditarea spitalelor din Canada și Statele Unite (vezi Capitolele 13 și 16).

TABELUL 6.4. Indicii sănătății femeilor după nivelul de dezvoltare al țării.

Nivelul de dezvoltare al țării	Valoarea brută a natalității		% de nașteri asistate de personal calificat	Mortalitatea maternă în 1990
	1970	1997		
Slab dezvoltate	48	39	28	1100
În curs de dezvoltare	38	25	55	470
CIS/CEE <sup>a</sup>	20	14	93	85
Industrializate	17	12	99	13

Sursa: UNICEF, State of the World's Children, 1999.

<sup>a</sup> CIS/CEE se referă la țările fostei Uniuni Sovietice și țările Europei de Est.

### Asistența obstetricală

Scopurile asistenței prenatale, intranatale, neonatale sau a sugarului constau în asigurarea condițiilor optime și supravegherii mamei și copilului pentru a obține un exod maximal pozitiv al sarcinii, păstrând sănătatea mamei și oferindu-i nou-născutului șansa de a supraviețui și de a se dezvolta adecvat. În cazurile în care apar anumite pericole potențiale pentru sarcină este nevoie de o asistență prenatală și o autoîngrijire adecvată. Asistența în perioada precedentă sarcinii și cea prenatală trebuie să fie instituită precoce și completă atât pentru mamă, cât și pentru copil.

Sănătatea publică asigură cu asistență prenatală întreaga populație prin intermediul programelor speciale implementate în cadrul serviciilor obstetricale, de asistență medico-sanitară controlată sau prin intermediul clinicilor private. În prezent sarcina frecvent reprezintă un eveniment planificat și deci este posibilă pregătirea pentru ea. Pregătirea pentru graviditate include examinarea generală, cercetarea minuțioasă a problemelor genetice posibile, testarea la STD și HIV, evaluarea stării de nutriție, suplimentarea cu acid folic și preparate de fier, sistarea fumatului, consumului de alcool și droguri etc. Viitorii părinții trebuie asigurați cu lectură în domeniu referitor la graviditate și calitatea de părinte. Asistența prenatală de calitate presupune efectuarea vizitelor în special a persoanelor de risc.

Asistența prenatală în comunitate include prezentarea precoce, evaluarea riscurilor și asigurarea asistenței continue pe întreg parcursul gravidității. Diagnosticul precoce al sarcinii permite femeii să solicite în stadiile incipiente ale gravidității asistența prenatală, preferabil în primul trimestru. Prezentarea timpurie pentru asistență prenatală oferă posibilitatea aprecierii sănătății mamei și sfătuirea ei referitor la nutriția cuvenită și îngrijirea personală. Plus la aceasta sunt stabilite relații lucrative între viitoarea mamă și asistentul prenatal. Atât mama, cât și tatăl trebuie să fie implicați în pregătirea prenatală, frecventând ore și efectuând exerciții speciale. Depistarea precoce a complicațiilor posibile oferă posibilități mai mari de intervenire, în special în afecțiunile genetice sau congenitale.

Asistența prenatală trebuie organizată în baza a trei principii generale propuse la sfârșitul anilor 1980 de către Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie (ACOG) și Grupul Delphi al Departamentului de Sănătate și Servicii Umane al Statelor Unite. Aceste principii includ:

1. Evaluarea precoce și continuă a riscului;
2. Promovarea sănătății;
3. Intervenții medicale și psihologice la necesitate.

ACOG recomandă de asemenea consultația în perioada de presarcină pentru discutarea viitoarei gravidități și a problemelor de îngrijire a sugarului. ACOG propune ca asistența prenatală în sarcina normală să includă 13-15 vizite medicale la domiciliu, frecventarea de către gravide a orelor de instruire prenatală axate pe exercițiile fizice, pregătirea pentru naștere, alimentarea cu lapte matern și îngrijirea sugarului. Monitorizarea de rutină a viitoarei mame trebuie să includă evaluarea statutului nutrițional, adaosului în greutate, a tensiunii arteriale și complicațiilor eventuale. Frecvența vizitelor și conținutul asistenței prenatale a femeilor gravide sănătoase variază în limite largi între țări și uneori este considerată „excesivă”. Totodată necesitatea asistenței prenatale calitative nu trebuie demonstrată. Obținerea unei mortalități și morbidități

materne joase de rând cu reducerea riscului nou-născutului de a se naște cu deficit de greutate și de avea probleme asociate de dezvoltare demonstrează cu lux de argumente importanța supravegherii atente a mamei pe parcursul gravidității.

În unele țări cum ar fi Israelul și Franța asistența prenatală este separată de asistența medico-sanitară primară și plasată sub jurisdicția centrelor de ocrotire a sănătății mamei și copilului (MCH) sau a clinicilor pentru femei. În alte țări cum ar fi Olanda sau Marea Britanie, medicii de familie acordă asistența prenatală și obstetricală, În Statele Unite și Canada asistența prenatală și intranatală este acordată atât de obstetricieni, cât și de medicii de familie. În Israel asistența prenatală este asigurată de asistentele sanitare publice, iar cea intranatală spitalicească (obstetricală) – de moașe. Indiferent de faptul că asistența prenatală intră în componența asistenței medico-sanitare primare sau este un serviciu sanitar public aparte, scopul ei trebuie să includă acoperirea universală a populației cu asistență prenatală începută cât mai precoce, evaluarea riscurilor și asigurarea unui acces liber la asistența medico-sanitară specializată. În timpul orelor de pregătire prenatală mama și partenerul sunt informați suplimentar referitor la naștere și îngrijirea copilului.

În țările în curs de dezvoltare pentru micșorarea ratelor înalte de mortalitate maternă și perinatală sunt necesare măsuri de îmbunătățire a accesului la asistența prenatală, majorarea utilizării asistențelor medicali cu studii medii în centrele de nașteri, precum și instruirea și supravegherea moașelor tradiționale, planificarea sarcinii și evaluarea riscului.

Fiecare gravidă trebuie asigurată cu o fișă de evidență care conține date medicale complete culese pe parcursul vizitelor prenatale astfel încât ajungând la maternitate furnizorul de asistență obstetricală să aibă la dispoziție informația cuvenită. Chiar dacă obstetricianul nu a văzut anterior gravida, această fișă de evidență asigură continuitatea asistenței prenatale și intranatale ceea ce aduce beneficii ambilor. Gravida trebuie să fie sigură de faptul că fișa de evidență cu datele corespunzătoare poate fi oricând pusă la dispoziția specialistului care

necesită informația respectivă. Este responsabilitatea sistemului de sănătate publică de a organiza înregistrarea cuvenită a datelor în fișele de evidență cu scop de reducere a complicațiilor și mortalității intranatale.

### **Graviditatea de risc major**

Graviditatea de risc minimal este sarcina unei femei sănătoase de vârstă 18-34 de ani, care a fost consultată cel puțin o dată în primul trimestru și care a avut în antecedente nu mai mult de trei nașteri normale de feți vii, nu a născut feți morți și nu a avut complicații obstetrice, cum ar fi diabetul de gestație sau preeclampsia, nu prezintă în anamneză abuz de alcool sau droguri și nu suferă de boli majore cum ar fi hipertensiunea arterială sau afecțiunile renale. Așa o femeie trebuie inclusă în programul de asistență prenatală de rutină.

Graviditățile de risc major (HRP) trebuie identificate cât mai precoce astfel încât aceste paciente să poată beneficia de o asistență medico-sanitară prenatală cât mai timpurie pentru beneficiul atât al mamei, dar mai ales al copilului nou-născut. Identificarea și managementul pe parcursul perioadei de gestație al factorilor majori de risc îmbunătățește prognosticul sarcinii atât pentru mamă, cât și pentru făt. Unii indici predictivi ai gravidității de risc sunt vârsta, antecedentele obstetrice patologice, starea de hiponutriție, sărăcia, nașterile precedente numeroase, femeile care au suferit de STD, care fumează, consumă alcool sau droguri. Factorii de risc îi pot include și pe cei socio-economici cum ar fi condițiile precare de viață și lucru, greutățile financiare.

Anamneza medicală și obstetricală pune în evidență riscurile precedente cum ar fi avorturile frecvente, complicațiile sarcinilor sau maladiile mamei în timpul sarcinii sau nașterii. Sarcina la vârsta de sub 16 sau 17 ani sau peste 35 de ani automat devine graviditate de risc. Multiparitatea majoră (mai mult de cinci nașteri în antecedente) de asemenea este considerată de risc major pentru mamă, dar în special pentru nou-născut.

În baza criteriilor obiective pentru evaluarea factorilor de risc a fost elaborat un sistem de scoruri standarde menirea căruia este de a ajuta asistentul



medico-sanitar primar de a depista precoce pacientele cu gravidități de risc major. Pentru implementarea acestor standarde de evaluare a riscului și monitorizarea gravidei sunt necesare recomandări speciale detaliate. În elaborarea acestor recomandări trebuie luați în considerație factorii locali de risc cum ar fi ratele înalte de cupluri cosangvine din unele societăți sau malnutriția cronică a populației. Sistemul de scoruri permite aprecierea riscului cumulativ, adăugând factori care singuri nu amenință graviditatea, dar împreună sunt o problemă majoră pentru sarcină. Limita permisă a factorului trebuie ajustată conform vârstei, numărului de nașteri precedente și nivelului de educație pentru fiecare țară în parte, în același timp respectând principiul standardelor naționale.

Ca exemplu poate servi evaluarea HRP (High Risk Pregnancy – sarcină cu risc crescut) și forma de îndreptare în clinică prezentată în Tabelul 6.5, dezvoltată și utilizată în cadrul serviciului rural de asistență primară adoptată pentru întreg sistemul guvernamental de asistență medico-sanitară din Cisiordania și Fâșia Gaza – regiuni în curs de dezvoltare. În cazul dat A = risc minor, B = risc mediu și C = risc major. Este necesară o definiție și instruire clară a personalului. În unele cazuri C necesită îndreptarea la specialist (spre exemplu, în hipertensiune arterială); repetarea categoriilor de risc C sau B sunt motive de îndreptare obligatorie în clinică. Forma de îndreptare și sistemul de scoruri pot varia cum ar fi aprecierea fiecărui indice de la 1 la 10 și apoi compilarea sistematică pentru obținerea scorului total. Pentru îndreptarea cazurilor de HRP în clinică sunt necesare nu numai indicații și motive clare pentru îndreptare, dar și o evaluare complexă de către specialist și un mecanism de legătură inversă cu medicul sau alt furnizor de asistență medico-sanitară primară care a eliberat îndreptarea. Clinica specializată de management al HRP referă pacienta înapoi la centrul de circumscripție, eliberându-i un extras unde sunt clar înregistrate toate rezultatele investigațiilor și planul recomandat de acțiuni. Clinica de management al HRP poate supraveghea în dinamică

pacienta supusă acțiunii factorilor de risc, totodată oferind informația obținută și furnizorului de asistență medico-sanitară primară.

TABELUL 6.5. Scorul gravidităților de risc major și forma îndreptării.

<b>I. Date personale</b> Nume Cod personal  Data nașterii Adresa  Oraș/sat  Clinica Data ultimei menstruații Data primei vizite	<b>II. Date sociale/personale</b> Vârsta (<17, >35) Studiile (<6 ani) Starea civilă Starea economică Cosangvinitatea Fumatul Alcoolul Abuzul de droguri Condițiile de viață Rezumat _____ A B C	<b>III. Anamneza obstetricală</b> Gravidități (1 sau >5) Nașteri (0 sau >5) Avorturi medicale (>2) Avorturi spontane (1+) Feți morți (1) Hemoragie în trimestrul III Nașteri de feți morți (1) Cezariană (1) Nașteri premature Greutatea la naștere Decese a sugarilor (1) Toxemie (1) Anomalii congenitale Rezumat _____ A B C
<b>IV. Anamneza medicală</b> Diabet Hipertensiune Boli renale Boli cardiace Afecțiuni pulmonare cronice Afecțiuni hematologice Boli endocrine Flebite Altele Rezumat _____ A B C	<b>V. Sarcina prezentă</b> Numărul de ordine al sarcinii Timpul primei vizite T1 T2 T3 Masa corporală până la graviditate Înălțimea <145 cm Hemoragii Preeclampsie Rh Sarcină multiplă Prezentare anormală Rezumat _____ A B C	<b>VI. Sumarea factorilor de risc</b> I. Personali A B C II. Sociali A B C III. Anamneza obstetricală A B C IV. Anamneza medicală A B C V. Sarcina prezentă A B C VI. Scorul total A B C
<b>Rezumatul referitor la motivele îndreptării</b> Data _____ Semnătura _____ Funcția _____ Raportul Clinicii de management al HRP _____ Data _____ Semnătura _____ Funcția _____		

Sistemul bine dezvoltat de evaluare – îndreptare – reîntoarcere a pacientelor cu HRP contribuie la îmbunătățirea prognosticului atât pentru mamă, cât și pentru făt, prevenind consecințele morbidității și mortalității materne și infantile care sunt costisitoare și de lungă durată. Rolul acestor

sisteme în prevenirea complicațiilor intra- și postnatale este justificat prin argumente medicale, sanitare publice și economice.

Organizarea managementului HRP poate fi diferită în țările dezvoltate și în cele în curs de dezvoltare, dar principiile generale rămân aceleași. În Statele Unite o mare parte a populației, inclusiv grupurile populaționale de risc, nu pot beneficia de asistența prenatală din motive financiare sau birocratice. În Rusia managementul HRP joacă un rol esențial în reducerea mortalității materne. După cum s-a menționat mai sus țările cu acces universal la asistența medico-sanitară, cu o asistență obstetricală și un sistem de evaluare a riscurilor bine dezvoltate au o mortalitate maternă joasă (Australia, Belgia, Danemarca, Israel, Norvegia). Mortalitatea maternă este susceptibilă și la îmbunătățirea accesului la asistența medico-sanitară, fapt exemplificat prin experiența Italiei și Portugaliei – țări în care după introducerea serviciilor naționale de sănătate în anii 1970 s-a înregistrat un declin important în mortalitatea maternă.

## PROCESUL NAȘTERII ȘI ÎNSĂȘI NAȘTEREA

Nașterea este un proces strict personal, dar cu implicații sanitare publice importante. Calitatea asistenței obstetrice la naștere se reflectă nemijlocit asupra sănătății mamei și nou-născutului. Pe parcursul ultimelor secole instituțiile obstetrice au evoluat de la case private de nașteri la maternități și centre natale „de bunăvoință față de mamă și copil” din cadrul spitalelor generale. Primirea nașterilor în maternitățile spitalelor generale aduce o contribuție importantă la reducerea mortalității materne și neonatale.

În multe țări nașterile în spitale sunt finanțate prin granturi speciale oferite mamei de către sistemul de asigurări sau de securitate socială pentru acoperirea cheltuielilor pentru nașterea în spital. În trecut, până la dezvoltarea sistemului național de asigurare medicală această practică era răspândită în Israel și Franța. În Franța această tradiție este continuată prin oferirea compensațiilor bănești

femeilor gravide care se prezintă frecvent și precoce la medic pentru control. În țările în curs de dezvoltare problema nașterilor în spital este un subiect de precăutare obligatorie de către organele sanitare publice, reieșind din resursele disponibile, scopul final fiind micșorarea ratelor mari de morbiditate și mortalitate maternă.

În procesul de naștere pot surveni complicații grave care necesită efectuarea urgentă a operației cezariene, transfuziilor de sânge, anesteziei generale, măsurilor de resuscitare sau de tratament al detresei respiratorii a fătului, astfel nașterea în spitalele generale este cu mult mai securizată decât la domiciliu sau în maternitățile situate aparte. Monitorizarea electronică a fătului în timpul nașterii nu este mai eficientă în prevenirea leziunilor cerebrale, a retardului mental sau a paraliziei cerebrale decât auscultarea clinică a fătului, dar este mai încurajatoare pentru mama anxioasă și mai comodă pentru personalul obstetrician.

Asistența intranatală trebuie acordată într-un anturaj cât mai aproape de cel casnic cu prezența soțului sau a altor rude. Pentru acordarea asistenței adecvate pe parcursul nașterii sunt necesare date despre evoluția gravidității în perioada prenatală care sunt obținute din fișa de evidență a gravidei. În această fișă de evidență sunt sumate datele referitor la anamneza obstetricală, medicală și prenatală, în special informațiile ce țin de numărul de nașteri precedente, data ultimii menstruații, factorii de risc eventuali și relevările clinice prenatale. Practica utilizării fișelor ambulatorii de evidență (purtate de femeia gravidă) este preferențială colectării datelor necesare din fișele de observație din clinicile prenatale deoarece în acestea pot să nu fie incluse investigațiile și asistența acordată de alți furnizori de asistență medicală, spre exemplu de către medicii de urgență sau cei particulari.

După cum s-a menționat mai sus, în unele țări, inclusiv în cele cu rate joase ale mortalității materne, este cu succes utilizată practica asistenței nașterilor normale de rutină de către moașele calificate, pe când de competența obstetricienilor ține supravegherea acestora și asistarea nașterilor complicate.

Practica de licențiere a moașelor calificate trebuie introdusă și în Statele Unite aceasta fiind o necesitate determinată de creșterea continuă a necesităților în asistență intranatală și deficitul de obstetricieni. Pentru a se califica ca moașe absolventele colegiilor medicale trebuie să mai facă încă un an de studii (Capitolul 15).

Începând cu studiul lui Evory Kennedy din 1830 monitorizarea intranatală prin auscultație a fătului a devenit o practică standard. La sfârșitul anilor 1950 a devenit accesibilă și pe larg răspândită monitorizarea electronică a fătului, oferind beneficii atât pentru părinți, cât și fiind de ajutor personalului medical extrem de ocupat. Maternitățile din cadrul spitalelor trebuie să fie „binevoitoare față de mamă, familie și copil”, moașele și personalul medical asigurând nașterea într-o atmosferă cât mai apropiată de cea casnică.

Asistența anesteziologică și pediatrică poate fi necesară în nașteri normale de rutină și este absolut necesară în cazurile de risc major. Prezența medicului (neonatologului) în timpul nașterii asigură asistența imediată a copilului nou-născut în special când acesta este cu deficit de greutate, detresă respiratorie sau alte complicații intranatale. În țările cu o mortalitate infantilă totală joasă, mortalitatea neonatală ocupă primul loc în structura deceselor sugarilor. Pentru reducerea în continuare a mortalității infantile trebuie atrasă o atenție deosebită acestei perioade de risc major când poate fi necesară resuscitarea sau alte măsuri urgente salvatorii.

În Statele Unite recent s-a observat o tendință de trecere de la nașterile în spitale la cele la domiciliu asistate de moașe calificate și securizate de servicii obstetricale speciale. În Marea Britanie nașterile la domiciliu sunt într-o continuă descreștere cu majorarea numărului de secții obstetricale în cadrul spitalelor generale. Nașterea la domiciliu poate fi o alternativă a nașterii în spital doar în sarcinile cu risc redus și doar cu condiția asistenței profesionale calificate protejate de echipe obstetricale de urgență capabile în câteva minute să abordeze complicațiile care pot surveni în orice naștere. Această tendință se poate solda cu creșterea mortalității materne și infantile. Nașterea în

maternitățile care nu intră în componența spitalelor generale reprezintă o alternativă a nașterilor în secțiile obstetricale din cadrul spitalelor generale, dar care trebuie evitată în țările dezvoltate. Casele de nașteri și maternitățile extraspitalicești sunt private de complexitatea de servicii medicale fapt ce compromite posibilitatea intervenirii de urgență în caz de complicații intranatale neprevăzute.

Locul și metoda de asistare a nașterilor poate varia în limite largi, dar în alegerea acestora trebuie luate în considerație nu doar dorințele femeii gravide, ci preponderent securitatea mamei și a copilului. Mamele de risc major, inclusiv toate primiparele, trebuie să nască în mod obligator în spital.

