

## **Obiectivul 4. Reducerea mortalității copiilor**

## **I. DESCRIEREA SITUAȚIEI**

### **I. Analiza stării sănătății copilului în republică**

În ultimii 35 de ani în sănătatea populației de pe glob au fost obținute unele ameliorări. Mortalitatea copiilor de vârstă până la 5 ani în perioada anilor 1960 – 1990 a fost redusă în lume cu o jumătate: de la 216/1000 la 107/1000. Durata vieții a crescut în această perioadă de timp de la 46 până la 62 de ani. Cu toate acestea rata de fertilitate a scăzut de la 4,9 la 2,9 și continuă să scadă. Mortalitatea maternă în aceeași perioadă de timp nu a scăzut substanțial.

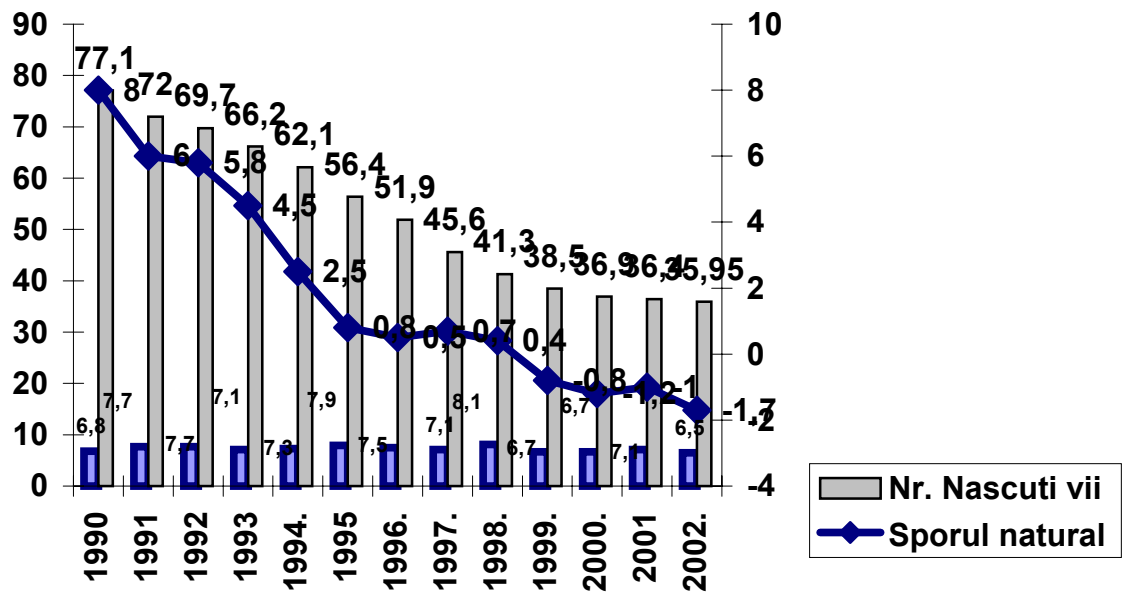
Cu toate că în asistența medicală a mamei și copilului au fost obținute multe succese, mai rămân încă multe femei care suferă anumite riscuri în perioada sarcinii și nașterii cauzele cărora au rămas practic neschimbate pe parcursul ultimilor decenii. Complicațiile materne rămân încă o problemă serioasă în asistența obstetricală, iar milioane de cazuri de mortinatalitate și de deces neonatal precoce se mai întâmplă din urma cauzelor evitabile.

Fiecare an 4 mln. de copii sunt mortnăscuți, alte 4 mln. decedază în prima lună de viață, 98% din aceste decese au loc în țările în curs de dezvoltare. Cu toate că pe parcursul ultimilor ani s-a remarcat un declin important în mortalitatea infantilă și cea a copiilor până la 5 ani, trebuie de menționat că el are loc după prima lună de viață. Ca rezultat decesele neonatale reprezintă 40% din toate decesele printre copiii până la 5 ani de viață. Riscul de deces în prima lună de viață este de 15 ori mai înalt decât în orice altă lună pe parcursul primului an de viață.

Atenția și asistența medicală acordată femeilor în perioada până la sarcină, în sarcină, naștere, perioada postnatală precum și cea acordată nou-născuților în cadrul sau în afara sistemului de sănătate reflectă aportul societății acordat femeilor și copiilor.

Șansa nașterii unui copil sănătos precum și șansa de a supraviețui în primul an de viață în Republica Moldova este diferită celei din majoritatea statelor Europei. Acest lucru are la bază problemele socio-economice, politice, administrative cu care se confruntă populația republicii începând cu sfârșitul anilor 80. În această perioadă Republica Moldova a intrat într-o perioadă de tranziție de la un regim totalitar, centralizat, ex-sovietic, la un sistem administrativ, economic, politic și socio-cultural autonom, al cărui priorități sunt construirea capacității statale, tranziția la o societate democratică și dezvoltarea economiei de piață. În perioada acestor ani, Moldova a avut de înfruntat conflicte interetnice de dezbinare, greutăți economice și transformări profunde ale societății, inclusiv deteriorarea rapidă a sectorului de sănătate. De menționat că după obținerea independenței în anul 1991 statul nu a mai fost în stare să mențină sistemul ocrotirii sănătății la nivelul FUS, lucru ce a contribuit la o deteriorare a indicatorilor sănătății, inclusiv a mamei și copilului.

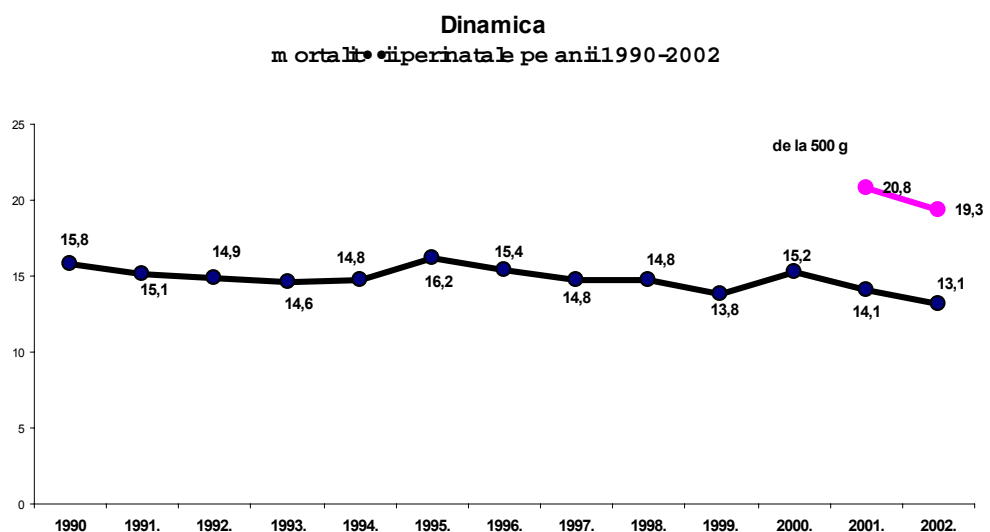
Ca rezultat, numai pe parcursul anilor 1986-2002 numărul nașterilor s-a redus de 2,6 ori: de la 95.000 (cu Transnistria) până la 36.300 fără datele Transnistriei. Reducerea natalității de la 21,9 în 1985 până la 9,9 în 2002 (la 1000 locuitori) și creșterea mortalității generale de la 11,2 până la 11,6 în aceeași perioadă de timp a condiționat diminuarea sporului natural al populației în Republica Moldova de la 10,7 în 1985 până la minus 1,7 la 1000 locuitori în 2002 (Figura 1). Coeficientul sumar al natalității s-a redus de la 2,46 în anul 1989 la 1,3 în anii 2000 și 2001.



**Figura 1. Numărul de copii născuți și sporul natural al populației Republicii Moldova în anii 1990 - 2002**

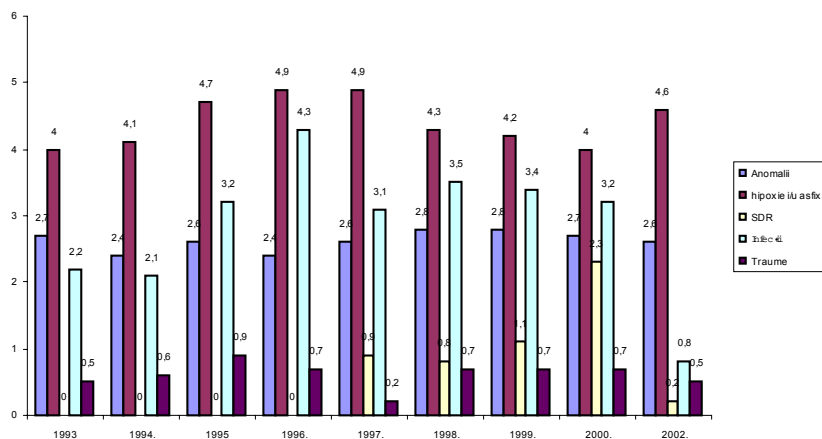
În ultimii ani în asistența perinatală în republică au fost implementate un șir de tehnologii noi în cadrul *Programului Național de ameliorare a asistenței medicale perinatale*, care au influențat dinamica principalilor indicatori din asistența medicală acordată mamei și copilului.

