

NECESITĂȚILE SANITARE SPECIALE ALE **COMUNITĂȚII**

INTRODUCERE

În orice societate există grupuri de persoane care necesită o atenție specială din partea sistemului de asistență medico-sanitară. Aceste grupuri includ indivizii cu afecțiuni psihice și retard mental, băștinașii, refugiații, populațiile migratoare și fără adăpost, militarii și deținuții. Există și instituții sanitare speciale cum ar fi cele de asistență stomatologică și de urgență care sunt necesare întregii populații. Tradițional, aceste necesități speciale erau asigurate de servicii separate care au segregat de la sistemul general de asistență medico-sanitară. În prezent, deși argumentele în folosul acestei separări nu sunt deja relevante, această tradiție continuă fiind menținută de anumite interese.

Noua Sănătate Publică accentuează importanța determinării necesităților sanitare speciale ale individului și populației în activitatea sistemului sanitar național și comunitar. În acest capitol sunt precăutate aceste necesități speciale care afectează anumite subgrupuri, dar și populația în întregime. Unele intervenții necesare pentru protejarea sănătății grupurilor speciale sunt orientate în mod concret asupra grupului de risc. Alte activități sunt axate pe întreaga populație deoarece ea în întregime este expusă riscului, spre exemplu, de dezvoltare a problemelor psihice. Noua Sănătate Publică atrage atenția anume asupra necesităților sanitare ale grupurilor mai puțin privilegiate ale populației și abordează posibilitățile de îndeplinire a acestora, de rând cu necesitățile sanitare ale întregii populații.

SĂNĂTATEA MENTALĂ

„Sănătatea mentală este un fenomen complex determinat de mulți factori sociali, ecologici, biologici și psihologici care depinde parțial de eforturile sanitare publice de control a tulburărilor psiho-neurologice inclusiv a depresiei, anxietății, schizofreniei, demenței și epilepsiei” (Organizația Mondială a Sănătății, 1996). După estimările WHO pe glob suferă de boli psiho-neurologice 1,5 miliarde de persoane din care trei pătrimi locuiesc în țările în curs de dezvoltare. În același timp grație realizărilor moderne în domeniul prevenirii și managementului afecțiunilor mentale și neurologice precum și elucidării rolului factorilor comportamentali, sociali și neurologici în dezvoltarea acestor boli, acest domeniu sanitar a devenit un important element al Noii Sănătăți Publice.

Afecțiunile mentale sunt o sursă majoră de disabilitate în orice societate. Impactul acestora asupra sănătății individuale, familiale și comunitare, precum și costurile directe și indirecte ale lor sunt enorme. Sute de milioane de persoane în lume sunt afectate de boli psiho-neurologice de diferită gravitate.

O altă definiție a sănătății mentale focusată pe gradul de funcționalitate a individului este cea a Departamentului Canadian de Sănătate și Prosperitate (1988), care definește sănătatea mentală ca „capacitatea individului, grupului și ambianței de a interacționa reciproc într-un mod care asigură prosperitatea subiectivă, dezvoltarea optimală și utilizarea abilităților mentale, precum și realizarea scopurilor individuale și colective în corespundere cu principiile dreptății și echității.” Donaldson definește sănătatea publică ca „o stare în care persoana este capabilă să exercite un rol funcțional activ în societate, interacționând cu alte persoane și depășind dificultățile fără a suferi stresuri majore sau a dezvolta un comportament anormal sau dereglat” (Medicina Sanitară Publică Esențială, 1993).

Problemele mentale de scurtă sau lungă durată pot afecta orice persoană pe parcursul vieții. Acestea includ un spectru larg de stări: de anxietate, depresie, izolare și singurătate, psihotice, tulburări obsesiv-compulsive, dereglări comportamentale și de nutriție, abuzul de droguri, delictul, suicidul, violența, alcoolismul, abuzul fizic și psihic intrafamilial. Aceste stări afectează semnificativ prosperitatea fizică și socială a pacientului, familiei și comunității. Practica de asistență medico-sanitară bazată pe prezentarea de sine stătătoare la doctor a pacientului cu forme clinic manifeste ale afecțiunilor mentale frecvent se soldează cu o instituționalizare de lungă durată a bolnavului. Din contra depistarea activă precoce a cazurilor și implementarea intervențiilor comunitar și individual orientate poate preveni această instituționalizare.

Stările psihiatrice tradițional au fost clasificate în psihoze și neuroze și după manifestările clinice la momentul prezentării la medic.¹ Psihozele reprezintă afecțiuni mentale majore caracterizate prin simptome severe cum ar fi manii și halucinațiile. Acestea se împart în psihoze organice și funcționale, cele organice fiind cauzate de o leziune organică, iar cele funcționale neavând un substrat morbid fizic. Psihozele funcționale includ schizofrenia și tulburările afective sau comportamentale.

¹ Clasificarea britanică din anii 1970 diferențiază bolnavii internați cu afecțiuni mentale în: depresivi, cu schizofrenie, cu dereglări de personalitate, neuroze și manii.

Stările nevrotice pot varia în severitate, dar la general reprezintă un răspuns exagerat la diferite evenimente uzuale, spre exemplu anxietatea și ideile obsesive. Acestea se împart în neuroze de anxietate, neuroze obsesiv-compulsive, isterie și depresie. Debutând la o vârstă fragedă sau în adolescență retardul mental și dereglările de personalitate au fost în mod tradițional considerate ca un grup aparte, separat de afecțiunile mentale, care se instalează la adulți după o perioadă de funcționare normală. Totodată toate acestea sunt privite ca o parte integră a spectrului problemelor sanitare comunitare care necesită intervenții programate specifice.

Anexa 7.1. Grupurile vulnerabile și factorii favorizanți ai disfuncției mentale.

<i>Copii</i>	<i>Factori genetici, afecțiuni intranatale, sindromul alcoolic fetal, deficitul de masă corporală la naștere, expunerea prenatală la droguri Deficiențe nutriționale: de iod, fier Sărăcie și stare psiho-socială depravată Abuz, violență: actuale sau anterioare domestice sau în mediul social Infecții (spre exemplu, encefalitele virale) Expunerea la toxice (spre exemplu, la plumb)</i>
<i>Adolescenți</i>	<i>Maturizarea sexuală și stresul asociat Stresul familial, abuzul, violența, sărăcia Tensiunile din școală, carieră, așteptările profesionale Violența, traumele, stresul Autoaprecierea propriului corp: teama de obezitate Abuzul de alcool sau droguri</i>
<i>Adulți</i>	<i>Abuzul de alcool sau droguri Factorii ce țin de fertilitate și sarcină Funcția de părinte, în special în cazul singurului părinte, sărăcia Abuzul, violența fizică, sexuală și psihologică asupra femeii Stresul profesional, șomajul Teama de îmbătrânire, menopauză Pierderea virilității, funcției reproductive Pierderea serviciului, propria subapreciere</i>
<i>Vârstnici</i>	<i>Pierderea soțului/soției, prietenilor, casei Sărăcia și izolarea Pensionarea și pierderea serviciului Istovirea puterilor fizice și mentale Malnutriția: sindromul de „pâine și ceai” Abuzul, violența Pierderea independenței Teama de deces și de disabilitate</i>

Sănătatea mentală a individului este influențată de numeroși factori intrinseci și extrinseci. Pacientul poate prezenta antecedente ereditare și familiale de boli psihice care mărturisesc doar despre o predispunere la aceste afecțiuni. Ele devin evidente doar sub acțiunea factorilor externi. Spre exemplu, stresurile repetate contribuie la dezvoltarea problemelor comportamentale și funcționale în familie și comunitate. Astfel de fenomene din viață cum ar fi

boala, pierderea unei persoane apropiate, șomajul sau pensionarea, stresul economic, familial, violențele, infidelitatea sau divorțul pot servi drept evenimente „trigger” ale unor crize sociale și mentale și din acest motiv sunt considerate drept factori de risc care necesită programe speciale de intervenție și prevenție.

Emoțiile influențează puternic sănătatea fizică și mentală, stimulând răspunsuri fiziologice și psihologice. Unele răspunsuri la stres acționează benefic asupra organismului mobilizându-i forțele pentru rezolvarea problemelor apărute, în același timp stresul îndelungat devine un factor de risc care acționează nociv asupra stării emoționale și istovește posibilitățile fiziologice ale sistemelor. Ca rezultat apar patologii sociale care afectează sănătatea fizică și mentală a individului și familiei.

Schimbările istorice ale metodelor de tratament

Tradițional afecțiunile mentale erau stigmatizate de superstiții, tratare brutală și tratament prin izolare de comunitate. Metodele de tratament a bolnavilor psihici constau în înlăturarea acestora din comunitate prin instituționalizarea lor de lungă durată, utilizând diferite restrângeri legale și fizice și diverse forme de terapie de șoc. La sfârșitul secolului XVIII reformele lui Vincenzo Chiarugi în Italia, William Tuke în Anglia și Philippe Pinel în Franța au dus la stoparea practicii de înlănțuire, înfometare și mutilare în azilurile pentru bolnavii psihici. Azilurile psihiatrice, totodată, cresc devenind instituții mari de asistență izolată a bolnavilor psihici, care trăiau, frecvent, în condiții deplorabile, această practică devenind o practică standard de asistență a bolnavilor psihici până în secolul XX.

Anexa 7.2. Căderea sistemului tradițional de sănătate mentală.

„Sistemul existent de asigurare cu asistență medico-sanitară, inclusiv și cu asistență psihiatrică, a devenit incapabil să îndeplinească necesitățile în aceste servicii ale populației de pe glob. Multe din aceste sisteme erau centralizate, bazate pe asistența spitalicească și orientate asupra bolii, asistența necesară fiind furnizată de un doctor unui pacient. O astfel de asistență este frecvent

grevată de încălcarea principiilor de echitate socială, în special în țările în curs de dezvoltare.”

Sursa: World Health Organization. 1990. *The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care*. Geneva: WHO.

În Marea Britanie în secolul XIX autoritățile locale au început a crea aziluri psihiatrice și a supraveghea instituțiile psihiatrice private. În baza Legii despre tratamentul psihiatric din anul 1930 a fost primită decizia de a crea clinici psihiatrice comunitare ca o alternativă a azilurilor psihiatrice private în care încă era practică abordarea brutală a bolnavilor psihici. În anul 1948 spitalele psihiatrice au fost transferate în subordonarea Serviciului Național de Sănătate.

În anii 1950 în SUA și în multe alte țări numărul de paturi în spitalele psihiatrice s-a egalat cu numărul de paturi în secțiile de urgențe medicale. Bolnavul cu afecțiune psihică era spitalizat pe o perioadă îndelungată și frecvent chiar pe viață. Perioadele de remisiune alternau cu perioadele de tratament forțat, iar speranța externării pacientului era minimă. Managementul acestor pacienți era bazat pe tratamentul forțat cu utilizarea metodelor terapeutice tradiționale: a sedativelor „grele”, șocului cu insulină sau electric și chiar lobotomiei. Reducerea numărului de pacienți cu sifilis terțiar și alte afecțiuni psihice organice, precum și elaborarea și implementarea remediilor psihotrope au definit o nouă direcție în psihiatrie.

Organizarea asistenței psihiatrice bazată pe tratamentul forțat este costisitoare și inefficientă. În trecut spitalele psihiatrice consumau o mare parte a alocațiilor sanitare, atingând în unele țări cifra de 5 paturi la 1000 de populație. Nefiind eficient, un astfel de sistem se solda cu imposibilitatea reîntoarcerii pacientului instituționalizat la viața socială.

Creșterea mișcării sociale pentru igiena psihică, precum și ratificarea în anul 1946 a Legii Naționale cu privire la Sănătatea Mentală a creat o nouă direcție în psihiatrie. Adoptarea Legii cu privire la Sănătatea Mentală din Marea Britanie, 1959, s-a soldat cu reducerea substanțială a paturilor psihiatrice de la 152.000 în 1952 la 98.000 în 1975 și la 59.000 la începutul anilor 1990. În

această perioadă s-a majorat posibilitatea spitalizării de scurtă durată a bolnavilor cu afecțiuni psihice în secțiile psihiatrice ale spitalelor generale. Creșterea numărului de bolnavi psihici printre persoanele fără adăpost în SUA și Marea Britanie determină necesitatea revizuirii atitudinii față de spitalele psihiatrice.

La începutul anilor 1960 reîntoarcerea în societate a unui număr mare de bolnavi psihici a impus necesitatea unui suport psihiatric special prin administrarea medicației eficiente, organizarea unor servicii de supraveghere a acestor bolnavi în societate și a spitalizării repetate de scurtă sau lungă durată în caz de necesitate. În țările cu o insuficiență a serviciilor comunitare această practică a dus la majorarea numărului bolnavilor psihici fără adăpost care nu sunt capabili să ducă o existență normală în societatea modernă. Astfel în Statele Unite în anii 1969-1993 s-a observat o scădere a ratei de spitalizare a bolnavilor psihici în spitalele psihiatrice districtuale și statale, în același timp înregistrându-se o majorare a internărilor în secțiile de urgențe medicale și spitalele psihiatrice private (Tabelul 7.1).

TABELUL 7.1. Rata spitalizării bolnavilor cu afecțiuni mentale,^a Statele Unite, 1969-1992.

INTERNĂRI	1969	1975	1983	1988	1992
În spitale districtuale sau statale	244	205	46	125	109
Urgente în spitalele generale	240	257	337	359	377
În serviciile psihiatrice ale spitalelor de veterani	68	86	64	101	72
În spitalele psihiatrice private	46	59	71	156	186
Total (inclusiv toate categoriile)	644	737	701	819	830

Sursa: *Health, United States*, 1990 and 1996-1997.

^a Ratele la 100.000 de populație civilă.

Epidemiologia sănătății mentale

Afecțiunile mentale sunt răspândite în toate societățile. În Statele Unite 10 milioane de adulți și 4 milioane de copii sunt afectați de boli psihice grave, exclusiv abuzul de substanțe (*Mental Health, United States*, 1996). Epidemiologia psihiatrică s-a dezvoltat ca disciplină aparte în ultimele decenii, studiind prevalența, distribuția, cauzele și consecințele afecțiunilor mentale.

La mijlocul anilor 1950 un studiu efectuat în Manhattan a depistat următoarele: 19% din populație avea o stare mentală bună, 36% prezentau simptome psihice ușoare, 45% - simptome psihice moderate și severe, iar simptomele psihice severe cu incapacitate de muncă erau prezente la 10% din populație. Numeroase studii efectuate în Finlanda și în așa orașe ca Atena, Canberra și Camberwell (Marea Britanie) au relevat rate majore de depresie care oscilau între 4,5 și 7,25% din populație. În 1985 bolnavii psihici ocupau 29% din paturile spitalicești ale Marii Britanii și constituiau 4% din toate internările. Studiile din Marea Britanie au indicat faptul că de la 25 la 10% din pacienții care vizitează medicul de familie au la baza procesului patologic cauze psihiatrice, chiar dacă simptomele primare sunt somatice.

Examinarea Națională de Comorbiditate efectuată în Statele Unite în anii 1990-1992 s-a ocupat cu studierea prevalenței pe parcursul întregii vieți și într-o perioadă de 12 luni a tulburărilor psihice (DSM III) într-un grup de populație reprezentativ pentru întreaga națiune a Statelor Unite. Aproape 50% din persoanele cercetate au raportat prezența unei tulburări psihice cel puțin o dată în viață, iar 30% - cel puțin o tulburare psihică pe parcursul ultimelor 12 luni. Cele mai răspândite tulburări erau manifestate prin depresii, dependență de alcool și fobii sociale sau simple. Mai mult de jumătate din persoanele care au declarat tulburări psihice pe parcursul vieții au suferit de trei sau mai multe episoade psihiatrice, constituind 14% din grupul de studiu. Mai puțin de 40% din indivizii cu tulburări psihice pe parcursul vieții au fost tratați de către medici profesioniști. Femeile prezentau o rată mai mare de tulburări afective și anxioase, iar bărbații sufereau mai frecvent de abuzul de substanțe și tulburări de personalitate. Prevalența tulburărilor psihice a depășit cu mult numărul așteptat, o mare parte din persoanele afectate nefiind asistați profesional. Aceste relevări au sugerat necesitatea lărgirii și integrării asistenței psihiatrice cu asistența medico-sanitară generală primară. Studiile prevalenței sunt compromise de diferite erori sistematice ce țin de colectarea informației, criteriile de diagnostic, selectarea grupelor reprezentative, precum și de

metodele de studiu. Epidemiologia sănătății mentale utilizează datele din registrele naționale, precum și colaborează cu reprezentanți ai științelor sociale, epidemiologi, biostatisticieni, antropologi, genetici și specialiști din alte domenii pentru îmbogățirea cunoștințelor referitor la factorii contribuabili și declanșatori ai afecțiunilor mentale.

După estimările WHO cel puțin 5% din populația europeană suferă de tulburări mentale serioase manifeste (nevroze și psihoze funcționale), totodată prevalența estimată variază în limite largi de la un studiu la altul. Cel puțin 15% din populație suferă de afecțiuni psihice mai puțin severe, dar care provoacă incapacitate parțială. Acestea afectează prosperitatea acestor indivizi și creează condiții pentru dezvoltarea problemelor psihice mai serioase cum ar fi depresia, stările psihiatrice cronice, problemele psiho-emoționale, comportamentul periculos (suicid, violență și abuz de substanțe). În țările Europei de Vest în anii 1980 și 1990 asistența psihiatrică a suferit schimbări radicale, având loc un proces marcat de „deinstituționalizare” care consta în externarea pacienților din instituțiile de asistență de lungă durată și reintegrarea lor în societate. Dezvoltarea practicilor de tratament în comunitate și a serviciilor de susținere a persoanelor afectate psihic pentru a duce o viață independentă, instruirea lor în ceea ce privește deprinderile necesare în viața socială și cele profesionale toate acestea făceau parte din acest proces.

După aprecierile Institutului Național de Sănătate Mentală al SUA (NIMH internet <http://www.nimh.gov>) 2 milioane de americani sunt afectați de schizofrenie, iar alte 10 milioane suferă de tulburări bipolare (maniacal-depresive). De tulburări psihice cum ar fi fobiile, tulburările posttraumatice de stres și afecțiunile obsesiv-compulsive suferă încă 30 milioane de americani și aproximativ același număr de persoane este afectat de boala Alzheimer și alte boli degenerative ale sistemului nervos central. De tulburări de nutriție suferă probabil milioane de adolescenți, iar abuzul de substanțe și morbiditatea asociată afectează un număr încă mai mare de persoane. Odată cu răspândirea tot mai largă în Statele Unite a asistenței medico-sanitare controlate și

integrarea asistenței psihiatrice în componența sistemelor sanitare naționale și districtuale, costul și eficiența asistenței psihiatrice a devenit un subiect de atenție primordială pentru economia sanitară și managementul sanitar.

Misiunea Institutului Național de Sănătate Mentală constă în conducerea cercetărilor științifice neuro-psihiatrice și genetice cu scop de dezvoltare a noilor metode de diagnostic și tratament, acestea fiind testate în teren, în condiții reale. Aceste studii sunt axate pe problemele neuroștiinței, făcându-se studii la nivel molecular (Premiul Nobel, Julius Axelrod, 1970).