### **Inițiativele maternității fără risc**

Maternitatea fără risc reprezintă o inițiativă a Națiunilor Unite lansată în 1987 cu scop de asigurare a securității gravidelor, parturientelor, lăuzelor și a copiilor nou-născuți. În fiecare an sute de mii de femei decedază sau suferă de complicațiile grave pre- și intranatale. Conceptul maternității fără risc a evoluat la început prin promovarea nutriției adecvate și a modului sănătos de viață. Apoi a continuat cu planificarea sarcinii, asistența prenatală, prevenirea complicațiilor eventuale și tratamentul lor precoce și eficient. Maternitatea fără risc presupune nașterea unui copil sănătos la termen, adecvat asistată, dar fără careva intervenții inutile și asigurarea ambianței postnatale sănătoase care corespunde aspirațiilor fizice și emoționale ale mamei, sugarului și familiei. Aceasta necesită o colaborare strânsă între diferite servicii naționale, familiale, educaționale, de asistență medico-sanitară, precum și între diverse grupuri comunitare. Maternitatea fără risc reprezintă o investiție fizică, emoțională, socială și economică de lungă durată în prosperitatea femeii, copilului și a familiei sale și în ultimă instanță în prosperitatea națiunii.

În prezent nașterile la domiciliu sunt o practică răspândită în țările în curs de dezvoltare. Aceste nașteri rămân neasistate sau sunt asistate de moașe tradiționale (TBA). În cazul în care nu există o altă alternativă de asistare a

nașterilor autoritățile sanitare publice trebuie să perfecționeze și să supravegheze activitatea moașelor tradiționale. O atenție specială trebuie acordată măsurilor igienice, prevenirii tetanosului, identificării și îndreptării în clinică a cazurilor de risc major. Organizația Mondială a Sănătății promovează o politică de integrare a TBA în sistemele sanitare ale țărilor în curs de dezvoltare. Stabilirea standardelor și supravegherea activității TBA este de o importanță vitală pentru reducerea mortalității materne și infantile în țările în curs de dezvoltare. Primiparele, precum și gravidele de risc major inclusiv multiparele majore, femeile mai în vârstă de 35 de ani, cu sarcini multiple, asistate prenatal tardiv, cu anamneză obstetricală compromisă, semne de malnutriție sau boli cronice trebuie obligator îndreptate pentru naștere la spitalele districtuale.

Agențiile de sănătate publică sunt responsabile pentru asigurarea nașterilor anume în spitale și nu la domiciliu și pentru asigurarea acestor spitale cu personal calificat. Totodată ține de competența lor acoperirea cu asistență prenatală a tuturor femeilor gravide din populație. Spitalele districtuale trebuie să fie echipate cu tot necesarul pentru acordarea ajutorului în stările obstetricale și neonatale de urgență, inclusiv cu echipament chirurgical, anesteziologic, bancă de sânge, personal calificat în efectuarea măsurilor de resuscitare și facilități de primire a nașterilor normale sau prin cezariană. Oricare asistență medico-sanitară indiferent de locul acordării (spitalele comunitare sau districtuale, TBA) trebuie să fie adecvat documentată prin intermediul sistemelor de documentare medicală elaborate și implementate de către organele sanitare publice.

În competența centrelor obstetricale comunitare și districtuale trebuie să intre evaluarea riscului și asistența prenatală, precum și colaborarea cu supravegherea activității TBA. Maternitățile comunitare trebuie echipate și completate cu personal calificat pentru a fi capabile să primească nașterile normale și să efectueze avorturile medicale, precum și să rezolve situațiile urgente legate cu sarcina și nașterea cum ar fi preeclampsia, hemoragia și

necesitatea înlăturării manuale a placentei. TBA trebuie instruite referitor la organizarea evacuării mamelor de risc major și copiilor spre spitalele districtuale. Este necesară o supraveghere permanentă a activității TBA din partea moașelor profesionale sau asistentelor medicale, care trebuie să viziteze regulat regiunile rurale și să le învețe personal. Autoritățile locale publice trebuie să persecute practica de primire a nașterilor la parturientele de risc major de către TBA cu excepția situațiilor excepționale sau imprevizibile.

Supravegherea TBA include instruirea, stimularea și reglarea activității moașelor tradiționale pentru a atinge standarde practice înalte. Licențierea și reglarea activității furnizorilor de asistență medico-sanitară și persecutarea celor ce practică fără licență sau nu respectă standardele existente ține de competența autorităților sanitare. Pentru a frecventa cursurile de perfecționare TBA pot fi stimulate prin oferirea gratis a echipamentului și consumabilelor. TBA trebuie impuse să ducă o evidență a nașterilor, detaliile principale referitor la exodul sarcinii fiind înregistrate într-un registru special. Dacă acestea sunt analfabete, trebuie cerută angajarea la lucru a unei persoane cărturare pentru a duce această evidență. Programele de instruire a TBA trebuie să includă tematici referitoare la semnele periculoase prenatale și intranatale, igiena nașterii, resuscitarea neonatală și îngrijirea sugarului și situațiile de risc. TBA trebuie instruite și în domeniul STD, HIV, referitor la anemii, deficiențele de iod și riscurile medicale și obstetricale.

### **Îngrijirea nou-născutului**

Nou-născutul este o ființă umană total dependentă și vulnerabilă pentru o mulțime de factori nocivi care pot afecta creșterea și dezvoltarea lui. Această dependență începe cu mult înainte de concepere și continuă pe parcursul perioadei pre- și intranatale, până la atingerea vârstei de 1 an. Scopul asistenței nou-născutului constă în asigurarea respirației de sine stătătoare imediat după naștere, precum și a regimului adecvat de temperatură și a alăptării cuvenite la sân. Declinul dramatic al mortalității infantile din ultimele secole a indicat



potențialul evitării prin măsuri adecvate a multor situații de risc din perioada postnatală.

Rata de supraviețuire a nou-născuților este direct dependentă de masa corporală la naștere. Nou-născuții cu masa sub 2500 gr (5 pounds și 8 uncii) sunt considerați cu deficit de masă corporală, cei cu greutatea la naștere între 2500-4000 g (5 pounds 8 uncii – 8 pounds 13 uncii) sunt considerați cu masă normală. În țările dezvoltate rata nașterilor de copii cu deficit de masă corporală este de 7%, iar în țările în curs de dezvoltare de peste 10%. Copiii născuți cu masa corporală sub 1500 g (3 pounds 5 uncii) sunt considerați cu deficit sever de greutate și cei cu masa de sub 1000 de g (2 pounds 3 uncii) cu deficit ultrasever au rate de supraviețuire foarte joase și frecvent suferă de stări patologice care provoacă handicap fizic sau mental. Scopul major al asistenței prenatale constă în asigurarea continuității sarcinii cel puțin până la 36 de săptămâni, a nașterii fătului cât se poate de matur și dezvoltat pentru a majora șansa de supraviețuire a nou-născutului. Pentru a reduce factorul nașterilor multiple, termenul de deficit de masă corporală la naștere frecvent este utilizat doar pentru nașterile unice.

Nou-născutul necesită acordarea unei asistențe de cea mai bună calitate. Pentru aceasta este necesară o evaluare imediată și, în caz de necesitate, efectuarea măsurilor de resuscitare urgentă sau a altor intervenții. Scorul Apgar, introdus de Virginia Apgar la începutul anilor 1950, reprezintă o metodă standard importantă de evaluare a nou-născutului și a necesităților lui în investigații și terapie intensivă (Tabelul 6.6). Scorul mai mic de 6 la naștere poate fi o indicație pentru resuscitare și un motiv de atenție specială, iar scorul mic la peste 2 minute de la naștere indică un nou-născut de risc.

În regiunile unde este răspândită practica de naștere la domiciliu asistența prenatală trebuie să includă precăutarea metodelor de transportare a nou-născutului cu probleme într-un centru de asistență neonatală. Depistarea precoce a problemelor și intervenirea neîntârziată întru rezolvarea lor reduce morbiditatea și mortalitatea nou-născuților.

Toți nou-născuții trebuie să beneficieze de o asistență profesională calificată inclusiv de măsuri de resuscitare în caz de nevoie și de profilaxie de rutină a oftalmiei gonoreice. 20% din nou-născuți au un nivel scăzut de protrombină – un factor de coagulare și pot dezvolta boala hemoragică a nou-născutului (HDN) care se manifestă prin hemoragii periculoase sau chiar fatale. Pentru prevenirea bolii hemoragice a nou-născutului se practică administrarea de rutină a vitaminei K efectuată pe cale per orală sau prin injectare.

TABELUL 6.6. Scorul Apgar.

Semnul	Scorul		
	0	1	2+
Frecvența bătăilor cardiace (bătăi pe minut)	Absent	Bradycardie (<100)	100+
Respirația / hipoventilația	Absent	Țipăt slab	Țipăt puternic
Tonusul muscular / mișcările	Slabe	Puține reflexe	Activ
Răspunsul la iritare	Nu răspunde	Grimasă	Tuse sau strănut
Culoarea tegumentelor	Cianotice sau pale	Corp roșu și extremități cianotice	Complet roșu

Sursa: Kendig, 1992.

Procesul de evaluare a riscului pentru nou-născut include testarea mamei la infecția HIV și depistarea semnelor de abuz de droguri sau alcool. Atâta timp cât asistența nou-născutului face parte din practica clinică, stabilirea normelor și organizarea cursurilor de instruire necesare pentru menținerea standardelor înalte de îngrijire a copilului nou-născut țin de responsabilitatea agențiilor moderne de sănătate publică.

*Anexa 6.1. Standardele recomandate pentru îngrijirea de rutină a nou-născutului: Academia Americană de Pediatrie.*

1. Resuscitarea la necesitate a nou-născutului efectuată de personal calificat și accesibilă pentru toate nașterile de risc; transferarea copilului la necesitate în secția de neonatologie.
2. Aspirația din cavitatea bucală și nazală și restabilirea permeabilității căilor respiratorii.
3. Toaleta, încălzirea și înfășurarea nou-născutului; se înmânează mamei.
4. Stimularea nou-născutului prin frecarea spatelui și tălpilor.
5. Administrarea prin mască a oxigenului cu ajutorul sacului Ambu, la necesitate: examinarea cutiei torace referitor la ventilarea adecvată.
6. Calcularea scorului Apgar după 1-ul și al 2-lea minut de la naștere.

7. *Calcularea scorului Apgar în minutul al 5-lea de la naștere.*
8. *Dacă sunt necesare măsuri de resuscitare în continuare, calcularea scorului Apgar la intervale mai mari de timp.*
9. *Stabilirea relațiilor mamă – nou-născut și inițierea alimentației cu lapte matern prin aplicarea cât mai rapidă a nou-născutului la sân.*
10. *Administrarea profilactică a vitaminei K pentru prevenirea bolii hemoragice a nou-născutului.*
11. *Îngrijirea ochilor prin aplicarea picăturilor oftalmice cu antibiotice pentru a preveni oftalmia gonoreică sau cu hlamidii.*
12. *Luarea probelor de sânge ombelical pentru examenul serologic.*
13. *Secționarea cordonului ombelical și legarea acestuia aplicând local un remediu antiseptic sau antibiotic.*
14. *Administrarea vaccinului contra hepatitei B, prima doză din cele trei.*
15. *Nou-născutul trebuie înfășurat liber și nu strâns.*
16. *Nou-născutul trebuie să stea cu mama (într-o cameră).*
17. *Trebuie încurajate vizitele de către tata și participarea la îngrijirea copilului.*
18. *Promovarea și stimularea alimentației cu lapte matern.*
19. *Examinarea completă a nou-născutului de către pediatru sau medicul de familie;*
20. *Sunt binevenite vizitele fraților și surorilor.*

Sursa: Kendig, 1992; American Academy of Pediatrics / American College of Obstetrics and Gynecology. 1992. Guidelines for Prenatal Care. Third Edition. Washington, DC: ACOG, and Elk Grove Village, IL: AAP.

Examinarea completă a nou-născutului de către pediatru permite depistarea malformațiilor congenitale și aprecierea dezvoltării copilului ceea ce joacă un rol important în îngrijirea lui ulterioară. În cadrul acestei examinări trebuie apreciați parametrii antropometrici ai nou-născutului cum ar fi talia, circumferința capului, masa la naștere, precum și nivelul de maturitate, gradul de manifestare a icterului; rezultatele trebuie înregistrate. Examinarea include de asemenea evaluarea sistemelor cardiovascular și nervos. Screening-ul pentru depistarea anomaliilor sau bolilor congenitale cum ar fi viciile cardiace congenitale, sindromul Down, displazia de șold (CDH), piciorul strâmb congenital, criptorhismul, fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismul, anemiile hemolitice (talasemia și cea falciformă), galactozemia și alte fermentopatii care se pot manifesta la această vârstă, permite depistarea semnelor suspecte și

urmărirea obligatorie a lor. Diagnosticul precoce al unei malformații congenitale permite instituirea unui tratament timpuriu frecvent eficient.

Instituirea alimentării cu lapte matern este un eveniment benefic atât pentru copil, cât și pentru mamă și trebuie încurajată de tot personalul medical. Aceasta este important pentru stabilirea relațiilor mamă-copil și pentru dezvoltarea optimală a copilului. Această alimentare trebuie continuată cel puțin jumătate de an și mai mult în cazul în care este suplimentată cu alimente solide. Alimentarea cu lapte matern este discutată în compartimentul „Nutriția” (Capitolul 8) și în compartimentul „Globalizarea sănătății” (Capitolul 16).

### **Asistența în perioada puerperală**

Perioada puerperală durează 6 – 8 săptămâni începând cu detașarea placentei și terminându-se în momentul reluării ovulației normale. La o mamă care alăptează această perioadă poate fi mai îndelungată datorită efectului lactației asupra balanței hormonale a organismului. În această perioadă importantă are loc recuperarea fiziologică și psihologică a mamei și copilului, ultimul adaptându-se definitiv la viața extrauterină. Supravegherea atentă a mamei și copilului în această perioadă permite prevenirea complicațiilor și asigurarea unei sănătăți optime pentru ambii.

Atitudinea curativă imediat după naștere este axată pe asigurarea expulzării complete a placentei, obținerii contracției uterine, stoparea hemoragiei și contracararea eventualei flebite. Examinarea de bază a mamei include examinarea glandelor mamare, determinarea prezenței sau lipsei rupturilor sau infecției de col uterin sau perineale și testul la hemoglobină. Managementul oricărei probleme apărute se va efectua în cadrul asistenței acordate. Mama trebuie informată referitor la mai multe subiecte importante cum ar fi alimentarea cu lapte matern, alimentarea proprie, planificarea nașterii următoare și măsurile de control a natalității. Ea trebuie de asemenea asigurată cu orice suport sau consultație de care are nevoie pentru a înfrunta depresia postnatală care poate deveni o tulburare epuizantă.

Revenirea mamei de la graviditate și naștere trebuie să fie orientată asupra recuperării puterilor și reluării cât mai precoce a vieții familiale normale. Depresia postnatală este o stare frecvent întâlnită și poate necesita adresare la medic. Dorința de a pierde rapid din greutate poate veni în contradicție cu cerințele nutriționale ale mamei, care sunt majorate în caz de alimentare cu lapte matern. În perioada puerperală trebuie continuată suplimentarea cu fier pentru a restitui pierderile din timpul gravidității și nașterii și a celor prin alimentarea sugarului cu lapte matern. La necesitate, pentru prevenirea Rh – conflictului viitor posibil dintre mamă și făt trebuie administrată mamei imunoglobulina Rh. De asemenea, la necesitate poate fi efectuată imunizarea antirujeolică a mamei pentru a preveni dezvoltarea în viitor a sindromului rubeolic congenital (vezi Capitolul 4).

Asistența postnatală trebuie să includă vizita la domiciliu de către o asistentă sanitară publică pentru evaluarea și asistarea adaptării mamei și sugarului la viața acasă. Examinarea completă spre finele perioadei puerperale este o prima posibilitate de evaluare completă a sugarului după externarea din spital. Principalele preocupări referitor la nou-născutul total dependent în această perioadă țin de alimentarea cu lapte matern și relația mamă-copil, igiena copilului, adaosul în greutate, suplimentarea cu vitamine, imunizare, acceptarea în familie. Primele vaccinări contra hepatitei B, BCG (unde se utilizează) și poliomielitei trebuie efectuate cât mai repede posibil după naștere. Copiii născuți la domiciliu trebuie evaluați, cântăriți, suplimentați cu vitamina K, imunizați și testați prin screening de rutină în timpul vizitelor la domiciliu. În cadrul acestor vizite trebuie consultată mama referitor la problemele alimentării cu lapte matern și îngrijirii sugarului.

Consultarea mamei de către furnizorul de asistență medico-sanitară este foarte importantă indiferent de faptul dacă femeia este primipară sau multipară. În cadrul consultațiilor trebuie discutate problemele planificării familiei și a sarcinilor ulterioare. În această perioadă mamele necesită un suport consultativ pentru a reduce anxietatea și a aborda multiplele probleme legate de sănătatea

mamei și copilului. În programele de învățământ medical în domeniul asistenței intra- și postnatale trebuie accentuat acest rol al furnizorilor de asistență medico-sanitară care este nu mai puțin important decât deprinderile profesionale de conduită a nașterii și de asistență neonatală imediată.

## AFEȚIUNILE GENETICE ȘI CONGENITALE

Anual pe glob decedează 8000 sugari și alți 150.000 se nasc cu malformații congenitale, impactul economic al acestora constituind 8 miliarde dolari SUA anual. Din acest motiv prevenția și managementul malformațiilor congenitale și al afecțiunilor genetice reprezintă o problemă majoră de preocupare a sănătății publice. Această necesitate este determinată nu numai de prevalența înaltă a acestor afecțiuni în multe populații, ci și de impactul enorm financiar și social al acestora asupra familiei și comunității. În ultimul timp afecțiunile genetice devin mai curabile și evitabile. Odată cu dezvoltarea rapidă a tehnicilor de inginerie genetică crește importanța screening-ului, educației comunitare și a consultațiilor individuale genetice.

Măsurile de prevenție a afecțiunilor genetice includ screening-ul pentru depistarea bolilor genetice, malformațiilor congenitale, incompatibilității după Rh-factor, precum și măsuri educative, suplimentarea cu acid folic înaintea și în timpul sarcinii, reducerea expunerii la agenții teratogeni la domiciliu, la lucru sau în comunitate și prevenția unor infecții specifice în perioada de gestație. Prevenția incompatibilității după Rh-factor este în funcție de screening-ul gravidelor și managementul adecvat al cazurilor posibile de incompatibilitate. Screening-ul pentru depistarea unor astfel de malformații congenitale cum ar fi fenilcetonuria (PKU) și hipotiroidismul trebuie urmat de confirmarea prin laborator a cazurilor suspectate și managementul adecvat al lor în conformitate cu standardele terapeutice în vigoare. Alte malformații congenitale cum ar fi displazia congenitală de șold care poate apărea la 50 din 1000 de noi-născuți, precum și cataracta congenitală pot fi depistate la examinarea clinică atentă a

nou-născutului. Testul la acuitatea auditivă poate fi efectuat la vârsta de 3 luni. Cazurile depistate trebuie îndreptate în clinicele pediatrie specializate.

#### *Anexa 6.2. Prevenirea malformațiilor congenitale.*

##### *1. Măsurile preventive comunitare orientate:*

- a. Iodarea sării pentru a preveni leziunile congenitale cerebrale determinate de deficiența de iod;*
- b. Fortificarea cu acid folic și fluor pentru prevenirea defectelor tubului neural;*
- c. Imunizarea contra rubeolei înainte de graviditate pentru prevenirea sindromului rubeolic congenital;*
- d. Tratatamentul STD pentru prevenirea sifilisului congenital, infecției gonococice, cu citomegalovirus (CMV) și a infecției HIV;*
- e. Imunizarea contra hepatitei B pentru prevenirea transmiterii de la mamă la făt;*

##### *2. Prevenția prenatală:*

- a. Sistarea fumatului, consumului de alcool, de droguri pentru prevenirea leziunilor fetale;*
- b. Consultarea până la sarcină și în perioada de gestație referitor la nutriție pentru a promova o dezvoltare optimală a fătului;*
- c. Consultația genetică a părinților cu risc (spre exemplu, a cuplurilor consangvine);*
- d. Evitarea medicațiilor inutile;*
- e. Suplimentarea cu fier, acid folic și multivitamine (și cu iod în cazul în care sarea nu este iodată);*
- f. Evaluarea riscului prin îndreptarea în clinici specializate a gravidelor de risc major;*
- g. Inițierea protocolului asistenței prenatale în primul trimestru;*
- h. Testarea preprandială a nivelului glucozei în sânge pentru depistarea diabetului de gestație;*
- i. Managementul adecvat al bolilor cronice (spre exemplu, al diabetului zaharat sau bolii cardiace) înainte de și în timpul sarcinii;*
- j. Prevenirea expunerii la agenți teratogeni înainte de și în timpul sarcinii (spre exemplu, la agenți anestezici);*
- k. Prevenirea expunerii la plumb și ingestiei de mercur;*
- l. Efectuarea testelor la hemoglobină, Rh-factor, testului Coombs (antiglobulinic), analizei urinei;*
- m. Verificarea adaosului adecvat în greutate (11-14 kg);*
- n. Efectuarea ultrasonografiei în caz de suspectare a sarcinii multiple, a anomaliilor structurale sau de situare a placentei;*
- o. Monitorizarea fătului, dimensiunilor, poziției și bătăilor cardiace;*
- p. Nașterea sigură cu sedatie minimală și resuscitare precoce pentru a preveni afecțiunile cerebrale intranatale.*

Sursa: U.S. Preventive Services Task Force, 1996.