Analiza dinamicii ratei mortalității perinatale (decese în perioada antenatală, în naștere și în primele 6 zile de viață) în perioada anilor 1990 - 2002 indică o dinamică practic constantă a indicatorului (fiind înregistrată de la greutatea mai mare de 1000 g) variind anual în limitele de **1-1,5/1000**. Cele mai înalte rate ale mortalității perinatale s-au înregistrat în anii 1990 (15,8‰) și 1995 (16,2‰) cu reducere până la 13,1‰ în anul 2002 (Fig. 2). Statisticile oficiale estimează ratele deceselor fetoinfantile începând cu greutatea la naștere de 1000 g. În statistica de ramură însă începând cu anul 2002 decesele au început a fi înregistrate de la 500 g. Astfel fiind estimată de la greutatea de 500 g în cadrul sistemului de sănătate, rata mortalității perinatale este de asemenea în descreștere: 20,8‰ în 2001 și 19,3‰ în 2002.



**Fig. 2. Rata mortalității perinatale în republică în anii 1990 – 2002**

Analiza cauzelor de bază ale mortalității perinatale (Figura 3) în perioada anilor 1993–2002 indică că hipoxia fătului și asfixia nou-născutului este cauza principală de deces în perioada perinatală, fiind urmată de malformații congenitale, infecții materno-fetale, traumatisme obstetricale și sindromul detresei respiratorii (SDR). În anul 2002 comparativ cu anii precedenți în structura cauzelor decesului perinatal se observă unele schimbări astfel ca reducerea mortalității cauzate de infecția maternă-fetală și complicațiile respiratorii în rezultatul SDR. În perioada anilor 2000-2002 se remarcă însă creșterea cazurilor de detresă fetală și asfixie a nou-născutului (de la 4,0 la 4,6/1000), pe parcursul perioadei menționate de timp rămâne constantă mortalitatea cauzată de malformații. Decesele perinatale cauzate de hipoxia fătului și asfixia nou-născutului indică asupra asistenței medicale insuficiente în perioadele ante- și intranatală.

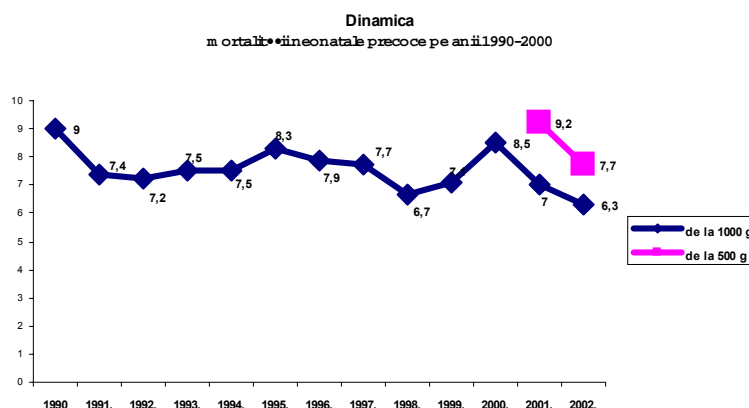


**Fig 3. Cauzele de bază ale mortalității perinatale în republică în perioada anilor 1993-2002**

Rata mortalității neonatale precoce (înregistrată de la 1000 g) a avut o dinamică mult mai fluctuantă începând cu anul 1990 până în prezent (Figura 4), variind în de la 9 la 6,3/1000. Peakuri ale acestui indicator s-au înregistrat în anii 1990 (9‰) și 2000 (8,5‰).

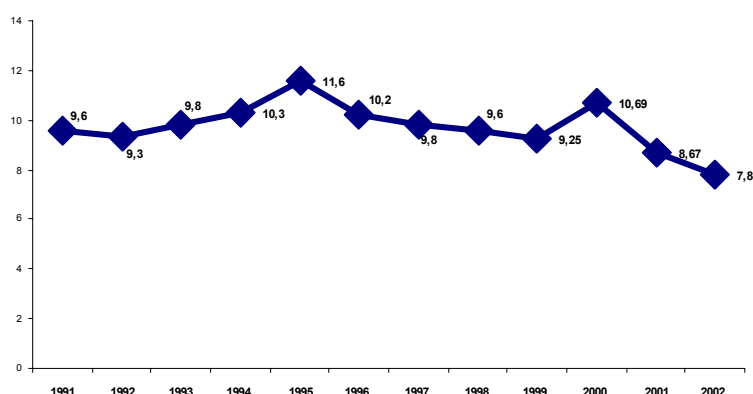
Din 2001 se observă descreșterea acestui indicator, care a atins valoarea de 6,3‰ în anul 2002. Estimările ramurale efectuate de la 500 g au constatat că rata mortalității neonatale precoce în anul 2001 a fost de 9,2/1000 cu reducere până la 7,7/1000 în 2002.

Din anul 2001 în statistica de ramură au început să fie înregistrate decesele fetoneonatale începând cu greutatea de 500 g, cu toate că în statistica departamentală oficială aceste decese nu sunt incluse.



**Figura 4. Rata mortalității neonatale precoce în republică în anii 1990 – 2002**

Rata mortalității neonatale are o dinamică similară cu cea a mortalității neonatale precoce, manifestând o tendință de descreștere (9,6/1000 în 1991 versus 7,8/1000 în 2002) (Figura 5).

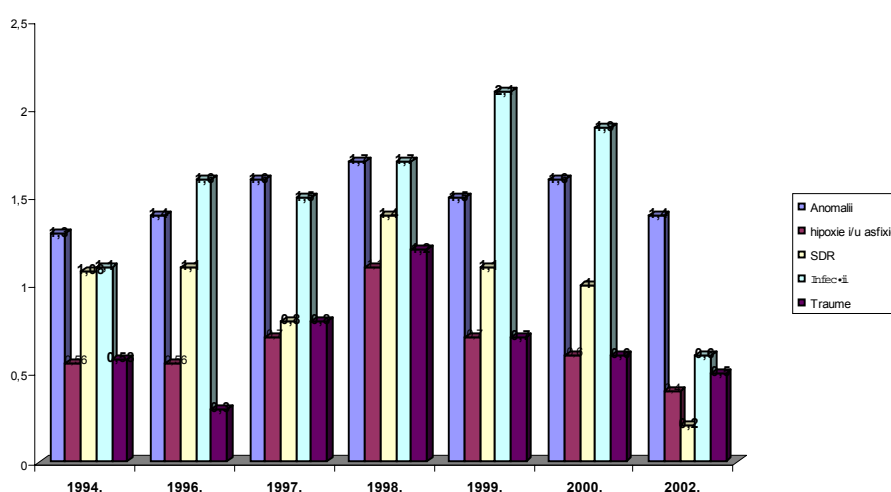


**Figura 5. Rata mortalității neonatale în republică în anii 1991 – 2002**

Trebuie de menționat că 30% din decesele neonatale sunt condiționate de decesele nou-născuților cu greutatea mai mare de 2500 g. Acest fenomen denotă că în majoritatea maternităților acordarea asistenței medicale de urgență este sub nivelul cuvenit, iar deciziile nu se iau la timp îndeosebi în conduita nașterii. Există posibilități reale de a reduce considerabil decesele neonatale prin utilizarea adecvată a partogramei și asistarea nașterii de către un specialist calificat.

Printre cauzele de bază ale mortalității neonatale precoce (Figura 6) în perioada anilor 1994 - 2002 infecțiile și anomaliile congenitale dețineau primele două locuri. În anul 2002 însă ca și în cazul decesului perinatal se observă o reducere substanțială a infecțiilor printre alte cauze de deces neonatal precoce. În ordine descrescândă cauzele de deces se pot aranja în următoarea ordine: malformații, infecții materno-fetale, traumatisme obstetricale, detresă fetală și asfixie a nou-născutului și sindrom al detresei respiratorii.

Aproximativ 60% infecții neonatale sunt de origine nosocomială și sunt cauzate de lipsa materialelor de singură folosință pentru îngrijirea nou-născuților, lipsa apei fierbinte în maternități, căldurii în timp de iarnă și periodic a electricității.



**Fig. 6. Cauzele de bază ale mortalității neonatale precoce în republică în anii 1994-2002**

Indicatorii mortalității menționați anterior, utilizați actualmente în statistica medicală oficială caracterizează parțial situația existentă în sănătatea maternă și perinatală. De aceea

pentru a obține o informație mai completă despre calitatea asistenței perinatale au fost propuse unele modificări în formele oficiale de evidență statistică. Anexa 5 la darea de seamă 30 trimestrială *Privind copiii născuți și decedați în vârstă până la un an*, la baza căreia stă matrița BABIES include decesele feto-neonatale începând cu greutatea de 500 g la naștere. Ratele proporționale de deces conform greutății la naștere sunt grupate în acest tabel conform pachetelor de intervenții: Sănătatea Mamei, Asistența Antenatală, Asistența la naștere, Asistența până la externare.