După estimările WHO afecțiunile mentale reprezintă una dintre cele mai mari probleme sanitare publice globale, care afectează zeci de milioane de persoane (vezi Tabelul 7.2) și care în anii 1990 a constituit cauza a aproximativ 10% din anii pierduți de viață sănătoasă (DALY). Importanța sănătății mentale în societățile dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare crește odată cu majorarea duratei așteptate a vieții și influenței crescânde a factorilor contribuabili cum ar fi îmbătrânirea, sărăcia, războaiele și trauma, violența, analfabetismul, discriminarea sexuală și malnutriția.

În prezent, în condițiile schimbării priorităților sanitare, afecțiunile mentale trebuie trecute pe agenda zilei de rând cu bolile fizice. Impactul evident al tulburărilor mentale se manifestă prin costuri enorme sociale și economice pentru familie și societate. Impactul inaparent, ascuns constă în stigmatizarea socială a acestor bolnavi și pierderea drepturilor umane. Ei fiind respinși de societate, familii, patroni și chiar asistenți sanitari și sociali sunt izolați, umiliți și îndurerați, ne mai vorbind de faptul că își pierd securitatea financiară și independența.

TABELUL 7.2. Prevalența globală a tulburărilor mentale și comportamentale, 1998.

Afecțiuni	Prevalența estimată (milioane)
Tulburări anxioase	400
Tulburări de dispoziție (afective)	340
Sindrom de dependență alcoolică	288
Retard mental (de toate tipurile)	60
Schizofrenie	45
Epilepsie	40
Demență (inclusiv boala Alzheimer)	29
Sindromul de abuz de substanță	28

Suicid (tentative)	10-20
Suicid (realizat)	0,835

Sursa: WHO, *World Health Reports*, 1998, and WHO Mental Health Program, 1999.

Sindroamele psihice

Manifestările clinice ale afecțiunilor mentale variază în limite largi și includ modificări de personalitate, gândire confuză, anxietate, teamă sau suspiciune anormale, evitarea contactelor sociale, acțiuni sau idei suicidale, dereglări de somn, modificări patologice ale nutriției, izbucniri de mânie și ostilitate, abuz de alcool sau droguri sau incapacitatea de a efectua activitățile vitale zilnice (la școală, la serviciu sau personale). Tulburările mentale includ un grup heterogen de afecțiuni care variază de la reacții exagerate de răspuns la evenimente stresante până la dereglări psihice grave determinate de malformații neurologice sau genetice (Departamentul de Sănătate și Resurse Umane al SUA, 1999). Caracterul cronic al afecțiunilor mentale determina în trecut necesitatea unei instituționalizări de lungă durată. Odată cu îmbunătățirea metodelor de tratament medical și a managementului în comunitate a acestor afecțiuni, necesitatea spitalizării acestor pacienți s-a redus.

Sindroamele psihice organice. Tulburările mentale organice se pot manifesta printr-o varietate largă de simptome cum ar fi scăderea memoriei, a capacității de înțelegere, însușire, vorbire, analiză, gândire și calculare, precum și prin simptome severe cum ar fi demența. Boala Alzheimer este o afecțiune proeminentă a acestei categorii de unități nozologice. Alte cauze de leziune organică a sistemului nervos central includ trauma craniocerebrală, accidentele cerebrovasculare, boala Parkinson, alcoolismul, boala Creutzfeldt-Jacob, HIV, leziunile posteencefalitice, sifilisul și demențele de altă origine. După aprecierile WHO pe glob de aceste afecțiuni suferă 22 milioane persoane. Insuficiența cognitivă la vârstnici se întâlnește la 5% din persoane până la vârsta de 75 de ani și la 40% de bătrâni care au depășit vârsta de 80 de ani.

Prevenirea leziunilor cerebrale, ictusurilor, encefalitelor datorate bolilor evitabile prin vaccinare, managementul adecvat al alcoolismului și nutriția cuvenită reduce din prevalența demențelor. Depistarea la timp a insuficienței cognitive la vârstnici este o funcție importantă a asistenței medio-sanitare primare și specializate geriatrice și psihiatrice. Creșterea longevității vieții poate agrava impactul prin boli psihice senile asupra familiei și sistemului de asistență medico-sanitară. Fiind parte componentă a sistemului de asistență medico-sanitară, serviciile de suport al familiilor care îngrijesc persoane afectate de sindroame encefalice organice trebuie să includă instituții pentru spitalizare de scurtă durată, servicii de asistență la domiciliu și de îngrijire de lungă durată. Cercetările științifice în domeniul sindroamelor encefalice organice trebuie să fie de prioritate înaltă, deoarece acestea distrug personalitatea bolnavului, având un impact grav asupra familiei și comunității, și sunt legate de cheltuieli enorme pentru asistența medico-sanitară.

Abuzul de substanțe. Abuzul de substanțe (tulburările mentale și comportamentale datorate utilizării remediilor psihotrope) reprezintă o intoxicație cronică cu o substanță care cauzează leziuni psihice sau fizice, insuficiență cognitivă sau disfuncții comportamentale ceea ce se soldează cu dizabilitate și afectarea relațiilor interpersonale. Sindroamele de dependență se caracterizează prin prezența a trei din următoarele: utilizare compulsivă a substanței, simptome fiziologice de sevraj, toleranță la efectele acesteia, preocuparea de substanță și utilizarea continuă a ei în pofida efectelor negative. Abuzul de substanță este asociat cu multiple probleme serioase, inclusiv cu decesul de pe urma supradozării, comiterea crimelor pentru îndeplinirea necesității în substanță, transmiterea STD, SIDA și a hepatitelor virale, ostracismul social și lezarea ireversibilă a sistemului nervos central.

În prezent abuzul de substanțe a atins nivelul unei pandemii. După aprecierile WHO sindroamele de dependență de droguri afectează 28 milioane de persoane. Anual din cauza supradozării decedează 100.000-200.000 de

persoane. Printre adolescenți este pe larg răspândită inhalarea solvenților volatili (clei, vopsea, benzină, aerosol) care cauzează leziuni grave ale sistemului nervos central și deces. Utilizarea marijuanei a atins proporții enorme pretutindeni. Apar noi remedii stupefiante utilizarea cărora este însoțită de o rată înaltă de mortalitate și leziuni ireversibile encefalice. Utilizarea opioidelor, cocainei și remediilor psihotrope afectează societatea la toate nivelele, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Ea este stimulată de urbanizare și de alte stresuri sociale precum și de interese politice și economice legate de traficul internațional de droguri care aduce venituri enorme. Tentativele de eliminare și control al traficului de droguri sunt asemănătoare eforturilor internaționale de interzicere și persecutare a comerțului cu sclavi din secolele XVIII-XIX. În ambele cazuri existau guverne care încurajau traficul și guverne care făceau tentative de a-l stopa.

Măsurile de prevenție a abuzului de substanțe trebuie orientate asupra mai multor grupuri vulnerabile, în special asupra tineretului, copiilor străzii și femeilor care fac abuz de droguri. Este pe larg utilizată terapia de substituție cu Methadonă a dependenței de droguri. Programele de schimb ale seringilor s-au dovedit a fi eficiente în reducerea răspândirii HIV și hepatitelor B și C printre utilizatorii intravenoși de droguri, totodată fiind și criticate ca proiecte care încurajează abuzul de droguri. Tratamentul de dezintoxicare și programele de supraveghere sunt de lungă durată, costisitoare și frecvent inutile, dar sunt o alternativă mai bună decât bolile asociate, crimele, decăderea socială și izolarea în penitenciare a persoanelor afectate.

Pe glob 120 milioane de persoane fac abuz de alcool. Abuzul de alcool sau alcoolismul cronic și bolile asociate cum ar fi ciroza, cancerul, precum și degradarea socială sunt pe larg răspândite în multe țări, fapt ce rezultă într-o mortalitate sporită de pe urma traumelor, violenței și abuzului familial. Abuzul de alcool în timpul gravidității poate provoca naștere de făt mort, naștere prematură și sindrom alcoolic fetal. Strategiile de reducere a abuzului de alcool includ majorarea prețurilor și reducerea accesibilității alcoolului, în special

pentru adolescenți, stabilirea vârstei minime pentru persoanele care cumpără alcool, persecutarea legislativă și penală a conducerii în stare de ebrietate a mijloacelor auto, interzicerea prezentării, marketingului și publicității produselor alcoolice, programe de educație publică antialcoolică, consultații individuale, practica de terapie în grup, organizarea grupurilor de ajutor reciproc, precum și programe de asistență spitalicească, ambulatorie și de reabilitare.

Schizofrenia. Schizofrenia reprezintă un grup de stări cronice cu episoade de acutizări psihotice caracterizate prin halucinații, delir sau tulburări comportamentale. Se manifestă de obicei la vârsta de 20 de ani, cu dereglări ale gândii, percepției și funcției cognitive. Simptomele pot include excitație psihomotorie, izolare de viața socială și stare catatonică. Halucinațiile pot fi vizuale sau auditive.

Afecțiunea fiind cronică debutează cu episoade de acutizare de câteva luni care alternează cu perioade de remisiune. Apare la ambele sexe și în toate clasele sociale și afectează aproximativ 1% din populația adultă. Se caracterizează prin evoluție cronică, în acutizări fiind frecvent necesară spitalizarea. Managementul curent disponibil al maladiei îmbunătățește pronosticul evoluției bolii la mulți pacienți.

După aprecierile WHO în lume există 45 milioane bolnavi de schizofrenie din care 33 milioane sunt în țările în curs de dezvoltare. În Statele Unite costurile directe ale tratamentului schizofreniei se ridică până la 0,5% din produsul național brut (GNP). Presupusă de a fi de origine biologică, evoluția schizofreniei este influențată de o mulțime de factori sociali și culturali. Asistența medico-sanitară de scurtă și lungă durată necesită o rețea de servicii spitalicești și comunitare bine integrate. Descoperirea și utilizarea de la începutul anilor 1950 a remediilor neuroleptice cum ar fi clorpromazina a redus considerabil simptomatologia schizofreniei și a permis bolnavilor să ducă o

viață activă în comunitate fiind susținuți de familii și servicii comunitare, spitalizarea fiind necesară doar periodic și de scurtă durată.

Dereglările afective (de dispoziție). De tulburările afective (stare de dispoziție ridicată sau depresivă) suferă aproximativ 340 milioane de persoane în lume, constituind a patra parte a impactului general al bolilor în țările în curs de dezvoltare. În Statele Unite costurile anuale legate cu depresiile constituie aproximativ 44 miliarde de dolari SUA, ceea ce este echivalent cu cheltuielile pentru asistența medico-sanitară a bolnavilor cu afecțiuni cardio-vasculare (WHO, *World Health Report 1997*).

Tulburările afective variază de la stări maniacale la cele depresive, frecvent incluzând atât mania, cât și depresia care alternează (afecțiuni bipolare sau maniacal-depresive). Depresia este probabil cea mai răspândită tulburare afectivă de care suferă aproximativ 5% din populație. Diagnosticul de depresie include patru sau mai multe din următoarele simptome și semne: pierderea interesului sau plăcerii în activitățile normale, lipsa răspunsului emoțional, dereglări de somn, stare de depresie mai accentuată dimineata, pierderea apetenței, pierderea a 5% din greutate într-o lună, pierderea atracției sexuale, retard sau agitație psihomotorie. Severitatea acestei afecțiuni poate fi medie sau severă. Crizele de depresie pot fi recurente și reprezintă un factor major de risc pentru suicid și degradarea socială. Depresia severă este caracteristică pentru persoanele în vârstă. Afecțiunea afectivă sezonieră (SAD) reprezintă un sindrom legat de noaptea polară în țările de nord în perioada de iarnă. Acest sindrom este asociat cu rate înalte de abuz de alcool, boli cardiace și suicid.

Nereușitele economice, șomajul, discriminarea și practicile care limitează drepturile femeilor - toate acestea contribuie la dezvoltarea tulburărilor afective.

Femeile sunt afectate mai frecvent, starea de depresie fiind mai răspândită printre femeile căsătorite cu copii, fapt legat probabil de izolarea socială și limitarea activității sociale la rolul de „soție de casă”. Depresia postnatală poate

fi precursorul unei afecțiuni cronice depresive și din acest motiv necesită intervenții de susținere și de prevenire a cronicizării.

Descoperirea remediilor antidepresive a constituit o realizare importantă în managementul tulburărilor afective, totodată terapia cu antidepresive trebuie monitorizată de către un medic specialist. În anul 1970 FDA în baza rezultatelor cercetărilor științifice ale NIMH, a aprobat litiul în calitate de remediu pentru tratamentul crizelor maniacale, ceea ce a adus beneficii majore persoanelor suferinde de afecțiuni bipolare. Tratamentul cu litiu și antidepresive necesită monitorizare continuă și asistență de susținere din partea furnizorilor de servicii medico-sanitare. Această practică reduce severitatea și numărul tulburărilor afective, diminuând și impactul economic al acestora asupra societății precum și suferințele personale ale pacienților și familiilor lor.

Furnizorii de asistență medico-sanitară primară trebuie se activeze umăr la umăr cu specialiștii psihiatri pentru a asigura consultarea și îndreptarea în clinici a pacienților care nu doresc să se prezinte inițial în instituțiile psihiatrice. Cunoașterea de către furnizorii de asistență medico-sanitară primară a tulburărilor afective este de o importanță vitală pentru asigurarea acestor pacienți cu o asistență înțelegătoare, răbdătoare, de susținere și pentru îndreptarea acestora în clinicele specializate în cazul cronicizării maladiei sau degradării sociale. Asistența psihoterapeutică iscusită este importantă în asistența medico-sanitară primară, dar necesită susținere din partea serviciilor specializate. Totodată sunt necesare măsuri speciale comunitare de intervenție cu scop de reducere a violenței intrafamiliale care frecvent este cauza tulburărilor afective.

Neurozele (anxioase și disociative). Acest grup de maladii include simptome de diferită severitate cum ar fi panica, fobiile, tulburările obsesiv-compulsive, stările de anxietate și sindromul posttraumatic de stres. Fobiile specifice includ teama de supraaglomerare, locuri publice, călătorii, situații sociale, obiecte, animale și spații închise. Stările de panică reprezintă crize

discrete de frică, care apar spontan cu simptome fizice care nu corespund pericolului real al situației sau evenimentului. Tulburările obsesiv-compulsive se manifestă prin idei neplăcute obsesive, repetitive, care cauzează discomfort psihic și emoțional. Aceste tulburări includ comportamente compulsive cum ar fi spălatul frecvent al mâinilor, pieptănarea părului, curățenia frecventă și număratul obsesiv. Starea unor pacienți obsesiv-compulsivi poate fi ameliorată prin utilizarea remediilor moderne. Reacțiile la stres pot fi acute sau pot apărea peste un timp îndelungat după evenimentul „trigger”.

TULBURĂRILE POSTTRAUMATICE DE STRES. Tulburările posttraumatice de stres (PTSD) se manifestă prin amintiri și visuri neplăcute care de obicei apar pe parcursul a 6 luni după evenimentul stresant. Acestea pot include depresii manifeste sau alte tulburări comportamentale sau afective. PTSD pentru prima dată descrise la veteranii Războiului din Vietnam în prezent sunt recunoscute ca o reacție psihică la evenimente catastrofale cum ar fi violența, genocidul, torturile, calamitățile și abuzul sexual. Asigurarea competenței publicului și a specialiștilor referitor la acest sindrom trebuie să fie o parte componentă a procesului de pregătire a sistemului sanitar pentru acordarea ajutorului psihologic în caz de situații catastrofale cum ar fi uraganele, cutremurele de pământ, atacurile teroriste (spre exemplu, în Oklahoma, 1995) sau omuciderea în masă de către persoane alienate (spre exemplu, evenimentele din Scoția și Australia, 1996).

TULBURĂRILE DISOCIATIVE (DE CONVERSIE). Tulburările dissociative (de conversie) includ amnezia, stupoarea sau stările de catalepsie, care nu sunt legate de cauze fizice, dar sunt declanșate de evenimente „trigger” specifice. Simptomatologiile somatice care nu pot fi explicate prin stări somatice detectabile se numesc tulburări somatoforme. Simptomele pot varia în limite largi incluzând manifestări clinice gastrointestinale, cardiovasculare, dermatologice, uro-genitale sau algice.

Sindroame comportamentale cu dereglări fiziologice. Sindroamele comportamentale includ tulburările de nutriție, anorexia nervoasă (foamea autoimpusă), bulimia nervoasă (vomele autoinduse sau administrarea purgativelor), abuzul de substanțe care nu provoacă dependență (vitamine, antacide), tulburările de somn, lunatismul și pavorul nocturn. Sindroamele de disfuncție sexuală includ pierderea libidoului, repulsia sexuală, insuficiența răspunsului sexual (bărbați sau femei), disfuncțiile de orgasm, ejacularea precoce și actul sexual dureros.

Măsurile de prevenție includ discutarea publică în special pe paginile mass-media și informarea familiilor și asistenților sanitari și sociali referitor la problemele de adaptare a adolescenților și situațiile de stres. Potențialul de trecere a anxietății normale în tulburări anxioase serioase vital periculoase cum ar fi bulimia sau anorexia nervoasă este deosebit de mare la adolescenți. Normele sociale cum ar fi promovarea modelelor corporale suple facilitează dezvoltarea acestor stări. Bărbații de vârstă medie care pot fi supuși stresului determinat de insecuritatea serviciului sau pierderea statutului social pot prezenta dereglări de somn sau disfuncții sexuale și fac parte din grupul de risc de dezvoltare prematură a cardiopatiei ischemice. Șomajul, pierderea soțului/soției sau stresurile financiare pot precipita un răspuns fiziologic și psihologic excesiv care poate fi periculos pentru viață. Serviciile de asistență medico-sanitară primară trebuie să fie apte de a depista și trata sindroamele comportamentale, în special în grupurile populaționale vulnerabile.

Tulburările de personalitate. Tulburările de personalitate includ dereglările de percepție și interpretare a oamenilor și evenimentelor. Sunt asociate cu impulsuri și necesități greu de stăpânit. Simptomele sunt persistente și rigide și cauzează un discomfort inexplicabil prin alte afecțiuni mentale. Tulburările de personalitate variază de la stări paranoide sau de suspiciune exagerată la stări schizoide (depărtare și rigiditate emoțională, viață singuratică

fiind obsedat de fantezii și introspecție). Tulburările de personalitate emoțional instabile includ comportamentul impulsiv cu accese de mânie și violență, precum și dificultatea respectării unui plan de acțiuni fără a fi răsplătit imediat pentru ele.

Tulburările de personalitate limitrofe includ stări impulsive cu dereglarea autoaprecierii, crize emoționale, fobii și senzația de gol sufletesc. Ține de responsabilitatea sistemului sanitar recunoașterea și managementul acestor stări, care provoacă consecințe grave pentru individ, familie și societate. Depistarea precoce a tulburărilor de personalitate permite instituirea unei îngrijiri profesionale pentru susținerea acestor persoane în perioadele critice ale vieții. Poate fi utilă și practica grupurilor de ajutor reciproc sau familiale.

Tulburările dezvoltării psihice. Tulburările de dezvoltare psihică includ diferite grade de deficiență a vorbirii, dereglările de percepție auditivă, vizuală, ale atenției și de control al activităților. Acestea includ autismul la copii, care se manifestă prin comunicare socială anormală, atașament patologic cu lipsa reciprocității sociale și emoționale, dezvoltare mentală insuficientă. Recunoașterea precoce și îndreptarea acestor pacienți la specialiști permite instituirea timpurie a unui tratament de abilitare și integrare în societate, care necesită o strânsă cooperare între sistemul de asistență medico-sanitară și cel de educație.