Șirul afecțiunilor congenitale este lung și include anomaliile cromozomiale și de dezvoltare precum și afecțiunile congenitale metabolice, hematologice, musculo-scheletale, cardiovasculare și neurologice. Afecțiunile genetice sunt transmise prin intermediul cromozomilor aberanți de la unul sau ambii părinți. Genele dominante sunt acelea care cauzează boala genetică la heterozigoți - persoane care au două gene identice una din care este normală, iar alta aberantă. În cazul în care este afectat doar un părinte există o probabilitate de 50% de afectare a descendentului. Dacă gena este recesivă boala la urmași poate fi provocată doar în cazul în care ambii părinți sunt purtători de ea. Fiecare copil are o șansă de 25% de a fi afectat, de 50% de a deveni purtător de această genă și de 25% de a rămâne neafectat. În cazul în care doar un părinte este purtător al genei homozigote boala nu devine manifestă chiar dacă copilul devine purtător.

*Boala hemolitică a nou-născutului (incompatibilitatea după Rh-factor).*

Boala hemolitică a nou-născutului este o afecțiune gravă în care are loc distrugerea eritrocitelor nou-născutului datorită incompatibilității între sângele fetal și matern. Această afecțiune apare în cazul în care mama este Rh-negativă, iar fătul Rh-pozitiv (caracter moștenit de la tata). Pe parcursul perioadei de gestație eritrocitele fetale pot trece ocazional bariera feto-placentară și se pot amesteca cu sângele mamei fapt ce duce la elaborarea de către organismul matern a anticorpilor contra hematiilor fetale. Acești anticorpi afectează preponderent sarcinile subsecvente, cauzând hemoliză, anemie, icter hemolitic, encefalopatie bilirubinică și decesul fătului. Boala hemolitică a nou-născutului reprezintă o cauză majoră de mortalitate intrauterină și neonatală. În anii 1970 în practică a fost introdusă anti-D imunoglobulina. Aceasta este administrată femeilor Rh-negative după nașterea fătului Rh-pozitiv pentru a preveni elaborarea de către organismul mamei a anticorpilor care pot afecta sarcina



ulterioară. Tratatamentul cu anti-D imunoglobulină va contribui la eliminarea acestei afecțiuni constituind încă o victorie importantă a asistenței preventive.

*Defectele de tub neural.* Defectele de tub neural (NTD) reprezintă defecte ale tubului neural primar care este precursorul creierului și măduvei spinării. Acest grup de malformații include un șir de anomalii inclusiv anencefalia – afecțiune aberantă severă a sistemului nervos central care de obicei se soldează cu decesul în câteva ore după naștere, spina bifida – defect vicios de închidere a coloanei vertebrale în embriogeneză. Gradul de severitate al NTD variază în limite largi, dar multe din ele necesită tratament chirurgical și asistență medicală de lungă durată. În America de Nord NTD apare la 2 din 1000 de nașteri, dar incidența acestora se află în descreștere grație screening-ului în perioada de gestație și măsurilor de prevenție primară prin intermediul suplimentării cu acid folic înainte de și în trimestrul I al sarcinii. Screening-ul gravidelor pentru depistarea defectelor de tub neural a devenit posibil la începutul anilor 1970 când au apărut tehnicile de amniocenteză și de testare a lichidului amniotic mai târziu fiind fortificat de posibilitatea determinării  $\alpha$ -proteinelor sangvine. Examenul ultrasonografic este de asemenea util în identificarea NTD.

Pe parcursul anilor 1980 cercetătorii britanici au demonstrat că administrarea acidului folic înainte de graviditate reduce considerabil șansa de apariție a anomaliilor de dezvoltare. Totodată credibilitatea asistenței înainte de naștere este încă joasă astfel încât doar 30% din viitoarele mame beneficiază de ea. Din acest motiv în anul 1996 cu scop de prevenție primară a malformațiilor congenitale Departamentul de Control al Calității Produselor Alimentare și Medicamentoase (FDA) al Statelor Unite a adoptat îmbogățirea cu acid folic a pâinii. Această practică utilă este preconizată pentru adoptare și în Canada și Marea Britanie, precum și în alte țări. În aprilie 1998 cu scop de fortificare a practicii existente de îmbogățire a pâinii cu acid folic, FDA și CDC au recomandat suplimentarea înainte de sarcină și în timpul acesteia cu acid folic,

câte 400 µg/zi (vezi Capitolul 8). În Statele Unite pentru reducerea numărului anual substanțial de nașteri cu NTD – 3000 de copii, CDC preconizează introducerea practicii de suplimentare cu acid folic a femeilor de vârstă fertilă.

*Paralizia cerebrală.* Paralizia cerebrală (CP) reprezintă un grup de afecțiuni neurologice care apar cu o frecvență de 1 la 400 de nașteri și rezultă în deficiență motorie. Pot fi asociate cu retard mental, convulsii, spasticitate motorie sau probleme senzoriale. CP afectează mai frecvent nou-născuții cu deficit de greutate (<2500 g) și în special pe cei cu deficit sever de greutate (<1500 g), precum și nou-născuții cu hemoragii intracraniene, incompatibilitate de Rh-factor, traumă intrauterină și intranatală, mama cărora în timpul sarcinii a fost expusă la metale grele cum ar fi mercurul etc. Aproximativ 20% din cazurile de CP sunt datorate hipoxiei intrauterine a fătului. Măsurile preventive includ reducerea ratei nou-născuților cu deficit de masă corporală prin îmbunătățirea nutriției mamei, sistarea fumatului în timpul sarcinii, îmbunătățirea asistenței prenatale și intranatale, administrarea vitaminei K după naștere și reducerea numărului traumelor sugarilor. Asistarea nașterilor de către moașe profesionale calificate reduce riscul CP. Măsurile de prevenție sunt limitate din cauza lipsei datelor despre multiplii factori cauzali.

*Retardul mental.* Retardul mental sever (coeficientul de inteligență sau IQ mai mic de 50) apare la 3-5 din 1000 de nou-născuți. Retardul mental poate fi legat de acțiunea factorilor prenatali și este frecvent asociat cu CP și convulsii. Peste o treime de cazuri de retard mental sunt datorate aberațiilor cromozomiale. Diagnosticul adecvat prenatal, utilizarea pe larg a tehnicii de amniocenteză la femeile în vârstă de peste 35 de ani, precum și întreruperea sarcinilor afectate a contribuit semnificativ la reducerea acestei afecțiuni grave. Retardul mental sever poate apărea și în fenilcetonurie, sindromul rubeolic congenital, hipotiroidismul congenital și infecțiile materne cu toxoplazmoză și citomegalovirus. Astfel de complicații ale sarcinii cum ar fi toxicoza, infecțiile

tractului urinar și anemia majorează riscul retardului mental. Retardul mental moderat (IQ de 50-70) poate fi cauzat atât de factori perinatali, cât și postnatali inclusiv deficitul de greutate la naștere sau asfixia intranatală. Măsurile de prevenție includ asigurarea unei asistențe prenatale, perinatale și postnatale bine organizate.

*Sindromul Down.* Sindromul Down reprezintă o afecțiune genetică relativ frecvent întâlnită care în Statele Unite apare cu frecvența de 1 nou-născut la 650 de nașteri de feți vii. Riscul sindromului Down crește exponențial odată cu vârsta mamei. La mamele de peste 40 de ani acest sindrom apare la 1 din 40 de nașteri. În pofida faptului că această afecțiune este caracteristică mai mult pentru copiii născuți de la mame în vârstă, majoritatea cazurilor de sindrom Down sunt printre copiii mamelor tinere. În țările dezvoltate sindromul Down este cauza cea mai frecventă a retardului mental. În cazurile de risc este efectuat screening-ul prenatal prin amniocenteză, coriocenteză și examinarea sângelui fetal, ceea ce permite depistarea afecțiunii și întreruperea sarcinii la nevoie. Coriocenteza poate fi efectuată și în trimestrul întâi de graviditate, pe când amniocenteza doar în trimestrul doi. Coriocenteza este însăși asociată cu dezvoltarea anomaliilor minore de dezvoltare și utilitatea acesteia în prezent este revizuită. Femeile gravide mai în vârstă de 35 de ani trebuie supuse acestui screening cât mai precoce. Evaluarea markerilor biochimici, fiind miniinvazivă, majorează substanțial potențialul acestor cercetări. În anii 1960-1978 în Statele Unite incidența cazurilor de sindrom Down a scăzut cu 50%, fapt datorat probabil reducerii fertilității printre femeile în vârstă, răspândirii practicilor de control a natalității și screening prenatal.

Sindromul Down se poate manifesta prin retard mental, vicii cardiace congenitale și obstrucție gastrointestinală. În prezent majoritatea pacienților cu sindrom Down supraviețuiesc până la vârsta de 30 de ani, jumătate din ei atingând vârsta de 50 de ani. Costul asistenței instituționale pe parcursul întregii vieți constituie 300.000 dolari SUA, din acest motiv accentul a fost plasat pe

integrarea acestor persoane în comunitate. Educația și instruirea acestor copii este o importantă problemă sanitară publică și socială. Însușind deprinderi profesionale și de autoîngrijire multe din aceste persoane sunt capabile să ducă o viață independentă sau în grupuri în cadrul comunității. Durata vieții persoanelor cu sindrom Down integrate în societate este mai lungă, iar calitatea ei mai bună decât a bolnavilor instituționalizați.

*Fibroza chistică.* Fibroza chistică (CF) este cea mai răspândită afecțiune genetică letală printre populația albă din Statele Unite fiind prezentă la 1 din 3500 de nord-americani descendenți ai nord-europenilor. În populația de afro-americani frecvența acesteia este de 1:14.000, iar în populația latino-americană de 1:11.500. Boala reprezintă o afecțiune genetică recesivă. Această genă este prezentă la 5% din populația albă și 2% din populația afro-americană a Statelor Unite. La homozigoți boala devine manifestă și se caracterizează prin secreția unui mucus vâcos în plămâni, intestin și de alte glande.

Manifestările clinice sunt condiționate de dezvoltarea bronhopneumopatiei cronice obstructive, a infecțiilor repetate și de distrucția țesutului pulmonar. Aceasta duce la spitalizări frecvente și deces chiar și în cazul unei asistențe medico-sanitare de cea mai bună calitate. În ultimul timp durata de supraviețuire a crescut mult de la 20 de ani în 1970 la 30 de ani în 1994. Screening-ul prenatal pentru depistarea fibrozei chistice se face prin intermediul coriocentezei și amniocentezei. Screening-ul gravidelor care au născut copii cu CF permite evitarea apariției copilului al doilea cu aceeași afecțiune. Totodată screening-ul în masă al populației generale în prezent este irealizabil. Diagnosticul precoce, sprijinul și educația părinților poate majora semnificativ durata vieții persoanei afectate și îmbunătăți considerabil calitatea ei. Tratamentul este complex, costisitor și multidisciplinar. În următorii ani pot deveni accesibile tehnicile de inginerie genetică prin intermediul cărora va fi posibilă îmbunătățirea managementului cazurilor de CF.

*Anemia falciformă.* Anemia falciformă reprezintă o aminoacidopatie a eritrocitelor care în Statele Unite afectează fiecare al 400-lea nou-născut din populația de afro-americieni. Este cu mult mai răspândită în Africa unde aceasta poate avea un efect de protecție contra paraziților malariei. Boala este cauzată de o genă recesivă care afectează structura hemoglobinei. La persoanele purtătoare are frecvent o evoluție benignă, dar pot apărea dureri periodice determinate de obturarea vaselor sangvine de calibru mic. Simptomele clinice apar în jumătatea a doua a primului an de viață. Pacientul dezvoltă o anemie moderată cu o susceptibilitate progresivă la infecții bacteriene (meningite, pneumonii, septicemie) și retard de dezvoltare. Screening-ul nou-născuților pentru depistarea anemiei falciforme a fost recomandat în Statele Unite încă în 1972, dar în practică este utilizat insuficient (screening-ul este efectuat selectiv, în 20 de state fiind examinați doar 57% din nou-născuții din populația de afro-americieni). Unul din obiectivele sanitare ale Statelor Unite preconizate pentru realizare către anul 2000 este și obținerea unei acoperiri a populației de 95% cu acest screening. Identificarea cazurilor de purtător este importantă prin faptul că permite asigurarea asistenței adecvate în crize, utilizarea profilactică a penicilinei pentru prevenirea infecțiilor și imunizarea cu vaccin antigripal și antipneumococic. Purtătorii trebuie consultați de către genetician referitor la problemele căsătoriei și gravidității.

*Talasemia.*  $\beta$ -talasemia reprezintă o tulburare genetică recesivă a structurii hemoglobinei.  $\beta$ -talasemia minoră decurge de obicei asimptomatic.  $\beta$ -talasemia majoră, în stare homozigotă este caracterizată prin anemie hemolitică.  $\beta$ -talasemia majoră de asemenea cunoscută sub denumirea de anemie Cooley sau mediteraneană este larg răspândită în Orientul Mijlociu, Europa de Sud, India de Sud și Asia de Sud-Est. Este o boală letală în ultimă instanță pentru persoanele afectate. Totodată datorită realizărilor terapeutice contemporane inclusiv transfuziilor de sânge, administrării agenților gelatinoși (de legare a fierului pentru excreția acestuia) pentru reducerea nivelului sangvin de fier și

prevenirii hemocromatozei, durata de supraviețuire s-a majorat până la 30 de ani.

După aprecierile WHO în anul 1995 pe glob de talasemie și anemie falciformă au decedat 240.000 persoane, au apărut 290.000 de cazuri noi și în total erau afectate 2,32 milioane persoane. Tulburările de structură ale hemoglobinei sunt larg răspândite, fiind originare din regiunile mediterane, talasemia răspândindu-se în Asia de Sud-Est, iar anemia falciformă în țările Africii subsahariene. Datorită migrării populațiilor în prezent aceste afecțiuni sunt răspândite pretutindeni, 10% din populația Statelor Unite fiind expusă riscului pentru aceste maladii.

Prevenția eficientă a talasemiei este una din realizările genetice ale sănătății publice. Măsurile de prevenire a acestei boli începute în anii 1970 s-au soldat cu reducerea dramatică a prevalenței și incidenței  $\beta$ -talasemiei majore în Sardinia, Cipru, Grecia, Marea Britanie, Canada și în alte regiuni anterior endemice pentru această maladie. Sceeningul premarital, iluminarea sanitară în cadrul programelor școlare, accesul liber la metodele de screening prenatal, toate acestea fac parte din programul de reducere a incidenței acestei afecțiuni. Organizația Mondială a Sănătății atrage atenția statelor membre asupra importanței sanitare publice a  $\beta$ -talasemiei și recomandă adoptarea programelor eficiente de prevenție.

#### *Anexa 6.3. Eradicarea talasemiei majore în Cipru și Sardinia.*

*În prezent a fost obținută eradicarea talasemiei majore în fostele regiuni endemice pentru aceasta. În Cipru 14% din populație erau purtători de  $\beta$ -talasemie, iar 1% (1 la 158 de nașteri) din nou-născuți erau bolnavi de această maladie. Datorită inițierii în anii 1970 a programelor de prevenție în prezent cazurile noi de  $\beta$ -talasemie în Cipru, Sardinia și Grecia au devenit o raritate. Aceste frumoase rezultate au fost obținute în rezultatul implementării de lungă durată a programului de prevenție care consta în măsuri educative publice, screening-ul pentru depistarea purtătorilor și consultarea persoanelor de risc. Prin intermediul măsurilor de educație comunitară au fost reduse căsătoriile între persoanele purtătoare. În cazul constituirii acestor cupluri era efectuat un screening minuțios al tuturor sarcinilor cu întreruperea celor afectate ceea ce s-a soldat cu o reducere a numărului de nașteri a copiilor cu  $\beta$ -talasemie majoră. Succesul programului preventiv din Cipru a devenit un exemplu de*

*control al afecțiunii genetice prin măsuri de educație sanitară, screening și sprijin comunitar.*

Sursa: Angastiniotis *et al.* 1986. How thalassemia was controlled in Cyprus. *World Health Forum*, 7:291-297.

Screening-ul pentru depistarea anemiilor congenitale trebuie efectuat la naștere și înainte de perioada școlară deoarece acestea pot deveni manifeste după câțiva ani de viață. Purtătorii de gene aberante trebuie să fie informați despre această problemă la vârsta în care aceștia pot să conștientizeze esența restricțiilor vitale necesare. În cazul în care ambii părinți sunt purtători, sarcina trebuie evaluată prin coriocenteză și amniocenteză ceea ce permite aprecierea faptului dacă fătul este afectat sau nu. Atunci când fătul este afectat de  $\beta$ -talasemia majoră este recomandată întreruperea sarcinii, totodată este promițătoare experiența de tratament a noilor cazuri utilizând transplantul de măduvă osoasă. Succesele prevenției primare în reducerea cazurilor noi de talasemie sunt un model care poate fi aplicat și în alte boli genetice cu ar fi anemia falciformă.

*Fenilcetonuria.* Fenilcetonuria (PKU) este o afecțiune metabolică congenitală transmisă printr-o genă recesivă. În America de Nord apare aproximativ la 1 din 12.000 nașteri, în Scoția la 1 din 5000, iar în populația africană la 1 din 300.000. PKU este cauzată de o mutație a DNA care se soldează cu producția inadecvată a enzimei necesare pentru metabolizarea fenilalaninei – un aminoacid. Fătul rămâne neafectat deoarece metabolismul fenilalaninei este asigurat de mamă. În cazul în care enzima necesară lipsește la nou-născut fenilalanina se acumulează în sânge ducând la encefalopatie și retard sever. Dacă este diagnosticată precoce PKU poate fi controlată prin utilizarea dietei speciale cu conținut jos de fenilalanină fără dezvoltarea retardului mental. Screening-ul tuturor nou-născuților pentru depistarea PKU este o practică larg răspândită în țările dezvoltate care reduce substanțial numărul de cazuri care necesită instituționalizare. În țările unde acest screening

este selectiv în primul rând trebuie examinate și testate gravidele care au născut copii cu PKU și nou-născuții lor.

*Hipotiroidismul congenital.* Hipotiroidismul congenital (CH) este o afecțiune congenitală relativ frecvent întâlnită care în populația caucaziană apare la aproximativ 1 nou-născut din 3500-4000 de nașteri de feți vii, printre alte populații variind în limite largi în dependență de statutul genetic și gradul de cosangvinitate de la 1 la 20 de cazuri pentru 10.000 nașteri de feți vii. Această afecțiune genetică cauzează o dezvoltare insuficientă a glandei tiroide care poate fi confundată cu deficiența de iod răspândită în regiunile cu deficit de iod în apă și sol. Tratamentul cu administrarea hormonilor tiroizi previne cazurile de retard mental. Screening-ul nou-născuților pe parcursul a 48 de ore de la naștere permite depistarea cazurilor de CH și instituirea tratamentului și supravegherii de lungă durată.

*Sindromul alcoolic fetal.* Sindromul alcoolic fetal este cauzat de influența toxică transplacentară a alcoolului asupra fătului. Consumul alcoolului până și în timpul sarcinii majorează semnificativ riscurile dezvoltării tulburărilor comportamentale și cognitive. Expunerea cronică a fătului la acțiunea alcoolului, în special în rezultatul consumului lui abuziv (mai mult de cinci pahare la o ocazie) este una din cauzele retardului mental și ale anomaliilor de dezvoltare ale sistemului nervos central la făt. Sindromul alcoolic fetal este complet evitabil, el apare doar atunci când mama consumă alcool.