**Ratele deceselor feto-neonatale pe categoriile de greutate la naștere și timpul survenirii (tabelul BABIES), anul 2002**

Greutatea	Perioada antenatală	Perioada intranatală	Perioada neonatală precoce
m 500–1500 g	<b>Pachetul Sănătatea maternă</b> 9,1		
1500-2499 g	<b>Pachetul Asistența antenatală</b> 3,5	<b>Pachetul Asistența intranatală</b> 1,9	<b>Pachetul Asistența neonatală precoce</b> 4,8
2500+ g			
	<b>Mortalitatea perinatală</b>		<b>19,3</b>

Conform rezultatelor obținute în tabelul BABIES ratele proporționale de deces feto-infantil sunt sporite în pachetul Sănătatea Maternă (9,1) și pachetul Asistența în perioada neonatală precoce. Așa dar drept problemă prioritară pentru republică rămâne *sănătatea maternă* și *calitatea asistenței medicale în perioada neonatală precoce* și în primul an de viață.

Utilizarea matriței BABIES permite de a stabili că în majoritatea maternităților din republică *are loc o trecere a nou-născuților din categoria de greutate mai mare de 1000 g în categoria de greutate 1000-1500 g* fapt care nu permite de a stabili corect intervențiile necesare pentru a ameliora situația creată în asistența medicală.

Pornind din cele menționate, *principalele strategii de lungă durată în asistența medicală a mamei și copilului sunt : reducerea nașterii copiilor cu greutate foarte mică la naștere și crearea condițiilor de supraviețuire a acestei categorii de copii.*

Programul Național de ameliorare a asistentei medicale perinatale, implementat în Republica Moldova în perioada anilor 1998-2002, a contribuit la modificarea multor practici utilizate în sistemul de asistență medicală perinatală. Evaluarea programului întreprinsă la finele implementării lui a permis de a cuantifica calitatea implementării tehnologiilor propuse.

Un șir de tehnologii au fost cu succes implementate în maternitățile republicii, printre ele: alăptarea exclusivă la sân a nou-născutului în maternitate (99%), aflarea împreună a mamei cu nou-născutul în maternitate (rooming-ul) (92,1%), înmânarea nou-născutului mamei în primele 2 ore după naștere (90%); mișcarea activă a parturientei în timpul travaliului (89,8%), alăptarea precoce (87,9%), vizitele rudelor în maternități (66,8%), etc.

Cu toate acestea un șir de tehnologii nu au găsit un loc binemeritat în asistența medicală acordată mamei și copilului : utilizarea glucocorticoizilor pentru profilaxia SDR în nașterile premature era de 24,7%, utilizarea partogramei era doar de 37,3%, în multe cazuri stimularea travaliului a fost începută până la linia de Alertă (16,8%). Parteneriatul în naștere în județele incluse în studiu era aplicat numai în 12% cazuri. Studiarea fișelor nou-născuților a permis de a scoate în evidență că 6,7% copiii le-au fost administrate medicamente în cazurile când ei nu au necesitat nici un remediu medicamentos.

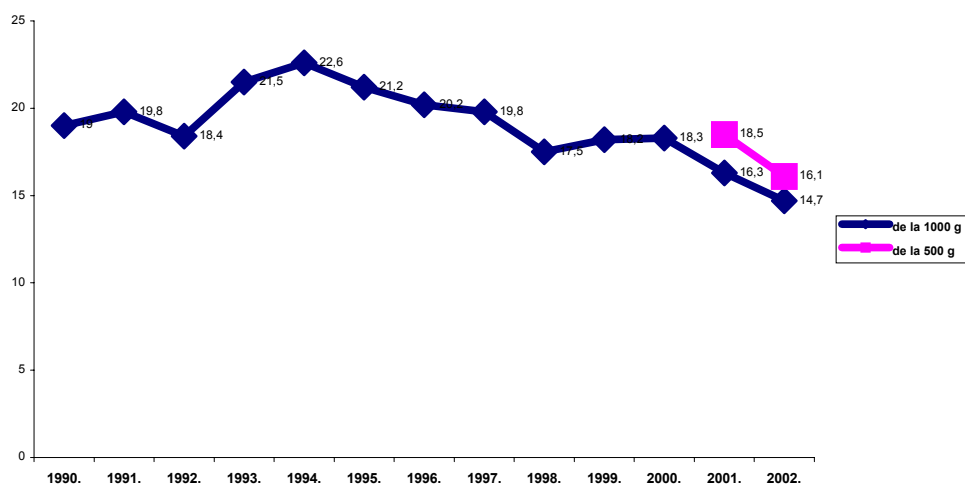
Analiza corelației între alimentația naturală la vârsta de 3 luni de viață cu locul de trai al familiilor dovedește că în regiunile rurale mai mulți copii sunt alimentați la sân comparativ cu

regiunile urbane. La vârsta de 3 luni continuă să fie alăptați la sân 88% copii din republică, la 6 luni - 66%.

Astfel rezultatele evaluării programului au arătat că în sistemul de asistență medicală perinatală mai rămân încă neajunsuri care probabil că influențează indicatorii descriși anterior.

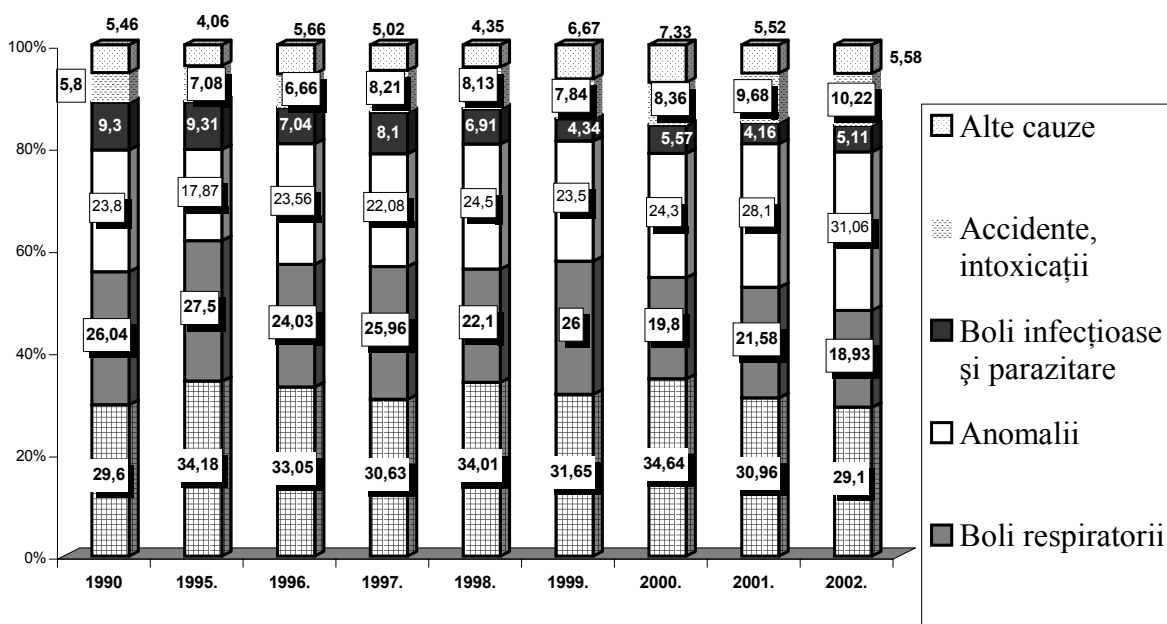
Analiza dinamicii mortalității infantile (Figura 7), începând cu anul 1990 până în prezent, indică o evoluție de descreștere a indicatorului. Rata mortalității infantile a fost cea mai înaltă în anul 1994 (22,6/1000) cu scăderea ei constantă ulterioară, astfel încât în anul 2002 rata mortalității infantile a constituit 14,7/1000. Dacă rata mortalității infantile va fi estimată de la 500 g atunci ea ar fi constituit 18,5/1000 în anul 2001 și 16,1/1000 în anul 2002.

Reducerea ratei mortalității infantile (Figura 7) este cauzată de câțiva factori. Unul dintre ei este scăderea însemnată a fertilității. Gravitatea la femeile care au mulți copii, de regulă, se termină mai des cu decesul copilului până la 1 an de viață. În afară de aceasta scăderea numărului de sarcini și respectiv nașteri contribuie la o alimentație mai calitativă a mamelor și copiilor din familiile respective, la creșterea resurselor care revin fiecărui nou-născut ceea ce duce la creșterea șanselor de supraviețuire. Este în continuă creștere rata copiilor născuți în rangul I, ceea ce înseamnă că crește numărul copiilor doriți în familie și a celor născuți de la părinți tineri adică cu o stare de sănătate mai bună.



**Figura 7. Rata mortalității infantile în republică în anii 1990 - 2002**

Printre cauzele principale de deces ale copiilor până la 1 an de viață în perioada anilor 1990 – 2002 (Figura 8) locul predominant îl ocupă stările datorate perioadei perinatale urmate de: anomaliile congenitale, maladiile respiratorii, accidente și intoxicații, boli infecțioase și parazitare. În anul 2002 cota parte a anomaliilor congenitale însă a depășit cea a cauzelor perinatale în structura decesului infantil. O altă cauză majoră de deces a copiilor până la un an de viață sunt maladiile respiratorii, în deosebi pneumonia și infecția respiratorie acută virală.