Tulburările comportamentale și emoționale ale copilăriei și adolescenței. Afecțiunile hiperkinetice includ dereglările de atenție, hiperactivitatea și impulsivitatea. Acestea incorporează o varietate largă de tulburări de atenție cum ar fi deficitul de atenție (ADD), precum și deficitul hiperactiv de atenție (ADHD). Tulburările de conduită se manifestă prin comportament agresiv, repetitiv cu crize de mânie, înșelare, furturi sau utilizare a armelor, precum și alte forme inacceptabile de comportament.

După unele estimări 10-12% din copii și adolescenți suferă de tulburări mentale inclusiv de autism, hiperactivitate, depresie, retard de dezvoltare, tulburări comportamentale și dereglări emoționale. O mare parte din acești copii nu primesc tratament corespunzător.

Suicidul este cea mai serioasă consecință a tulburărilor mentale la adolescenți. În Statele Unite în anul 1996 au avut loc 30.903 suicide dintre care 4660 printre persoanele de vârstă 5-24 de ani (Health, United States, 1998). Sistemele de învățământ și de asistență medico-sanitară trebuie alertate referitor la potențialul de suicid al adolescenților. Asistența specializată și serviciile de suport familial acordate în momentele dificile de evoluție a bolii sau tulburării psihice sunt de o importanță decisivă pentru prevenirea crizei emoționale și a suicidului.

Scopurile domeniului sănătății mentale pentru anul 2000

Regiunea europeană a WHO a stabilit o serie de scopuri referitor la sănătatea mentală preconizate pentru realizare către anul 2000. Acestea sunt menite să îmbunătățească calitatea serviciilor tradiționale de sănătate mentală, să reducă răspândirea comportamentului patologic și distructiv, să promoveze prosperitatea socială și să reducă prevalența tulburărilor mentale. Realizarea acestor scopuri va duce la îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu tulburări psihice și la stăpânirea tendinței crescânde a tentativelor de suicid. Alte scopuri includ: ameliorarea factorilor sociali (reducerea șomajului și a izolării sociale) responsabili de tensiunile psihologice exercitate asupra individului, îmbunătățirea accesului la măsurile de suport în situațiile și stările stresante, îmbunătățirea asistenței de susținere a persoanelor care suferă de tulburări mentale, în special a celor cu demență, dezvoltarea unei rețele comunitare complexe de servicii de asistență psihiatrică cu implicarea maximală a serviciilor de asistență medico-sanitară primară, elaborarea și implementarea programelor speciale de prevenire a practicelor nocive pentru sănătate cum ar fi

abuzul de substanțe, precum și a programelor de prevenire a suicidului (World Health Organization, Mental Health Program, 1998).

Scopurile Statelor Unite în domeniul sănătății mentale sunt orientate spre majorarea competenței serviciilor de sănătate mentală și reducerea riscurilor în cadrul grupurilor specifice ale populației, cum ar fi tinerii care sunt expuși riscului crescut de comitere a suicidului, omuciderii și a altor forme de violență. Scopurile Statelor Unite în domeniul sănătății mentale includ:

1. Îmbunătățirea accesului la serviciile de suport psihologic.
2. Majorarea procentului (>60%) de furnizori de asistență medico-sanitară primară care posedă deprinderi de colectare minuțioasă a anamnezei medicale și psihologice/psihiatrice.
3. Majorarea acoperirii cu servicii de asistență psihologică în caz de situații stresante a persoanelor de peste 15 ani (>50%).
4. Reducerea ratei suicidului în grupul de vârstă 15-24 ani până la < 11 la 100.000.
5. Reducerea cu 25% a leziunilor și deceselor de pe urma abuzului asupra copiilor.

Probleme controversate ale sănătății mentale

În anii 1960 în Statele Unite, Canada și Marea Britanie a avut loc o depopulare a spitalelor psihiatrice cu reducerea numărului acestora. În Canada numărul paturilor psihiatrice în spitalele de specialitate a fost redus cu 32.000, în același timp fiind majorat numărul de paturi psihiatrice din cadrul spitalelor generale. În secțiile de psihiatrie din spitalele generale se ocupau de tratarea pacienților cu afecțiuni psihice de gravitate medie cum ar fi depresiile ușoare, în timp ce bolnavii psihici gravi au rămas fără asistență deoarece resursele necesare pentru programele comunitare speciale nu au fost alocate.

Supravegherea inadecvată în comunitate a bolnavilor psihici s-a soldat cu creșterea ratei recurențelor simptomelor la bolnavii externați din spitalele psihiatrice, disperarea acestora, creșterea numărului de persoane alienate fără

adăpost și a ratei suicidului. Programele comunitare de sănătate mentală trebuie să includă managementul cazurilor, reabilitarea, programe de asigurare cu domiciliu și alte servicii de susținere. Acestea necesită sisteme bine organizate pentru a asigura coordonarea acțiunilor, supravegherea pacienților, imputabilitatea sistemului sanitar, managementul eficient al cazurilor și legătura optimă între spital și sistemele comunitare de asistență.

Revizuirea programelor sănătății mentale în ultimele decenii a relevat un număr mare de subiecte controversate inclusiv referitor la drepturile bolnavului psihic, efectul distructiv al instituționalizării de lungă durată, accesibilitatea și disponibilitatea noilor medicații care permit tratamentul în comunitate și costul exagerat al asistenței instituționale. Elaborarea și implementarea practicilor medicale bazate pe dovezi, a sistemelor de asistență medico-sanitară controlată și a achitării pentru asistența psihiatrică în baza principiului capitației rămân și în prezent subiecte controversate ale domeniului sănătății mentale.

Programele comunitar orientate de sănătate mentală

Realizările în domeniul tratamentului medicamentos al afecțiunilor psihice, efectele negative ale instituționalizării, precum și rata mică de vindecare a pacienților alienați în spitalele psihiatrice a determinat necesitatea dezvoltării programelor comunitar orientate de sănătate mentală (COMH). În anii 1960 serviciile ce țineau de sănătatea psihică comunitară erau prestate de centrele comunitare de sănătate mentală; mai târziu a apărut o tendință de implicare tot mai largă a asistenților medico-sanitari primari în asistența psihiatrică.

Serviciile de sănătate mentală trebuie să fie părți componente ale altor servicii comunitare sanitare sau sociale. Pacienții pot solicita ajutorul oricărui serviciu, fie el sanitar sau social, dar pentru o asistență adecvată sunt necesare eforturi comune ale numeroaselor servicii. Aceasta impune existența unei strânse colaborări intersectoriale între serviciile de asistență medico-sanitară,

precum și instruirea personalului în domeniul determinării necesităților și metodologiei de îndestulare a acestora, ce țin de sănătatea mentală a populației.

Conceptul sănătății mentale comunitar orientate reprezintă o strategie complexă care oferă legătura între asistența medico-sanitară primară, spitale și serviciile de asistență de lungă durată și care include măsuri de suport social, de reabilitare și servicii preventive. Rețeaua de astfel de servicii trebuie să asigure individul și comunitatea cu o asistență adecvată necesară la etape clinico-evolutive concrete ale bolii.

Dezvoltarea și implementarea COMH poate necesita abordări diferite în regiunile urbane spre deosebire de cele rurale. Serviciile trebuie adaptate particularităților locale și trebuie să fie complexe pentru a ajuta la maxim pacientul cu necesități acute precum și a asigura asistența de lungă durată preferabil în cadrul comunității. La etapele clinico-evolutive critice ale bolii pacientul poate necesita spitalizare de scurtă durată în secțiile specializate ale spitalelor comunitare generale.

Anexa 7.3. Tactica asistenței psihiatrice comunitare.

- 1. Asigurarea cu asistență psihiatrică a populațiilor țintă, inclusiv asistența obligatorie a persoanelor cu disabilitate severă.*
- 2. Organizarea secțiilor psihiatrice în cadrul spitalelor generale cu diversificarea serviciilor acordate (de observare, de zi, intervenții în crize, servicii programate și de detoxicare).*
- 3. Furnizarea de către spitalele psihiatrice a asistenței în tulburările psihice și comportamentale majore (demență, leziuni cerebrale, schizofrenie paranoidală și regresivă severă); numărul de paturi pentru asistență instituțională a acestor bolnavi trebuie redus în continuare, dar pentru aceasta este necesar un sistem bine organizat și finanțat de servicii de asistență psihiatrică comunitar orientată.*
- 4. Asigurarea continuității asistenței este de o importanță esențială pentru susținerea adecvată a bolnavilor alienați prin asistența lor înalt individualizată, determinarea exactă a necesităților acestora, planificarea și monitorizarea măsurilor curativ-profilactice.*
- 5. Depistarea morbidității concomitente, spre exemplu a abuzului de droguri la bolnavii psihici.*
- 6. Integrarea serviciilor de sănătate mentală cu asistența medico-sanitară primară și de alt ordin.*

7. *Ajutorarea grupurilor de apărare a intereselor consumatorilor în determinarea necesităților bolnavilor psihici ce țin de ajutorul reciproc și familial, securitatea financiară, reprofilarea și angajarea la lucru, asigurarea cu adăpost și suport social.*
8. *Înlăturarea dependenței și promovarea independenței prin implementarea programelor speciale.*
9. *Asigurarea de către epidemiologia psihiatrică cu date precise referitor la prevalența afecțiunilor psihice și compararea costurilor și beneficiilor diferitor tactici de tratament.*
10. *Strategia comunitară include programe de ajutorare a grupurilor vulnerabile ale populației: asigurarea cu adăpost, cu servicii la domiciliu de susținere a pacientului și familiei, precum și îndeplinirea necesităților culturale și organizatorice ale grupurilor cu necesități speciale ale populației.*
11. *Managementul cazurilor efectuat de echipe multidisciplinare de asistență medico-sanitară, acestea fiind supravegheate de specialiști în domeniu și spitale de referință.*
12. *Implementarea practicii de viață în grup a persoanelor bolnave psihic cu asigurarea serviciilor de tratament în instituții de zi sau la domiciliu.*

Sursa: WHO, Mental Health Program, website, 1999.

Sistemul de protecție a sănătății mentale comunitare include furnizorii de asistență medico-sanitară primară capabili de a recunoaște și a rezolva problemele sănătății mentale. Serviciile specializate de psihiatrie, psihologie, asistenții sociali și asistenții comunitari paramedicali trebuie special instruiți în domeniul asistenței bolnavilor psihici, în special din grupurile cu necesități speciale. Aceasta impune necesitatea unor eforturi educative și organizatorice active de conexiune a serviciilor psihiatrice tradiționale cu cele de asistență medico-sanitară primară. Medicii primari și alt personal sanitar trebuie orientați și instruiți în domeniul variatelor disfuncții mentale, cum ar fi afecțiunile comportamentale și anxioase. Furnizorii de asistență medico-sanitară primară și programele de asistență controlată trebuie să evalueze necesitățile grupurilor de risc cum ar fi femeile în menopauză sau persoanele de vârstă prepensionară, precum și modalitățile de asistență care nu pot fi asigurate doar de serviciile psihiatrice. În același timp serviciile curativ-profilactice tradiționale nu pot

funcționa adecvat fără supravegherea și consultarea serviciilor specializate psihiatrice. Fiecare depinde unul de altul. Dezvoltarea unui sistem de asistență psihiatrică comunitar orientată necesită depistarea noilor căi de colaborare. Acest obiectiv poate fi realizat fie prin diversificarea specialiștilor care activează în cadrul unei instituții medicale sau prin asigurarea unei strânse colaborări între servicii și instituții.

Prevenția și promovarea sănătății

Prevenția afecțiunilor psihice include lucrul profilactic cu grupurile de risc, precum și cu grupurile care au probleme psihice asemănătoare, metoda cea mai eficientă de terapie fiind organizarea grupurilor de ajutor reciproc. Aceste activități preventive necesită o abordare multidisciplinară a problemelor fiind luat în considerație faptul că sănătatea socială, fizică și mentală sunt categorii interdependente. Pentru identificarea persoanelor de risc pentru suicid sau violență este necesară o informare adecvată în domeniul dat a învățătorilor, asistenților sociali, personalului militar, patronilor și publicului general. Grupurile de ajutor reciproc pot fi organizate după modelul „Alcoolici Anonimi” sau alte modele asemănătoare („Al-Anon” pentru membrii familiilor alcoolice, programe de reabilitare a persoanelor care practică abuzul de droguri, grupuri de ajutor reciproc a persoanelor cu hipernutriție, „Schizofrenicii Anonimi”, Asociația Națională a Bolnavilor Psihici [NAMI]) care includ persoane afectate sau membrii familiilor acestora, precum și indivizii care și-au pierdut persoanele apropiate.

Programele de prevenție sunt orientate spre reducerea posibilității de transformare în situații critice a disfuncției psihice în afecțiune psihică severă. Sănătatea mentală a comunității este direct dependentă de factorii sociali. Măsurile de prevenție a afecțiunilor mentale includ o mulțime de aspecte a asistenței medico-sanitare primare, secundare și terțiare. Măsurile de promovare a sănătății în domeniul sănătății mentale includ informarea publicului referitor la modul sănătos de viață (activitatea fizică, odihna, recreația și socializarea),

precum și pericolele abuzului de substanțe. Ca grup țintă pentru programele de activitate fizică și socializare trebuie să servească tinerii și vârstnicii. Măsurile de prevenție secundară includ depistarea precoce a cazurilor și tratamentul lor adecvat, iar cele de prevenție terțiară constau în asigurarea managementului cuvenit al cazurilor de boli psihice severe de lungă durată cu organizarea unui sprijin adecvat a acestor bolnavi în societate.

Prevenția primară include profilaxia deficiențelor nutriționale (spre exemplu, de iod, fier și vitamine), reducerea contaminării mediului ambiant (spre exemplu, cu plumb), reducerea depravării sociale și educaționale (spre exemplu, organizarea educației și recreației tinerilor în cartierele cu rate înalte ale criminalității și abuzului de droguri), implementarea programelor de suplimentare alimentară a copiilor de vârstă fragedă și preșcolară, organizarea sistemelor de suport familial (spre exemplu, pentru familiile cu un singur părinte), profesionalizarea și angajarea la lucru (spre exemplu, a mamelor adolescente), organizarea suportului social pentru bătrâni și persoane cu handicap (spre exemplu, prin sistemul de securitate socială), combaterea violenței și abuzului în familie și societate (spre exemplu, a violenței domestice, asupra femeii și în școală) și majorarea informării și cooperării publice și profesionale (spre exemplu, în sistemele de învățământ și sanitar) în domeniile date.

Măsurile de prevenție secundară includ intervențiile în situațiile de criză efectuate de către profesioniștii/paraprofesiștii asistenței medico-sanitare primare, precum și ameliorarea tensiunilor sociale și susținerea victimelor abuzate (spre exemplu, organizarea azilurilor pentru victime), diagnosticarea precoce a tulburărilor mentale inclusiv prin screening, îndreptarea timpurie la tratament specializat (efectuată de către poliție, judecătorii, școli, spitale, personalul militar și patroni), tratamentul eficient și supravegherea la distanță (utilizând practica paraprofesiștilor și echipelor COMH), majorarea asigurării și accesibilității serviciilor de intervenții în criză la nivel comunitar, utilizarea instituțiilor sanitare existente pentru detoxicare și intervențiile în

criză, stabilirea scopurilor tratamentului și verificarea calității asistenței acordate, precum și asigurarea unei supravegheri ulterioare continue.

Măsurile de prevenție terțiară presupun menținerea contactului cu pacienții pentru monitorizarea medicației, dispoziției, funcției, relațiilor în familie și a celor sociale, precum și organizarea suportului și asistenței necesare pacientului, îndreptarea la timp a lui la tratament specializat, asigurarea accesibilității clientului la rețeaua de ajutor social, protejarea și reabilitarea pacientului, familiei și comunității de la efectele nocive ale bolii psihice (spre exemplu, ale dependenței de droguri), organizarea grupurilor de susținere și de reabilitare structurală, a vieții în comun a persoanelor alienate, promovarea independenței și practicilor de autoajutor, instruirea și asigurarea continuă cu informații necesare a furnizorilor de asistență, clienților, familiilor și comunității.

Realizările cercetărilor științifice în domeniul sănătății mentale deschid noi perspective de abordare a problemelor managementului afecțiunilor psihice. Totodată acestea duc la recunoașterea tot mai largă de către societate a faptului că bolile mentale reprezintă stări reale și tratabile. Medicațiile psihoterapeutice și psihoterapia sunt tot mai eficiente și ameliorează starea pacienților cu afecțiuni mentale. Totodată la moment sunt necesare investigații științifice suplimentare pentru determinarea relației dintre sistemul nervos central și comportament. În același timp realizările geneticii și epidemiologiei elucidează tot mai amplu rolul factorilor genetici și ecologici în performanța și calitatea funcției cerebrale și comportamentale. Progresele majore obținute în neuroștiință și genetică permit savanților biomedici de a înțelege funcția normală și patologică a creierului și de a elabora și implementa noi metode de tratament a tulburărilor psihice. Aceste realizări promițătoare oferă o speranță milioanei de persoane și familiilor lor care suferă de efectele epuizante ale afecțiunilor mentale.

HANDICAPUL MENTAL

Organizația Mondială a Sănătății definește disabilitatea mentală ca insuficiență cognitivă a persoanei. La nivel internațional atât în studii științifice, cât și în activitatea practică sunt utilizate diverse terminologii. Din acest motiv este importantă definirea exactă a termenului de handicap mental, inclusiv și a conceptelor de bază ale insuficienței intelectuale, disabilității cognitive și handicapului sau retardului mental:

1. Insuficiență intelectuală: nivele joase de inteligență apreciată prin teste de dezvoltare (IQ). Șirul de maladii însoțite de insuficiență intelectuală după ICD-10 este prezentat în Tabelul 7.3.
2. Disfuncție sau disabilitate cognitivă: tulburări specifice ale funcției cognitive, cum ar fi dislexia, care nu au legătură cu inteligența și necesită evaluare de către specialist și suport educațional.
3. Handicapul mental: este clasificat după gradul de dezadaptare socială, legată de acceptarea și integrarea persoanei cu handicap în societate.

TABELUL 7.3. Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD-10). Categoriile de diagnosticuri însoțite de tulburări mentale și comportamentale, F00-F99^a.