*Boala Tay-Sachs (degenerescența cerebromaculară).* Boala Tay-Sachs este o afecțiune congenitală metabolică caracterizată prin pierderea progresivă a funcției mentale, pierderea vederii până la vârsta de 6 – 8 luni și decesul până la vârsta de 3-4 ani. Această boală este prezentă la 1 din 2500 de nou-născuți din populația iudaică originară din Europa de Vest. Boala Tay-Sachs poate fi prevenită prin screening-ul premarital sau prenatal al acestor grupuri de risc



major. Screening-ul prenatal prin intermediul amniocentezei sau coriocentezei confirmă diagnosticul. În aceste cazuri este recomandată întreruperea sarcinii. Efectuarea acestor screening-uri reduce incidența acestei afecțiuni grave.

*Deficiența de glucozo-6-fosfat dehidrogenază (G6PD).* Deficiența de G6PD reprezintă o afecțiune metabolică genetică răspândită printre populațiile mediterane, inclusiv printre evreii originari din Africa de Nord sau Orientul Mijlociu, greci, italieni etc. Maladia se manifestă prin episoade de anemie hemolitică datorate unei infecții, reacții la alimente sau medicamente oxidante cum ar fi sulfanilamidele, antipireticele și antimalaricele. Gradul de hemoliză variază în dependență de agent și gradul de deficiență a enzimei. Identificarea cazurilor permite evitarea expunerii pacientului la agenți care induc hemoliza și instituirea promptă a tratamentului în crize.

*Febra familială mediteraneană.* Febra familială mediteraneană reprezintă o afecțiune ereditară recesivă întâlnită printre arabi, armeni, evrei care se manifestă prin febră și dureri toracice, abdominale și articulare. Controlul constă în consultarea genetică.

## SĂNĂTATEA SUGARULUI ȘI COPILULUI

Una din responsabilitățile majore ale sănătății publice tradiționale a fost și rămâne îmbunătățirea stării sănătății copiilor. Acest obiectiv este realizat prin asigurarea îngrijirii copiilor, implementarea măsurilor preventive, acordarea asistenței medico-sanitare în caz de boală și prin măsurile de promovare a sănătății. Pediatria ca specialitate clinică în Statele Unite s-a dezvoltat începând cu Abraham Jacobi care în 1860 în New York a fondat prima clinică de pediatrie urmând exemplul colegilor germani. Primul spital pediatric din Statele Unite a fost deschis în 1895 în Philadelphia și continuă să funcționeze și astăzi.

Recunoscând că femeile și copiii au necesități sanitare diferite de cele ale populației generale, Asociația Medicală Americană a înființat în 1879 o secție specială care aborda aceste necesități, fapt care s-a soldat cu fondarea în 1888 a Societății Pediatriche Americane. Pediatria s-a confirmat ca specialitate aparte de medicina generală ocupându-se preferențial de tratamentul bolilor copiilor și a afecțiunilor congenitale, prevenția bolilor infecțioase și nutriția adecvată a copiilor. Primele practici sanitare publice de îngrijire a copilului în Statele Unite au început odată cu înființarea bucătăriilor de lapte după exemplul din Franța („Gouttes de Lait”) în cartierele sărace ale New York-ului. Apoi aceste practici au evoluat spre organizarea asistenței sanitare publice și a vizitelor la domiciliu.

Primul manual de pediatrie în Statele Unite a fost scris în 1869 de către L.J. Smith, profesor în domeniul bolilor copilului de la Colegiul Medical al Spitalului Bellevue din New York. După acesta în 1896 a ieșit de sub tipar manualul lui Holt *Diseases of Infancy and Childhood (Bolile infantile și ale copilăriei)*. Ultima ediție a acestuia este ediția a nouăsprezecea care este cunoscută sub denumirea de *Rudolph's Pediatrics (Pediatria lui Rudolph)*. În 1913 guvernul federal al Statelor Unite a înființat Biroul pe problemele copiilor care se ocupa de colectarea datelor referitor la mortalitatea maternă și infantilă. Mai târziu acesta s-a transformat în Biroul de Sănătate a Mamei și Copilului, activitatea căruia a fost îmbunătățită prin măsuri legislative de oferire a granturilor statale pentru dezvoltarea serviciilor medico-sanitare pentru mamă și copil. În prezent în fruntea apărării intereselor sanitare ale mamei și copilului în Statele Unite stau Academia Americană de Pediatrie (AAP) și Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie (ACOG) care elaborează recomandări clinice, promovează standarde profesionale înalte în diferite domenii ale sănătății copilului cum ar fi promovarea alimentației cu lapte matern și organizarea screening-urilor pentru depistarea fibrozei chistice.

În contextul larg al sănătății internaționale, sănătatea mamei și copilului are prioritate majoră fiind în special axată pe asistența medico-sanitară primară.

Asistența medio-sanitară primară promovată de Conferința de la Alma-Ata, este axată pe imunizarea sugarilor, controlul bolilor diareice, promovarea alimentației cu lapte matern și a practicilor de nutriție adecvată, precum și pe prevenția stărilor de deficiență. WHO, UNICEF și multe NGO asigură dezvoltarea asistenței medico-sanitare primare în țările în curs de dezvoltare. Reorientarea eforturilor sanitare asupra asistenței primare este o practică benefică pentru țările industrializate, acest fapt fiind oportun din motivul creșterii exagerate a costurilor medicale. La sfârșitul secolului XX în Statele Unite organele sanitare publice se confruntă cu lipsa de asigurare medicală la o parte considerabilă a populației. Inițiativele federale sunt capabile să asigure cu asistență medico-sanitară doar 15% din populația lipsită de asigurare medicală, populația copiilor în Statele Unite fiind de 75 de milioane.

### **Mortalitatea infantilă și fetală**

După definiția Organizației Mondiale a Sănătății și a Centrului Național de Statistică Sanitară nașterea de făt viu reprezintă expulzarea sau extragerea completă din uter a produsului de concepere, indiferent de durata sarcinii, care după separare respiră și dă dovadă de alte semne de viață cum ar fi bătăile cardiace, pulsația cordonului ombilical sau mișcări clare ale musculaturii voluntare, independent de faptul dacă cordonul ombilical este sau nu secționat sau placentă este sau nu atașată. Fiecare produs al unei astfel de nașteri este considerat ca naștere de făt viu. Nașterea poate fi spontană vaginală, cu aplicarea forcepsului, prin vacuum-extracție, cezariană sau naștere vaginală după suportarea în trecut a operației cezariene.

Decesul fetal sau nașterea de făt mort reprezintă decesul care a survenit până la expulzarea sau extracția completă din uter a produsului de concepere, indiferent de termenul sarcinii. Acest deces este confirmat de faptul că după separare fătul nu respiră și nu manifestă alte careva semne de viață cum ar fi bătăile cardiace, pulsația cordonului ombilical sau mișcările clare ale musculaturii voluntare. În scopuri statistice decesele fetale sunt introduse în

tabele fiind împărțite în două grupuri: decese fetale la gravidele cu termen de gestație stabilit sau presupus egal sau mai mare de 20 de săptămâni și decese fetale la gravidele cu termen de gestație mai mare sau egal de 28 de săptămâni ultimele fiind denumite decese fetale tardive. Alți indici ai mortalității infantile sunt prezentați în Anexa 6.4.

Mortalitatea infantilă (IMR) este un indicator acceptat al stării sănătății populației utilizat pentru compararea interregională și internațională, deoarece acesta reflectă efectul cumulativ al diverșilor factori socio-economici, ecologici și sanitari. În țările industrializate IMR este sub 9 la 1000 de nașteri de feți vii, iar în multe țări dezvoltate acesta constituie 5 sau chiar 4 decese la 1000 de nașteri de feți vii (Tabelul 6.7). În aceste țări majoritatea deceselor infantile apar în rezultatul malformațiilor congenitale și a afecțiunilor perinatale asociate cu prematuritatea și perioada neonatală, de obicei survenind pe parcursul primei săptămâni de viață (decese neonatale precoc).

În țările în curs de dezvoltare majoritatea sugarilor decedează din cauza infecțiilor respiratorii acute, bolilor diareice și prematurității (LBW), rujeola și tetanosul neonatal rămânând cauze majore de mortalitate infantilă. În țările în curs de dezvoltare mortalitatea infantilă totală constituie peste 30 de decese la 1000 de nașteri de feți vii cu o mortalitate neonatală și postneonatală de asemenea înaltă. Măsurile sanitare de prevenție cum ar fi imunizarea, alimentarea cu lapte matern și suplimentarea nutrițională, managementul adecvat al infecțiilor respiratorii acute, precum și utilizarea terapiei de rehidratare per orală în bolile diareice sunt eficiente preponderent în perioada postneonatală. Mortalitatea neonatală poate fi redusă prin reducerea numărului de nașteri premature a copiilor cu deficit de masă corporală, asigurarea unei alimentări adecvate a mamei și a îngrijirii adecvate a copilului, minimalizarea traumatismelor obstetricale și asistența calitativă imediat după naștere. Toate acestea constituie coșul de servicii necesare pentru supraviețuire a copilului asigurarea căroră este unul din obiectivele prioritare ale sănătății publice.

*Anexa 6.4. Indicii mortalității infantile.*

1. Rata nașterilor de feți morți =  $\frac{\text{nr. de nașteri de feți morți}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii} + \text{nr. de nașteri de feți morți (pe an)}} \times 1000$
2. Mortalitatea perinatală =  $\frac{\text{nr. de nașteri de feți morți} + \text{nr. de decese în prima săptămână de viață}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii (pe an)}} \times 1000$
3. Mortalitatea neonatală precoce =  $\frac{\text{nr. de decese în prima săptămână de viață}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii (pe an)}} \times 1000$
4. Mortalitatea neonatală tardivă =  $\frac{\text{nr. de decese în a 7-28 zi de viață}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii (pe an)}} \times 1000$
5. Mortalitatea neonatală =  $\frac{\text{nr. de decese în primele 28 de zile de viață}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii (pe an)}} \times 1000$
6. Mortalitatea postneonatală =  $\frac{\text{nr. de decese între 28-364 zile de viață}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii (pe an)}} \times 1000$
7. Mortalitatea infantilă =  $\frac{\text{nr. de decese în primele 364 de zile de viață}}{\text{nr. total de nașteri de feți vii (pe an)}} \times 1000$

În prezent în Statele Unite eforturile sunt orientate asupra elaborării și implementării programelor sanitare publice cu destinație specială capabile să asigure populația cu asistență medico-sanitară fără a apela la asistența medicală preplătită. Oficialitățile sanitare federale au stabilit obiectivul de reducere a mortalității infantile, pentru aceasta preconizându-se extinderea accesului la asistența prenatală și postnatală. În anii 1950-1995 mortalitatea infantilă în Statele Unite a scăzut de la 29,2 la 7,6 decese la 1000 de nașteri de feți vii, ceea ce constituie un declin cu 79%. Scopurile sanitare ale Statelor Unite stabilite în 1979, când IMR constituia 15 decese la 1000 de nașteri de feți vii, presupuneau reducerea IMR până la 9 decese la 1000 către anul 1990. Acest scop a fost aproape atins. Totodată rămân îngrijorătoare diferențele în mortalitatea infantilă între populațiile de afro-americieni și albi. În pofida descreșterii ratelor mortalității infantile în toate grupurile etnice, în prezent IMR în populația de afro-americieni rămâne de două ori mai înaltă decât în cea a albilor, fapt ce reflectă diferențele socio-economice și accesul dificil la asistența medico-sanitară a populației de afro-americieni (Tabelul 6.7).

TABELUL 6.7. Mortalitatea infantilă,<sup>a</sup>pe rase, Statele Unite, dinamica în procente, 1950-1995.

Grupul	1950	1960	1970	1980	1990	1995	1950-1995 %
Mortalitatea neonatală printre albi	19,4	17,2	13,8	7,5	4,8	4,1	-79

Mortalitatea neonatală printre afro-americieni	27,8	27,8	22,8	14,6	11,6	9,6	-65
Mortalitatea postneonatală printre albi	7,4	5,7	4,0	3,5	2,8	2,2	-70
Mortalitatea postneonatală printre afro-americieni	16,1	16,5	9,9	7,3	6,4	5,0	-69
Mortalitatea infantilă totală	29,2	26,0	20,0	12,6	9,2	7,6	-74

Sursa: *Health, United States*, 1998.

<sup>a</sup> Ratele sunt date la 1000 de nașteri de feți vii.

Sindromul de deces subit al sugarului (SIDS) se dezvoltă mai frecvent spre sfârșitul primului an și pe parcursul anului doi de viață. În Marea Britanie în 1990 aceste decese constituiau 45% din toate decesele postneonatale. SIDS se poate dezvolta din mai multe cauze, fumatul mamei în timpul gravidității fiind un factor de risc. Mai frecvent SIDS apare în familiile dezavantajate.

#### *Anexa 6.5. Cauzele principale ale mortalității infantile.*

*Țările dezvoltate – IMR < 20/1000:*

1. *Anomaliile congenitale.*
2. *Sindromul de deces subit al sugarului.*
3. *Prematuritatea/deficitul de masă corporală la naștere.*
4. *Sindromul de detresă respiratorie.*
5. *Efectele complicațiilor materne asupra fătului.*

*Țările în curs de dezvoltare – IMR > 30/1000:*

1. *Infecțiile respiratorii acute.*
2. *Bolile diareice.*
3. *Prematuritatea/deficitul de masă corporală la naștere.*
4. *Rujeola.*
5. *Efectele complicațiilor materne asupra fătului.*
6. *Tetanosul neonatal.*

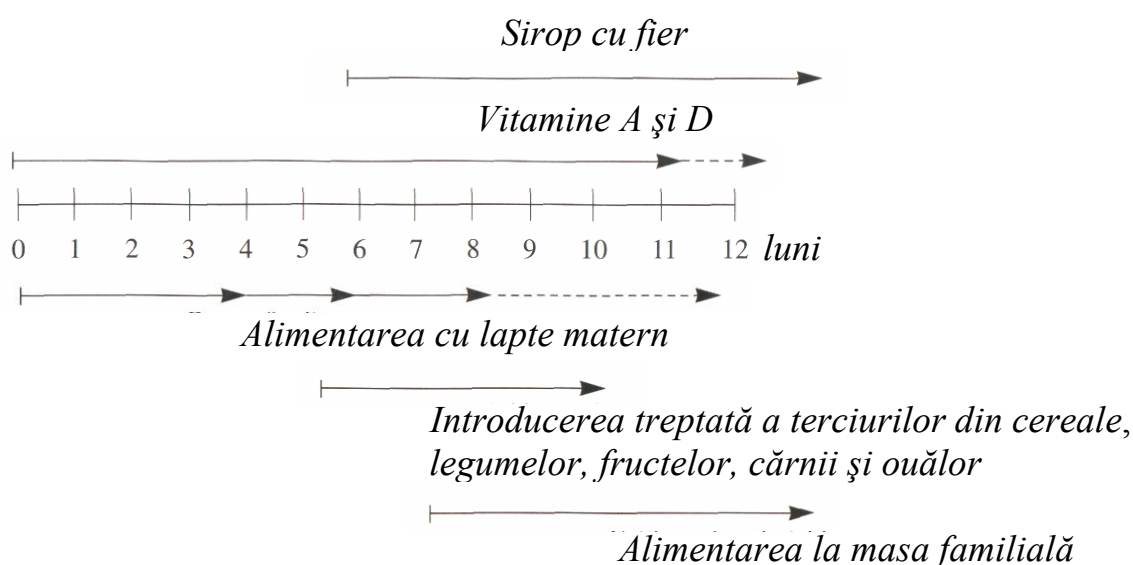
## ÎNGRIJIREA ȘI ALIMENTAREA SUGARULUI

Sugarul micuț este dependent de sănătatea mamei care-l îngrijește cu ajutorul familiei și furnizorilor de asistență medico-sanitară. Căldura fizică și sufletească, curățenia și relațiile mamă-copil sunt părți componente importante ale îngrijirii și alimentării (vezi Capitolul 8). Alimentarea sănătoasă în perioada

infantilă, controlul bolilor și imunizarea sunt de o importanță vitală pentru sănătatea și prosperitatea sugarului, asigurarea acestora constituind un obiectiv major al îngrijirii lui și al serviciilor medico-sanitare primare. Totodată aceste subiecte dețin un rol important în educația mamei și orientarea furnizorului de asistență medico-sanitară.

Alimentarea cu lapte matern trebuie inițiată timpuriu ca metodă unică de alimentare pentru primele 4-6 luni, deoarece laptele matern are o compoziție ideală și oferă sugarului o protecție nutrițională și imunologică. Alimentarea cu lapte matern trebuie să dureze la modul ideal 1 an și mai mult. Suplimentarea cu vitamine A și D trebuie inițiată după două săptămâni de viață scopul acesteia fiind prevenirea deficiențelor clinice și subclinice atât la copii alimentați cu lapte matern, cât și la cei alimentați cu amestecuri artificiale.

*Anexa 6.6. Rația alimentară recomandată sugarului și suplimentarea.*



Prevenția anemiei feriprive (IDA) este importantă din cauza efectelor nocive ale acesteia asupra dezvoltării copilului de 6-24 luni, când are loc creșterea rapidă a creierului și dezvoltarea vertiginoasă a funcției psihomotorii. Toți sugarii trebuie suplimentați cu fier (de la 4 la 12 luni pentru copiii cu masă corporală normală și de la 2 luni la cei cu deficit de greutate). Acest obiectiv este realizat prin administrarea amestecurilor artificiale, a suplimentelor sau a complementelor îmbogățite cu fier. În cazul în care copilul nu este alimentat cu

amestec artificial îmbogățit cu fier, acesta i se administrează cu sirop, preferabil care conține și vitamina C, zilnic de la 4 la 12 luni, câte 7-15 mg/zi în dependență de masa corporală. Prevenția secundară a anemiei feriprive constă în screening-ul tuturor sugarilor de 9-12 luni pentru depistarea nivelului de hemoglobină. Dacă acesta este micșorat atunci este continuată suplimentarea cu fier.

După sistarea alimentării cu lapte matern copilul trebuie hrănit preferențial cu amestecuri artificiale îmbogățite cu fier până la vârsta de 1 an. Laptele de vacă integral nu trebuie folosit până la vârsta de 1 an. Terciurile din cereale îmbogățite cu fier și vitamine, fructele, legumele, carnea și ouăle sunt de asemenea părți componente importante ale alimentației sănătoase pentru creșterea și dezvoltarea optimală și prevenirea deficiențelor de vitamine și minerale la copilul primului an de viață. Spre sfârșitul primului an de viață copilul trebuie să mănânce la masa familială.

Atmosfera de dragoste din sânul familiei condiționează apariția la sugar a senzației de securitate și stimulează dezvoltarea fizică, intelectuală și emoțională a lui. Stimularea prin jocuri și vorbirea adresată de asemenea favorizează dezvoltarea normală a copilului sugar.

Imunizarea este discutată detaliat în Capitolul 4 unde este prezentat programul curent de imunizare din Statele Unite. În prezent există multiple programe de vaccinare a sugarului și o varietate largă de opinii controversate la acest capitol. Scopul comun al acestor programe este imunizarea cât mai deplină a copilului pentru obținerea unei sănătăți prospere atât a sugarului, copilului de vârstă fragedă, preșcolară și școlară, cât și a adolescentului și adultului.

## CONSULTAREA ANTICIPATĂ



Una din funcțiile importante ale medicului pediatru, medicului de familie sau ale altui furnizor de asistență medico-sanitară este consultarea părinților referitor la realizările așteptate la fiecare stadiu de dezvoltare a copilului. Aceste consultații includ atenționarea despre dificultățile posibile și metodele de înfruntare a acestora. Academia Americană de Pediatrie publică regulat ghiduri detaliate referitor la întrebările care pot fi adresate medicului practician ce țin de problemele care pot apărea din perioada sugarului și până în perioada adolescenței (vezi website-ul <http://www.aap.org/>).

## DOCUMENTAREA, ÎNREGISTRAREA ȘI MONITORIZAREA

Pentru promovarea standardelor naționale de îngrijire a copilului, în special în domeniul asistenței medico-sanitare preventive, este necesar un sistem standardizat de înregistrare a informației sanitare (Tabelul 6.8). Acest sistem este de ajutor medicilor practicieni, îmbunătățește protecția legislativă și standardele profesionale. Elaborarea acestui sistem și instruirea personalului pentru a-l utiliza este de o importanță majoră pentru sistemul de asistență medico-sanitară inclusiv și pentru practica privată.