**Figura 8. Principalele cauze de deces a copiilor până la 1 an de viață**

O asemenea situație poate avea la bază numeroase cauze una dintre care poate fi nivelul scăzut de asistență medicală în perioada postneonatală. O altă cauză posibilă este alimentația nerațională, deseori cu lapte de vacă a copiilor nealimentați la sân. Decesele în urma maladiilor respiratorii și infecțioase sunt cauzate de sărăcie, condiții proaste de viață și necunoașterea semnelor de pericol de către părinți. Cota parte înaltă a accidentelor este cauzată de nivelul scăzut de educație și informare a părinților. Pe măsura creșterii copiilor cunoștințele părinților vizavi de alimentație, igienă și riscuri legate de mediul înconjurător pot avea un rol important în asigurarea supraviețuirii acestora. Pentru ameliorarea situației sunt importante unele activități cheie cum ar fi asistența mamei și copilului fără plată sau raportată la mijloacele primite și desigur instruirea continuă a personalului medical și a părinților .

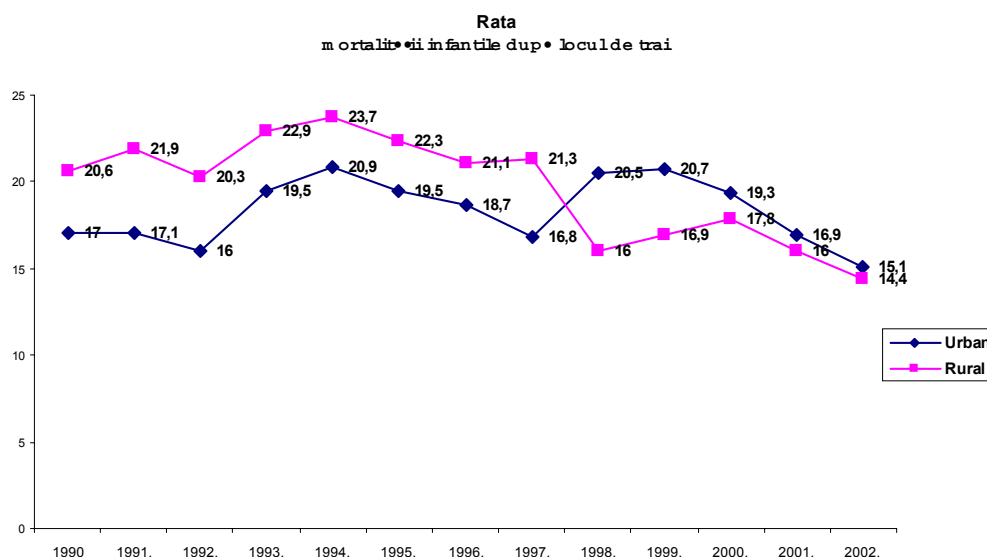
Problema mortalității infantile în Republica Moldova rămâne deosebit de actuală deoarece decesele primului an de viață constituie mai mult de jumătate din mortalitatea copiilor și



comparativ cu alte țări europene. Republica Moldova se numără printre țările cu mortalitate infantilă sporită.

**Structura mortalității infantile după vârstă este următoare:** de la 0-6 zile au decedat 42,7% (6,3/1000 născuți vii) ; de la 7-27 zile au decedat 10,4% (1,54/1000 născuți vii) ; de la 28 zile - 3 luni au decedat 18,2% (2,7/1000 născuți vii) ; de la 3 luni – 6 luni au decedat 16,2% (2,4/1000 născuți vii) și de la 6 luni – 12 luni au decedat 12,5% (1,85/1000 născuți vii)

**Raportul între copiii decedați în primul an de viață, locuitori ai regiunilor urbane și rurale** (Figura 9) a fost următorul: populație urbană 217 copii (30,7%) și respectiv rurală 365 copii (69,3%).



**Figura 9. Rata mortalității infantile în republică în anii 1990 – 2002 în dependență de locul de trai**

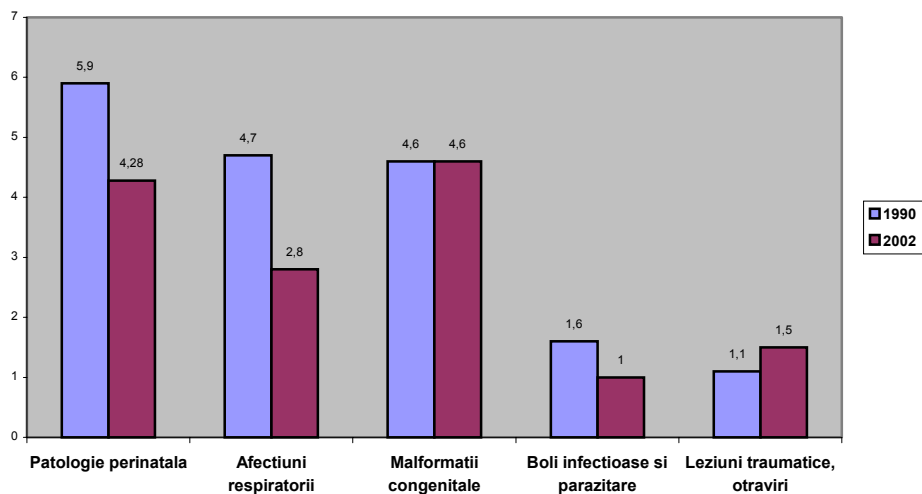
Fiind analizată în dependență de locul de trai, rata mortalității infantile (Figura 9) a fost mai înaltă la locuitorii regiunilor rurale până în anul 1997, cu descreștere din 1998 (16/1000) până în prezent (14,4/1000). Din contra, din anul 1998 indicatorul este în creștere (20,5/1000) la copiii care au locuit în regiunile urbane, atingând valoarea de 15,1/1000 în anul 2002. Acest lucru poate avea ca explicație posibilă schimbările în înregistrarea statistică a datelor în Oficiile stării civile și statisticile oficiale ale Ministerului Sănătății, cauzate de trecerea la noua structură teritorial-administrativă în republică în anii 1998-1999. Deși situația existentă în Moldova poate fi considerată ca una paradoxală deoarece este bine cunoscut faptul că creșterea nivelului de urbanizare a populației contribuie la reducerea mortalității infantile.

**În structura mortalității infantile după locul decesului în anul 2002** decesele la domiciliu constituie 24% (125 copii). În structura mortalității la domiciliu după cauze **locul I** îl ocupă bolile aparatului respirator – 34,4% (43 cazuri), **locul II** - traumele și intoxicațiile – 30,4% (38 cazuri) și **locul III** – malformații congenitale – 21,6% (27 de cazuri). Datele în cauză ne indică asupra nivelului scăzut al calității supravegherii copiilor sub un an, a cunoștințelor reduse ale părinților a semnelor de pericol în caz de îmbolnăvire și nivelul jos de trai al familiilor. Respectiv decese în staționar constituie 74% (391 copii), iar decese în alt loc 2% (12 copii).

Nivelul înalt al deceselor la domiciliu este generat de 1) nivelul redus de cunoștințe și practici în rândul populației și 2) accesul jos la serviciile de sănătate.

Așa dar în evoluția mortalității infantile în funcție de cauzele de deces în perioada 1990 – 2002 (Figura 10) s-a estimat o descreștere a deceselor cauzate de afecțiuni respiratorii de la 4,7/1000 la 2,8/1000 respectiv, a mortalității cauzate de patologia perinatală de la 5,9/1000 la 4,28/1000 respectiv, de maladii infecțioase și parazitare de la 1,6/1000 la 1,0/1000.

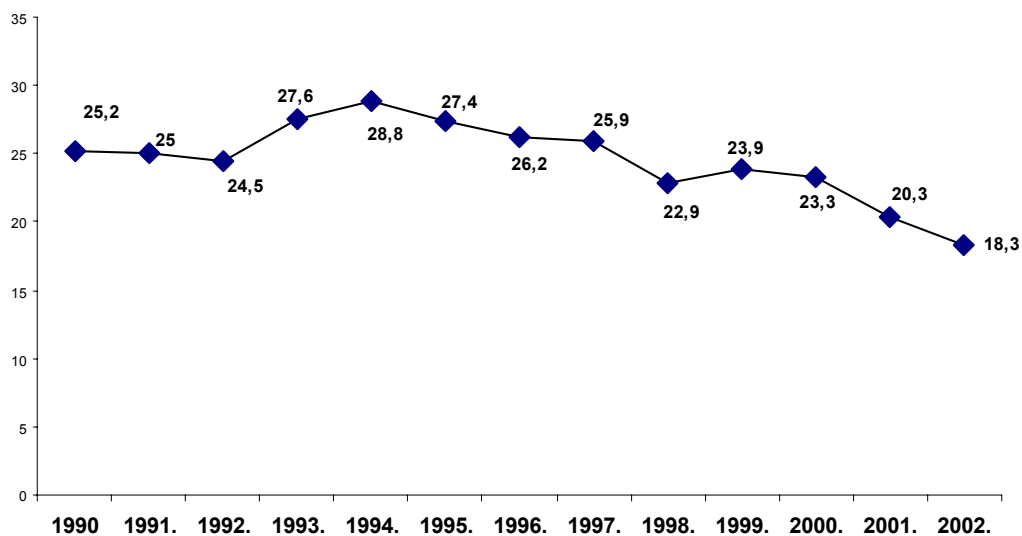
La nivel constant înalt rămâne rata deceselor de malformații congenitale 4,6/1000 și 4,6/1000. Este alarmant faptul creșterii mortalității infantile din cauza leziunilor traumatiche și otrăvirilor de la 1,1/1000 în anul 1990 până la 1,5/1000 în anul 2002, ce denotă responsabilitatea scăzută a părinților față de dreptul copiilor la sănătate și supraviețuire.