Categoria de diagnosticuri	Codul ICD-10	Manifestări clinice
Afecțiuni mentale, organice, simptomatice	F00-09	Dereglări ale funcției mentale datorate leziunilor, intoxicațiilor sau traumelor cerebrale (spre exemplu, demența vasculară Alzheimer).
Afecțiuni mentale și comportamentale datorate utilizării substanțelor psihotrope	F1-19	Dereglări ale funcției mentale determinate de abuzul de alcool, opioide, sedative, marijuana, halucinogene, substanțe volatile, și alte psihotrope.
Schizofrenia, tulburări schizoide și delirante	F20-29	Dereglări delirante și schizo-afective.
Dereglări de dispoziție (afective)	F30-39	Tulburări maniacale, bipolare și depresive.
Afecțiuni neurotice, legate de stres și tulburări somatoforme	F40-49	Fobii, anxietate, tulburări obsesiv-compulsive, reacții la stres, dereglări disociative, somatoforme ș.a.
Sindroame comportamentale asociate cu tulburări psihice și fizice	F50-59	Tulburări de nutriție, somn, sexuale, comportamentale ș.a.
Tulburările de personalitate ale adultului și comportamentale	F60-69	Varietate largă de sindroame de dereglări de personalitate specifice, inclusiv deprinderi și impulsuri patologice, tulburări de gen și

		preferință sexuală (pedofilie, scopofilie etc.).
Retard mental	F70-79	Ușor, moderat, sever și profund.
Tulburările de dezvoltare psihică	F80-89	Dereglări de vorbire, cognitive, motorii și de dezvoltare (spre exemplu, autismul).
Tulburări comportamentale și emoționale cu debut spontan în copilărie și adolescență	F90-98	Conduită hiperkinetică, disfuncții emoționale și sociale.
Afecțiuni mentale nespecificate	F99	

^a Clasificarea precedentă a Asociației Americane Psihiatrice (APA) a afecțiunilor mentale includea următoarele categorii majore: dependența sau abuzul de alcool sau droguri, fobiile, depresiile majore, afecțiunile obsesiv-compulsive, dereglările antisociale de personalitate, tulburările de panică, insuficiența cognitivă, schizofrenia, mania și somatizarea. Clasificarea prezentă (DSM-IV) a fost elaborată în cooperare cu WHO și este mai aproape de clasificarea ICD-10.

Sursa: American Psychiatric Association, 1994, *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Forth Edition, în cooperare cu Organizația Mondială a Sănătății.

Termenul de handicap mental include un șir larg de cauze și stări asociate. Printre acestea se numără insuficiența neurologică organică, afecțiunile genetice asociate cu handicap mental și insuficiența de dezvoltare sau de educație. Alți factori care influențează semnificativ adaptarea socială a persoanelor cu handicap mental includ structura și orientarea serviciilor, gradul de dezvoltare a practicilor de integrare socială, culturală, de instruire și profesionalizare a persoanelor handicapate, structura și relațiile în familie, precum și baza legislativă a sistemelor sanitar, de educație, muncă și protecție socială.

O mulțime de stări care rezultă în handicap mental pot fi evitate. Măsurile de prevenție ale acestora pot fi divizate în trei categorii:

1. Măsuri preventive înainte de concepere care includ programe de educație sanitară pentru minimalizarea prevalenței malformațiilor congenitale sau ereditare. Aceste măsuri presupun imunizarea contra rubeolei, nutriția adecvată și sistarea fumatului până la graviditate, screening-ul și consultația genetică premaritală, precum și screening-ul populației. Alte măsuri preventive preconcepționale includ reducerea factorilor dăunători

ai mediului ambiant, cum ar fi substanțele chimice și radiația, precum și măsurile de prevenție a rubeolei.

2. Prevenția în perioada gestației și nașterii include măsuri orientate asupra stării nutriționale a gravidei, inclusiv suplimentarea cu acid folic, profilaxia anemiei feriprive și deficiențelor de iod înainte de și în timpul sarcinii, minimalizarea acțiunii dăunătoare asupra fătului prin întreruperea consumului de alcool, droguri și fumatului în timpul gestației, screening-ul pentru depistarea malformațiilor fetale asociate cu retard mental, asigurarea asistenței prenatale și obstetrice adecvate pentru a evita afectarea intrauterină, anoxia și traumatizarea fătului în timpul nașterii, asigurarea asistenței neonatale adecvate pentru evitarea anoxiei și deficienței de vitamina K care provoacă hemoragii intracraniene, monitorizarea fetală în procesul nașterii.
3. Prevenția postnatală include vaccinarea împotriva bolilor infecțioase care pot cauza leziuni cerebrale, screening-ul pentru depistarea fenilcetonuriei (PKU), enzimopatiilor congenitale și a hipotiroidismului urmat de managementul adecvat al cazurilor depistate; asistența și nutriția adecvată a sugarului pentru evitarea insuficiențelor emoționale și nutriționale care pot compromite dezvoltarea psiho-motorie, precum și strategiile de reducere a accidentelor și impactului acestora.

Îmbogățirea cunoștințelor referitor la nutriție și factorii de risc a gravidității, precum și realizările tehnologice s-au soldat cu o îmbunătățire semnificativă a depistării antenatale și tratamentului malformațiilor congenitale și a permis identificarea timpurie a riscurilor genetice. Aceste progrese considerabile contribuie la reducerea frecvenței retardului mental de pe urma cauzelor evitabile. Incidența cazurilor de sindrom Down poate fi în prezent redusă prin utilizarea tehnicilor de planificare familială, reducerea ratei gravidităților la femei de vârstă fertilă înaintată și utilizarea metodelor curente de screening cum ar fi amniocenteza. În același timp în condițiile de astăzi

persoanele afectate de sindromul Down pot obține un nivel mult mai înalt de instruire și adaptare socială decât câteva decenii în urmă.

Adaptarea persoanelor cu handicap mental la viața și activitatea în comunitate face parte din reabilitare. De o importanță primordială pentru adaptarea și integrarea în societate a acestor persoane este acceptarea și sprijinul lor din partea puterii politice, comunității și părinților. Sănătatea publică este preocupată de posibilitatea adaptării neinstituționalizate a acestor persoane în cadrul comunității. Pentru realizarea acestui obiectiv sunt necesare strategii politice și sociale de apărare a intereselor persoanelor cu handicap mental și de educare a patronilor și publicului general, precum și o atitudine activă a comunității.

IGIENA CAVITĂȚII BUCALE

În prezent în multe țări termenul de stomatologie, provenit de la stoma (din greacă – cavitate bucală), este utilizat pentru definirea sănătății dentare. Sănătatea cavității bucale reprezintă un element important al sănătății generale. Starea precară a sănătății dentare poate provoca dureri și afecta nutriția. Patologia cavității bucale poate progresa până la pierderea dinților și necesita tratament costisitor. În cazuri extreme patologia dentară poate rezulta în osteomielită, abcese cerebrale, infecții sistemice și deces. Sănătatea publică deține rolul cheie în menținerea sănătății cavității bucale deoarece are la dispoziție metode preventive eficiente. Aceste metode includ educația sanitară pentru igiena cavității bucale, fluorizarea apelor comunitare, licențierea și menținerea la un nivel înalt a standardelor calității asistenței stomatologice și parastomatologice.

Încă societățile antice se confruntau cu problemele sănătății dentare și căutau explicații și metode de tratament bazate pe experiența practică, caria dentară fiind explicată ca „nematode” care cresc în dinți. Semne de tratament

stomatologic au fost găsite chiar la mumiile egiptene. Mai întâi Hippocrates și apoi Ibn Sinna (Avicenna) au discutat rolul igienei în protecția bolilor stomatologice. În 1672 *Lekarii* ruși sau doctorii militari au fost instruiți referitor la tratamentul patologiei dentare în armată, asistența stomatologică era o parte componentă a asistenței medicale generale, dar la sfârșitul secolului XVII a devenit un domeniu aparte. Pierre Fauchard, chirurg francez (1678-1761), a descris 130 de boli ale cavității bucale și danturii și este pe drept considerat drept fondator al stomatologiei moderne.

În anul 1736 pentru prima dată au fost utilizate calotele dentare din aur. Amalgamul de argint pentru închiderea cavităților dentare a fost prima dată folosit în 1819. Horace Wells în 1844 a introdus practica de anestezie dentară cu oxid de azot, care împreună cu alte tipuri de anestezie a fost rapid acceptată de chirurgii generaliști. În 1855 a fost inventat cimentul special pentru umplerea cavităților dentare. Burghiul dentar a fost inventat în 1870. Patru ani mai târziu s-a descoperit rolul fluorului în prevenirea distrugerii dinților. În 1942 Departamentul SUA al Sănătății Dentare a raportat rezultatele unor studii efectuate în 13 orașe conform cărora a devenit evidentă relația dintre nivelele excesive de fluor și fluoroza dentară. În 1946 în cadrul unui studiu efectuat în orașele Grand Rapids, Michigan, Kingston, New York și Brandford, metodologia căroră consta în fluorizarea apelor comunitare, s-a demonstrat că acest procedeu reduce caria dentară cu 48-78%. Către anul 1999 144 milioane de americani utilizau deja apă fluorizată, nivelul optim de fluor în apa potabilă fiind de 0,7-1,2 părți la un milion.

În țările în curs de dezvoltare, odată cu creșterea standardelor de viață și a consumului produselor cu zahăr și a bomboanelor s-a majorat considerabil incidența patologiei dentare printre copii. Utilizarea apei și ceaiului îndulcit cu zahăr fiind o practică pacificatoare a copiilor răspândită în multe țări ale lumii trebuie descurajată. Educația părinților referitor la inoportunitatea acesteia face parte din componența măsurilor de promovare a sănătății.

Problemele majore ale sănătății dentare sunt caria dentară, periodontita, malocluzia dentară (angrenaj dentar defectuos) și cancerul cavității bucale. Toate aceste patologii contribuie la pierderea danturii ceea ce influențează nefast sănătatea generală a organismului. Cele mai importante măsuri de reducere a cariei dentare și periodontitei sunt fluorizarea apei comunitare, educația referitor la igiena cavității bucale, reducerea consumului de zahăr de către copii și asistența stomatologică regulată. Alimentarea copiilor cu apă sau ceai îndulcit cu zahăr, precum și permiterea adormirii copiilor cu sticluta în gură sunt practici nefavorabile pentru sănătatea danturii. Practicile de curățare a dinților după fiecare masă, precum și inspectarea regulată a stării lor de către specialist sunt aspecte majore ale sănătății dentare și trebuie să devină o parte componentă a programului școlar și familial de educare sanitară.

Fluorizarea

Fluorizarea apelor comunitare reduce cu aproape 60% incidența cariei și a extracțiilor dentare atât la copii, cât și la adulți. Fluorul este de obicei prezent în majoritatea rezervoarelor acvatice naturale. Când nivelul lui este de aproximativ 1 parte la un milion, acesta previne distrugerea dinților. Fluorizarea apei comunitare reprezintă una din cele mai eficiente intervenții sanitare publice disponibile la momentul actual. Totodată fluorizarea apei trebuie minuțios controlată deoarece excesul de fluor în apa potabilă poate cauza fluoroza, care se manifestă prin pătarea și fragilitatea dinților. Astfel unul din obiectivele principale ale unui sistem bine organizat de sănătate publică este de a asigura un nivel optim de fluor în apa potabilă pentru a preveni distrugerea dinților dar, în același timp, de a nu cauza fluoroza.

Alte metode de suplimentare cu fluor includ administrarea lui prin comprimate, soluții dentare igienice, paste de dinți fluorizate sau fluorizarea sării sau laptelui. Comprimatele cu fluor sunt utile în prevenția cariei dentare la copii în regiunile unde apele comunitare nu sunt fluorizate. Totuși cea mai optimă metodă din punctul de vedere al costului și eficacității rămâne

fluorizarea apei comunitare. Costul fluorizării apei comunitare depinde de dimensiunile comunității deservite. Aceste cheltuieli în Statele Unite variază de la 12 la 21 cenți pentru o persoană pe an în comunitățile populația cărora depășește 200.000 și de la 0,6 la 5,41 dolari SUA în comunitățile mai mici.

În multe regiuni fluorizarea reprezintă un subiect de dezbatere politică controversată. Acestea limitează posibilitatea acceptării pe larg a acestei metode. Totodată în timp această practică este implementată tot mai larg. Fluorizarea apelor comunitare a fost acceptată de majoritatea orașelor mari ale Statelor Unite. Șaizeci de procente din populația SUA consumă apă fluorizată. Unul din scopurile sanitare ale Statelor Unite preconizate de a fi atinse către anul 2000 este fluorizarea a cel puțin 75% din sistemele comunitare de aprovizionare cu apă (în anul 1989 – 62%). La începutul anilor 1990 peste 20 de state deja au atins acest obiectiv. Alt scop major este de a suplimenta cu fluor 50% din copiii care locuiesc în regiuni cu deficit de fluor prin intermediul fluorizării apei din școală. Obiectivul final constă în respectarea de către cel puțin 65% de copii de vârstă școlară a practicilor igienei dentare și asigurarea lor cu alte servicii stomatologice preventive.

În țările unde practica fluorizării apei comunitare a fost pe larg adoptată s-au înregistrat progrese considerabile în reducerea prevalenței cariei dentare. În prezent pe glob aproximativ 210 milioane persoane consumă apă potabilă cu o concentrație optimă a fluorului. Educația sanitară, suplimentarea cu fluor (comprimate sau soluții igienice dentare) în cazurile în care fluorizarea apei nu este posibilă, asigurarea accesibilității asistenței stomatologice, instruirea populației referitor la practicile igienei cavității bucale și tratamentul stomatologic – toate acestea sunt părți componente importante ale sănătății publice. Recent a fost demonstrată înalta eficiență a aplicărilor locale a preparatelor de fluor pe defectele și fisurile dentare pentru prevenirea pătrunderii microorganismelor care provoacă caria dentară.

Periodontita

Afectarea țesuturilor cavității bucale care servesc ca bază pentru dantură este descrisă ca periodontită. Inflamația extensivă a gingiilor și ligamentului periodontal poate afecta și osul, ceea ce se soldează cu mobilizarea dintelui care poate fi ușor extras. Factorul major care contribuie la dezvoltarea periodontitei este igiena inadecvată a cavității bucale și formarea tartrului dentar. Măsurile de prevenție a acestei boli constau în curățarea și spălarea regulată a dinților, precum și utilizarea soluțiilor antitartru pentru clătirea cavității bucale.

Asistența stomatologică

Cheltuielile pentru asistența stomatologică în Statele Unite s-au majorat de la 2 miliarde de dolari SUA în 1960 la 13,3 miliarde în 1980 și la 47,6 miliarde în 1996. Totodată procentul cheltuielilor pentru asistența stomatologică în totalitatea cheltuielilor naționale totale pentru asistența medico-sanitară a scăzut de la 7,3% în 1960 la 5,4% în 1980 și la 4,6% în 1996. Odată cu declinul dramatic, începând cu anii 1960, al cariei dentare în țările industrializate s-a demarcat o tendință de utilizare a procedurilor stomatologice costisitoare. În același timp a avut loc o reevaluare a numărului necesar de stomatologi, necesitatea în care din anii 1960 a crescut considerabil. Totodată asistența stomatologică este un domeniu destul de costisitor și supraîncărcarea cu forțe de muncă nu se soldează neapărat cu micșorarea competitivă a prețurilor.

În anii 1985-1996 a scăzut considerabil cererea în asistență stomatologică și numărul de facultăți stomatologice s-a micșorat de la 60 la 53, iar numărul de absolvenți de la 5400 în 1985 la 3700-3800 pe an în 1993-1996.

În multe țări accesibilitatea asistenței stomatologice preventive, de curățare sau reconstrucție dentară este limitată de factori economici și deficitul de personal. În Statele Unite vizitele la stomatolog ale persoanelor de peste 25 de ani au crescut de la 54% în 1963 la 61% în 1993, variind de la un grup de vârstă la altul, în dependență de nivelul de educație, starea financiară și sex (femeile vizitează stomatologul mai frecvent decât bărbații). În 1988 bolile legate cu dantura au cauzat 6,4 milioane zile de disabilitate, 14,3 milioane zile

de activitate limitată și o totalitate de 20,9 milioane zile pierdute de muncă. În multe țări cu sisteme naționale de sănătate asistența stomatologică nu este inclusă în coșul obligatoriu de consum al serviciilor medico-sanitare din motivul prețurilor exagerate la ea.

Programele școlare de igienă dentară și acele care derulează prin intermediul organizațiilor comunitare trebuie să includă astfel de măsuri ca asigurarea suplimentării cu fluor în cazul în care apa comunitară nu este fluorizată, precum și examinări și tratamente stomatologice regulate. Aplicarea căptușelilor dentare copiilor la momentul erupției molarilor primari (6-8 ani) și secundari (12-14 ani) reprezintă o metodă înalt eficientă de prevenire a cariei dentare și trebuie utilizată în special în regiunile unde nu se practică fluorizarea apei potabile.

În țările unde asistența stomatologică constituie o parte a programului sanitar național, cum ar fi Marea Britanie, orientarea eforturilor asupra prevenției prin fluorizarea apelor comunitare și școlare însoțită de aplicarea căptușelilor dentare reduce necesitatea în asistență stomatologică reconstructivă și permite micșorarea costurilor și a numărului de personal calificat. În Noua Zelandă și în unele regiuni ale Canadei este cu succes utilizată munca asistentelor dentare, care se ocupă de tratament, igiena cavității bucale și instruirea copiilor în cadrul programelor școlare, asigurând cu asistență stomatologică și copiii care în trecut nu aveau acces la serviciile private costisitoare.

Cancerul cavității bucale

Controlul cancerului cavității bucale este în primul rând asigurat prin depistarea precoce a acestuia, precum și prin educația publicului și instruirea calitativă a furnizorilor de asistență stomatologică și medico-sanitară referitor la epidemiologia și simptomatologia lui. Toate leziunile suspecte trebuie supuse biopsiei, în special la persoanele care fac parte din grupurile de risc cum ar fi bărbații de peste 60 de ani care fac abuz de alcool și/sau fumează. Măsurile de

promovare a sănătății sunt orientate spre eliminarea factorilor de risc. Factorii de risc includ fumatul (în special al pipelor și trabucurilor), abuzul de alcool, practicarea mestecatului de tutun și igiena precară a cavității bucale.

DISABILITATEA FIZICĂ ȘI REABILITAREA

Multe persoane cu dizabilități necesită asistență de lungă durată. Această asistență poate fi doar parțial asigurată în instituții spitalicești, ceea mai mare parte a ei fiind asigurată în comunitate sau la domiciliu. În componența serviciilor de suport trebuie să activeze fizioterapeuți, specialiști în terapia ocupațională, logopezi, precum și personal medical superior și mediu. Asigurarea în comunitate a unor servicii de reabilitare de calitate trebuie să includă următoarele:

1. Evaluarea minuțioasă a persoanelor cu dizabilități și a măsurilor accesibile de suport.
2. Stabilirea unui plan clar de asistență.
3. Implementarea măsurilor speciale și furnizarea serviciilor de asistență în conformitate cu planul stabilit.

Luând în considerație diversitatea stărilor care provoacă handicap fizic acest domeniu este larg și complex. În majoritatea țărilor serviciile și legislația referitor la persoanele cu dizabilități s-au dezvoltat treptat, frecvent în rezultatul promovării reformelor sociale. Până nu demult această promovare era efectuată de către grupuri organizate de persoane cu dizabilități.

Declarația Națiunilor Unite referitor la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități din 1975, Anul Internațional al Persoanelor cu Dizabilități declarat de WHO în 1981 și Deceniul Națiunilor Unite al Persoanelor cu Dizabilități (1983-1992) au favorizat revizuirea legislației și programelor pentru persoanele handicapate în țările membre ale Regiunii europene a WHO, stabilind criteriile de apreciere a progreselor în domeniu.