Informația bine înregistrată și sistematizată referitor la sănătatea copiilor permite elaborarea standardelor de îngrijire a lor. Această documentație medico-sanitară asigură continuitatea asistenței în cazul în care contactul cu sistemul sanitar este episodic sau dacă copilul este consultat de diferiți medici. Ea furnizează medicului informația despre dinamica dezvoltării copilului care este de însemnătate atât clinică, cât și epidemiologică. Unele fișe de evidență medicală a copilului sunt elaborate pentru supravegherea copilului până la adolescență, altele vizează doar vârsta fragedă și preșcolară. Fișa de evidență medicală a copilului completată de mamă îi oferă pe parcurs toată informația necesară pentru îngrijirea copilului: îndeplinirea acestei fișe trebuie continuată

și în adolescență. Sunt posibile mai multe forme de evidență medicală a copilului, important este ca acestea să fie inteligibile și ușor de utilizat de către furnizorul de asistență medico-sanitară.

TABELUL 6.8. Componentele fișei de evidență medicală a copilului (perioada infantilă, de vârstă fragedă, preșcolară și școlară).

<b>I. Date personale</b> Mama: nume, vârsta, starea familială, studiile, profesiunea Tata: nume, vârsta, starea familială, studiile, profesiunea Adresa, telefonul Numărul de securitate socială (ID) Situția la domiciliu: părinți, frați, surori.	<b>II. Sarcina/nașterea</b> Gestația Locul nașterii Data nașterii Masa corporală la naștere Naștere prin Starea la naștere: scorul Apgar după 1 și 5 minute de viață extrauterină	<b>III. Factorii de risc</b> Deficit de greutate la naștere Asistența precedentă Numărul nașterii Starea familială. Părinte singur Starea socială Condițiile la domiciliu Antecedente familiale Evaluarea riscului total
<b>IV. Indicii creșterii: curbele creșterii NCHS sub formă grafică</b> Masa corporală în dependență de vârstă Talía în dependență de vârstă Raportul masă/talie Circumferința capului	<b>V. Imunizarea, doza, data, reacțiile</b> BCG Hepatita B DTP OPV IPV MMR Haemophilus influenzae B Varicela, Rotavirus	<b>VI. Nutriția, vârsta și adaosul în greutate</b> Alimentarea cu lapte matern: durata Alimentarea artificială Suplimentarea cu vitamine A și D Cu fier Suplimente: alimente solide, terciuri, fructe, legume, ouă, carne
<b>VII. Bolile intercurrente</b> Diareice: vârsta, durata Respiratorii: vârsta, durata Spitalizări Alte	<b>VIII. Dezvoltarea</b> Acuitatea auditivă Acuitatea vizuală Reacția de răspuns Relațiile cu familia Înțelegerea vorbirii adresate, zâmbetul, deprinderea de a apuca Capacitatea de întoarcere de pe burtă pe spate și invers Deprinderile de a șede și a se târâ Deprinderile de a sta și a merge Vorbirea: cuvinte, propoziții Alte realizări	<b>IX. Examinările medicale</b> La naștere 6 săptămâni 3 luni 6 luni 12 luni 24 luni 36 luni 48 luni Preșcolară Școlară
<b>X. Sumarul factorilor de risc</b> Sociali Familiali Genetici Medicali Alții	<b>XI. Rezultate de laborator</b> PKU Hipotiroidism Hemoglobina Altele	<b>XII. Note</b> Documente, realizări în dezvoltare, date ale examinărilor de rutină, referitoare la boli și asistența acordată

Evaluarea dezvoltării fizice (indicii antropometrici – masa corporală, talia) și psihice trebuie efectuată regulat când copilul se prezintă pentru imunizare. Indicii creșterii sunt indicatori reprezentativi ai sănătății. Curba de creștere elaborată de Centrul Național de Statistică Medicală (NCHS) a Statelor Unite și recomandată de Organizația Mondială a Sănătății este bazată pe rezultatele examinării creșterii populației albe sănătoase din clasa socială medie din Statele

Unite. Această curbă reprezintă standardul optimal sau „standardul de aur” al creșterii spre deosebire de standardele locale care pot fi mai joase decât nivelul optimal de creștere și dezvoltare a copilului. NCHS a elaborat un șir revizuit de curbe standarde de creștere bazat pe datele examinării unei selecții populaționale enorme. Beneficiul cel mai important al acestor curbe este faptul că acestea reprezintă un standard extern pentru compararea modificărilor apărute pe parcursul timpului într-o regiune aparte. În timp ce problema utilizării standardelor internaționale sau locale rămâne una controversată, necesitatea monitorizării creșterii și intervenirii în cazul în care sugarul sau grupul de sugari manifestă semne de reținere a creșterii sau nu adaugă în greutate este indiscutabilă. Reținerea creșterii se poate datora atât aportului alimentar insuficient, cât și bolii intercurrente care poate fi cu mult mai severă în cazul în care statutul nutrițional al sugarului este compromis. Ca exemplu poate servi relația dintre rata cazurilor letale din cauza rujeolei sau a altor infecții și deficiența vitaminei A. Încetinirea sau stoparea adaosului în greutate reprezintă o situație medicală urgentă care necesită o evaluare completă și intervenții adecvate și rapide.

### PREȘCOLARUL (VÂRSTA 1-5 ANI)

Copilul de vârstă preșcolară crește și se dezvoltă rapid. Academia Americană de Pediatrie recomandă evaluarea stării sănătății copilului la vârsta de 12, 15 și 18 luni, la 2, 3, 4 și 5 ani (Comitetul pe Problemele Psihosociale ale Sănătății Familiei și Copilului, 1985-1988, Academia Americană de Pediatrie, 1988). Examinarea include aprecierea dezvoltării și evaluarea fizică a copilului, precum și a deprinderilor de îngrijire a lui posedate de părinți. În cadrul acestor examinări generale medicale trebuie evaluată acuitatea auditivă, precum și prezența sau lipsa strabismului. Examinarea include și aprecierea comportamentului care se bazează pe interviu și observare. Furnizorul de

asistență medico-sanitară trebuie să viziteze familia pentru a evalua deprinderile de îngrijire posedate de părinți și a colecta date despre necesitățile sanitare ale copilului. Relevările aberante ale dezvoltării fizice și intelectuale servesc ca motiv pentru îndreptarea copilului în clinică sau într-un serviciu de evaluare a dezvoltării lui. Testul la hemoglobină și analiza generală a urinei trebuie efectuate cel puțin o dată în perioada de la 18 luni la 5 ani.

Cele mai răspândite probleme de îngrijire a copilului (spre exemplu, plânsul noaptea), ce țin de măsurile de securitate și de stimulare a copilului trebuie discutate în cadrul fiecărei vizite la medic. La această vârstă este major pericolul accidentelor. Prevenirea căderilor, intoxicațiilor, aspirației produselor alimentare, electrocutării sau combustiiilor accidentale necesită măsuri de planificare atentă și sigură a mediului înconjurător al locuințelor. Părinții trebuie instruiți cum să explice copiilor regulile de securitate și cum să securizeze la maxim ambianța casei (spre exemplu, să utilizeze zăvoare la uși, să acopere prizele, să ascundă de copii substanțele chimice și plantele otrăvitoare etc.). Semnele de abuz sau neglijare a copilului în special leziunile care nu pot fi adecvat explicate, trebuie declarate poliției sau agențiilor de securitate socială. Evaluarea și consultațiile referitor la problemele apetenței, utilizării unităților sanitare, anxietății de separare, comportamentului refractar, relațiilor părinte-copil, nutriției, alimentării de sine stătătoare și dezvoltării psihomotorii sunt parte componentă a asistenței medico-sanitare de calitate a copilului.

Prosperitatea fizică și emoțională a copilului de vârstă preșcolară determină decisiv sănătatea și capacitățile cognitive ale copilului școlar și adolescent. Pentru asigurarea acestor obiective sunt necesare finisarea imunizării, nutriția adecvată cu suplimentarea cuvenită cu vitamine și minerale și tratamentul adecvat și prompt al infecțiilor intercurrente. Căldura sufletească și cordialitatea, citirea cărților și vorbirea adresată pentru a stimula interesul față de cărți, desene și muzică sunt părți componente ale îngrijirii adecvate a copilului. Totodată chiar și părinții grijulii, care își iubesc copilul, au nevoie de

ghidare, sfaturi și sprijin din partea furnizorului de asistență medico-sanitară pentru asigurarea dezvoltării optime a descendentului lor.

Organele de sănătate publică de nivel național și comunitar joacă un rol substanțial în asigurarea securității și sănătății copiilor de vârstă fragedă. Practicile obligatorii de securizare pot salva multe vieți și reduc morbiditatea copiilor. Aceste practici includ utilizarea în autovehicule a scaunelor speciale pentru copii, păstrarea sigură a medicamentelor și substanțelor chimice într-un loc inaccesibil copiilor, programele de reducere a expunerii la plumb, standardele industriale sigure care interzic utilizarea materialelor inflamabile în confecționarea hainelor pentru copii, supravegherea grădinițelor de copii și atestarea cadrului didactic.

Abuzul față de copil este un pericol tot mai răspândit în toate vârstele copilăriei și grupurile socio-economice. Prevenția include măsuri educaționale și declararea, astăzi obligatorie, de către învățători, asistenți sociali și medici a semnelor de violență la copil. În prezent sunt aplicate o serie de măsuri de pedeapsă a părinților și persoanelor tutore care utilizează practici violente față de copiii lor, inclusiv prin izolare în prizonierat sau tratament forțat. Totodată numărul de cazuri ascunse, nedepistate, este foarte mare. Măsurile de securitate școlară, la domiciliu și pe terenul de joc reprezintă o serie de activități comunitare care includ utilizarea căștilor de către bicicliști și în alte tipuri de sport, utilizarea cuvenită a scaunelor pentru copii și centurilor de siguranță în autovehicule, măsuri de limitare a accesului copiilor la armele de foc.

În majoritatea țărilor industrializate o mare parte a femeilor lucrează departe de casă. Copiii lor frecventează centre preșcolare ceea ce poate avea implicații sanitare atât pozitive cât și negative, fiind major potențialul de răspândire al bolilor infecțioase. În Statele Unite morbiditatea prin boli diareice printre copiii care frecventează aceste centre este de 3-4 ori mai mare decât printre cei care stau la domiciliu. Studiul din Finlanda din anii 1984-1989 a demonstrat că aproximativ 41-85% din guturaiuri, otite medii și pneumonii a copiilor de vârstă de 1 an apar printre cei care frecventează centrele de îngrijire

preșcolară. Pe de altă parte în cadrul acestor centre copiii beneficiază de o pregătire preșcolară adecvată, comunică cu semenii săi dezvoltând deprinderi sociale importante și primind o alimentație adecvată. Centrele de îngrijire preșcolară oferă copilului o educație igienică, nutriție adecvată și servicii medico-sanitare inclusiv imunizarea completă conform programului de vaccinare și evaluarea dezvoltării lui. Astfel de servicii ca centrele de îngrijire preșcolară sunt de ajutor părinților în aprecierea și îndeplinirea necesităților emoționale și sanitare ale copiilor lor.

Valoarea educației preșcolare, în special pentru copiii din păturile social-economic vulnerabile ale populației, a fost în repetate rânduri demonstrată prin studii la distanță a copiilor incluși în programul Headstart, Statele Unite, în timpul demarării programului de Luptă contra sărăciei din anii 1960. Copiii dezavantajați, care au fost incluși în acest proiect, însușeau cu mult mai bine programul școlar și manifestau ulterior cu mult mai rar comportament criminal decât cei care nu au participat la această experiență. Toate acestea au redus considerabil costurile pentru educația specială și asistența socială.

Examinarea preșcolară și screening-ul pentru depistarea problemelor de dezvoltare, cognitive și comportamentale este util atât pentru părinți, cât și pentru personal. În prezent există o mulțime de teste accesibile și utilizate, totodată validitatea și valoarea predictivă a multor din ele rămâne controversată. Aceste teste pot conține elemente specifice culturale și nu fi utilizabile în alte societăți fără o adaptare preliminară. Totodată copilul în creștere necesită un suport permanent, stimulare și ghidare, chiar dacă acestea au un caracter cultural specific.

## SĂNĂTATEA ȘCOLARULUI ȘI ADOLESCENTULUI

Pericolele sanitare cu care se confruntă copilul de vârstă școlară țin de o mulțime de probleme ale sănătății publice. Obiectivul central al sănătății publice referitor la acest grup populațional tânăr constă în promovarea practicilor sănătoase și evitarea comportamentului de risc. Pentru reducerea mortalității premature printre adolescenți sunt necesare eforturi coordonate ale organelor sanitare publice și ale autorităților educaționale, sociale și de poliție (Tabelul 6.9). În educația sanitară a adolescenților trebuie incluse persoane renumite din diferite domenii (sport, muzică) pentru a forma generației în creștere un stereotip sănătos de viață. Sunt necesare cercetări științifice speciale în baza cărora să fie elaborate programe educaționale pentru grupurile de adolescenți de risc.

TABELUL 6.9. Mortalitatea totală a copiilor și adolescenților,<sup>a</sup> Statele Unite, dinamica în procente, 1950-1996.

Grupul de vârstă	1950	1960	1970	1980	1990	1996	% 1950-1996
1-4	139	109	85	64	47	38	-73
5-14	60	47	41	31	24	22	-63
15-24	128	106	128	115	99	90	-30

Sursa: *Health, United States*, 1998.

<sup>a</sup> Ratele sunt prezentate la 100.000 de populație în fiecare grup de vârstă.

Programele sanitare școlare trebuie să asigure un mediu ambiant sănătos, inclusiv prin măsuri de sanitație, de combatere a violenței, de control al regimului de temperatură și de organizare a facilităților speciale pentru studii și recreație. Pentru dezvoltarea adecvată a copiilor, programul complex de instruire școlară trebuie să conțină activități de educație fizică. Totodată pentru sănătatea copiilor de vârstă școlară un rol important îl dețin programele de alimentare în școală.

Monitorizarea sănătății școlarilor presupune admiterea în școală doar a copiilor imunizați complet conform programelor de vaccinare, precum și menținerea acestei imunități prin administrarea dozelor stimulante de vaccinuri în clasele primare, secundare și liceale. Monitorizarea creșterii, vederii, auzului, posturii și efectuarea testului cutanat la tuberculoză sunt elemente indispensabile ale programelor sanitare școlare.

Organele sanitare publice trebuie să stimuleze includerea tematicii sanitare în programele de instruire școlară și să pregătească cadre didactice pentru a predă în acest domeniu. În clasele primare pot fi studiate problemele sanitare referitoare la securitate (rutieră și antiincendiară), igiena cavității bucale (fluorizare, spălatul dinților), alimentarea sănătoasă, igienă, principiile de funcționare ale organismului și subiectele referitoare la modul sănătos de viață. Învățătorii necesită o perfecționare continuă în astfel de domenii cum ar fi depistarea semnelor de abuz al copilului, tendințele suicidale și violente, starea nutrițională și abuzul de substanțe. Prevenția violenței a devenit subiect principal al programelor educaționale în clasele primare și secundare.

*Anexa 6.7. Conținutul programului școlar de sănătate.*

1. *Ambianță școlară sănătoasă, curată și sigură.*
2. *Sănătatea ca obiect de studiu în curriculum-ul școlar.*
3. *Asistența medico-sanitară de urgență în școală.*
4. *Educația fizică/cultura fizică.*
5. *Educația copiilor cu nevoi speciale în cadrul școlii normale.*
6. *Instruirea și supravegherea cadrului didactic.*
7. *Igiena alimentației, prevenția tulburărilor de nutriție și depistarea cazurilor.*
8. *Programe școlare de alimentare.*
9. *Viața familială și educația sexuală/pregătirea pentru a deveni părinți / metode contraceptive.*
10. *Educația și prevenția STD și HIV.*
11. *Prevenția și declararea cazurilor de violență și abuz sexual.*
12. *Atitudini sigure – securizarea și prevenirea incendiilor, traumelor pietonilor, accidentelor rutiere, la domiciliu și în apă.*
13. *Propagarea cunoștințelor referitor la pericolele abuzului de substanțe, inclusiv a fumatului.*
14. *Igiena personală.*
15. *Instruirea referitor la primul ajutor și metodologia resuscitării cardiorespiratorii.*
16. *Controlul bolilor infecțioase.*
17. *Sănătatea mentală și emoțională – prevenția suicidului și violenței.*
18. *Înțelegerea noțiunii de sănătate a comunității.*
19. *Înțelegerea noțiunii de sănătate a familiei (îngrijirea de cei vârstnici).*
20. *Conștientizarea relațiilor dintre mediul ambiant și sănătate.*
21. *Promovarea voluntariatului în sistemul de asistență medico-sanitară.*



Sursa: Committee on School Health. American Academy of Pediatrics. Website <http://www.aap.org> and [www.schoolhealth.org/cshcap.htm](http://www.schoolhealth.org/cshcap.htm) and American School Health Association <http://www.ashaweb.org/>

Programele sanitare ale claselor secundare trebuie să abordeze problemele referitor la comportamentul personal, comunicarea personală și familială, ce țin de relațiile sexuale, dreptul de a refuza, responsabilitățile părinților, metodele contraceptive și prevenția STD și HIV. În acest grup de vârstă este de asemenea importantă prevenția accidentelor sportive, rutiere și la locul de muncă.

Copiii de vârstă școlară și adolescenții reprezintă un substrat supus de preferință influențelor sociale negative cum ar fi începerea devreme a vieții sexuale, fumatul, abuzul de substanțe, tulburările de nutriție, accidentele, suicidul și violența. Școala reprezintă o parte importantă a vieții acestor copii și, din acest motiv, are un potențial de influență major care poate fi utilizat în promovarea atitudinilor și practicilor sanitare sigure. Atitudinea activă în promovarea sănătății în școală trebuie să fie o parte componentă a curriculum-ului școlar. Comitetele de sănătate studențești, părintești și ale învățătorilor favorizează promovarea cunoștințelor sanitare și dezvoltarea programelor cu participarea comunității.

Una din responsabilitățile școlii este și determinarea necesităților speciale ale copiilor cu handicap fizic sau mental. Pentru a îndeplini aceste necesități speciale este nevoie de un personal didactic bine instruit în problemă, capabil să diferențieze patologia fizică și socială și de acomodarea spațiului la necesitățile copiilor cu nevoi speciale.

În majoritatea țărilor odată cu realizările sanitației, vaccinării și nutriției sănătatea copiilor de vârstă școlară, a adolescenților și tinerilor s-a îmbunătățit simțitor. Mortalitatea totală s-a redus în toate aceste grupuri de vârstă, dar în special în grupul copiilor de vârstă preșcolară și școlară primară (Tabelul 6.9). Sănătatea adolescenților și tinerilor de asemenea s-a îmbunătățit. Totodată rămân evidente problemele traumatismelor, care încă sunt cauza numeroaselor decese premature.

Adolescența este o perioadă periculoasă și dificilă de tranziție de la copilărie la viața adultului. Adolescentul se confruntă cu o mulțime de probleme sociale, de comunicare și de autoapreciere. Spiritul emoțional instabil al adolescenței constituie un pericol fizic și mental. Violența, accidentele și suicidul sunt cauzele principale de deces în acest grup de vârstă, în special printre băieți. Viața sexuală activă frecvent este cauza gravidităților în adolescență, a infectării cu STD și HIV, în special când este însoțită de utilizarea ilicită a drogurilor. Dezvoltarea responsabilităților personale ce țin de aceste subiecte este o datorie a familiei, sistemului de educație și a celui sanitar public.

În Tabelul 6.10 este prezentată dinamica mortalității adolescenților și tinerilor (de 15-24 ani) în Statele Unite. Deși ratele mortalității generale s-au redus considerabil, la sfârșitul anilor 1980 s-a observat o creștere a mortalității din cauza omuciderilor în special printre tinerii afro-americani. Insuccesul Statelor Unite în atingerea scopului național sanitar de reducere a mortalității în grupul de vârstă 15-24 ani (mai puțin de 85 de decese la 100.000 populație către anul 1990) se datorează în special mortalității de pe urma violenței. Ratele mortalității din cauza accidentelor rutiere, omuciderii sau suicidului au scăzut din anii 1990, dar acești factori încă sunt probleme sanitare publice majore asociate cu un comportament de risc al adolescenților și tinerilor (vezi Capitolul 5).