**Figura 10. Evoluția mortalității infantile în republică în funcție de cauze de deces în anii 1990 și 2002**

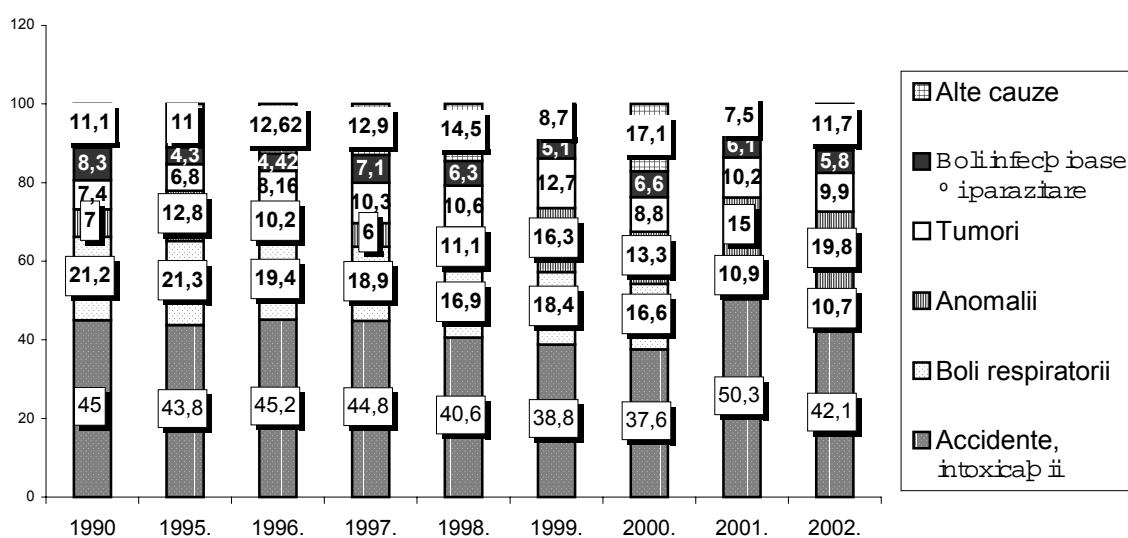
La descreșterea cauzată de afecțiuni respiratorii și boli infecțioase și parazitare a contribuit implementarea Programului de combatere a BDA și BRA (OMS și UNICEF), datorat creșterii cunoștințelor cadrelor medicale în tratamentul diareei și IRA, a Programului de susținere a alimentației la sân, menționat anterior și a Programului de Imunizări. Un aport considerabil la descreșterea afecțiunilor perinatale ca cauză de deces infantil a avut Programul de ameliorare a sănătății perinatale a populației din Republica Moldova, în cadrul căruia au fost propuse un șir de tehnologii costefective ca alimentația la sân, aflarea copilului împreună cu mama, implementarea partogramei la naștere, etc.

Dinamica mortalității copiilor sub 5 ani (Figura 11) în perioada anilor 1990 – 2002 a indicat o creștere a indicatorului în anii 1993-1996 (27,6-28,8/1000) urmată de reducerea lui în anii 1999-2002 (23,3-18,3/1000). În anul 2002 s-a înregistrat valoarea cea mai joasă a indicatorului (18,3/1000) în decursul ultimilor 12 ani.



**Fig. 11. Rata mortalității copiilor sub 5 ani în republică în perioada anilor 1990-2002**

Anual în Republica Moldova decedează circa 600-700 copii neatingând vârsta de 5 ani, majoritatea din ei – până la 1 an. În structura mortalității copiilor în vârstă de până la 5 ani (Figura 12) prevalează următoarele cauze: **accidentele și intoxicațiile, bolile respiratorii, anomaliile, tumorile**, etc deseori se notează combinarea câtorva cauze la un caz aparte. În dinamică se observă o micșorare a deceselor cauzate de maladiile respiratorii, anomaliile și o creștere a cazurilor de deces cauzate de tumori. În această perioadă de timp copiii sunt expuși mai multor riscuri ai mediului înconjurător, astfel ca alimentația, igiena și respectiv cunoștințele părinților despre acești factori.

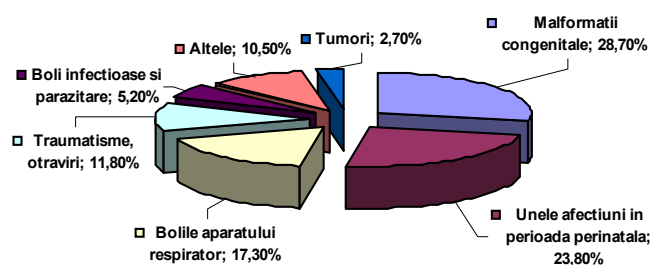


**Figura 12. Cauzele de deces a copiilor până la 5 ani în republică în anii 1990-2002**

În structura mortalității după locul decesului în anul 2002 prevalează decesele la domiciliu – 184 copii sau 28,2%, urmate de decesele în alt loc – 22 copii sau 3,4% și decesele care au avut loc în staționar – 445 copii sau 68,4%.

Aceleași cauze stau și la baza deceselor extraspitalicești a copiilor sub 5 ani. Ponderea copiilor decedați în afara instituțiilor medicale constituie 31,6%, din ei 28,2% au decedat la domiciliu și 3,4% în alt loc.

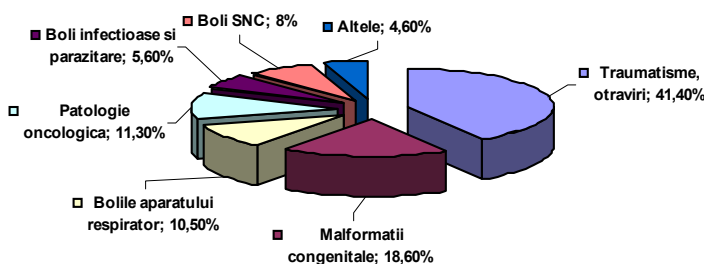
În structura mortalității copiilor sub 5 ani după cauzele de deces în anul 2002 (Figura 13) pe **locul I** se află malformațiile congenitale și anomaliile cromozomiale – 5,25/1000 (28,7%), pe **locul II** unele afecțiuni în perioada perinatală – 4,3/1000 (23,8%), pe **locul III** bolile aparatului respirator – 3,2/1000 (17,3%); pe **locul IV** traumele și intoxicațiile – 2,9/1000 (16,1%), din ele accidente de transport 11,8%. Locurile V și VI ocupă bolile infecțioase și parazitare (5,2%) și respectiv tumorile – 2,7%, pe locul VII se plasează bolile sistemului nervos – 2,4%, urmate de bolile aparatului circulator, digestiv, bolile endocrine și metabolism, etc.



**Figura 13. Structura mortalității copiilor sub 5 ani după cauze de deces în Republica Moldova în anul 2002**

În anul 2002 mortalitatea copiilor de la 1 – 5 ani a constituit 3,44/1000 (în cifre absolute au decedat 123 copii).

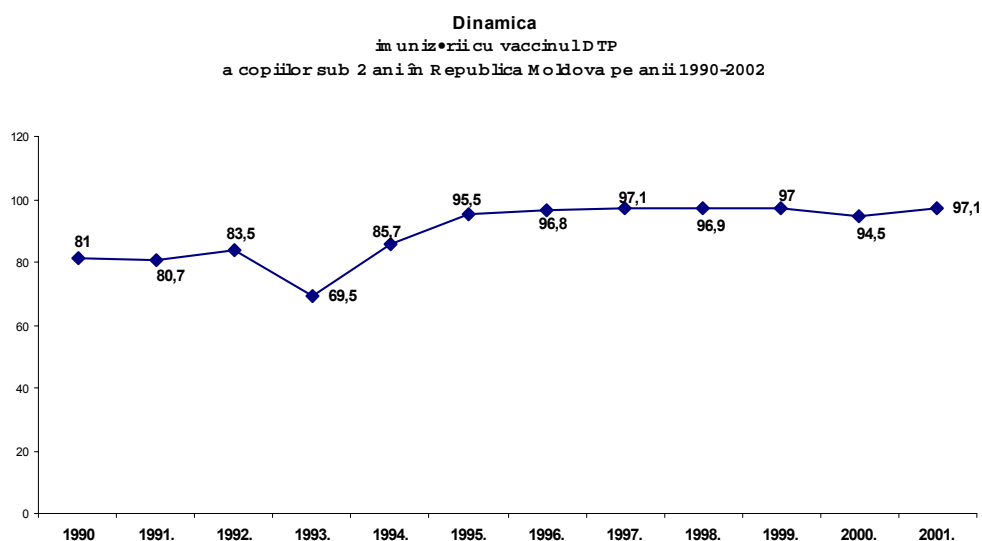
**Cauzele de deces ale copiilor de 1 - 5 ani** în anul 2002 (Figura 14) sunt practic similare celor ale mortalității infantile, deoarece circa 80% din totalul deceselor sub 5 ani au fost înregistrate la copiii până la vârsta de 1 an. Excluzând decesele copiilor sub 1 an, se poate constata, că cele mai importante cauze de deces la copii de 1-5 ani sunt: **I - traumele și intoxicațiile** – 1,43/1000 (41,4%); **II - malformațiile congenitale și anomaliile cromosomiale** – 0,64/1000 (18,6%); **III - patologia oncologică** – 0,39/1000 (11,3%); **IV - bolile aparatului respirator** – 0,36/1000 (10,5%). De alte boli au decedat 0,09/1000 (4,6%) copii.