După estimările WHO pe glob 450 milioane de persoane suferă de dizabilități ceea ce constituie aproximativ 10% din populația oricărei țări. Această cifră este echivalentă cu numărul global al populației de peste 65 de ani sau a populației de copii de 0-4 ani în țările dezvoltate. Vârșnicii și copiii cu vârsta cuprinsă între 0-5 ani sunt subiecte de atenție primară în acordarea asistenței medico-sanitare și sociale. În pofida realizărilor obținute în prezent în majoritatea țărilor persoanele cu dizabilități nu sunt plasate pe aceeași treaptă în agenda socială cu aceste două grupuri. WHO promovează o politică de informare publică și profesională continuă referitor la problemele și necesitățile acestui grup populațional vulnerabil, atrăgând atenția asupra prevenției și reabilitării.

Principiile comune pentru majoritatea țărilor europene includ recunoașterea pe larg a faptului că unul dintre cele mai importante elemente ale strategiei complexe în acest domeniu este prevenția dizabilității, care include categoriile clasice ale sănătății publice: prevenția primară (prevenirea apariției bolii sau leziunii), prevenția secundară (în caz de apariție a evenimentului sanitar nefast, stoparea sau reducerea severității complicațiilor care duc la dizabilitate) și prevenția terțiară (recuperarea maximă a funcției fizice, psihice și sociale a persoanei afectate). Prevenirea apariției handicapului de pe urma leziunilor intranatale, prematurității, retardului de dezvoltare, precum și din cauza accidentelor reprezintă subiecte de atenție primordială din agenda sănătății publice.

În multe țări au fost elaborate și implementate numeroase legi, activități și programe pentru persoanele cu dizabilități ce țin de prevenția dizabilității, reducerea severității complicațiilor, recuperarea fizică, socială și profesională, precum și măsuri de suport general sau susținere financiară. Totodată în multe țări încă există discrepanțe în coordonarea activităților politice, ale serviciilor și sistemelor de suport.

Anexa 7.4. Principiile programului național sanitar public în domeniul dizabilității.

1. *Delimitarea împuternicirilor politice ale guvernelor naționale, statale și locale.*
2. *Implicarea profundă a agențiilor guvernamentale, NGO, mijloacelor mass-media, sectorului profesional, juridic, bisericesc, academic și privat.*
3. *Utilizarea puterii legislative, reglatorii și a convingerii morale.*
4. *Asigurarea abordării complexe a problemelor.*
5. *Abordarea orientată spre prevenție.*
6. *Recuperarea maximă a funcției fizice, psihice și sociale.*
7. *Promovarea echității și participării persoanelor cu dizabilități la viața socială.*
8. *Promovarea atitudinii de acceptare a persoanelor cu dizabilități în societate.*
9. *Promovarea asistenței comunitare vis-a-vis de cea instituțională.*
10. *Realocarea resurselor și cheltuielilor serviciilor comunitare.*
11. *Imputabilitatea autorităților locale pentru existența și calitatea serviciilor.*
12. *Coordonarea, suportul și finanțarea din partea organizațiilor naționale.*
13. *Participarea persoanelor cu dizabilități în procesul de luare a deciziilor referitoare la necesitățile lor.*
14. *Promovarea instruirii, angajării în serviciu, asigurării cu domiciliu și a asigurării cu servicii de suport.*
15. *Respectarea drepturilor legale, financiare și sociale ale persoanelor cu dizabilități.*
16. *Asigurarea cu înlesniri sociale și compensații fără litigii.*

În majoritatea țărilor handicapul apare în urma leziunilor medicale, accidentale, profesionale sau din cauza traumelor dobândite. Aceste persoane cu dizabilități includ veteranii și victimele războaielor civile, persoanele cu hipoacuzie, amauroză, cu handicap mental, alienate ș.a. În afară de serviciile preventive, de recuperare și medicale programele naționale includ asigurarea independenței financiare, a drepturilor legale, a educației normale și speciale, profesionalizarea, asigurarea cu adăpost, a comunicării și transportului, organizarea timpului liber, a activităților sportive și a grupurilor de ajutor reciproc.

Prevenția accidentelor rutiere, la locul de muncă și a expunerii la toxice, toate acestea sunt competențe de nivel național. În unele țări eficiența acestor

programe este apreciată prin indici ai mortalității care în afară de aceasta reflectă și severitatea leziunilor. În anul 1985 Regiunea europeană a WHO a stabilit: „Către anul 2000 mortalitatea de pe urma accidentelor în regiunea europeană trebuie redusă cu cel puțin 25%, acest obiectiv fiind realizat prin intermediul eforturilor de reducere a accidentelor rutiere, de la domiciliu și profesionale” (WHO, Regiunea europeană, 1985).

În Marea Britanie accentul de asemenea este plasat nu doar pe extinderea legislației în ceea ce privește securitatea socială, dar și pe rolul vital al prevenției. Măsurile de prevenție variază de la îmbogățirea alimentelor de bază cu vitamine și minerale la reducerea fumatului, prevenirea nașterii feților cu deficit de masă corporală și a morbidității/mortalității perinatale, controlul bolilor infecțioase, asigurarea sănătății și securității profesionale, prevenția accidentelor, precum și asigurarea sănătății mentale și a bazelor legislative a asistenței persoanelor cu dizabilități. Serviciul Național de Sănătate și-a reorientat eforturile asupra managementului decentralizat prin intermediul sistemelor sanitare districtuale sprijinite de sistemul național. Evoluarea în această direcție a sistemului de organizare a serviciilor pentru persoanele cu dizabilități reflectă o reîntoarcere la principiile administrării locale promovate încă de Regina Elizabeta în Legile săracilor.

Programul danez pentru persoanele cu handicap a evoluat prin intermediul reformelor sociale și legislative pe parcursul a ultimelor 100 de ani și a fost influențat în special de Legea de Asistență Publică din 1933. De atunci pentru persoanele cu handicap au fost primite un număr mare de legi și programe. Urmând exemplul Marii Britanii, în Danemarca responsabilitatea pentru managementul social și al programelor sanitare a fost trecută de la guvernul central în competența guvernelor locale și regionale, totodată acordându-le un sprijin din partea organizațiilor și guvernului național.

Scăderea în Finlanda a ratei nașterilor nou-născuților cu deficit de masă corporală de la 5 la 4% pe parcursul ultimilor 10 ani se datorează asistenței prenatale, intranatale și postnatale a 99% din femei cu servicii specializate în

cadrul centrelor de ocrotire a sănătății mamei și copilului. Femeia gravidă finlandeză execută 12 vizite la medic în perioada prenatală și postnatală. Recompensa de 125 dolari SUA este oferită doar femeilor care s-au adresat pentru asistență prenatală până la sfârșitul lunii a patra de graviditate.

În Franța funcționează un program impresionant după complexitate în care de asemenea accentul este plasat pe prevenție. Spre exemplu, este acordată o atenție deosebită prevenției deficitului de masă corporală la naștere și a morbidității asociate prin intermediul stimulării financiare a mamelor, totodată fiind instituită practica obligatorie de examinare repetată (de 20 de ori) a copilului până la vârsta de 6 ani, inclusiv de 9 ori în primul an de viață. De asemenea, se efectuează în mod obligator screening-ul la naștere pentru depistarea erorilor metabolice congenitale cum ar fi talasemia, hemofilia și anemia falciformă. O importanță deosebită este atribuită integrării copiilor cu dizabilități în școlile normale și integrării sociale a adulților cu handicap. Pentru realizarea acestor obiective complexe sunt desemnate sisteme speciale de suport financiar. Spre exemplu, pentru a pretinde la compensații financiare la naștere și pentru copii în Franța sunt obligatorii vizitele la medic în perioada prenatală și infantilă.

Situația persoanelor cu handicap din Rusia este un subiect de atenție atât a Ministerului Muncii și Protecției Sociale, cât și a Ministerului Sănătății. Problemele majore în prevenirea dizabilității sunt legate de ratele înalte ale violenței, suicidului, omuciderii, otrăvirilor, accidentelor rutiere și industriale. Acestea, în afara faptului că reprezintă cauze majore ale mortalității, mai sunt și responsabile de ratele înalte ale traumatismelor și dizabilității. Implementarea măsurilor de prevenție a deficitului de masă corporală la naștere (în prezent rata este egală cu 7%), a morbidității și mortalității perinatale va favoriza reducerea mortalității infantile în Rusia, care astăzi este de două ori mai înaltă decât în țările dezvoltate și va micșora numărul de persoane cu dizabilități.

Unul din scopurile sanitare ale Statelor Unite preconizate pentru realizare către anul 1990 a fost obținerea unei rate a cazurilor letale de pe urma

accidentelor rutiere nu mai mare de 18 la 100.000 de populație. Acest scop a fost atins, rata scăzând treptat de la 27,4 la 100.000 de populație în 1970 la 18,8 în 1985 și la 16,2 la 100.000 de populație în 1993. În 1996 rata cazurilor letale de pe urma accidentelor rutiere în Statele Unite constituia 8,5 la 100.000 de populație. Decesele de pe urma leziunilor prin armă de foc au crescut de la 1,8 la 100.000 de populație în 1980 la 15,6 în 1993, ulterior scăzând până la 12,9 la 100.000 de populație în 1996. Monitorizarea leziunilor în Statele Unite este bazată pe utilizarea mai multor sisteme cum ar fi Centrul Național de Statistică Sanitară, Sistemul Național de Statistică Vitală, Sistemul Național de Evidență a Asistenței Medico-Sanitare Spitalicești și Ambulatorii, Sistemul Național de Evidență a Stării Sănătății, Sistemul Național de Evidență a Externărilor din Spitale, precum și Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă. Impactul economic și social al leziunilor în Statele Unite este substanțial (Tabelul 7.4).

TABELUL 7.4. Impactul leziunilor, Statele Unite, 1995.

Episodul	Numărul
Decese	147,891
Externări din spital	2,591,000
Internări în secții de terapie intensivă și reanimare	36,961,000
Episoade de leziuni raportate	59,127,000

Sursa: *Health, United States*, 1996-1997.

În ultimul timp au fost obținute realizări considerabile în implementarea și dezvoltarea programelor naționale de prevenție, asistență și servicii pentru persoanele cu dizabilități. Transferul experiențelor pozitive de la o țară la alta poate facilita determinarea metodelor și căilor optime, atât de prevenire a dizabilităților, cât și de integrare a persoanelor cu dizabilități în societate. Pentru aceasta sunt necesare revizuirea legislației și a organizării serviciilor implicate precum și implementarea noilor realizări medicale și tehnologice.

NECESITĂȚILE SANITARE SPECIALE ALE UNUI GRUP

În orice societate există grupuri populaționale cu necesități sanitare speciale. Gradul de dezvoltare al societății este apreciat după felul în care ea are grijă de băștinași, prizonieri, persoane fără adăpost și alte grupuri vulnerabile ale populației. Aceste grupuri cu necesități speciale pot fi delimitate de societate de circumstanțe istorice, etnice, legale sau economice. Ele pot necesita o atenție specială din partea organelor sanitare publice deoarece sunt mult mai dependente și vulnerabile sau nu au accesul cuvenit la serviciile medico-sanitare sau pur și simplu necesitățile sanitare ale lor sunt mai mari sau mai specifice decât în populația generală. Noua Sănătate Publică se ocupă de apărarea intereselor acestor grupuri, încercând să asigure necesitățile lor sanitare de rând cu necesitățile sanitare ale întregii populații.

SĂNĂTATEA HOMOSEXUALILOR ȘI LESBIANELOR

După unele aprecieri 10% din populația globală este reprezentată de homosexuali, lesbiene și bisexuali. Acuratețea acestor rate este dificil de determinat deoarece stigmatizarea socială a homosexualilor poate duce la subaprecierea acestor valori, iar studiile nerandomizate în acest domeniu (spre exemplu, studiul pacienților din clinicele de STD) pot fi compromise de supraestimarea prevalenței reale. Mai mult ca atât, orientarea sexuală nu întotdeauna corelează cu comportamentul sexual (spre exemplu, 70% din homosexuali declară raporturi sexuale cu bărbați căsătoriți, iar 45% din lesbiene – raporturi sexuale cu bărbați). Indiferent de ratele exacte homosexualii, lesbienele și bisexualii reprezintă o parte mare a populației. În societățile heterogene, cum ar fi Statele Unite, populația de homosexuali/lesbiene reflectă diversitatea populației generale în ceea ce privește apartenența etnică, religia, starea socio-economică și localizarea

geografică. Din acest motiv necesitățile în asistență medico-sanitară care derivă din comportamentul homosexual trebuie abordate în contextul social potrivit.

Problemele sanitare specifice legate de comportamentul homosexual și lesbian includ incidența înaltă a STD, infecțiile gastrointestinale, cancerul anal și hepatocelular printre homosexuali, patologii legate de actul sexual oral-anal, oral-genital și cel vaginal. Problemele sanitare de atenție specială printre lesbiene includ incidența majoră a cancerului mamar, ovarian și uterin, ceea ce este legat de ratele joase ale natalității, alimentării la sân și utilizării remediilor contraceptive per orale. Lesbianele vizitează ginecologul mai rar și pot rata astfel de teste importante cum ar fi frotiul Pap sau mamografia. Violenta față de homosexuali și lesbiene reprezintă un alt subiect sanitar important de preocupare, de rând cu problemele fumatului, alcoolismului, abuzului de substanțe, depresiilor, suicidului și bolilor cardiovasculare care posibil derivă din viața plină de stresuri dintr-o societate homofobă.

Printre cele mai arzătoare și relativ ușor de rezolvat probleme sanitare ale homosexualilor și lesbianelor se numără și lipsa serviciilor preventive și a tratamentului precoce, fapt determinat de experiența negativă de utilizare a serviciilor medico-sanitare, precum și de teama de a fi stigmatizat de societatea medicală. În cadrul unor studii s-a demonstrat că doar 10-40% din medicii primari de obicei colectează date referitor la anamneza sexuală de la pacienții adulți și numai 30% nu sunt stânjeniți în relațiile cu pacienții homosexuali. Peste 60% din membrii Asociației Medicale de Homosexuali și Lesbiane au mărturisit faptul că homosexualii care divulgă orientarea sa sexuală riscă de a primi o asistență medicală de proastă calitate. Rezultatul final al acestor dificultăți este ineficacitatea screening-ului, diagnosticului și tratamentului problemelor sanitare majore ale pacienților homosexuali sau lesbiene.

Epidemia de SIDA a plasat problema comportamentului sexual pe prim plan, în special în populația de homosexuali. Totodată după unele estimări doar 10% din elevii Statelor Unite primesc o educație sexuală adecvată și mai puțin de 5% din medicii primari colectează uzual informația referitor la activitățile de

risc major. În ultimul timp au fost obținute succese considerabile în prevenția problemelor sanitare ale acestor grupuri cu necesități speciale ale populației (spre exemplu, acceptarea pe larg a practicii de utilizare a prezervativelor de către homosexuali în anii 1980), în același timp programele educaționale se confruntă cu dificultăți enorme.

Un grup ce merită o atenție specială îl reprezintă populația adolescentă de homosexuali și lesbiene. În conformitate cu opinia Academiei Americane de Pediatrie (1993) acești adolescenți:

„...sunt sever afectați de stigmatizarea socială și prejudecăți, de lipsa cunoștințelor referitor la sexualitatea umană, fiind privați de posibilitatea socializării deschise și limitați în comunicarea cu modelele sănătoase de comportament sexual. Fiind respinși și oprimați de către familie, colegi, administrații școlare și comunitare, ei caută dar nu găsesc înțelegere și acceptare la părinți și alte persoane apropiate... O astfel de respingere poate duce la izolare, comportament vagabond, violență în familie, depresie, suicid, abuz de substanțe și abandonarea școlii sau serviciului. În astfel de situații pentru a supraviețui tinereții sunt impuși să ducă o viață heterosexuală sau homosexuală dezordonată cum ar fi prostituarea (frecvent fiind implicați tinerii vagabonzi).”

Astfel în noua generație, ca și în cele precedente, ostracismului societății duce la modele comportamentale care supun atât homosexualii, cât și heterosexualii unui risc major de izolare și răspândire a bolilor inclusiv a hepatitei B și SIDA. Ruperea acestui cerc vicios necesită eforturi multidisciplinare focusate în care asistenții sanitari publici, furnizorii de asistență medico-sanitară, organizațiile de homosexuali și lesbiene ar apăra interesele acestor grupuri vulnerabile ale populației.

SĂNĂTATEA BĂȘTINAȘILOR

Atât în Statele Unite, cât și în Canada băștinașii sunt asigurați cu o asistență medico-sanitară specială, responsabilitatea față de aceasta revenind agențiilor guvernamentale de nivel federal. Aceste populații sunt frecvent

delimitate de populația generală, având școli, sisteme legale și sisteme medico-sanitare aparte.

Populația indienilor canadieni în secolul XVI constituia 220.000 de persoane, dar bolile și foametea care au însoțit imigrarea europenilor au redus acest număr la 102.000 în anul 1867 (anul stabilirii confederației canadiene). În anul 1941 numărul băștinașilor varia între 100.000-122.000, iar către anul 1988 a atins cifra de 443.884. A apărut o tendință de reînviere a tradițiilor tribale după experiența nefastă de secole de absorbție a băștinașilor în populația generală, care a fost marcată de epidemii de alcoolism, violență, abuz de substanțe, prostituare și degradare socială.

Indicii stării sănătății băștinașilor canadieni erau semnificativ afectați de forme grave de alcoolism răspândite printre toate grupurile de vârstă, inclusiv și printre copii și adolescenți. Printre populația indiană ratele abuzului de substanțe inhalatorii (clei), diabetului zaharat, a hipertensiunii arteriale și de spitalizare erau de două ori mai mari decât media în populația generală canadiană. Pe parcursul ultimelor decenii s-a observat un declin al mortalității indienilor și inuiților canadieni, dar diferențele față de populația generală rămân încă izbitoare. Examinarea în masă a stării de nutriție efectuată în 1973 în Canada și studiile ulterioare au relevat rate majore de stări de deficiență de microelemente printre indienii și inuiții canadieni, fiind răspândite deficiențele de vitamine A și D, fier și calciu, anemiile feriprive și rahitismul. În 1990 ratele mortalității relative în comparație cu populația generală variaua de la 5:1 printre sugari la 1,1:1 printre persoanele de peste 65 de ani. Cauzele majore de deces printre populația indienilor canadieni sunt leziunile și otrăvirile, bolile sistemului circulator, neoplasmul și bolile respiratorii. Rata suicidului printre persoanele de 15-24 de ani depășește de 5-6 ori media în același grup de vârstă din populația canadiană generală.

În 1997 mortalitatea infantilă în populația băștinașă canadiană depășea de două ori media națională, durata așteptată a vieții la naștere fiind cu 8 ani mai mică decât cea națională. Afecțiunile cronice inclusiv diabetul zaharat, bolile

cardiovasculare, cancerul, bolile renale avansate, bolile infecțioase, STD și hepatitele sunt mult mai răspândite printre băștinași decât în populația generală. Sărăcia, violența fizică și abuzul de alcool și droguri prevalează considerabil în populația băștinașă.