TABELUL 6.10. Mortalitatea specifică vârstei din cauza suicidului, omuciderilor și accidentelor rutiere<sup>a</sup> printre bărbații de 15-24 ani, Statele Unite, 1950-1996.

Grupul	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1993	1996
Bărbați albi								
Accidente rutiere	58	63	75	74	57	53	44	42
Omucidere	4	4	8	16	11	15	17	14
Suicid	7	9	14	21	22	23	23	21
Bărbați afro-americani								
Accidente rutiere	42	46	58	35	32	36	34	354
Omucidere	59	46	103	84	66	138	167	123
Suicid	5	4	11	12	13	15	20	17

Sursa: *Health, United States*. 1998.

<sup>a</sup> Ratele sunt prezentate la 100.000 de populație. Omuciderile includ „intervențiile legale”.

Obiectivele sanitare ale Statelor Unite preconizate pentru atingere către anul 2000 includeau reducerea mortalității prin suicid în grupul de vârstă 15-24 ani până la 11 la 100.000. Realizarea acestor obiective se face prin metode educaționale și de promovare a sănătății, fiind facilitate de programe de limitare a accesului la armele de foc. Suicidul în Canada ocupă locul șapte în șirul cauzelor majore de deces al bărbaților, mortalitatea prin suicid fiind tot atât de înaltă ca cea de pe urma accidentelor rutiere și chiar mai mare decât din cauza diabetului. Bărbații tineri reprezintă grupul de risc cel mai mare pentru suicid în America de Nord și Europa unde în unele țări ca Ungaria, Finlanda și Suedia ratele suicidului sunt extrem de înalte.

Fumatul, abuzul de alcool și droguri sunt printre cei mai răspândiți factori contribuabili ai bolii și decesului prematur în societățile moderne. Acest comportament personal sau „stil de viață” preconcepțuit este cauza unei morbidități și mortalități înalte care are un impact economic enorm asupra societății. Aceste deprinderi dăunătoare încep a fi practicate în copilărie, preadolescență și adolescență, iar efectele sanitare devin vizibile abia în perioada adultului. Comportamentul de risc al tinerilor reprezintă un important aspect al monitorizării sănătății populației și de aceea este inclus în examinările periodice în masă (Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă, 1996).

*Fumatul.* Fumatul este un factor contribuabil major al bolilor cardiovasculare, cancerului și altor boli. În Raportul Ministrului Sănătății al Statelor Unite referitor la Fumat și Sănătate din 1964 au fost elucidate dovezile incontestabile privind relația cauzală dintre fumat și bolile cronice. Numeroase studii ulterioare au pus în evidență sechelele de durată ale fumatului și prevalența acestuia în diferite grupuri populaționale. Aproape toate persoanele care practică această deprindere dăunătoare încep a fuma până la vârsta de 18 ani și majoritatea adolescenților fumători sunt dependenți de nicotină. În anul 1995 a șasea parte din elevii claselor 9-12 din Statele Unite practica regulat fumatul. Există relații de dependență între factorii psiho-sociali și fumat.

Elaborarea și implementarea proiectelor comunitar orientate a demonstrat faptul că eforturile sanitare publice sunt eficace în reducerea fumatului printre adolescenți. În anul 1997 Examinarea în Masă a Tineretului de Risc efectuată de CDC în toate 50 de state a pus în evidență următoarele date: peste 70% din persoanele care au început a fuma în adolescență practică această deprindere pe parcursul întregii vieți, 36% din adolescenți practicau fumatul curent la momentul examinării, iar 17% din adolescenți practicau fumatul frecvent ocazional. Rata persoanelor care practică fumatul curent a crescut de la 28% în 1991 la 43% în 1997. Peste 42% de elevi ai claselor superioare au fumat cel puțin o dată pe parcursul a 30 de zile înainte de examinare (Centre de Epidemiologie și Medicină Preventivă, 1998).

*Abuzul de alcool.* Consumul de alcool este o parte componentă a culturii umane încă din timpurile antice. Întrebuințarea acestuia în exces cauzează probleme sanitare serioase atât pentru individ, cât și pentru societate. Efectele abuzului de alcool pot fi acute, cronice sau legate de dependență. Abuzul de alcool (mai mult de cinci doze la o ocazie) reprezintă un motiv de anxietate pentru însăși individ, pentru prieteni și comunitate, fapt determinat de violența, suicidul și accidentele asociate cu acesta. Mortalitatea de pe urma tuturor cauzelor printre alcoolici este crescută. În Statele Unite în anul 1988 decesele din cauze legate cu consumul de alcool constituiau 5% din toate decesele soldându-se cu 1,5 milioane de YPLL (ani pierduți de viață potențială) până la vârsta de 65 de ani și în total cu 3 milioane de YPLL. Alcoolul afectează toate organele omului, iar abuzul de alcool este un factor declanșator al numeroaselor boli inclusiv al hipertensiunii arteriale, ictusului cerebral, cardiopatiei ischemice, cancerului hepatic, de esofag, laringe, stomac, de colon și a celui mamar. Consumul abuziv de alcool majorează riscul dezvoltării afecțiunilor reproductive inclusiv al amenoreei, anovulației, menopauzei precoce și a exodurilor nefavorabile ale sarcinii (deficit de masă corporală la naștere sau sindrom alcoolic fetal). În anul 1997 52,7% din elevii claselor superioare

întrebuințau alcool, 31,3% din care făceau abuz de alcool (5 sau mai multe doze la o ocazie, cel puțin o dată la 2 săptămâni).

*Abuzul de droguri.* Abuzul de droguri a devenit larg răspândit în țările industrializate. Adolescența, fiind o perioadă de experimentare, de tensiuni sociale intense și de comportament de risc, este cea mai vulnerabilă vârstă. Datorită experienței bogate și accesibilității largi a drogurilor și a altor substanțe toxice decesele tinerilor de pe urma consumului ilicit de droguri în Statele Unite au crescut de la 3,8 la 100.000 în anul 1987 la 4,1 la 100.000 în 1989. Numărul cazurilor de acordare a asistenței medicale urgente pacienților care au făcut abuz de cocaină s-a majorat de la 29.000 în 1985 la 80.000 în 1990 și la 142.000 în 1995, din care 2000 erau pacienți în vârstă de 6-17 ani și 22.000 tineri de vârstă 18-25 de ani (*Health, . United States*, 1998). Adolescenții utilizează astfel de droguri cum ar fi cleiul (sau alte remedii inhalatorii), marijuana, precum și drogurile „grele” inclusiv heroina și crack-ul. În 1997 în cadrul unui studiu în masă din Statele Unite s-a depistat că 23,7% din elevii claselor superioare și 10,2% din elevii claselor a opta fumau marihuană cel puțin o dată pe lună. Studiul a prezentat date și despre utilizarea în ultima lună înainte de examinare a cocainei (2,3%) și a drogurilor inhalatorii (2,5%) printre elevii claselor superioare.

Dependența de droguri reprezintă o dorință nestăpânită de a utiliza o substanță și de a o obține pe orice cale cu majorarea treptată a dozei pentru provocarea efectului dorit. Dependența de substanță poate fi fizică și/sau psihică. Această dependență are un efect deplorabil asupra familiei și comunității manifestat prin stresuri, violență și crime. Practica abuzului de droguri poate fi experimentală, de recreație, circumstanțială, intensivă și compulsivă. Versiunea experimentală este cea mai frecventă fiind motivată de curiozitate și dorința de a experimenta o stare de ebrietate. Utilizarea de recreație este una voluntară răspândită în societățile unde utilizatorii de droguri nu sunt dependenți. Utilizarea circumstanțială poate fi legată de situații

concrete cum ar fi utilizarea amfetaminelor de către studenți în timpul examenelor sau de către șoferii camioanelor în rute de lungă durată. Consumul intensiv reprezintă o utilizare zilnică a drogului, inițial fiind motivată de stres și/sau dorința de a-și menține nivelul de performanță prin administrarea sedativelor, barbituricelor sau tranchilizantelor. Totodată individul rămâne integrat în viața socială și economică. Practica compulsivă de drogare reprezintă o utilizare frecventă a stupefiantului cu o dominantă fizică și/sau psihică de dependență. Aceste persoane sunt cele mai afectate, viețile lor fiind controlate de dependența de drog. Această dependență este cauza numeroaselor probleme sanitare cum ar fi prostituarea în schimbul drogurilor, practicarea sexului nesigur, utilizarea în comun a acelor medicale, igiena și nutriția precară. Este foarte răspândită transmiterea STD și a infecției HIV. De asemenea, aceste persoane frecvent sunt arestate, izolate în penitenciare sau decedază în urma crimelor legate cu utilizarea drogurilor.

*Comportamentul sexual de risc.* Riscul sexual al adolescenței constă în eventuala graviditate sau infectare cu STD, precum și în pregătirea insuficientă pentru viața de adult. Prevenția acestor situații prin măsuri educaționale este unul din obiectivele principale ale educației școlare. De asemenea, necesită eforturi de nivel național prevenția exploatării sexuale a copiilor, asigurarea cu asistență a copiilor fugari și fără adăpost, precum și elaborarea și implementarea standardelor de îngrijire a copiilor orfani sau cu handicap din instituții. Aceste probleme sunt deosebit de acute în țările sud-americane și ale Asiei de Sud-Est. Epidemia de HIV/SIDA afectează tot mai mulți adolescenți, tineri, șoferi de camioane, militari, totodată majorându-se și în populația generală.

În prezent în Statele Unite adolescenții sunt pe larg implicați în relații sexuale, 53% din elevii claselor superioare având cel puțin o relație sexuală în viață, 18% având patru și mai mulți parteneri sexuali și 38% ducând o viață sexuală activă. Din ei doar o jumătate utilizează prezervativele și 17% folosesc

pastilele contraceptive. Riscul de infectare cu STD sau HIV crește exponențial la persoanele care practică un comportament sexual de risc și abuzează de droguri.

*Comportamentul dietetic de risc.* După datele unui studiu din Statele Unite din 1995, doar 27% din elevi consumă rația alimentară diurnă recomandată (RDA) de fructe și legume. Totodată 28% din elevi se credeau obezi, iar 41% practicau dieta de flămânzire la momentul examinării. În același timp 8% din fete și 2% din băieți practicau vomitarea și utilizarea laxativelor cu scop de a slăbi. Stările de deficiență, în special anemia feriprivă, sunt pe larg răspândite printre fetele adolescente datorându-se comportamentului dietetic și necesităților sporite în fier ale organismului pentru a compensa pierderile prin menstruație.

Tulburările de nutriție sunt forme de afecțiuni comportamentale frecvent întâlnite în special printre adolescentele influențate de modă. Acestea intră într-o stare periculoasă de anorexie nervoasă sau bulimie care se poate solda cu deces sau în forme mai ușoare fiind extrem de traumatice pentru adolescentă și familia sa. Aceste stări pot afecta până la 5% din adolescentele din Statele Unite și sunt maladii profesionale ale femeilor sportive, balerine sau modele. Hipernutriția și obezitatea ca mod de viață își are și ea părțile negative cu implicații emoționale, psihice și sociale majore. Măsurile de prevenție le includ pe cele educative, de depistare precoce, consultare și management adecvat al cazurilor.

*Activitatea fizică.* Aproximativ două treimi din elevi din Statele Unite sunt antrenați în lucru fizic cel puțin 3 zile pe săptămână, 60% practicând sportul la orele de educație fizică și jumătate fiind implicați în echipele sportive de pe lângă școli. Obezitatea printre copii și adolescenți se află în creștere. Procentul copiilor și adolescenților obezi a crescut din 1963-1965 până în 1988-1994 cu 15,4%, fără careva diferențe semnificative între grupurile de vârstă 9-11, 12-14

și 15-17 ani. Ritmul de majorare a numărului de obezi printre fete este similar celui printre băieți, cu excepția grupului de vârstă 15-17 ani unde această creștere este mai lentă. Aceste modificări se datorează, posibil, modului inactiv de viață cu un declin dramatic al numărului de copii și adolescenți care practică sportul.

*Violența și comportamentul criminal.* Comportamentul violent al adolescenților în țările în curs de dezvoltare și în cele dezvoltate este un pericol sanitar public în creștere. Înstrăinarea adolescenților, accesibilitatea drogurilor, a armelor de foc și popularitatea idolilor televizați violenți sunt cauzele dezvoltării comportamentului violent și criminal în grup al adolescenților, precum și a izbucnirilor individuale de violență care se pot solda cu decese.

## SĂNĂTATEA ADULTULUI

Sănătatea adultului de vârstă 25-64 de ani este de o importanță primordială atât pentru sănătatea familiei, cât și a societății. Mortalitatea mai mare printre bărbații de această vârstă creează un dezechilibru cu predominarea numărului de femei la vârstele înaintate. Decesul prematur sau disabilitatea bărbatului frecvent se soldează cu micșorarea venitului familiei, precum și a productivității în societate. În prezent utilizând cunoștințele și tehnologiile medicale și sanitare publice moderne pot fi prevenite multe decese premature ale bărbaților. Acest potențial al intervențiilor medicale și sanitare publice a fost demonstrat de reducerea mortalității specifice vârstei din cauza bolilor cardiace și ictusurilor cerebrale. Bărbații adulți trebuie să fie ținta unor eforturi coordonate curativ-profilactice de reducere a riscurilor și de promovare a sănătății.

Factorii de risc care contribuie la declanșarea bolii și deces pot fi intrinseci și extrinseci. Din cei intrinseci fac parte vârsta, sexul și caracterele genetice.



Factorii extrinseci includ modul personal de viață și factorii ce țin de mediul ambiant. Îmbunătățirea sănătății populației adulte necesită un șir larg de programe de prevenție primară și secundară orientate asupra diminuării acțiunii factorilor externi ceea ce reduce riscurile personale și mortalitatea de pe urma bolilor cronice și traumatismelor (vezi Capitolul 5). Programele de reducere a morbidității și mortalității de pe urma bolilor cronice includ următoarele:

1. Sistarea fumatului.
2. Alimentarea sănătoasă (puține grăsimi, conținut moderat de hidrați de carbon, bogată în fructe, legume și fibre alimentare).
3. Suplimentarea cu vitamine și minerale (calciu, fier, vitamine A, B, C, D, E și alte).
4. Activitatea fizică zilnică (30 de minute de exerciții fizice de intensitate moderată, 5 zile pe săptămână).
5. Securitatea rutieră (utilizarea centurilor de siguranță, respectarea regimului de viteză, evitarea conducerii în stare de ebrietate).
6. Securitatea muncii (utilizarea căștilor și a încălțămintei de siguranță, inspecții preventive ale locului de muncă).
7. Reducerea violenței (controlul armelor, organizarea activităților de recreație pentru adolescenți).
8. Examinări medicale prin screening (pentru depistarea diabetului, glaucomului, cancerului mamar, de col uterin).
9. Screening-ul general și managementul hipertensiunii arteriale.
10. Screening-ul general și al grupurilor de risc pentru depistarea și managementul cancerului.
11. Managementul bolilor cronice cum ar fi diabetul zaharat și glaucomul.
12. Servicii de susținere pentru menținerea sănătății mentale și managementul stresului.
13. Managementul adecvat și prevenția bolilor infecțioase.

14. Imunizarea cu dT a tuturor adulților, cu vaccinuri antigripal și antipneumococic a grupurilor de risc (persoane peste 65 de ani și bolnavi cronici).
15. Organizarea activităților de recreație și sociale, a grupurilor de susținere.
16. Angajarea la lucru, oportunități economice și echitatea socială.

Sistemul de asistență medico-sanitară este responsabil de promovarea măsurilor de prevenție primară și screening-ul necesar pentru reducerea impactului bolilor care afectează populația adultă.

## SĂNĂTATEA FEMEILOR

Sănătatea femeii reprezintă rezultatul interacțiunii unui cumul de factori legați de fertilitate, sex și condițiile sociale care afectează sănătatea. Tradițional în perioada dintre menarhă și menopauză necesitățile sanitare ale femeii erau preponderent determinate de fertilitate. În prezent odată cu creșterea nivelului de educație și al participării femeilor în activitatea de muncă și cea socială, problemele sanitare ale femeii depășesc cu mult domeniul fertilității (Tabelul 6.11).

TABELUL 6.11. Riscurile sanitare ale femeilor și prevenția lor pe grupe de vârstă.

Vârsta	Factorii sanitari de risc	Activitățile preventive/screening
18-34	<p>Nutriția, anemia feriprivă, deficiențele de calciu și microelemente</p> <p>Tulburările de nutriție, autoaprecierea corpului propriu</p> <p>Căsătoria și funcția de părinte</p> <p>Sarcina și îngrijirea copilului</p> <p>Singurul părinte</p> <p>Conformitatea figurii</p> <p>Încrederea în sine și autodeterminarea</p> <p>Sexualitatea și metodele contraceptive</p> <p>STD și HIV</p> <p>Securitatea, abuzuri sexuale, violul</p>	<p>Consultarea referitor la nutriție, suplimente</p> <p>Măsuri educaționale, de sprijin familial și social</p> <p>Educația referitor la metodele contraceptive</p> <p>Educația referitor la sexul sigur (fără risc)</p> <p>Asistența prenatală și evaluarea riscului major</p> <p>Nașteri sigure</p> <p>Nutriția, exercițiile, controlul masei corporale</p> <p>Autoapărarea</p> <p>Sistarea fumatului</p> <p>Consultarea premaritală</p> <p>Exerciții fizice</p>

	Securizarea contra abuzului la domiciliu, fizic și mental Necesități fiziologice ale ciclului menstrual, PMS Fumatul, alcoolul și abuzul de droguri Sărăcia și starea socio-economică	Perfecționarea profesională, lucrul academic Asistența în grupurile de susținere Aziluri pentru femei abuzate, violate Sencibilizarea învățătorilor, serviciilor sociale, poliției
35-44	Sarcină tardivă Probleme de creștere a copilului Stresul marital, separarea, divorțul Dieta Conformitatea figurii Obezitatea Cancerul (mamar, de col uterin, pulmonar) Menopauza	Grupuri de susținere și consultare Screening-ul pentru depistarea cancerului mamar, de col uterin Exerciții fizice, controlul masei corporale, conformitatea figurii Screening-ul pentru depistarea obezității, hipertensiunii, nivelului de colesterol Consultarea referitor la rația alimentară, controlul masei corporale Pregătirea pentru menopauză (consultații, terapie hormonală) Imunizare cu dT
45-64	Menopauza Cancerul (pulmonar, mamar) Diabetul, hipertensiunea Conformitatea figurii Depresia Modificările în starea profesională Bolile cardiovasculare Văduva, divorțul	Examinări fizice periodice Screening-ul pentru depistarea diabetului zaharat, hipertensiunii, osteoporozei Screening-ul pentru depistarea cancerului mamar, de col uterin și colonic Screening-ul pentru depistarea afecțiunilor tiroidiene și de apreciere a solicitării cu vitamine Consultații în perioadele de criză Imunizare cu dT și vaccin antigripal Activitate fizică, exerciții regulate Planificarea pensiei

Sursa: U.S. Preventive Services Task Force, 1996; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994.

Începând cu anii 1980 necesitățile sanitare ale femeilor au devenit un subiect de atenție publică majoră. În prezent femeile sunt cei mai mari consumatori de asistență medico-sanitară, totodată fiind și cel mai numeros grup de furnizori de asistență medico-sanitară. Longevitatea vieții femeilor este mai mare ca a bărbaților. Ele vizitează medicul cu 25% mai frecvent decât bărbații, totodată fiind cu 15% mai des spitalizate. În prezent în țările industrializate cancerul pulmonar a înlocuit cancerul mamar în șirul de cauze majore de mortalitate. În pofida reducerii ratelor mortalității, bolile cardiace sunt mai frecvente decât în trecut. Răspândirea stereotipului referitor la faptul

că femeile sunt mai puțin afectate de cardiopatia ischemică decât bărbații poate duce la subestimarea severității acestei probleme.

Ciclul de viață al femeilor între menarhă și menopauză are implicații fiziologice și psihologice majore. Menarha, sindromul premenstrual (PMS) și menopauza sunt asociate cu probleme fizice și psihologice de importanță clinică și semnificație sanitară publică. În cazul în care măsurile educative și de informare referitor la necesitățile fiziologice ale femeii sunt acceptate în societate, femeile suferă mai puțin de pe urma acestor stări. Alte domenii ale sănătății femeii de importanță sanitară publică includ anemia feriprivă, tulburările de nutriție și alimentarea sănătoasă (vezi Capitolul 8).