**Figura 14. Structura mortalității copiilor de 1-5 ani după cauze de deces în Republica Moldova în anul 2002**

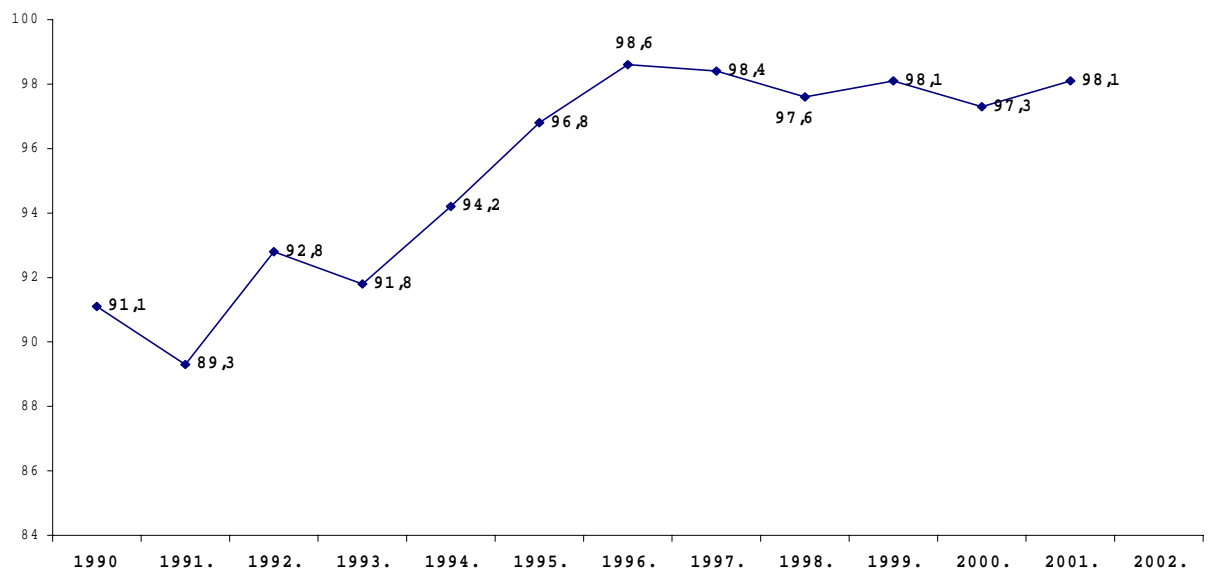
## **II. Imunizarea copiilor în Republica Moldova.**

Un motiv de scădere a mortalității copiilor, în deosebi din cauza maladiilor infecțioase, este creșterea numărului de copii vaccinați. În structura morbidității copiilor la vârsta de 1 an pe contul bolilor infecțioase a început să fie evident un declin din anul 1998 (6,9%), care ulterior s-a conturat și mai mult (4,3%) în anul 1999 și s-a menținut la niveluri stabile datorită creșterii incidenței imunizării copiilor cu vaccinurile BCG, DTP și poliomielită. În figurile care urmează (Figurele 15 – 17) se observă peak-ul cel mai înalt pentru vaccinarea la poliomielită în anul 1996 care ulterior s-a menținut constant până în anul 2002. Este identică situația și în cazul imunizării cu vaccinul DTP (97,1% în anii 1997 și 2002) și vaccinul BCG (99,3% în anul 1997 cu menținere la nivelul 99,6% în anul 2002).

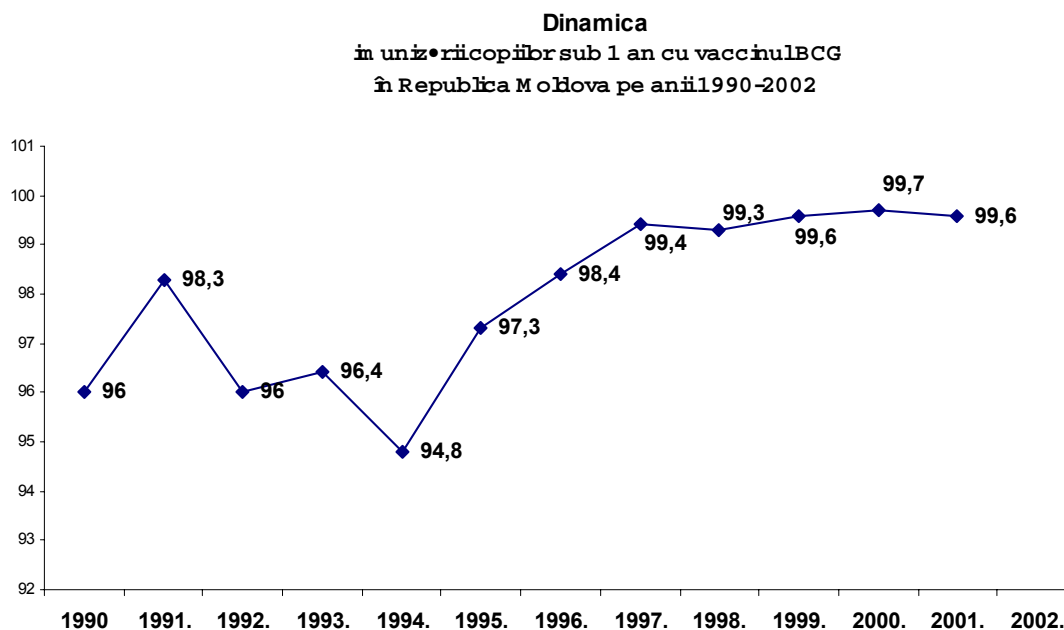


**Figura 15. Rata copiilor imunizați cu vaccinul DTP în anii 1990 – 2002**

Dinamica în unizăriicopiiilor sub 2 ani la poliom ielit• în Republica Moldova  
pe anii1990-2000



*Figura 16. Rata imunizării copiilor cu vaccinul de poliomielită în anii 1990 – 2002*



**Figura 17. Rata copiilor imunizați cu vaccinul BCG în anii 1990 – 2002**

Având în vedere că pe parcursul ultimilor ani nu s-a înregistrat nici un caz de îmbolnăvire de poliomielită OMS consideră ca această problemă este eradicată în republică.

Din anul 2002 în republică este introdusă vaccinarea obligatorie a femeilor de vârstă reproductivă cu vaccin antirubeolic. Acest lucru va contribui la reducerea mortalității și morbidității neonatale, cauzate de malformații.

### **III. Calitatea datelor în cadrul sistemului de sănătate a mamei și copilului**

Pentru a asigura o înregistrare completă a cazurilor de naștere și deces este nevoie de a fortifica sistemul de colectare și analiză a datelor statistice. Corectitudinea înregistrării tuturor cazurilor de naștere și deces are un rol important nu numai pentru a obține date statistice veridice, dar și pentru a asigura drepturile copiilor: certificatul de naștere permite de a primi cetățenia și de a participa în viața societății.

Înregistrarea nașterii copiilor la OSC în ultimii ani se efectuează contra plată și cu prezentarea buletinului de identitate a mamei, fapt ce provoacă dificultăți pentru părinți și cazuri de neînregistrare a nașterii copiilor.

Procesul de supraveghere a cazurilor de naștere și deces se efectuează la nivelul instituțiilor medicale și de către organele statisticii oficiale de stat. Acest sistem constă din 3 verigi de bază interdependente care asigură obținerea unei informații cât mai complete: **1. colectarea datelor** în formele statistice, **2. raportarea informației** în formă de diverse proceduri și **3. prelucrarea/analiza datelor** pentru a obține informații la nivel local și republican cu asigurarea unui feed-back al informației analizate, pentru care sunt necesare programe statistice și personal instruit.

Funcționarea sistemului de supraveghere a cazurilor de naștere și deces din republică impune anumite îngrijorări. Acest lucru este condiționat de 3 cauze: utilizarea inadecvată a definițiilor de nou-născut viu, recomandate de OMS, de către instituțiile statisticii de stat; raportarea incorectă de către personalul medical a rezultatelor sarcinii (decesele copiilor cu greutatea la naștere >1000 g se trec în categoria <1000 g) și posibil înregistrarea incompletă de către părinți a nașterii sau decesului copilului, ceea ce contribuie la obținerea unor indicatori incompleți comparativ cu cei declarați în statistica oficială.