În prezent sănătatea indienilor și inuiților este o responsabilitate directă a organelor sanitare federale, care nu intră în componența sistemului național canadian de asigurare medicală gestionat de fiecare provincie în parte. Serviciile necesare sunt furnizate de către Ramura Medicală a Departamentului Federal al Sănătății. Schimbările recente în constituție în conformitate cu care consiliile tribale au fost recunoscute ca formă de guvernare au facilitat tendința de decentralizare a managementului serviciilor, operarea acestora fiind transmisă autorităților tribale. Totodată această practică încă nu a fost aprobată pe larg. Astfel de probleme sociale cum ar fi șomajul, educația insuficientă, abuzul de alcool, distrugerea familiilor și violența afectează indienii canadieni atât în rezervații, cât și cei care migrează în orașe.

Atitudinea crudă și brutală a oficialităților Statelor Unite față de populația băștinașă s-a soldat cu concentrarea forțată a acesteia în rezervații sărace unde erau utilizate practici administrative de genocid chiar mai violente decât în Canada. Totodată în a doua jumătate a secolului XX furnizarea asistenței medico-sanitare și programele de prevenire a degradării sociale a băștinașilor au devenit mai eficiente în Statele Unite decât în Canada.

Istoricul asigurării de către guvern a asistenței medico-sanitare pentru indienii americani denotă de asemenea inechități considerabile. Până la începutul secolului XIX asistența medico-sanitară a indienilor era asigurată de către guvernul federal, prin intermediul medicilor militari. Din 1849 asistența medico-sanitară a băștinașilor a devenit o responsabilitate a Biroului de Afaceri ale Indienilor din componența Departamentului de Interne, practică răspândită până la înființarea în 1954 a Serviciului de Sănătate Publică al Statelor Unite. În prezent Serviciul de Sănătate a Indienilor (IHS) desemnat ca serviciu național de sănătate a indienilor și administrat prin intermediul oficialităților regionale,

furnizează asistență medico-sanitară primară și specializată populației băștinașe cu accentuarea eforturilor asupra participării și controlului din partea comunității a serviciilor prestate.

Populația băștinașă de americani și eschimoși a SUA în 1996 constituia 2,3 milioane de persoane. IHS asigură cu servicii medico-sanitare 60% din această populație. Realizările în domeniul sănătății băștinașilor țin de reducerea mortalității infantile și generale, totodată indicii sănătății băștinașilor sunt încă mult sub nivelul mediu al populației generale a SUA. Nutriția săracă, lipsa surselor securizate de apă, izolarea și inaccesibilitatea transportului, utilizarea inadecvată a gunoiului și ratele înalte de obezitate, abuz de alcool și violență scurtează considerabil durata așteptată a vieții printre băștinași. IHS gestionează o rețea din 43 de spitale și peste 110 centre și puncte sanitare. Cheltuielile pentru asistența medico-sanitară acordată indienilor constituie 60-65% din cheltuielile naționale la cap de locuitor. Durata așteptată a vieții a băștinașilor americani a crescut de la 60 de ani în 1950 la 73,2 ani în 1989-1991. Reducerea mortalității infantile și a mortalității de pe urma tuberculozei, gastroenteritelor și bolilor respiratorii acute a fost însoțită de reducerea mortalității prin violență și abuz de droguri. Ratele diabetului zaharat (tip 2) sunt înalte și în creștere în comparație cu populația generală. Sindromul alcoolic fetal (FAS) este extrem de răspândit printre băștinașii americani constituind 2,7 la 1000 de nașteri de feți vii. Rata FAS printre indienii americani este cea mai înaltă dintre toate grupurile etnice din Statele Unite. Practica tot mai răspândită de management tribal al serviciilor sanitare este însoțită de majorarea activității tribale de reducere a abuzului de alcool și violenței. Scopurile sanitare pentru anul 2000 includeau reducerea ratelor de cancer, a mortalității infantile și alcoolismului.

Populațiile băștinașe decimate anterior de foamete și boli infecțioase acute, iar în prezent de abuzul de alcool, violență și stări legate de diabetul zaharat au o sănătate mult sub nivelul populațiilor generale americane și canadiene. Administrarea federală separată a asistenței medico-sanitare acordate acestor grupuri populaționale vulnerabile reprezintă un subiect de

dezbateri critice continue în ambele țări. În prezent tendințele principale în acest domeniu țin de integrarea acestor servicii cu alte servicii medico-sanitare și decentralizarea managementului cu implicarea activă a comunității. Finanțarea federală a acestor servicii rămâne irevocabilă, totodată răspândirea practicilor de management local duce la majorarea cheltuielilor pentru asistența medicală privată.

Perspectivile sanitare ale populației băștinașe ale Statelor Unite și Canadei sau din alte țări sunt dependente de dezvoltarea socio-economică și de gradul de implicare a administrațiilor locale. În 1999 guvernul canadian a împuternicit cu dreptul de autoguvernare teritoriul inuiților (eschimoșilor), care dispune de propriile autorități sanitare, servicii sociale, instituții de învățământ, sistem de impozitare, precum și de propriile drepturi economice (spre exemplu, dreptul exclusiv la zăcămintele minerale de pe teritoriu). Această experiență în teritoriu este importantă pentru verificarea potențialului măsurilor de decentralizare a managementului sanitar, social și economic.

Probleme similare apar și referitor la populațiile băștinașe și grupurile minoritare din alte țări, inclusiv din Australia, Noua Zelandă, Peru și alte țări sudamericane, Papua Noua Guinee, Taiwan, Africa Centrală și țările fostei Uniuni Sovietice. Aborigenii australieni suferă de rate înalte de boli cardiovasculare, diabet zaharat, patologii renale avansate, alcoolism, abuz de droguri și substanțe inhalatorii, febră reumatică, mortalitate infantilă majoră și degradare socială. Starea precară a sănătății populației băștinașe în multe țări este determinată de lipsa responsabilităților sanitare clare, a autorităților și programării sanitare. Problemele sănătății băștinașilor reprezintă o provocare serioasă pentru Noua Sănătate Publică și necesită determinarea căilor optime de furnizare a asistenței curativ-profilactice, precum și reducerea diferențelor sociale care sunt cauza apatiei și degradării sociale.

SĂNĂTATEA DEȚINUȚILOR

Începând cu mijlocul anilor 1980 în sistemul penitenciar al Statelor Unite s-au produs schimbări cardinale în ceea ce privește starea sanitară și condițiile de deținere. Degradarea urbană însoțită de abuzul ilicit de droguri, sărăcie și epidemiile asociate a avut un impact enorm asupra deținuților americani. Serviciile medicale penitenciare au fost transformate în avanposturi sanitare care îndeșteulau cu greu cererea majoră în asistență medicală.

Penitenciarele în Statele Unite reprezintă o industrie majoră cu peste 1,6 milioane de deținuți în anul 1997. Între anii 1985-1996 populația din închisorile federale și statale a crescut de la 480.568 la 1,1 milioane de persoane, iar numărul deținuților din închisorile locale s-a majorat de la 256.615 la 507.044 persoane. Rata totală a populației izolate în penitenciare în aceeași perioadă a crescut de la 313 la 615 la 100.000 de populație. Caracteristicile demografice ale populației deținuților diferă de cele ale populației generale. Aproximativ 6% din bărbații albi sunt izolați în penitenciare, iar 23% din bărbații afro-americani se află sub supravegherea organelor de drept. Aproape 47% din deținuți sunt afro-americani și un număr mare din ei este reprezentat de tineri și săraci.

În 1970 starea precară a sănătății deținuților din SUA a determinat necesitatea efectuării de către Asociația Medicală Americană și Asociația Americană de Sănătate Publică a unei treceri în revistă a serviciilor sanitare penitenciare, fiind date recomandări care promovau crearea serviciilor medico-sanitare penitenciare statale ceea ce s-a soldat cu îmbunătățirea calității serviciilor în multe state. Sănătatea deținuților a devenit un domeniu mult mai profesional, fiind mai puțin utilizată practica lucrului prin cumul. Acreditarea voluntară a serviciilor de către Consiliul American de Acreditare a Serviciilor Sanitare servește ca o metodă de evaluare externă a acestor facilități.

Deținuții din instituțiile penitenciare sunt supuși riscului major de îmbolnăvire de tuberculoză, fapt datorat prevalenței crescute a infecției HIV, hepatitei B, formelor latente de TB, suprapopulării, ventilării inadecvate și

transferului frecvent al deținuților în interiorul altor instituții. Forma recent apărută de TB rezistentă la medicamente reprezintă o infecție oportunistă importantă la persoanele cu infecție HIV care încă odată subliniază necesitatea implementării practicilor de control a infecției. Majorarea din 1990 a morbidității prin tuberculoză în Rusia se datorează parțial amnistiei largi a deținuților după perestroika din anii 1980. Măsurile specifice de control în instituțiile penitenciare trebuie să includă următoarele:

1. Screening-ul regulat și sistematic al deținuților și personalului pentru depistarea HIV și TB. Cei cu teste pozitive trebuie supuși terapiei preventive.
2. Identificarea rapidă, izolarea și tratamentul cazurilor suspecte de TB.
3. Utilizarea practicii de terapie direct observată precum și supravegherea riguroasă pentru asigurarea finisării complete a tratamentului.
4. Supravegherea la distanță pentru asigurarea continuității asistenței medico-sanitare în cadrul și în afara instituției penitenciare.

Prizonierii sunt de asemenea supuși riscului de achiziționare a bolilor sexual transmisibile. Atât femeile, cât și bărbații pot fi victime ale violențelor sau intimidărilor sexuale de către deținuți și personal. Serviciile medicale penitenciare trebuie să fie capabile să efectueze screening-ul, precum și tratamentul bolilor sexual transmisibile. Totodată protecția deținuților vulnerabili (spre exemplu, izolarea deținuților tineri de prizonierii potențial violenți) ține de responsabilitatea lor.

În anii 1990 practica de stabilire obligatorie a sentințelor pe viață pentru recidiviști („de trei ori la zdup și pe viață”) a contribuit esențial la majorarea numărului deținuților în vârstă fără drept de eliberare. Cu cât este mai mare numărul de deținuți care petrec un timp îndelungat în penitenciare, cu atât este mai arzătoare necesitatea de precăutare a problemelor sanitare ale acestora ca parte componentă a sănătății populației în întregime.

Riscurile sanitare de scurtă și lungă durată pentru personalul din închisori este de asemenea un subiect de preocupare pentru serviciile sanitare penitenciare. Alcoolismul, fumatul, obezitatea și stresul de lucru duc la descompunerea familiei și mortalitate prematură în special de pe urma bolilor cardiovasculare. Susținerea morală și psihologică pentru a depăși aceste stresuri și violențe latente la locul de muncă este un factor important în reducerea riscului personal și a predispoziției proprii la acțiuni violente.

Necesitatea în servicii ale sănătății mentale în penitenciare este mare și crește pe zi ce trece. Deficitul de servicii comunitare în domeniul sănătății mentale accelerează procesul de nimerire a indivizilor de pe străzi în penitenciare. Studiul efectuat de Asociația Națională de Sănătate Mentală a demonstrat că 25% din deținuți suferă de psihoze și peste 14% prezintă simptome psihice clinic manifeste. Afecțiunile mentale ale deținuților sunt responsabile de o mare parte din comportamentele violente și crime. Din acest motiv este necesară o combinație a serviciilor curative din penitenciare cu programele de reabilitare.

Problemele etice ale domeniului sanitar al deținuților includ torturarea, violul, omuciderea, foametea, experiențele medicale inumane și asistența medicală și psihiatrică inadecvată. Codul Nuremberg și Declarația Helsinki referitor la conduita medicală în experiențele medicale este un standard internațional acceptat. Convenția de la Geneva referitor la război și ocupația militară reprezintă de asemenea un standard acceptat, dar frecvent ignorat. Totodată această Convenție reprezintă baza juridică pentru soluționarea litigiilor. O încălcare a acestei Convenții este și abuzul asupra deținuților în situațiile de război civil cum s-a întâmplat în Bosnia la mijlocul anilor 1990, unde acesta a luat dimensiuni de genocid cu masacre, înfometări și violuri larg răspândite. Comunitatea sanitară din orice țară sau în orice situație de conflict poartă responsabilitatea pentru sănătatea deținuților și joacă un rol de apărare a intereselor acestora pe timp de război civil sau pace.

SĂNĂTATEA POPULAȚIEI MIGRATOARE

În multe țări un număr mare de persoane și familii duc un mod migrator de viață, mutându-și reședința în dependență de anotimp pentru cultivarea agricolă sau munca sezonieră. Aceste grupuri populaționale fără reședință stabilă și sisteme de securitate socială sunt frecvent exploatate de patroni, care le oferă doar un venit minim necesar pentru existență și o atitudine ostilă în comunitate. Aceste grupuri includ lucrătorii agricoli migratori sau sezonieri, minierii, muncitorii din industria de exploatare forestieră și constructorii care frecvent locuiesc timp îndelungat departe de familiile sale.

În Statele Unite acest fenomen este răspândit pe larg. După estimările Programului Sănătății Migratorilor al Departamentului de Sănătate și Servicii Umane al SUA populația de muncitori migratori a Statelor Unite numără 1,5 milioane persoane, iar alte 2,5 milioane persoane lucrează în calitate de muncitori agricoli sezonieri. Majoritatea acestora sunt căsătoriți și au copii, astfel dimensiunile acestei populații, inclusiv persoanele dependente, este mult mai mare. Majoritatea acestor familii există sub nivelul minim al sărăciei. Multe dintre aceste persoane sunt imigranți ilegali, fiind un subiect de exploatare și abuz din partea patronilor. Aceste familii trăiesc în condiții sanitare precare, sunt frecvent expuse la acțiunea pesticidelor și suferă de o morbiditate majoră prin boli infecțioase.

Muncitorii migratori în Statele Unite fac parte din diferite grupuri etnice (americani albi, latino-americani, originari de pe Insulele Haiti și Jamaica). Grupurile de imigranți cum ar fi cei de pe Insulele Haiti și Filipine, mexicanii dețin rate majore de tuberculoză. Lucrul lor în domeniul agriculturii poate duce la răspândirea TB la alți fermieri. Probabilitatea dezvoltării TB la fermierii migratori este de șase ori mai mare decât în populația generală de adulți angajați în munca productivă.

Fermierii migratori pot lua cu ei familiile sale pe care le cazează în condiții casnice precare oferite de patroni, unde nu există facilități sanitare și este limitată rația alimentară. Organizarea asistenței medico-sanitare, a instruirii școlare și a activităților de recreație sunt de cele mai deseori inadecvate. Muncitorii migratori din ariile urbane sunt de obicei bărbați singuri proveniți din regiunile rurale sărace, care și-au lăsat familiile acasă și care sunt ocupați în construcție și minerit. Femeile migratoare sunt ocupate cel mai frecvent în lucrul de menajerie, de asistență personală sau practică prostituarea. În multe țări sunt răspândite practicile de utilizare a forței de muncă migratoare profesionale (medicină, computere etc.). Oamenii care trăiesc într-o societate străină sunt frecvent supuși abuzului și exploatării precum și izolării sociale însoțite de stres psihic, violență și STD.

Muncitorii migratori cel mai frecvent locuiesc în condiții sărace, antisanitare, asistența medico-sanitară fiind lipsă. La ei de obicei lipsesc documentele necesare pentru stabilirea legală a statutului de reședință. Lipsa asigurării medicale și a asistenței medico-sanitare regulate, în special pentru copii și femei, reprezintă cele mai arzătoare probleme ale imigranților ilegali. În aceste grupuri populaționale sunt răspândite stările de deficiență de fier și microelemente, precum și retardul de dezvoltare printre copii. Asistența stomatologică este inaccesibilă și deci bolile dentare sunt pe larg răspândite. Fermierii migratori devin frecvent victime ale accidentelor la locul de muncă. Lucrătorii ocupați în agricultură dețin una din cele mai înalte rate de mortalitate (37 la 100.000 de lucrători) de pe urma leziunilor profesionale (vezi Capitolul 9).

Prevalența înaltă a sifilisului, infecției HIV și TB printre lucrătorii migratori determină necesitatea unor specialiști în domeniul sănătății publice capabili să acorde servicii medico-sanitare populației migratoare. Această necesitate imperioasă a dus la înființarea cursurilor de perfecționare a asistenților sanitari publici în domeniul asistenței diagnostice și terapeutice în

STD (inclusiv în infecția HIV), TB și alte boli infecțioase la persoanele migratoare.

Forța de muncă migratoare reprezintă un fenomen internațional. În Europa un număr mare de „muncitori oaspeți” sunt ocupați în munca necalificată în agricultură și industria de construcție. Pe parcursul a mai multor decenii economiile prospere ale țărilor Europei de Vest importau brațe de muncă din țările sărace ale Africii de Nord și sub-sahariene și ale Europei de Est. Această practică s-a soldat cu apariția multiplelor probleme sociale și politice de lungă durată legate de muncitorii migratori și familiile lor, care sunt frecvent supuși înjosirilor etnice, violenței și se confruntă cu dificultăți în adaptarea socială. În competența și de responsabilitatea agențiilor de sănătate publică ține supravegherea condițiilor de viață și asigurarea cu asistență medico-sanitară preventivă și curativă, precum și screening-ul acestor grupuri profesionale pentru depistarea bolilor majore.

SĂNĂTATEA POPULAȚIEI FĂRĂ ADĂPOST

Lipsa de adăpost datorată sărăciei și imposibilității închirierii lui la prețuri accesibile este o problemă majoră cu care se confruntă atât țările industrializate cât și cele în curs de dezvoltare. Persoanele lipsite de adăpost sunt permanent în centrul atenției mijloacelor mass-media grație diferențelor contrastante dintre modul lor de viață și cel al populației prospere. În dependență de definirea noțiunii „persoanei fără adăpost”, WHO în *Raportul Mondial referitor la Sănătate 1997* a apreciat numărul global al persoanelor fără adăpost ca oscilând între 100 milioane și 1 miliard de persoane (Organizația Mondială a Sănătății, 1997). După unele aprecieri peste 7,4% din populația SUA a rămas pe parcursul unei perioade de timp fără adăpost cel puțin o dată în viață. Vagabonzii lipsiți

de adăpost perioade îndelungate de timp sunt expuși riscului major de a avea diferite probleme sanitare.

Asistența medico-sanitară, în special cea preventivă, nu reprezintă o prioritate pentru persoanele fără adăpost. În locul acesteia majoritatea eforturilor și resurselor sunt cheltuite pentru căutarea unui loc sigur și cald pentru somn, precum și pentru dobândirea alimentelor și deseori a drogurilor și alcoolului.

Pandemia globală de lipsă de adăpost a apărut în rezultatul lipsei locuințelor la prețuri acceptabile, șomajului și degradării serviciilor sociale și de suport general. Nu este alegerea persoanei de a locui pe stradă; aceasta frecvent este victimă a diferitor circumstanțe. Este răspândită opinia că lipsa de adăpost este rezultatul dezinstituționalizării persoanelor din spitalele psihiatrice, iar după unele aprecieri de la 25% la 50% din persoanele fără adăpost suferă de afecțiuni psihice. În așa cazuri este greu de stabilit alienarea a fost cauza lipsei de adăpost sau vice-versa, dar este clar că în combinație acestea produc un ciclu vicios în care individul suferă de izolare socială, nutriție inadecvată și igienă precară care împreună pot cauza boala.