Starea sănătății femeii este în funcție de factorii biologici și sociali. Femeile în perioada menopauzei pot fi afectate de boli față de care în perioada fertilă erau protejate de fonul hormonal. Ca exemplu pot servi bolile cardiovasculare și osteoporoza însoțită de fracturi frecvente. Incidența mare a bolilor psihice printre femei, în special a anxietății, depresiei și tulburărilor de nutriție este legată de autoapreciere, tensiunile economice și sociale. Depresia postnatală și de menopauză, presiunile la care este supusă femeia pe parcursul creșterii copilului și în timpul lucrului, perioada îndelungată de singurătate datorată pierderii premature a soțului sau divorțului toate acestea contribuie la apariția tulburărilor psihice. Devenind o parte importantă a forței de muncă a societății și fiind implicată la maximum în viața economică și socială, femeia este supusă unor stresuri frecvente. Pierderea serviciului poate avea efecte negative asupra sănătății femeii care sunt determinate de factori atât financiari, cât și psihologici.

Screening-ul femeilor pentru depistarea cancerului specific cum ar fi cel mamar, ovarian, uterin și de col uterin reprezintă o parte importantă a programelor sanitare publice care facilitează stabilirea precoce a diagnosticului și instituirea promptă a tratamentului. Abuzul sexual, violența, numărul mamelor singure și văduvelor în societate sunt factori majori care determină necesitatea în servicii medico-sanitare pentru femei în comunitate. În trecut

studiile științifice ale bolilor cronice erau axate mai mult pe bărbați ceea ce s-a soldat cu subestimarea morbidității prin boli cronice a femeilor. Generalizările referitor la prevenție și tratament făcute în baza studiilor efectuate pe bărbați nu întotdeauna sunt aplicabile la femei. Această situație este caracteristică pentru bolile cardiace care frecvent decurg asimptomatic și pentru cele vasculare cum ar fi ictusurile cerebrale și hipertensiunea arterială.

Problemele sănătății femeii sunt strâns legate de rolul femeilor în societate. Acest rol ține de activitatea educativă, de muncă și echitatea femeilor și bărbaților. Atitudinile, tradițiile, legile și aplicarea acestora în domeniul drepturilor femeii variază în limite largi în dependență de țară, dar neapărat au implicații majore în sănătatea femeii. În țările dezvoltate majoritatea populației sărace este reprezentată de femei și copiii lor.

În țările în curs de dezvoltare sănătatea femeii se confruntă cu o diversitate largă de probleme cum ar fi mortalitatea înaltă a gravidelor și parturientelor, STD și SIDA, lipsa accesului la serviciile de planificare a familiei etc. În unele regiuni ale Africii până la o treime din gravide sunt HIV pozitive. După aprecierile Organizației Mondiale a Sănătății aproximativ o pătrime din femeile de pe glob sunt supuse violenței și abuzului în propriile case, rata acestora fiind de 50% în Thailanda, Noua Guinee și Korea și atingând 80% în Pakistan și Chile. După estimările WHO 85-115 milioane de femei și 2 milioane de fete tinere suferă anual de pe urma mutilării genitale feminine (FGM). În rezultatul FGM se poate dezvolta hemoragia, șocul și infecția. Efectele de lungă durată includ afecțiunile inflamatorii ale organelor bazinului, sterilitatea, afecțiunile psihice și disfuncțiile sexuale. FGM pot de asemenea contribui la dezvoltarea complicațiilor intranatale (naștere complicată prin prezența unui obstacol mecanic ce împiedică trecerea fătului). Prevenția FGM necesită modificarea cardinală a atitudinii sociale față de femei și locul lor în societate.

Conferința pe problemele femeilor din 1995 de la Beijing a abordat și subiectele sănătății și reproducției femeii. În pofida diferențelor majore dintre opiniile controversate referitor la problemele controlului natalității și

sexualității ale reprezentanților religioși conservativi și delegaților liberali toți au recunoscut dreptul femeii de a-și controla propriul organism. Au fost de asemenea discutate problemele violenței, lipsei de educație și a sărăciei și implicațiilor lor majore în sănătatea femeilor atât în țările dezvoltate și în cele în curs de dezvoltare.

Sănătatea femeii este dependentă de starea socio-economică, nivelul de educație, informare, posibilitatea de angajare la lucru și implicarea femeii în elaborarea și implementarea politicilor sociale și sanitare. Fiind în majoritatea societăților furnizorii principali de asistență în familie, femeile pot fi afectate de numeroși factori sociali. Locul femeii în societate este influențat de un șir de probleme, multe din ele sunt subiectul unor discuții controversate politice, religioase și sociale. Sănătatea publică este implicată nemijlocit în rezolvarea acestor probleme fiind responsabilă de apărarea intereselor femeilor, documentare și menținerea spiritului de inovație.

## SĂNĂTATEA BĂRBAȚILOR

În trecut asistenței medico-sanitare acordate bărbaților adulți se atrăgea mai puțină atenție decât problemelor sanitare ale femeilor. Totodată sexul masculin este mai frecvent expus riscurilor de dezvoltare a anumitor boli cum ar fi cele cardiovasculare și cancerul, bărbații suferă mai frecvent de pe urma traumatismelor, violenței, suicidului și pericolelor profesionale, rata mortalității premature printre ei fiind mai înaltă, iar longevitatea vieții - cu 8 ani mai mică decât cea a femeilor (Tabelul 6.12).

Durata așteptată a vieții mai mică la bărbați decât la femei poate fi explicată prin influența unor astfel de factori contribuabili cum ar fi adresabilitatea mai mică la medic, capacitatea socială și psihologică de adaptare mai scăzută, practicarea mai frecventă a comportamentului de risc și

dificultățile de tranziție de la vârsta medie la cea înaintată. Totodată stresurile emoționale și psiho-sociale ale vârstei medii (45-64 de ani) ale bărbaților influențează semnificativ structura morbidității și mortalității populației.

Serviciul și cariera tradițional au fost de importanță majoră în autoaprecierea bărbaților. Competiția cu colegii mai agresivi și mai tineri poate influența negativ sănătatea bărbatului de vârstă medie. Pierderea serviciului în această competiție se poate solda cu dezvoltarea unor dereglări grave ale stării somatice și psihice. Progresul socio-economic neapărat se soldează cu reducerea necesității în forță de muncă și ca efect secundar cu majorarea ratelor mortalității bărbaților de vârstă medie. Majorarea semnificativă a ratelor mortalității bărbaților de vârstă medie la începutul anilor 1990 în țările fostei Uniuni Sovietice reflectă influența negativă a perioadei de tranziție asupra sănătății populației. Totodată pentru descifrarea aspectelor psihologice, sociologice și antropologice ale acestei vârste sunt necesare cercetări științifice suplimentare.

Organele sanitare publice și serviciile clinice trebuie să fie la curent și să abordeze problemele autoaprecierii, ce țin de rolul social și activitatea profesională a bărbaților, deoarece acestea influențează semnificativ sănătatea lor. Furnizorii de asistență medico-sanitară trebuie prin măsuri de iluminare sanitară și de promovare a sănătății să reducă factorii de risc care acționează asupra populației masculine.

TABELUL 6.12. Riscurile sanitare ale bărbaților și prevenția pe vârste.

Vârsta	Factorii de risc	Activități preventive/screening
20-34	Traume, accidente, omucideri, violențe Suicid Abuz de alcool, droguri Probleme sexuale, STD Probleme emoționale Fumatul Dieta grasă – bogată în colesterol Lipsa exercițiilor fizice Căsătoria și funcția de părinte	Consultații referitor la nutriție, suplimentarea Evitarea conducerii în stare de ebrietate, utilizarea centurilor de siguranță, căștilor Educația sexuală Educația contra fumatului Sprijinul din partea colegilor Practicarea sportului, conformitatea figurii și dieta Screening-ul premarital/consultația genetică Pregătirea pentru funcția de tată
35-44	Dieta Hipertensiunea Nivelul elevat de colesterol Lipsa exercițiilor fizice	Screening-ul pentru depistarea obezității, inactivității, comportamentului de risc și a nivelului elevat de colesterol Imunizarea (dT) Exerciții fizice, dieta și controlul masei corporale Consultații în situații de criză (profesionale, familiale,

		maritale)
45-64	Factori de risc ai bolilor cardiovasculare Hipertensiunea, diabetul Cancerul – colorectal, de prostată Glaucomul Hipertrofia benignă a prostatei Pierderea serviciului Depresia	Examinări medicale periodice Screening-ul pentru depistarea hipertensiunii arteriale, bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat Screening-ul pentru depistarea cancerului colorectal, de prostată Consultații în timpul crizelor, terapia în grup Imunizarea (dT, vaccin antigripal) Planificarea precoce a pensionării Activitatea fizică

Sursa: U.S. Preventive Services Task Force, 1966; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994.

## SĂNĂTATEA VÂRSTNICILOR

Îmbunătățirea nivelului de sănătate a populației s-a soldat în țările industrializate cu majorarea numărului populației în vârstă în stare bună fizică, mentală, socială și financiară. Odată cu modificarea structurii morbidității populației mai mulți oameni ajung la o vârstă înaintată într-o stare fizică bună. Multe stări patologice grave care înainte afectau persoanele de vârstă medie astăzi sunt caracteristice vârstei înaintate. Ca rezultat în prezent nu este o raritate pentru cei în vârstă de a fi relativ sănătoși și lipsiți de boli majore.

Vârșnicii (> 65 de ani) reprezintă un grup populațional care în țările industrializate se află într-o permanentă creștere. Odată cu reducerea mortalității adulților și persoanelor de vârstă medie tot mai mulți oameni supraviețuiesc până la vârstele de 65, 75 și 85 de ani. În țările în curs de dezvoltare populația în vârstă constituie 3,5% din populația totală, pe când în cele înalt dezvoltate acest procent depășește 20%. În statele industrializate procentul persoanelor în vârstă se află într-o continuă creștere în unele chiar ajungând până la 30%, grupul populațional de cea mai înaintată vârstă (> 75 de ani) majorându-se cel mai rapid. Îmbătrânirea populației se răsfrânge asupra sistemului de asistență medico-sanitară deoarece populația în vârstă este cel mai mare consumator de asistență medico-sanitară costul căreia este achitat de populația producătoare.



Durata așteptată a vieții și programele de asistență a vârstnicilor variază în limite largi în dependență de țară (Tabelul 6.13). Tradiția de îngrijire a persoanelor în vârstă de către familie a fost compromisă în țările dezvoltate unde atât bărbatul, cât și femeia sunt angajați în lucru, iar toleranța față de vârstnici a scăzut. Astfel în țările industrializate a devenit tot mai răspândită practica de îngrijire a vârstnicilor în instituții de îngrijire de lungă durată. Pentru contracararea acestei tendințe precare în țările occidentale au fost majorate pensiile, instituite beneficii sociale importante pentru bătrâni, vârstnicii au fost asigurați cu asistență medico-sanitară universală și asistență la domiciliu toate acestea amânând dezvoltarea bolilor caracteristice acestei vârste.

TABELUL 6.13. Durata așteptată a vieții la naștere și la vârsta de 65 de ani, 1994.

Țara	Durata așteptată a vieții (bărbați, ani)		Țara	Durata așteptată a vieții (femei, ani)	
	La naștere	La 65 ani		La naștere	La 65 ani
Japonia	76,6	16,8	Japonia	82,5	21,3
Suedia	76,1	16,0	Franța	81,5	21,0
Grecia	75,2	16,2	Elveția	81,9	20,5
Elveția	75,1	16,1	Suedia	81,4	19,8
Australia	75,1	15,8	Spania	81,1	19,6
Israel	75,1	15,8	Canada	81,0	19,9
Canada	74,8	15,8	Australia	80,9	19,7
Olanda	74,6	14,8	Italia	80,7	19,3
Norvegia	74,2	14,8	Olanda	80,4	18,8
Italia	74,0	15,5	Norvegia	80,3	18,8
Anglia	73,8	14,4	Grecia	80,2	18,5
Franța	73,8	16,2	Finlanda	80,2	18,5
Spania	73,7	15,8	Austria	79,8	18,6
Singapore	73,5	15,2	Anglia	79,7	18,6
Austria	73,3	15,1	Irlanda de Nord	79,7	18,6
Noua Zelandă	73,3	14,7	Germania	79,6	18,4
Germania	73,0	14,7	Statele Unite	79,0	19,0
Finlanda	72,8	14,7	Singapore	79,0	18,3
Danemarca	72,7	14,1	Puerto Rico	78,9	19,4
Irlanda	72,6	13,6	Noua Zelandă	78,9	17,7
Irlanda de Nord	72,5	13,6	Israel	78,9	17,7
Statele Unite	72,4	15,5	Portugalia	78,6	17,9
Portugalia	71,5	12,7	Irlanda	78,2	17,3
Scoția	71,4	13,1	Danemarca	77,9	17,6
Chile	71,4	14,7	Scoția	77,7	17,3
Puerto Rico	69,6	16,3	Republica Cehă	76,6	16,2
Republica Cehă	69,5	12,9	Slovacia	76,5	16,5
Slovacia	68,3	12,9	Chile	76,3	17,6
Polonia	67,4	12,7	Polonia	76,0	16,4
Bulgaria	67,1	12,7	Bulgaria	74,7	15,4
România	66,0	12,7	Ungaria	74,3	15,7
Ungaria	64,9	12,0	România	73,3	15,0
Federația Rusă	57,7	10,6	Federația Rusă	73,1	15,6

Sursa: *Health, United States*, 1998.

Îmbătrânirea biologică este apreciată după anumite abilități funcționale și gradul de performanță a individului care nu neapărat reflectă vârsta cronologică. Îmbătrânirea este însoțită de importante modificări sociale, profesionale, psihologice, financiare și psihice. Toate acestea au o acțiune directă asupra sănătății și din acest motiv vârstnicii necesită o asistență specială medicală și de susținere pentru a se întreține singuri. Acești factori pot interacționa unul cu altul cauzând sau declanșând efecte sanitare cumulative la vârstnici.

*Anexa 6.8. Factorii care afectează persoanele în vârstă.*

1. *Starea socio-economică și profesională:*
  - a. *Pensionarea;*
  - b. *Pierderea soțului/soției;*
  - c. *Schimbarea domiciliului;*
  - d. *Pierderea prietenilor și familiei;*
  - e. *Pierderea securității financiare;*
  - f. *Pierderea serviciului și subaprecierea personală;*
  - g. *Nutriția inadecvată;*
  - h. *Inactivitatea fizică.*
2. *Fiziologici:*
  - a. *Modificările hormonale;*
  - b. *Diabetul insulinoindependent;*
  - c. *Hipertensiunea arterială;*
  - d. *Disfuncțiile tiroidiene;*
  - e. *Osteoporoza;*
  - f. *Scăderea absorbției (spre exemplu, a vitaminelor grup B).*
3. *Fiziopatologici:*
  - a. *Boli cronice ale unui sau mai multor sisteme;*
  - b. *Stări medicale/chirurgicale, medicații sau servicii de susținere;*
  - c. *Handicap care limitează mobilitatea, activitățile vitale.*
4. *Mentali:*
  - a. *Singurătatea și depresia;*
  - b. *Pierderea memoriei;*
  - c. *Senilitatea și agitația;*
  - d. *Izolarea de copii, familie, prieteni.*

Sursa: National Institute of Aging: Improve Health and Quality of Life of Older People Website <http://www.nih.gov/nia/plan/stratplan.htm>

Tulburările fizice și mentale asociate cu îmbătrânirea au un impact major asupra familiei, societății și sistemului de asistență medico-sanitară. Prevalența bolilor cronice cum ar fi diabetul zaharat, bolile cardiovasculare și cancerul crește odată cu vârsta. Disabilitatea fizică și psihică cauzată de aceste boli poate limita abilitățile sociale și comunicative ale acestor persoane. Morbiditatea prin boala Alzheimer - cauză majoră a demenței printre persoanele de peste 50 de ani, precum și prin boala Parkinson – rigiditate musculară progresivă care compromite funcția motorie, crește odată cu vârsta (vezi Capitolul 5).

### **Mentținerea sănătății generației în vârstă**

Organele sanitare publice se străduie să asigure o viață prosperă generației în vârstă prin promovarea modului sănătos de viață și a accesului liber la asistența medico-sanitară. Aceste activități includ asigurarea nutriției adecvate, promovarea culturii fizice, participării la viața socială, religioasă și familială, organizarea lucrului sau a activităților vitale, în conformitate cu abilitățile fizice și emoționale ale individului.

Nutriția adecvată a persoanei în vârstă, extrem de importantă pentru sănătatea ei, poate fi compromisă de circumstanțe financiare, sociale și psihologice. În multe țări industrializate majoritatea vârstnicilor sunt protejați prin pensii mari primite de la locul de muncă și de la sistemul de asigurare socială, dar totodată există încă persoane cu un suport financiar inadecvat care duc o viață săracă. Izolarea, singurătatea, pasivitatea socială și malnutriția devenind un mod de viață produc boala. Mulți vârstnici sunt limitați financiar pentru a-și putea permite o nutriție adecvată. Totodată pentru mulți este inaccesibilă asistența stomatologică. Acești factori reprezintă principalele cauze ale așa-numitului sindrom de „pâine și ceai” care se caracterizează printr-un mod semiflămând de viață. În alte cazuri chiar și vârstnicii care dispun de mijloace financiare, în condițiile singurătății își pierd pofta de mâncare și stimulul de a-și pregăti bucate. Această situație este în special caracteristică pentru persoanele cu insuficiențe motorii. Printre acestea sunt răspândite stările

de deficiență de vitamine B și D, mai ales în lunile de iarnă. În evaluarea individuală a acestor persoane de către orice lucrător medical trebuie să se țină cont de posibilitatea malnutriției, în special printre bătrânii cu insuficiențe motorii sau mentale ori cu probleme severe ale aparatului dentar. Programele comunitare sau voluntare de asistență a vârstnicilor pentru asigurarea unei nutriții și activități fizice adecvate sunt de o importanță crucială pentru menținerea sănătății și vieții lor independente. Dieta echilibrată pentru vârstnici este similară cu rația alimentară pentru un adult, dar trebuie luate în considerație consumul scăzut de calorii prin activități fizice și expunerea mai mică la razele solare, în special iarna.

Fortificarea alimentelor de bază este, probabil, cea mai eficientă intervenție sanitară publică pentru a preveni deficiențele de microelemente la aceste persoane și în alte grupuri populaționale vulnerabile. Fortificarea alimentelor nu numai că face accesibile nutriențele esențiale pentru întreaga populație, ci și asigură o mare parte a conținutului dietetic diurn recomandat pentru vârstnici inclusiv cu fier, iod, vitamine B, C, D, E. Suplimentarea zilnică cu vitamine este o practică tot mai răspândită și sprijinită de cercurile profesionale geriatrice. În anul 1998, FDA al SUA a recomandat suplimentarea de rutină a vârstnicilor cu vitaminele grupei B. Imunizarea anuală contra gripei și vaccinările periodice contra pneumoniei pneumococice (la fiecare 6 ani) și cu dT (la fiecare 10 ani) trebuie să devină o practică standard a asistenței geriatrice.

*Anexa 6.9. Obiectivele europene și ale Statelor Unite referitor la asistența geriatrică preconizate pentru atingere către anul 2000.*

*WHO, Biroul european:*

- 1. Asigurarea echității prin reducerea diferențelor dintre țări și dintre grupuri în interiorul unei țări.*
- 2. Îmbunătățirea calității vieții prin dezvoltarea și utilizarea completă a capacităților fizice și mentale pentru obținerea beneficiilor maxime și asigurarea unui mod sănătos de viață.*
- 3. Majorarea numărului de ani de viață sănătoasă prin reducerea morbidității și disabilității.*

4. *Majorarea longevității vieții și a duratei așteptate a vieții pentru persoanele de peste 65 de ani prin reducerea mortalității premature.*

*Statele Unite:*

1. *Activitate fizică viguroasă – 20% din vârstnici vor fi angajați în exerciții fizice de trei ori pe săptămână câte 30 de minute.*
2. *Tonusul și rigiditatea musculară – 50% vor participa la activități fizice de menținere a tonusului muscular și de reducere a rigidității.*
3. *Flexibilitatea – 50% vor participa regulat la activități fizice de dezvoltare a flexibilității.*
4. *Toate persoanele în vârstă vor dispune de mai multe cunoștințe, atitudini pozitive și practici de exersare fizică regulată.*

Menținerea corpului într-o condiție fizică bună este o măsură preventivă eficientă de menținere a sănătății persoanelor în vârstă. Activitățile fizice regulate, individuale sau în grup, în conformitate cu capacitățile individuale ale fiecăruia, favorizează o bună apetență, un somn profund și o condiție fizică prosperă. Aceste activități sunt utile în prevenirea letargiei, apatiei și atrofiei. Practica de efectuare a exercițiilor fizice în grup este un element important de socializare și de menținere a sănătății mentale. Individul, chiar și cel cu handicap fizic, poate practica exercițiile fizice șezând sau fiind culcat.