MS RM a întreprins măsuri suplimentare în ultimii ani de raportare lunară la Centrul Național de Sănătate Publică și Management Sanitar despre decesele copiilor sub un an de viață care apoi se verificau cu datele OSC și Departamentul de statistică.

## **II. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE STUDIULUI**

### **Scopul:**

1. Reducerea ratei mortalității perinatale cu 20% în perioada anilor 1990-2006 și cu 15% în perioada de timp 2006-2009 și încă cu 15% în anii 2009-2015 pe contul hipoxiei fătului și asfíxiei nou-născutului, malformațiilor congenitale, infecției materno-fetale, traumatismelor obstetricale și sindromului detresei respiratorii.
2. Reducerea ratei mortalității neonatale precoce cu 15% în perioada anilor 1990-2006 și cu 10% în perioada de timp 2009-2009 și încă cu 10% în anii 2009-2015 pe contul malformațiilor, infecției materno-fetale, traumatismului obstetrical, asfíxiei și sindromului detresei respiratorii.
3. Reducerea ratei mortalității infantile cu 15% în perioada anilor 1990-2006 și cu 1/4 până în perioada anilor 2006-2009 și încă cu 1/4 în anii 2009-2015 pe contul maladiilor datorate perioadei perinatale, bolilor respiratorii, accidentelor și intoxicațiilor, care reprezintă în această categorie de vârstă cel mai mare potențial de reducere.
4. Reducerea ratei mortalității copiilor sub 5 ani cu 15% în perioada anilor 1990-2006 și cu 1/4 în perioada anilor 2006-2009 și încă cu 1/4 în anii 2009-2015 pe contul: accidentelor și intoxicațiilor, maladiilor respiratorii, care ocupă circa 50% în structura deceselor acestor copii.
5. Fortificarea sistemului de supraveghere a indicatorilor de morbiditate și mortalitate prin modificarea formelor de evidență statistică, implementarea definițiilor standarde ale OMS, înregistrarea corectă a născuților vii în corespundere cu greutatea la naștere și timpul survenirii decesului.

### **INDICATORII CARE SE PROPUN PENTRU MONITORIZARE:**

#### **Indicatori de impact final:**

1. Rata mortalității perinatale
2. Rata mortalității neonatale precoce
3. Rata mortalității neonatale tardive
4. Rata mortalității neonatale
5. Rata morbidității neonatale severe



6. Rata mortalității infantile
7. Rata morbidității infantile
8. Rata mortalității extraspitalicești
9. Rata mortalității copiilor cu vârsta sub 5 ani
10. Rata mortalității copiilor de la 1-5 ani cauzată de traume și intoxicații
11. Rata morbidității copiilor cu vârsta sub 5 ani

**Indicatori care vor fi folosiți pentru monitoringul intervențiilor cu impact pe termen lung:**

- Rata femeilor care au fost consiliate privind planificarea familiei și contracepția
- Prevalența anemiilor printre femeile de vârstă fertilă
- % de femei din grupul de risc referite la un nivel superior de îngrijire
- Frecvența vizitelor în I trimestru de sarcină
- Rata femeilor de vârstă reproductivă vaccinate cu vaccin antirubeolic
- Rata părinților care cunosc toate semnele de pericol în caz de boală a copilului
- Rata copiilor sub 5 ani cu traume și intoxicații cauzate de nesupravegherea maturilor
- Rata copiilor sănătoși sub vârsta de 1 an și 5 ani
- Ponderea copiilor asigurați cu asistență socială

**Indicatori care vor fi folosiți pentru monitoringul intervențiilor cu impact pe termen mediu:**

- Incidența femeilor gravide care vor primi un volum de bază de asistență antenatală oferit gratuit
- Rata femeilor gravide care au primit supliment cu fier
- Rata femeilor gravide care au primit supliment cu acid folic
- Rata gravidelor luate în evidență până la 12 săptămâni de sarcină
- Rata femeilor gravide acoperite cu consiliere/testare confidențială benevolă la HIV
- Rata gravidelor care au primit suport psiho-social în sarcină
- Rata femeilor gravide cunosc semnele de pericol în sarcină
- % de femei gravide din grupul de risc referite la un nivel superior de îngrijire
- Rata femeilor gravide HIV infectate cu acces la tratamentul specific antiretroviral împotriva HIV/SIDA.
- Rata de nou-născuți în instituția medicală care au fost transportați in utero
- Rata copiilor tratați de anemie, malnutriție și rahitism
- Rata copiilor sănătoși supravegheați conform standardelor MS
- Rata copiilor cu malnutriție și cu anemie la vârsta de 1 an și de 5 ani
- Rata copiilor supravegheați conform Programului CIMC
- Rata copiilor alimentați la sân până la 1 an și până la 2 ani
- Letalitatea copiilor sub 1 an și 5 ani în staționar

**Indicatori care vor fi folosiți pentru monitoringul intervențiilor cu impact imediat:**

- Rata nou-născuților alimentați la sân
- Rata nou-născuților cu probleme de instalare a respirației (Apgar sub 6 puncte) care au beneficiat de resuscitare esențială
- Rata de nou-născuți care au fost alăptați precoce în prima oră de viață postnatală
- Rata nou-născuților hipotermici (cu t sub 36,5C după naștere)
- Rata nou-născuților care s-au aflat împreună cu mama.
- Frecvența nou-născuților alimentați la sân la momentul externării din maternitate
- Rata copiilor sub 1 an și sub 5 ani vaccinați conform calendarului

- Rata copiilor sub 2 ani nevaccinați contra rujeolei
- Rata copiilor aflați la alimentație exclusivă la sân până la vârsta de 3 luni, 6 luni și 1 an
- Rata copiilor sub 5 ani asigurați cu medicamente conform Programului CIMC

### III. TEHNOLOGII PROPUSE SPRE IMPLEMENTARE

**Tehnologiile propuse pentru ameliorarea sănătății copilului pot fi grupate în următoarele 2 grupuri:**

- 1. în corespundere cu greutatea la naștere și vârsta în momentul decesului, care alcătuiesc cinci pachete de bază: Sănătatea maternă, Asistența antenatală, Asistența în naștere, Asistența nou-născutului, Asistența copilului sub un an, Asistența copilului sub 5 ani.**
- 2. în corespundere cu impactul intervențiilor în aspect cronologic**

#### **Grupul 1.**

##### **În sănătatea maternă și asistența antenatală::**

- Planificarea familiei și contracepția;
- Vaccinarea femeilor gravide în scopul profilaxiei malformațiilor datorate rujeolei  
Implementarea consultului genetic și diagnosticului prenatal
- Alimentația corectă a femeii;
- Profilaxia maladiilor sexual-transmisibile până la și în timpul sarcinii;
- Reducerea narcomaniei și alcoolismului până la sarcină și printre femeile gravide;
- Măsurile profilactice în perioadele preconcepțională și antenatală și educația viitorilor părinți în vederea asigurării unei familii sănătoase.
- Implementarea unui model nou al asistenței antenatale
- Suplimentarea în sarcină cu fier și acid folic și alte măsurile profilactice în sarcină (Vit. A);
- Suportul psiho-social gravidei și membrilor familiei ei
- Implementarea Gravidogramei și Carnetului medical perinatal  
Diagnosticul, referirea și transportarea gravidelor din grupul de risc
- Reducerea violenței în sarcină;

##### **În asistența în naștere**

- Nașterea în prezența unui specialist calificat;
- Monitoringul nașterii cu utilizarea partogramei;
- Diagnosticul, referirea și transportarea gravidelor cu complicații în naștere (preeclampsia, decolarea de placentă);
- Suportul psiho-emoțional în naștere
- Mișcarea liberă în timpul travaliului
- Demedicalizarea nașterii normale
- Implementarea lanțului cald și lanțului curat;
- Contact timpuriu piele la piele
- Alăptarea precoce a nou-născutului (30 min. – 1 oră)
- Vizitele libere ale rudelor în maternități

##### **În asistența nou-născutului**

- Resuscitarea esențială a copiilor născuți în asfixie
- Îngrijirea esențială a nou-născutului
- Implementarea metodei “Kangaroo” pentru îngrijirea copiilor prematuri și cu GMN
- Aflarea copilului împreună cu mama (rooming)
- Promovarea principiilor “*Spital Prietenos Copilului*”

- Promovarea alimentației naturale în maternități
- Implementarea transportării nou-născuților “*in utero*” și transportării “*la sine*”

### **În asistența sugarului (sub 1 an)**

- Alăptarea la sân / alimentație rațională
- Supravegherea dezvoltării copilului sănătos conform standardelor MS
- Educația părinților în deprinderile de îngrijire a copilului
- Monitoringul creșterii/dezvoltării
- Profilaxia, tratamentul BRA, pneumoniilor și a BDA
- Diagnosticul, referirea și transportarea copiilor din grupul de risc
- Imunizările
- Asigurarea accesului la servicii medicale de calitate
- Profilaxia maladiilor de fond: anemie, rahitism, malnutriție

### **În asistența copilului sub 5 ani**

- Imunizările
- Monitoringul creșterii/dezvoltării
- Educația părinților în cunoașterea semnelor de pericol și acordării primului ajutor în caz de traume și intoxicații
- Prevenirea violenței copilului în familie
- Implementarea pe scară largă a Conduitei Integrate a Maladiilor la Copil (CIMC)
- Elaborarea mecanismului de punere în aplicare a Legislației referitor la responsabilitățile părinților față de viață și sănătatea copiilor
- Participarea comunității în dezvoltarea armonioasă a copiilor

Intervențiile propuse pot fi focalizate asupra tipului și impactului intervenției în timp.