Cercetările problemelor sanitare cu care se confruntă persoanele fără adăpost au demonstrat că ratele bolilor acute și cronice printre acestea sunt extrem de înalte. Cu excepția icterului, cancerului și obezității populația fără adăpost este mult mai frecvent afectată de celelalte boli cronice. Datorită caracterului migrator al acestei populații astfel de boli care necesită vigilență și atenție continuă cum ar fi tuberculoza cauzează ravagii printre persoanele fără adăpost. Acest fapt constituie și un pericol sanitar public pentru întreaga populație. În țările dezvoltate atât în instituțiile penitenciare, cât și în azilurile pentru persoane fără adăpost este pe larg răspândită tuberculoza. Alte probleme sanitare ale acestui grup vulnerabil includ decesele de pe urma degerării, violența, morbiditatea prin ulcere trofice, combustii, infecții respiratorii, STD, inclusiv infecția HIV, traumatismele prin atacuri armate, bătăi sau violuri. Lipsa de adăpost compromite posibilitatea nutriției adecvate, vieții sigure,

igienei personale cuvenite și a primului ajutor în caz de necesitate. Persoanele fără adăpost au un acces limitat la asistența medico-sanitară ceea ce se soldează cu internarea lor doar cu forme avansate ale bolilor.

Deoarece majoritatea membrilor acestui grup populațional nu sunt asigurați medical, accesul la serviciile medico-sanitare este compromis prin costul acestora și distanța până la ele. Una din cele mai eficiente metode de acordare a ajutorului medical acestor persoane este utilizarea unităților medicale mobile. În Washington, D.C. (Districtul Columbia) este răspândită practica de utilizare a echipelor mobile („microbuzelor sanitare” și a „bucătăriilor de supă”) finanțate de organizațiile de caritate, care asigură persoanele fără adăpost cu asistență medicală și mâncare caldă. În stări severe periculoase, care necesită o asistență mai substanțială, indivizii sunt convinși să se interneze într-un azil comunitar sau privat pentru cei lipsiți de adăpost sau sunt îndreptați la spital. În azilurile comunitare sau private aceste persoane sunt asigurate cu asistență medicală, apă caldă, loc de dormit și mâncare caldă. NGO și organizațiile de caritate dețin un rol important în supraviețuirea persoanelor fără adăpost. Desigur aceasta este doar o soluție temporară pentru milioanele de oameni lipsiți de adăpost din toată lumea, care există în condiții periculoase pentru viață.

Femeile singure cu copii mici pot fi lipsite de adăpost în rezultatul destrămării familiei din cauza abuzului familial, consumului excesiv de către mamă a alcoolului și drogurilor, gravidității sau în urma colapsului bazei economice a familiei cu confiscarea prin judecată a casei. Copiii sau adolescenții vagabonzi fără adăpost reprezintă grupuri extrem de vulnerabile la practicile sociale și sanitare precare, inclusiv violența, abuzul de substanțe, suicidul și comportamentul de risc, STD sau infecția HIV. În multe țări în curs de dezvoltare lipsa de adăpost și sărăcia sunt premise pentru vânzarea copiilor, organelor și prostituarea copiilor.

Populația fără adăpost constituie o problemă sanitară publică determinată atât de lipsa de adăpost la aceste persoane, cât și de efectele nefaste ale lor

asupra comunității. Soluțiile, ca și în alte probleme sociale, sunt costisitoare și complexe. Pentru eliminarea acestei practici periculoase de viață este nevoie de subminarea caracterelor principale determinate ale ei: a sărăciei și asigurării insuficiente cu domiciliu permanent. Reintegrarea persoanelor fără adăpost în viața socială necesită tratament comunitar orientat și servicii sociale speciale. Acestea includ managementul adecvat al cazului, asigurarea cu domiciliu, supravegherea de lungă durată și suportul permanent. Profesionalizarea și angajarea în serviciu a persoanelor fără adăpost este una din cele mai eficiente metode de intervenție sanitară publică. Până nu vor deveni accesibile astfel de servicii lipsa de adăpost va continua să cauzeze multe suferințe și sfidări pentru sistemele sanitare publice și de caritate care în prezent încearcă să acorde asistență acestui grup populațional vulnerabil.

SĂNĂTATEA REFUGIAȚILOR

După unele estimări la mijlocul anilor 1990 35 de milioane de persoane au părăsit țara natală ca refugiați sau au fost nevoiți să-și schimbe reședința în interiorul țării. Din aproape 20 de milioane de refugiați care au traversat frontierele aproximativ 14 milioane sunt din Africa, Asia de Sud-Est și Orientul Mijlociu. Părăsirea în masă de către oameni a ținuturilor natale poate fi condiționată de persecutări etnice sau religioase, conflicte politice, război, ciocniri civile, degradări ai mediului ambiant sau conflictelor pentru deținerea resurselor economice. Anual milioane de persoane abandonează casele proprii, gospodăriile agricole, regiunile sau țările în căutarea alimentelor, apei, lucrului sau securității.

Capacitatea unei țări de a gestiona aflusul spontan în masă al refugiaților depinde de funcționarea infrastructurii statale și a serviciilor de bază, starea securității și gradul de dezvoltare a sistemului de măsuri în caz de calamitate.

Răspunsul corespunzător și la timp la această situație dificilă depinde de resursele și forțele implicate în acest domeniu, asistența internațională în asigurarea cu tot ce este necesar în asemenea cazuri. Măsurile în caz de aflux abundant de refugiați trebuie primar orientate asupra asigurării securității, adăpostului, hainelor, sanitației, apei potabile și alimentelor, a reintegrării familiilor, serviciilor preventive și de tratament. Măsurile educative, de planificare familială și de asistență medico-sanitară de lungă durată intră în componența oricărui program pentru refugiați și sunt aplicate în cazul în care situația de refugiere continuă.

Comisia Superioară a Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR) încearcă să monitorizeze și să coordoneze asistența și serviciile acordate refugiaților. După estimările UNHCR populația globală de refugiați la sfârșitul anului 1997 constituia 12 milioane de persoane, înregistrându-se un declin cu 1,2 milioane de persoane din 1996, în special în Africa. Aproape 900.000 de refugiați au fost repatriați în anul 1997, spontan sau cu ajutorul UNHCR. În 1999 criza de refugiați din Kosovo, apărută în rezultatul politicii de curățare etnică a guvernului din Serbia, s-a soldat cu majorarea cu aproximativ 1 milion de persoane a populației globale de refugiați.

Faza acută a unei situații de refugiere, discutată ulterior la capitolul calamităților naturale sau cauzate de om, se poate transforma într-o situație de lungă durată care ridică numeroase probleme dificile. Drama fazei acute poate interesa opinia internațională cu oferirea unei asistențe financiare și materiale complexe din partea organizațiilor internaționale și a NGO. Situațiile de refugiere de lungă durată necesită un ajutor responsabil din partea UNHCR și a NGO, precum și din partea International Red Cross, Médecins sans Frontières, Catholic Relief Services și a altor organizații internaționale (vezi capitolul 2). Centrele de refugiere de lungă durată necesită includerea în componența lor a serviciilor ce sunt de bază pentru oricare grup populațional, fiind luați în considerație astfel de factori suplimentari de risc ca posibilitatea colapsului sistemului fragil de sanitație, nutriție sau asistență medico-sanitară în caz de

sfidări concomitente prin alte dezastre sau calamități naturale. Criza din Kosovo din 1999 a fost asistată de numeroase organizații internaționale cum ar fi UNHCR, Organizația Convenției Atlanticului de Nord și multiple NGO care au furnizat o asistență financiară și materială, dar situația a putut fi rezolvată doar prin acțiuni politice și militare care au forțat țara natală să permită repatrierea refugiaților. Aceasta a fost o soluție imediată. Măsurile politice la distanță necesare pentru ameliorarea completă a conflictului sunt greu de anticipat.

MEDICINA MILITARĂ

Medicina militară a jucat un rol important în dezvoltarea tacticilor chirurgicale și a sănătății publice. Succesele militare romane au fost favorizate și de implementarea cuvenită a măsurilor sanitare preventive prin respectarea regulilor igienei și a disciplinei de campanie. Nu mai puțin importante au fost îngrijirea iscusită a plăgilor și organizarea infrastructurii sanitare. Armatele și flotele depindeau de asigurarea medicală și nutrițională necesară pentru menținerea sănătății adecvate a ostașilor pentru ca aceștia să fie capabili de a realiza misiunile de luptă trasate. Utilizarea obligatorie a sucului de lămâie de către marinarii britanici urmată de descoperirile epidemiologice importante ale lui James Lind au stat la baza elaborării principiilor generale de asistență nutrițională pentru menținerea abilității funcționale și competenței individuale și a unităților militare. Armata americană a adoptat metoda de vaccinare antivariolică imediat după descoperirea acesteia de către Jenner. În secolul XIX medicii militari au introdus în practica sanitară publică numeroase inovații, ca exemplu servind lucrarea lui Ronald Ross referitor la parazitul malaric și controlul febrei galbene de către Armata Statelor Unite în Cuba în 1901.

Forțele armate reprezintă o parte componentă a responsabilităților naționale. Deci, problemele legate de serviciul militar dețin un rol important în sănătatea publică. În forțele armate sunt recrutați persoane cu o stare aparentă bună a sănătății, totodată condițiile nocive de serviciu militar pot cauza boala atât în timp de război, cât și în timp de pace. Medicina militară își concentrează eforturile în primul rând asupra prevenției pentru a menține o stare bună a sănătății personalului militar care poate fi ocazional plasat în condiții periculoase pentru sănătate.

Până în prima jumătate a secolului XX în majoritatea armatelor lumii numărul de decese de pe urma bolilor era mult mai mare decât pierderile în bătălii. Acest fapt este documentat și în registrele Forțelor Armate americane în perioada dintre Războiul Civil și Războiul din Vietnam (Tabelul 7.5). În cunoașterea bolilor predominante în rândurile armatei o contribuție majoră a fost adusă de Florence Nightingale în timpul Războiului din Crimeea. Medicina militară a contribuit esențial la dezvoltarea asistenței medicale de urgență, aducând beneficii enorme sectorului civil, inclusiv inovații importante referitor la adaptarea medicală a tehnologiilor militare cum ar fi ultrasunetul.

TABELUL 7.5. Numărul și procentul deceselor din cauza bolilor și leziunilor primite în bătălii, Forțele Armate ale SUA, 1860-1975.

Războiul	Boală	Leziuni primite în bătălie	Raportul D/LPB %
Războiul Civil (de nord) 1861-1865	199,720	138,154	145
Războiul Spaniolo-American, 1898	1,939	369	525
Războiul din Filipine 1899-1902	4,356	1,061	410
I-ul Război Mondial, 1917-1918	51,447	50,510	102
Al II-lea Război Mondial, 1941-1945	15,779	234,874	7
Războiul din Korea, 1950-1953	509	27,704	2
Războiul din Vietnam, 1961-1975	1,433	30,900	5

Sursa: Legters and Llewellyn, 1992. Military medicine, In (Last, J.M., Wallace, J.B. Eds.). *Public Health and Preventive Medicine*.

Măsurile de prevenție în rândurile armatei includ imunizarea în masă a trupelor cu scop de prevenire a maladiilor infecțioase care pot fi ușor răspândite în condițiile vieții militare. Aceste măsuri de imunizare pot include vaccinarea contra bolilor infecțioase a copilăriei prin doze stimulante de vaccin antidifteric

și antitetanic precum și vaccinarea repetată contra hepatitei B, gripei, poliomielitei, rujeolei, oreionului, rubeolei, meningitei meningococice, hepatitei A, antraxului etc. Măsurile preventive antimalarice ș.a. sunt utilizate în dependență de localizarea geografică a serviciului.

În timp de pace nutriția adecvată, protecția de boli infecțioase transmise prin alimente, apă sau vectori, prevenția accidentelor în timpul exercițiilor militare, rutiere, a suicidului, expunerii la materiale toxice, a contactului cu STD și HIV în rândurile armatei sunt printre principalele subiecte de preocupare a sănătății publice. Violența, brutalitatea și suicidul sunt evenimente frecvente care au loc în timpul exercițiilor militare. Vigilența continuă a personalului militar de conducere, asigurarea imputabilității lui și supravegherea medicală sunt măsuri necesare pentru prevenirea acestor fenomene adverse din viața militarilor.

Evitarea războiului reprezintă cea mai eficientă metodă de prevenție a deceselor și leziunilor printre militari și civili. În timp de război eficacitatea acestei prevenții depinde de armamentul disponibil, deprinderile de utilizare a acestuia, disciplină și corpul de conducere. Asistența medicală de campanie, triajul și evacuarea, precum și transferul rapid, securizat prin sisteme de asigurare a funcțiilor vitale, la centrele specializate sunt elemente cruciale în reducerea ratei cazurilor letale și salvarea multor vieți tinere. Organizarea serviciilor medicale începând de la medicul de campanie și terminând cu postul de evacuare și spitalele specializate necesită un management adecvat cu asigurarea adecvată cu tot necesarul inclusiv cu apă și alimente, resurse de diagnostic și tratament.

Managementul cazurilor este orientat spre menținerea capacității de luptă a forțelor armate și este bazat pe prevenție și triaj, tratament și evacuarea cazurilor într-un mod care evită traumatizarea morală a trupelor rămase și previne complicațiile sau decesul de pe urma leziunii. Triajul sau sortarea este bazată pe asigurarea cu o asistență medico-sanitară optimă posibilă în dependență de circumstanțe. Categoriile de triaj includ următoarele: cazurile

urgente care necesită intubarea traheală sau drenarea cutiei toracice, măsuri de stopare a hemoragiei și terapie intensivă de reechilibrare pentru prevenirea decesului imediat; cazurile imediate reprezintă plăgi vital periculoase temporar stabile care necesită tratament chirurgical într-un timp scurt și au un pronostic relativ favorabil de vindecare; cazurile amânate sunt leziunile care pot fi îngrijite conservativ pe parcursul a 8-16 ore după leziune; plăgile minime sau superficiale care necesită intervenții chirurgicale minore, repoziție a fracturilor sau observare; cazurile expectative sunt leziunile mortale cu șanse minime de supraviețuire.

Probabilitatea utilizării în război a armelor de nimicire în masă (atomice, biologice, chimice) impune necesitatea unei pregătiri speciale a trupelor. Cât timp există acest potențial distrugător, pregătirea forțelor armate și a populației civile de confruntarea cu efectele acestor arme ucigătoare este responsabilitatea directă a medicinei militare și indirectă a sănătății publice.

PROTECȚIA SĂNĂTĂȚII ÎN CALAMITĂȚI

Calamitățile naturale și cele provocate de om sunt fenomene răspândite (Tabelul 7.6) cu implicații importante pentru sănătatea publică. Calamitățile naturale reprezintă evenimente excepționale care pot cauza morbiditate și mortalitate excesivă în rândurile populației și afecta considerabil mediul ambiant. Acestea includ cutremurele de pământ, inundațiile, uraganele, seceta, viscoalele și erupțiile vulcanice. Termenul de calamitate include un șir întreg de evenimente adverse inclusiv războaiele, accidente industriale, incidentele teroriste ș.a. Calamitățile frecvent sunt clasificate în „provocate de om” și „naturale” precum și cu debut „neașteptat” sau „lent”. Distingerea acestora frecvent este dificilă deoarece multe calamități naturale pot apărea în rezultatul politicii necorespunzătoare, spre exemplu seceta în regiunile care au devenit

vulnerabile datorită strategiilor politice inadecvate. În regiunile semisecetoase unde nutriția inadecvată și subnutriția cronică sunt fenomene destul de răspândite, apariția unei calamități chiar modeste poate cauza suferințe și malnutriție considerabile ale populației și acestea se pot prelungi timp îndelungat.

TABELUL 7.6. Calamitățile recente – provocate de om și naturale.

Localizarea	Tipul	Anul	Efectele
Guatemala	Cutremur de pământ	1976	23.000 decedați, 77.000 răniți, 1,2 milioane afectați
Serveso, Italia	Explozia uzinei chimice	1976	17.000 evacuați
Cambogia	Genocid politic	1979	1-2 milioane de decedați
Bhopal, India	Scurgere de substanțe chimice	1984	2000 decedați, 70.000 evacuați
Mexic	Cutremur de pământ	1985	10.000 de decedați, 60.000 de persoane rămase fără adăpost
Columbia	Erupție vulcanică	1985	23.000 decedați, 200.000 de persoane rămase fără adăpost
Chernobyl, Ucraina	Avariarea reactorului nuclear	1986	30 decedați, 100.000 de evacuați, efecte de lungă durată (cancer, malformații congenitale) – numărul nu este cunoscut
Bosnia – Herzegovina	Război civil, genocid	1993-1995	Zeci de mii de cazuri de viol și omor, ruinarea puterii civile
Ruanda	Genocid, tribal	1994	Peste jumătate de milion de decedați
Kobe, Japonia	Cutremur de pământ	1995	6000 decedați
Insulele Mării Caraibilor	Uraganul Gordon	1995	11.000 decedați în Haiti, Cuba, Jamaica și Republica Dominicană
China	Inundație	1998	4.150 decedați, 18,9 milioane evacuați și 180 milioane afectați
Nicaragua	Uraganul Mitch	1998	10.000 decedați, mii de dispăruți fără urmă, 120.000 de persoane rămase fără adăpost
Kosovo	Război civil, curățare etnică	1999	1 milion de persoane evacuate forțat, cu omoruri în masă, distrugerea așezămintelor.

Sursa: Menu, J.P. (ed). Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly*, 1996, and 1999. Internet website <http://www.reliefweb.int>

Experiența acumulată în domeniul managementului și ameliorării consecințelor calamităților s-a îmbogățit simțitor în ultimele decenii, devenind disponibile noi tehnologii de comunicare și transport aerian a materialelor necesare (corturi, plapume, alimente, cloruratoare, generatoare de energie electrică, echipamente grele pentru demontarea ruinelor), precum și a spitalelor de campanie și materialelor medicale cum ar fi echipamentele de sterilizare și

de asistare în traume, antibioticele, vaccinurile și soluțiile pentru terapia de rehidratare.

Calamitățile sunt situații excepționale, pentru lichidarea consecințelor cărora sunt necesare mari eforturi profesionale și comune a diferitor servicii. De reușita acestor acțiuni depind frecvent viețile unui număr mare de persoane. Posibilitatea apariției calamităților există atât în centrele urbane mari, cât și în junglă. Detaliile diferă, dar necesitățile umane de bază pentru lichidarea consecințelor acestora sunt identice în ambele cazuri. Necesitățile de primă prioritate în asemenea situații includ activitățile de reducere și limitare a leziunilor și deceselor, măsurile de protecție, securitate, asigurarea cu apă, alimente și adăpost. Măsurile necesare de prevenție în calamități constau în asigurarea sanitației și managementului adecvat al celor mai răspândite probleme sanitare cum ar fi bolile diareice, afecțiunile respiratorii acute, rujeola și alte boli asociate cu condițiile sanitare precare (spre exemplu, hepatitele, febra tifoidă, holera și gastroenteritele). În situații de calamitate astfel de boli cum ar fi dizenteria, malnutriția și infecțiile respiratorii pot cauza ravagii printre copiii și bătrânii slăbiți. Sindromul posttraumatic poate fi ameliorat prin programe comunitar orientate de suport general și psihologic al populației afectate.