Asistență socială și familială reprezintă facilități extrem de importante pentru persoana în vârstă deoarece contribuie la autoacceptarea și prosperitatea ei. Relațiile familiale și sociale au implicații sanitare benefice directe, reducând și din necesitatea instituționalizării. Sănătatea mentală a vârstnicului depinde direct de perceperea de către individ a propriului rol în familie și societate. Activitățile sociale și de recreație, inclusiv relațiile sexuale sunt părți componente ale vieții oricărei persoane în vârstă. Organizarea și implicarea în aceste activități a vârstnicului care frecvent este izolat, depinde în mare măsură de disponibilitatea și accesibilitatea sistemului de facilități sociale și de recreație, cum ar fi facilitățile de reabilitare, securitate socială, transport și recreație.

### **Serviciile de prevenție și screening necesare vârstnicilor**

Activitățile de prevenție pentru persoanele în vârstă trebuie să înceapă cu mult înainte de vârsta de 65 de ani. Menținerea continuă a unei sănătăți bune la toate vârstele prin măsuri preventive, este o condiție optimală pentru asigurarea prosperității persoanelor în vârstă. Aceste măsuri preventive includ depistarea precoce a cazurilor de boli cronice și managementul adecvat al bolilor existente pentru evitarea complicațiilor severe. Contactul și suportul continuu al vârstnicilor de către furnizorii de asistență medico-sanitară poate preveni sau ameliora complicațiile iatrogene, stările de malnutriție și izolarea socială.

*Anexa 6.10. Necesitățile sanitare comunitare ale persoanelor în vârstă.*

*Programele comunitare pentru vârstnici trebuie să promoveze cunoștințe, practici și servicii de suport necesare pentru prevenirea debutului prematur al bolilor cronice și complicațiilor acestora, care se pot solda cu alterarea stării funcționale a organismului. Principalul obiectiv al acestor programe este obținerea unei independențe funcționale cât mai depline a persoanei în vârstă.*

- 1. Autoasistența preventivă: nutriția sănătoasă, practicarea regulată a exercițiilor fizice, expunerea regulată la razele solare.*
- 2. Contactul social: contacte regulate cu familia, prietenii și serviciile de asistență de susținere (bisericești, etnice, de recreație și sociale).*
- 3. Educația sanitară: promovarea în comunitate a cunoștințelor sanitare, în special printre populația în vârstă.*
- 4. Servicii de asistență medico-sanitare: preventive, de diagnostic, tratament, de spitalizare și recuperare.*
- 5. Programe de suport nutrițional: asigurarea cu asistență consultativă, asigurarea alimentării la domiciliu a persoanelor invalide și a alimentării în grup pentru promovarea socializării persoanelor în vârstă.*
- 6. Programe de prevenție a traumatismelor: inspecția caselor și asigurarea cu obiecte casnice sigure cum ar fi covoare care nu alunecă, cu balustrade, echiparea unităților sanitare cu facilități speciale.*
- 7. Serviciul de asigurare cu dispozitive medicale: servicii de asigurare cu dispozitive medicale cum ar fi cărucioarele, alte dispozitive de suport (în bucătărie, baie etc.).*
- 8. Asistența la domiciliu: îngrijirea medicală, fizioterapie, efectuarea cumpărăturilor, curățeniei, alte servicii de asistență a persoanelor cu handicap.*
- 9. Asistența spitalicească: accesibilă dar cât se poate mai scurtă în timp pentru a evita infecțiile și alte complicații.*

10. *Case de îngrijire: facilități acreditate care oferă servicii de îngrijire și alte tipuri de asistență persoanelor în vârstă care sunt incapabile să ducă o viață independentă și necesită asistență zilnică.*
11. *Viața supravegheată la domiciliu: viața independentă în grup a mai multor persoane în vârstă, care sunt supravegheați de serviciile de asistență medico-sanitară, asigurați cu alimente de către comunitate.*
12. *Terapia de recreație și ocupațională: este efectuată la domiciliu sau în centre comunitare.*
13. *Programe de voluntariat: controlul traficului rutier, menținerea ordinii publice, organizații de ajutor reciproc și practica asistențelor sanitare comunitare.*
14. *Apeluri de urgență: servicii de urgențe accesibile prin apel telefonic.*
15. *Instalații de siguranță: instalații de susținere în băi, detectoare de fum, lacăte și bare de siguranță.*
16. *Serviciul de ajutor la domiciliu: servicii de voluntari care asistă persoanele în vârstă în ceea ce privește efectuarea cumpărăturilor, curățenia etc.*
17. *Serviciul de susținere sanitară la domiciliu: servicii de asigurare a curățeniei, spălatului, iluminării casei, cumpărăturilor și alimentării la domiciliu.*
18. *Serviciul de chemări reciproce: serviciul telefonic care asigură menținerea contactelor între persoanele în vârstă vecine.*

Comunicația este de o importanță vitală pentru viața și sănătatea persoanelor în vârstă. Disponibilitatea unui sistem de comunicare reciprocă poate fi salvatoare de viață în anumite condiții. Contactul prin telefon poate fi utilizat atât pentru comunicare personală cu membrii familiei, prietenii, pentru suport social, cât și pentru alertarea personalului medical în situații de urgență, această posibilitate oferind persoanei în vârstă senzația de securitate.

Serviciile bine organizate de transport al vârstnicilor le oferă posibilitatea de a avea acces la asistența medico-sanitară, activitățile sociale, de a efectua cumpărături și de a exercita alte activități vitale. Companiile de autobuze gestionate de municipalități frecvent deschid rute speciale pentru persoanele în vârstă. Aceste companii pot să organizeze rute speciale chemate prin telefon sau să micșoreze costul călătoriei pentru vârstnici. Echiparea clădirilor cu rampe ușurează accesul persoanelor dependente de cărucioare la serviciile

publice, rezidențiale și comunitare, oferind persoanelor cu handicap și celor în vârstă posibilitatea unei participări active la viața comunității.

Modificarea modului obișnuit de viață și tranziția sunt elemente importante cu care se confruntă persoana în vârstă. Pensionarea de la serviciu deține atât un potențial de odihnă și recreare, dar și posibilitatea unei izolări și depresii severe. Pregătirea persoanelor pentru această perioadă de tranziție în viață este la fel de importantă ca și menținerea unei sănătăți prospere. Pierderea unei persoane apropiate frecvent face parte din această tranziție și necesită măsuri de suport comunitar și familial.

Pentru funcționarea adecvată a sistemului comunitar de asistență a generației în vârstă, bazat pe serviciile de asistență socială sau sanitară, sunt necesare măsuri de susținere din partea autorităților sanitare publice. Aprecierea și publicarea necesităților, sprijinul profesional în alocarea resurselor, precum și asigurarea directă cu servicii toate acestea sunt părți componente ale sănătății publice. Autoritățile sanitare publice joacă un rol de apărare și promovare a intereselor generației în vârstă, totodată multe servicii sunt furnizate bătrânilor de către alte agenții cum ar fi programe de asistență la domiciliu dezvoltate și implementate de agenții guvernamentale sau nonguvernamentale.

Determinarea metodelor de asistență a vârstnicilor pentru asigurarea integrării funcționale maxime la domiciliu și în societate este de o importanță vitală pentru menținerea capacității sistemului sanitar de a îndeplini necesitățile acestui grup populațional. Aceste metode de asistență pot consta în servicii simple de ajutorare cum ar fi în efectuarea cumpărăturilor sau a curățeniei în case. Acestea pot include și asigurarea cu dispozitive speciale utile în activitățile cotidiene cum ar fi adaptarea plitelor electrice sau aragazurilor, instalarea rampelor și balustradelor în baie și toaletă, utilizarea covoarelor care nu alunecă, instalarea sistemelor de alarmă antiincendiară, a lacătelor sigure și asigurarea protecției din partea poliției contra tentativelor criminale.



Îndestularea financiară a necesităților populației în vârstă poate avea un impact serios asupra generației tinere. Frecvent copiii sunt nevoiți să asigure financiar membrii în vârstă ai familiei, pensiile cărora nu sunt îndeajuns de mari sau care nu sunt acoperiți de sistemul național de asigurare socială. Acest fapt poate afecta grav relațiile în familie, condițiile de viață, nutriția, asistența medico-sanitară, contactul social și multe alte aspecte ale vieții. În majoritatea țărilor industrializate au fost dezvoltate sisteme naționale de securitate socială care asigură securitatea financiară a vârstnicilor. Aceste sisteme sunt bazate pe achitări regulate pe parcursul întregii vieți productive în anumite fonduri de pensionare. În prezent multe sisteme de securitate socială sunt supuse unor tensiuni financiare și politice. Majorarea longevității vieții și micșorarea natalității a dus la crearea unei astfel de situații în care forța de muncă a devenit mai puțin numeroasă decât persoanele dependente din societate. Crizele sistemelor de securitate socială pot pune în pericol standardele înalte de viață și securitate a generației în vârstă în țările în care astăzi vârstnicii sunt asigurați financiar și social relativ bine.

În multe țări generația în vârstă, fiind numeroasă, constituie o importantă forță politică. În aceste condiții politicienii trebuie să ia în mod obligator în considerație necesitățile speciale ale persoanelor în vârstă. Astăzi vârstnicii reprezintă o forță puternică în politică, organizațiile profesionale, precum și în partidele municipale, provinciale și naționale. Această „forță dură” constituie un important factor politic în țările europene și ale Americii de Nord unde acest grup populațional reprezintă peste 15% din populația totală, atingând un procent și mai mare printre adulți și populația politic activă.

Aspectele economice ale îmbătrânirii populației țin de asigurarea pensiilor și a necesităților medico-sanitare crescânde. Pe de altă parte, vârstnicii sunt niște consumatori veritabili; în baza economiilor și beneficiilor sociale ce le aparțin este asigurată cu lucru o parte numeroasă a populației. Totodată generația în vârstă constituie un activ social al națiunii, grație posibilității de a activa în calitate de voluntari în viața comunității.

În pofida sau în rezultatul utilizării frecvente a resurselor sanitare în prezent generația în vârstă este una dintre cele mai sănătoase pe care le-a cunoscut vreodată istoria; ea participă activ în procesul de muncă sau voluntariat. Vârstnicii reprezintă un grup numeros de consumatori care au și timp și mijloace financiare ca să joace un important rol economic și social. Generația în vârstă sănătoasă trebuie privită nu ca un impact, dar ca o parte componentă a familiei și societății în general. Noua Sănătate Publică este în căutarea metodelor de îmbunătățire a stării sănătății persoanelor în vârstă și de asigurare cu servicii medico-sanitare și suport adecvat cu scop de menținere cât mai îndelungată a independenței funcționale a acestora. Societatea și Noua Sănătate Publică trebuie să promoveze practica de voluntariat și ajutor reciproc în situațiile de criză (boală, leziune traumatică), după externarea din spital sau în cazul unor stresuri emoționale și depresiei.

## REZUMAT

Individul își trăiește cea mai mare parte a vieții în sânul familiei sale. Totodată în diferite perioade ale vieții el face parte din grupuri populaționale diferite cu anumite probleme sanitare specifice. Sănătatea publică tradițională era axată atât pe problemele sanitare ale grupurilor populaționale vulnerabile, cât și pe sănătatea mamei și copilului. În țările unde astfel de programe au fost bine dezvoltate au fost obținute beneficii sanitare și economice majore pentru întreaga societate. Bărbații și femeile de vârstă medie sunt grupuri ținte importante ale programelor preventive orientate spre pregătirea pentru vârsta înaintată. Generația în vârstă de asemenea este un subiect de atenție specială pentru sănătatea publică, acest fapt fiind determinat de creșterea continuă a dimensiunilor acesteia, de modificările în societate și de necesitatea de a găsi alternative serviciilor medico-sanitare costisitoare. Asistența preventivă cu scop

de menținere a sănătății vârstnicilor poate preveni dependența prematură sau inutilă de serviciile costisitoare medico-sanitare sau de îngrijire.

Fiecare grup de vârstă, de la nou-născuți la vârstnici, are probleme sanitare specifice care trebuie abordate de către sistemul de asistență medico-sanitară. Aceste aspecte ale sănătății publice includ o varietate de probleme medicale, economice și etice. Monitorizarea continuă a sănătății și stării sociale a familiei este o responsabilitate a sănătății publice și o parte componentă importantă a asistenței medico-sanitare individuale și comunitar orientate. Insuficiența măsurilor sanitare publice în domeniul sănătății familiei se soldează imediat cu majorarea ratelor mortalității premature și rezultă într-un impact economic major exprimat printr-o asistență spitalicească costisitoare și de lungă durată.

Noua Sănătate Publică abordează familia atât ca unitate de resurse, cât și ca grup țintă, care necesită măsuri preventive și curative la diferite etape ale vieții. Membrii familiei pot fi asistați de diferiți furnizori de asistență medico-sanitară, dar neapărat trebuie să existe relații funcționale și economice între aceste servicii. Spre exemplu, asistența prenatală inadecvată va majora șansele survenirii unui exod nefavorabil al nașterii care poate compromite prognosticul vital al copilului. Sprijinul inadecvat al familiei care îngrijește un copil sau părinte cronic bolnav poate duce la instituționalizarea acestuia. Lipsa măsurilor de promovare a sănătății ce țin de nutriție, securitate și alte domenii ale sănătății comunitare se poate solda cu decesul prematur al părintelui, mai frecvent al bărbatului, cu consecințe grave economice și sociale, precum și emoționale pentru membrii familiei.

Conceptul abordării globale a Noii Sănătăți Publice aplicat la nivelul familiei se reflectă în precăutarea problemelor sanitare ce țin de aspecte sociale și economice care afectează sau pun în pericol unitatea și funcția familiei. Șomajul și sărăcia sunt factori care provoacă neînțelegeri și crize în familie cu consecințe de lungă durată pentru toți membrii acesteia. În procesul de planificare și alocare a resurselor aceste aspecte complexe ale sănătății familiale trebuie neapărat luate în considerație.

Conceptul abordării globale a problemelor sanitare este bazat pe integrarea variatelor sisteme de servicii medico-sanitare pentru a ajuta familia să înfrunte evenimentele sanitare de rutină și impactul eventual al unei boli cronice. Medicul de familie la modul ideal trebuie să activeze în echipă cu asistenta de familie pentru a monitoriza și sprijini la maximum familia. Împreună ei vor reuși să ajute familia în confruntarea ei cu diferite probleme sanitare individuale ale membrilor acesteia.

## SURSE ELECTRONICE

Academia Americană de Pediatrie: <http://www.aap.org/>

Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie: <http://www.acog.org/>

Conferința pe problemele femeilor de la Beijing, 1995:

<http://www.ijc.org/beijing>

Fundația „Marșul golanilor”: <http://www.modimes.org/>

Institutul Național de Sănătate a Copilului și Dezvoltare Umană:

<http://www.nichd.nih.gov/>

Departamentul Populației al Națiunilor Unite:

<http://www.popin.org/pop1998/4.htm>

Fondul Populației al Națiunilor Unite: <http://www.unfpa.org/>

Organizația Mondială a Sănătății, Departamentul de Sănătate și Dezvoltare a Copilului: <http://www.who.org/int/chd/>

Organizația Mondială a Sănătății, Departamentul de Sănătate și Dezvoltare a Femeii: [whd@who.ch](mailto:whd@who.ch)

Organizația Mondială a Sănătății, Planificarea Familiei și Populația:

<http://www.who.org/rht/fpp/>

## LECTURĂ RECOMANDATĂ

- American Academy of Pediatrics: Work Group on Breast-Feeding. 1997. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100:1035-1039.
- Angastiniotis, M., Kyriakidou, S., Hadjiminis, M. 1986. How thalassemia was controlled in Cyprus. *World Health Forum*, 7:291-297.
- Baker, J. P. 1994. Women and the invention of well child care. *Pediatrics*, 94:527-531.
- Caravella, S., Clark, D., Dweck, H. S. 1987. Health codes for newborn care. *Pediatrics*, 80:1-5.
- Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46:78-85.
- Hilgartner, M. W. [editorial]. 1993. Vitamin K and the newborn. *The New England Journal of Medicine*, 329:957-958.
- Kendig, J. W. 1992. Care of the normal newborn. *Pediatrics in Review*, 13:262-268.
- Lozoff, B., Brittenham, G. M., Wolf, A. W. 1987. Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance. *Pediatrics*, 79:981-995.
- Paneth, N. [editorial]. 1990. Technology at birth. *American Journal of Public Health*, 80:791-792.
- Rodriguez-Trias, H. [editorial]. 1992. Women's health, women's lives, women's rights. *American Journal of Public Health*, 82:663-664.
- Rowland, D. 1992. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215.
- Wegman, M. E. 1996. Infant mortality: Some international comparisons. *Pediatrics*, 98:1020-1027.

## BIBLIOGRAFIE

- American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. *Guidelines for Perinatal Care*. Third Edition. Washington, DC: ACOG, and Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. 1998. Screening for blood lead levels. *Pediatrics*, 101:1072-1078.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1989. Iron fortified formulas. *Pediatrics*, 84:1114-1115.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1992. The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics*, 89:1105-1109.
- American Academy of Pediatrics. 1996. The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk new-born infants (RE 9636). *Pediatrics*, 98:786-788.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989. *Standards for Obstetric and Gynecologic Services*. Seventh Edition. Washington, DC: ACOG.
- Belsey, M. A. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Statistics Quarterly*, 46:69-77.
- Beresford, S. A. 1994. How do we get enough folic acid to prevent some neural tube defects? *American Journal of Public Health*, 84:348-350.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Centers for Disease Control. 1995. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis — United States, 1985-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44 SS-4:1-13.
- Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy — United States. 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:694-699.
- Centers for Disease Control. 1996. Youth risk behavior surveillance - United States 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:SS-4:1-84.
- Centers for Disease Control. 1997. Children with elevated blood lead levels attributed to home renovation and remodeling activities - New York. 1993-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:1121-1123.
- Centers for Disease Control. 1998. Tobacco use among high school students — United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:229-233.
- Centers for Disease Control. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:RR-3:1-30.
- Centers for Disease Control. 1999. Prevalence of selected maternal and infant characteristics. Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(SS-5):1-43.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1985-1988, American Academy of Pediatrics. 1988. *Guidelines for Health Supervision I, II*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Cooke, R. E. 1993. The origin of the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*, 92:868-871.
- Haddad, J. G (editorial). 1992. Vitamin D — Solar rays, the milky way or both? *The New England Journal Medicine*, 326:1213-1215.
- Hughes, J. G. 1993. Conception and creation of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 92:469-470.
- Oski, F. A., Honig, A. S., Helu, B., Howanitz, P. 1983. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron-deficient infants. *Pediatrics*, 71:877-880.
- Royston, E., Armslrong, S. (eds). 1989. *Preventing Maternal Deaths*. Geneva: World Health Organization.

- Stopp, G. H. 1994. *International Perspectives on Healthcare for the Elderly*. New York: Peter Lang.
- Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C. 1989. A case control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *The New England Journal of Medicine*, 320:1361-1367.
- UNICEF. 1996-1999. *The State of the World's Children 1996, 1997, 1998, 1999*. New York: United Nations Children's Fund, Oxford University Press.
- United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Clinical Preventive Services*, Second Edition. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Ballimore: Williams & Wilkins.
- Williams, C. D., Baumslag, N., Jelliffe, B. 1994. *Mother and Child Health: Delivering the Services*, Third Edition. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 1983. Community control of hereditary anaemias: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization*, 61:63-80.
- World Health Organization. 1992. *The Prevalence of Anemia in Women: A Tabulation of Available Information*, Second Edition. Geneva: World Health Organization.