Monitorizarea epidemiologică a mortalității, traumatismelor și morbidității frecvent este dificilă din cauza haosului care însoțește calamitățile. Totodată monitorizarea calamității și a indicilor epidemiologici furnizează date importante pentru elaborarea și implementarea intervențiilor, precum și oferă lecții prețioase pentru planificarea și managementul crizelor ulterioare. Monitorizarea internărilor în spitale permite determinarea indicilor morbidității printr-o boală anumită cum ar fi febra tifoidă și hepatita virală. Ca exemplu poate servi cutremurul de pământ din anul 1980 din sudul Italiei unde această calamitate a provocat contaminarea surselor comunitare de apă. Holera reprezintă de asemenea un pericol serios pentru sănătatea publică în situații excepționale, spre exemplu erupția de holeră din Ruanda în cadrul unei

refugieri în masă a populației. Contaminarea surselor limitate de apă reprezintă o situație urgentă care necesită acțiuni imediate (instalarea pompelor și cloruratoarelor portative). Distribuirea corturilor și a alimentelor trebuie securizată de către trupele armate.

Intervențiile agențiilor de prim ajutor trebuie să includă imunizarea contra rujeolei și poliomielitei, cu vaccin DTP, precum și suplimentarea cu vitamine și fier în cazul în care reîntoarcerea la condițiile normale de viață durează mai multe luni. Febra tifoidă și salmoneloza sunt controlate prin măsuri sanitare și managementul adecvat al cazurilor depistate. Necesitatea absolută în asemenea cazuri a asigurării cu apă potabilă și în soluții pentru rehidratare per orală a fost demonstrată în cadrul calamității din Ruanda din anii 1993-1994.

Dacă consecințele calamității nu pot fi lichidate rapid, peste un anumit timp este necesară monitorizarea nutriției copiilor prin aprecierea masei corporale și taliei în conformitate cu vârsta la o parte a populației pentru a estima efectele măsurilor implementate. Ameliorarea consecințelor calamității trebuie să includă și posibilitatea suplimentării cu vitamine și fier a copiilor pentru a preveni deficiențele alimentare. Furnizarea produselor alimentare de bază reprezintă o prioritate majoră de rând cu asigurarea cu adăpost și apă potabilă, dar volumele necesare de alimente pot depăși chiar și resursele țărilor dezvoltate în asemenea situații.

Afectarea secundară a populației datorată condițiilor sanitare precare se poate manifesta prin răspândirea rapidă a bolilor infecțioase, care poate fi agravată de insuficiența produselor alimentare, a apei potabile și facilităților sanitare. Refugiarea în masă cauzată de războiul civil și masacrele etnice din Ruanda în 1994 a rezultat în pierderi enorme de vieți omenești. Eforturile naționale și internaționale de ameliorare a situației excepționale pot fi compromise de lipsa coordonării dintre ele. Planificarea lagărelor pentru refugiați în calamități necesită premeditarea drenării naturale, asigurării cu apă, a drumurilor de acces, a separării facilităților sanitare inclusiv a closetelor și utilizării gunoiului, păstrării în condiții sigure a alimentelor și apei.

Uraganul Opal care a lovit coasta Floridei în octombrie 1995 a cauzat 27 de decese inclusiv 13 în rezultatul traumatizării prin căderea copacilor, 4 – din cauza otrăvirii cu monoxid de carbon, 3 – de pe urma incendiilor, 2 – în accidente rutiere și 5 persoane decedate după impact din cauza înecului, electrocutării și alte cauze. Acțiunile coordonate ale serviciilor de alertă ar fi redus numărul deceselor, în special prin înec și accidente rutiere. Informarea urgentă a populației pentru asigurarea evacuării, ascunderii în adăposturi sigure, evitării riscurilor intră în componența planului de acțiuni în situații excepționale ale sănătății publice și altor agenții locale, statale și federale.

La sfârșitul anului 1996 în Ruanda și Zair a izbucnit o criza de refugiere în masă, determinată de persecutările etnice și politice. Aceste masacre au luat amploarea unui genocid fiind însoțit de boli diareice, infecțioase și foame. Intervențiile internaționale de ameliorare a situației inclusiv desfășurarea spitalelor de campanie, organizarea primului ajutor și a asistenței medico-sanitare erau sporadice și insuficiente. Astfel de NGO cum ar fi „Medicins sans Frontieres” și organizațiile de prim ajutor ale Națiunilor Unite ajung de obicei primele pe teren, dar fără un suport adecvat internațional politic și militar efectele eforturilor lor sunt limitate. Desfășurarea spitalelor de campanie de obicei capturează atenția mass-media, dar eforturile de îndestulare a necesităților vitale (asigurarea cu adăpost, apă potabilă și a facilităților sanitare) sunt finanțate și sprijinite mai prost.

În 1998 pe glob au avut loc 37 de calamități majore, inclusiv inundații (15), cutremure de pământ (6), erupție vulcanică (1), rupere a barajelor (1), uragane/cicloane (6), incendii forestiere (1) și secetă (3), care au cauzat pierderi enorme de vieți omenești și refugiere în masă a populației având un impact economic și sanitar major. În 1999 până în luna martie au fost raportate 13 evenimente catastrofale. Inundația din China din vara anului 1998 s-a soldat cu decesul a 4.150 de oameni, 18,4 milioane de persoane au fost evacuate, iar afectate direct sau indirect au fost 180 de milioane. Pierderile economice au fost estimate la peste 26 miliarde dolari SUA (website

<http://www.reliefweb.org>). În 1999 două cutremure de pământ în Turcia au cauzat distrugerii masive și decese, condiționate de construcțiile fragile în zonele seismice active.

Anexa 7.5 Planul de acțiuni în calamități.

1. *Tratamentul și evacuarea răniților.*
2. *Reducerea deceselor, leziunilor și bolilor ulterioare.*
3. *Asigurarea securității, protecției și ordinii publice pentru coordonarea eforturilor poliției, armatei, agențiilor sanitare, NGO locale și internaționale.*
4. *Aprovizionarea cu apă potabilă, alimente, căldură și adăpost.*
5. *Asigurarea facilităților sanitare și prevenirea poluării mediului ambiant.*
6. *Organizarea controlului/prevenției epidemice și tratamentul bolilor infecțioase (boli diareice, infecții respiratorii acute, rujeolei, hepatitei, malariei).*
7. *Asigurarea continuității asistenței medicale a răniților și bolnavilor.*
8. *Mobilizarea și coordonarea eforturilor oficiale și voluntare locale, statale, naționale și internaționale.*
9. *Prevenția malnutriției, suplimentarea cu microelemente.*
10. *Asigurarea asistenței materne și infantile (gravide, a nașterilor, sugari și copii).*
11. *Monitorizarea bolii și investigațiile epidemiologice.*
12. *Mobilizarea forțelor suplimentare din rândurile populației afectate.*
13. *Promovarea recuperării precoce a funcției normale (familie, asistența medico-sanitară, muncă).*
14. *Prevenirea sindroamelor de stres posttraumatic.*
15. *Aprecieră, evaluarea, monitorizarea și raportarea evoluției procesului și a lecțiilor învățate.*
16. *Cercetarea, documentarea, publicarea și supravegherea.*
17. *Măsuri educative (organizarea activităților preșcolare și școlare temporare).*
18. *Angajarea în activități a persoanelor apte de muncă (promovarea participării lor la activitățile de asistență a refugiaților).*
19. *Promovarea reîntoarcerii rapide acasă și reabilitarea.*
20. *Analiza experienței și planificarea acțiunilor în calamitățile viitoare.*

Prevenția leziunilor și deceselor în calamități trebuie să ia în considerație experiența existentă în regiunea dată. Cutremurele de pământ în California sunt un pericol real de temut. Din acest motiv au fost înăsprite standardele de construcție care reduc pericolul traumatizării secundare după calamitate. Monitorizarea climei poate furniza informații importante despre posibilitatea

calamităților naturale cum ar fi uraganele, ceea ce oferă posibilitatea planificării măsurilor de evacuare și a facilităților necesare înlesnind mult managementul calamității. Măsurile de control a inundațiilor în regiunile tradițional afectate de acestea sunt costisitoare, dar oportune din punct de vedere al protejării de distrugere masivă a caselor și întreprinderilor industriale. Asigurarea și păstrarea echipamentului necesar, precum și instruirea personalului referitor la acțiunile în situațiile excepționale este o responsabilitate a administrației publice, fiind totodată importantă și pentru sănătatea publică.

Documentarea experienței în calamități este de o importanță esențială pentru optimizarea eforturilor în situațiile excepționale ulterioare și constituie o parte a procesului de dezvoltare a sănătății publice. Planificarea acțiunilor în situații excepționale este o misiune importantă a agențiilor de sănătate publică de nivel statal, provincial, regional și local. Coordonarea activităților poliției, armatei, apărării civile, pompierilor, agențiilor locale și statale de planificare, a spitalelor și altor organizații locale și internaționale este extrem de importantă pentru managementul reușit al calamităților. Pregătirea adecvată pentru acțiuni în situații excepționale și exersarea regulată pot reduce semnificativ impactul calamității. Deși situațiile excepționale sunt de fiecare dată diferite, ele au particularități comune importante pentru planificare, care pot fi însușite din documentația de triaj, erorile comise și experiență.

REZUMAT

Gradul de dezvoltare al societății frecvent este apreciat după modul în care aceasta tratează minoritățile, săracii, deținuții și refugiații, în comparație cu grupurile populaționale de bază. Toate aceste grupuri populaționale necesită o atenție specială pentru că sunt persoane vulnerabile, dar și din motivul că pot afecta sănătatea altora cum ar fi în cazul răspândirii tuberculozei în populația generală de către deținuții amnistiați în fosta Uniune Sovietică.

Agențiile de sănătate publică joacă frecvent un rol de apărare a intereselor și de implementare a programelor speciale destinate acestor grupuri dezavantajate. Aceste programe pot fi desemnate pentru îndeplinirea necesităților speciale ale populației în întregime, precum și a necesităților grupurilor populaționale specifice. Strategiile sanitare publice promovează atitudinea preventivă la toate nivelele și pregătirea pentru înfruntarea situațiilor excepționale previzibile și imprevizibile în colaborare cu alte agenții din societate.

Pregătirea pentru situațiile excepționale face parte din responsabilitățile sistemului sanitar și include un șir de măsuri preventive, de la controlul sanitar și al bolilor infecțioase și până la acțiunile de prevenție terțiară prin metode neurochirurgicale. Este indiscutabil faptul că în situațiile excepționale este necesară o colaborare a tuturor agențiilor din societate cu scop de prevenire și tratament a leziunilor apărute. Aceasta necesită o bună pregătire, precum și o improvizare în timpul evenimentului nefast. Sănătatea mentală și dentară reprezintă două domenii sanitare în care s-au dovedit a fi eficiente măsurile preventive și de suport a comunității. Totodată aceste măsuri nu sunt bine compilate cu sistemul sanitar național și comunitar.

Grupurile speciale cum ar fi refugiații, deținuții sau cei care suferă de pe urma calamităților naturale sau provocate de om sunt un exemplu care confirmă încă o dată fraza renumită a lui John Donne: „Nici un om nu este o insulă singuratică”. Deținuții sau refugiații de astăzi pot mâine deveni cetățeni liberi infectați cu HIV sau tuberculoză. Calamitățile pot apărea oriunde și afecta pe oricine. Rolul furnizorilor de asistență medico-sanitară și a agențiilor de sănătate publică este evident și necesită o vigilență și pregătire permanentă. Noua Sănătate Publică este în căutarea căilor de utilizare optimală și mai eficientă a resurselor preventive și curative pentru a exclude posibilitatea marginalizării unei populații sau probleme.

SURSE ELECTRONICE

Asociația Psihiatrică Americană: <http://www.apa.org/>

Asociația Stomatologică Americană: <http://www.ada.org/>

Calamități: <http://www.reliefweb/>

Medicina calamităților: <http://www.notes.reliefweb.int>

Serviciul Indian de Sănătate, Departamentul de Sănătate și Servicii Umane al SUA: <http://www.ihs.gov/>

Sănătatea mentală: <http://www.nimh.nih.gov/>, <http://www.who.int/msa/>,
<http://www.medscape.co/Medscape/MentalHealth/public>

Sănătatea migratorilor:

http://www.bphc.hrsa.dhhs.gov/uhs/Pages/about_nhsc/3D1b_migrant.htm

Sănătatea migratorilor: <http://www.aap.org/policy>, <http://www.bphc.hrsa.gov>

Institutul Național de Sănătate Mentală: <http://www.nimh.nih.gov/>

Institutul Național de Cercetări Științifice în domeniul Sănătății Dentare și Maxilo-Faciale: <http://www.nider.nih.gov/>

Sănătatea băștinașilor: <http://www.cdc.gov/>, <http://www.aaip.com/>

Sănătatea deținuților (SUA):

<http://www.ojp.usdoj.gov:80/bjs/pub/pdf/cpius95.pdf>

Comisia Superioară a Națiunilor Unite pentru Refugiați: <http://www.unhcr.ch>

Sănătatea femeilor: <http://www.ahcpr.gov/research/womenres.htm>

Organizația Mondială a Sănătății, Programul de Sănătate Mentală:
<http://www.who.int/msa/>

Notă. Pentru a afla lista completă a surselor electronice referitor la sănătatea mentală vezi *American Journal of Public Health* 1999; 89:1440.

LECTURĂ RECOMANDATĂ

- Breakey, W. R. (editorial). 1997. It's time for the public health community to declare war on homelessness. *American Journal of Public Health*, 87:153-154.
- Centers for Disease Control. 1992. Famine-affected, refugee and displaced populations: Recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41(RR-13):1-76.
- Centers for Disease Control. 1992. Public health focus: Fluoridation of community water supplies. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41:372-375.
- Centers for Disease Control. 1993. Public health consequences of a flood disaster - Iowa, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:653-656.
- Centers for Diseases Control. 1993. Prevalence of work disability - United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:757-759.
- Centers for Diseases Control. 1993. Reduction in alcohol-related traffic fatalities - United States, 1990-1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:905-909.
- Centers for Disease Control. 1994. Core public health functions and state efforts to improve oral health - United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:201, 207-209.
- Centers for Disease Control. 1996. Deaths associated with Hurricanes Marilyn and Opal – United States, September-October, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:32-38.
- Durkin, M. S. (editorial). 1996. Beyond mortality - Residential placement and quality of life among children with mental retardation. *American Journal of Public Health*, 86:1359-1360.
- Easley, M. 1990. The status of community water fluoridation in the United States. *Public Health Reports*, 105:348-353.
- Elias, C. J., Alexander, B. H., Sokly, T. 1990. Infectious disease control in a long-term refugee camp: The role of epidemiologic surveillance and investigation. *American Journal of Public Health*, 80:824-828.
- Gaiter, J., Doll, L. S. (editorial). 1996. Improving HIV/AIDS prevention in prison is good public health policy. *American Journal of Public Health*, 86:1201-1203.
- Johnston, I. 1992. Action to reduce road casualties. *World Health Forum*, 13:154-162.
- Jorgensen, J. G. 1996. Recent twists and turns in American Indian health care. *American Journal of Public Health*, 86:1362-1364.
- Kessler, R. C., McGonagle, A., Zhao, S., Nelson, B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittche, H. U., Kendler, K. S. 1994. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51:8-19.
- Kunitz, S. J. 1996. The history and politics of U.S. health care policy for American Indians and Alaska natives. *American Journal of Public Health*, 86:1464-1473.

- Neugebauer, R. 1999. Mind matters: the importance of mental disorders in public health's 21st century mission. *American Journal of Public Health*, 89:1309-1311.
- Phelan, J. C., Link, B. G. 1999. Who are the "homeless": reconsidering stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health*, 89:1334-1338.
- Shenson, D., Dubler, N., Michaels, D. 1990. Jails and prisons: The new asylums? *American Journal of Public Health*, 80:655-656.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W-Y., Wyatt, R. J. 1997. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87:256-262.
- Teplin, L. A. 1990. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80:663-669.
- Ustün, T. B. 1999. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*, 89:1315-1318.

BIBLIOGRAFIE

- American Academy of Pediatrics. 1993. Homosexuality and adolescence. *Pediatrics*, 92:631-634.
- American Medical Association Council on Scientific Affairs. 1996. Health care needs of gay men and lesbians. *Journal of the American Medical Association*, 275:1354-1359.
- American Psychiatric Association. 1994. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: The American Psychiatric Association.
- Braddock, D. 1992. Community mental health and mental retardation services in the United States: A comparative study of resource allocation. *American Journal of Psychiatry*, 149:175-183.
- Buckner, J. C., Trickett, E. J., Corse, S. J. 1985. *Primary Prevention in Mental Health: An Annotated Bibliography*. Bethesda, MD: National Institutes of Mental Health.
- Eaton, W. W. 1985. Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiologic Reviews*, 7:105-126.
- Fisher, W. H., Geller, J. L., Altaffer, F., Bennett, M. B. 1992. The relationship between community resources and state hospital recidivism. *American Journal of Psychiatry*, 149:385-390.
- Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., Vincent, M. L. 1993. Aggression, substance use and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83:179-184.

- Hveman, M. J. 1996. Epidemiologic issues in mental retardation. *Current Opinion in Psychiatry*, 9:305-311.
- International Helsinki Federation for Human Rights. 1999. *Annual Report on United States, 1997*. Vienna, Austria: IHF.
- Kemp, D. A. (ed). 1993. *International Handbook on Mental Health Policy*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Leaning, J., Briggs, S. M., Chen, L. C. 1999. *Humanitarian Crises: The Medical and Public Health Responses*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Leff, H. S., Lieberman, M., Mulkem, V., Raab, B. 1996. Outcome trends for severely mentally ill persons in capitated and case managed mental health programs. *Administration and Policy in Mental Health*, 24:3-23.
- Legters, L. J., Llewellyn, C. H. 1992. Military medicine (Chapter 71). In Last, J. M., Wallace, R. B., *Macxy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine*, Thirteenth edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Lieberman, E. J. 1975. *Mental Health: The Public Health Challenge*. American Public Health Association. Washington, DC.
- Logue, J. N. 1996. Disasters, the environment, and public health: Improving our response. *American Journal of Public Health*, 86:1207-1210.
- Menu, J-P. (ed). 1996. Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly*, 49:165-242.
- Nease, D. E., Volk, R. J., Cass, A. R. 1999. Investigation of the severity-based classification of mood and anxiety symptoms in primary care patients. *Journal of the American Board of Family Practice*, 12:21-31.
- Olfson, M. 1990. Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41:634-641.
- O'Neill, D. M. 1996. Measuring changes in resource use in state hospitals, 1969-1990: The effect of alternative deflators. *Administration and Policy in Mental Health*, 24:3-23.
- Post, B. 1997. The underserved and desperate: Native health, its time for action. *Canadian Medical Association Journal*, 157:1655-1656.
- Sandhaus, S. 1998. Migrant health: A harvest of poverty. *American Journal of Nursing*, 98:52-54.
- United States Census Bureau. 1998. *Statistical Abstract of the United States, 1998*. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- United States Department of Justice. 1997. Prisoners in 1996. *Bureau of Justice Statistics Bulletin*, June: 1-8.
- World Health Organization. 1985. *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization. 1991. *Health for All Targets: The Health Policy for Europe. European Health for All Series No. 4*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

- World Health Organization. 1997. The World Health Report 1997. *Conquering Suffering, Enriching Humanity*, Geneva: WHO.
- World Health Organization. 1998. The World Health Report, 1998. *Life in the 21st century: a Vision for All*. Geneva: WHO.