Astfel toate intervențiile pentru ameliorarea sănătății copilului vor fi grupate în următoarele categorii:

1. cu impact imediat
2. cu impact pe termen mediu
3. cu impact pe termen lung

### **Intervenții cu impact imediat (până la 3 ani) în perioadele perinatale și neonatală, de sugar și în vârsta de 1-5 ani**

#### **Perinatală și neonatală precoce (greutatea nou-născutului $\geq 2500$ g):**

- Nașterea în prezența unui specialist calificat;
- Monitoringul nașterii cu utilizarea partogramei;
- Diagnosticul, referirea și transportarea gravidelor cu complicații în naștere (preeclampsia, decolarea de placentă);
- Demedicalizarea nașterii normale
- Implementarea lanțului cald și lanțului curat;
- Resuscitarea esențială a copiilor născuți în asfixie
- Îngrijirea esențială a nou-născutului
- Contact timpuriu piele la piele
- Alăptarea precoce a nou-născutului (30 min. – 1 oră) și promovarea alimentației naturale în maternități
- Aflarea copilului împreună cu mama (rooming)
- Promovarea principiilor “*Spital Prietenos Copilului*”
- Educația părinților și comunității în vederea prevenirii accidentelor și intoxicațiilor

#### **De sugar:**

- Imunizările
- Alimentația la sân rațională
- Educația părinților în deprinderile de îngrijire a copilului
- Instruirea personalului medical în resuscitarea copiilor
- Profilaxia maladiilor de fon: anemie, rahitism, malnutriție

**La copiii de vârstă 1-5 ani:**

- Imunizările
- Alimentația adecvată
- Educația părinților în cunoașterea semnelor de pericol și acordării primului ajutor în caz de traume și intoxicații
- Implementarea pe scară largă a Conduitei Integrate a Maladiilor la Copil (CIMC)
- Accesul la serviciile medicale de calitate

**Intervenții cu impact pe termen mediu (2-5 ani) vor fi orientate asupra:**

**Reduceri deceselor fetoneonatale în graviditate, naștere și în perioada neonatală precoce a copiilor cu greutatea 1500-2500 g:**

- Suplimentarea în sarcină cu fier și acid folic și alte măsurile profilactice în sarcină (Vit. A);
- Vaccinarea femeilor gravide în scopul profilaxiei malformațiilor datorate rubeolei
- Suportul psicho-social gravidei și membrilor familiei ei
- Implementarea Gravidogramei și Carnetului medical perinatal
- Implementarea consultului genetic și diagnosticului prenatal
- Diagnosticul, referirea și transportarea gravidelor din grupul de risc
- Alimentația corectă a femeii în timpul sarcinii;
- Profilaxia maladiilor sexual-transmisibile în timpul sarcinii;
- Reducerea narcomaniei și alcoolismului printre femeile gravide;
- Creșterea statutului social al femeii gravide și reducerea violenței în sarcină;
- Măsurile profilactice în perioada antenatală și educația viitorilor părinți în vederea asigurării unei familii sănătoase.
- Implementarea metodei “Kangaroo” pentru îngrijirea copiilor prematuri și cu GMN
- Implementarea transportării nou-născuților “*in utero*” și transportării “*la sine*”

**De sugar:**

- Îngrijirea copilului
- Supravegherea dezvoltării copilului sănătos conform standardelor MS
- Educația părinților în cunoașterea semnelor de pericol
- Monitoringul creșterii/dezvoltării
- Prevenirea stărilor de fond: malnutriției, anemiei, rahitismului
- Profilaxia, tratamentul BRA, pneumoniilor și a BDA
- Diagnosticul, referirea și transportarea copiilor din grupul de risc

**La copiii de vârstă 1-5 ani:**

- Instruirea părinților în vederea prevenirii accidentelor
- Monitoringul creșterii/dezvoltării
- Profilaxia traumatismelor și intoxicațiilor
- Demedicalizarea procesului de tratament în staționarul pediatric
- Elaborarea mecanismului de punere în aplicare a Legislației referitor la responsabilitățile părinților față de viață și sănătatea copiilor

**Intervenții cu impact pe termen lung (10-15 ani) vor fi orientate asupra:**

**A) reducerii deceselor fetoneonatale în graviditate, naștere și în perioada neonatală precoce a copiilor cu greutatea < 1500 g (intervenții în sănătatea maternă):**

- Planificarea familiei;
- Contracepția;
- Utilizarea microelementelor;
- Profilaxia maladiilor sexual-transmisibile;
- Reducerea narcomaniei și alcoolismului până la sarcină;
- Măsurile profilactice în perioada preconcepțională și educația viitorilor părinți în vederea asigurării unei familii sănătoase;
- Asigurarea accesului la îngrijiri medicale a viitoarei mame;
- Implementarea transportării nou-născuților “*in utero*” și transportării “*la sine*”

**B) sugar:**

- Îngrijirea copilului
- Supravegherea dezvoltării copilului sănătos conform standardelor MS
- Educația părinților în cunoașterea semnelor de pericol
- Monitoringul creșterii/dezvoltării
- Prevenirea stărilor de fon: malnutriției, anemiei, rahitismului
- Profilaxia, tratamentul BRA, pneumoniilor și a BDA
- Diagnosticul, referirea și transportarea copiilor din grupul de risc

**C) copiii de vârstă 1-5 ani:**

- Monitorizarea respectării drepturilor copiilor în instituțiile medicale
- Monitorizarea violenței copilului în familie
- Dezvoltarea asistenței medico-sociale copiilor din familii marginalizate
- Participarea comunității în dezvoltarea armonioasă a copiilor

#### **IV. ACTIVITĂȚI PROPUSE SPRE IMPLEMENTARE**

**I. Activități în cadrul fortificării politicilor din sistemul de sănătate a copilului:**

1. De către Ministerul Sănătății va fi elaborat un Program național intergat în sănătatea mamei și copilului orientat spre ameliorare asistenței medicale mamei și copilului, care va cuprinde compartimentele sănătatea preconceptală, perinatală, sugarului, preșcolarului, școlarului și adolescentului.
2. Asigurarea maternităților cu materiale de o singură folosință în naștere și pentru îngrijirea nou-născutului. Înzestrarea secțiilor pediatrie cu materiale de unică folosință.
3. Asigurarea maternităților raionale (de nivelul I) cu aparataj medical în acordarea ajutorului de urgență în naștere și pentru nou-născut și celui de îngrijire.

## **II. Activități pentru dezvoltarea sistemului de supraveghere perinatală:**

1. Vor fi modificate formularele de evidență statistică utilizate în asistența maternă și neonatală pentru a reflecta toate tehnologiile promovate de program și ulterior implementată în practica serviciilor perinatologice. În scopul perfecționării sistemului de monitoring al mortalității perinatale prin utilizarea tabelului BABIES pentru decesele copiilor de la 1 lună până la 1 an de viață. De asemenea pentru a crea un sistem eficient de monitoring este nevoie de a introduce rubrica greutatea la naștere în Certificatul de deces.
2. Va fi creată o echipă de specialiști care vor elabora criteriile și metodologia de evaluare a riscurilor în sarcină, naștere, la nou-născut și copilul până la 5 ani de viață în comun cu experții CDC, Atlanta și OMS.
3. Va fi continuat procesul de pregătire a cadrelor medicale din sectoarele republicii în utilizarea TQM, matriței BABIES, aplicarea dovezilor științifice în asistența perinatală, etc.
4. Vor fi pregătiți specialiștii pentru petrecerea “Auditului mortalității perinatale, neonatale și infantile”.
5. Vor fi pregătite prin treninguri echipe pentru colectarea și analiza datelor mortalității materne, perinatale și neonatale. Pentru prelucrarea informației colectate va fi elaborat un program de analiză electronică a informației statistice.
6. După definitivarea setului de indicatori va fi editat Ghidul de indicatori și pachetele de intervenții în asistența perinatală. De asemenea va fi elaborat un Regulament de utilizare a indicatorilor locali.
7. Va fi întreprins monitoringul lunar a 5 maladii grave materne (embolie cu lichid amniotic și alte tipuri de embolii; eclampsia; șocul septic; complicațiile anesteziei; hemoragii care necesită transfuzii) și respectiv 5 maladii neonatale (asfixia, SDR, HIV, infecția materno-fetală generalizată, viciile congenitale). Informația despre aceste maladii va fi colectată din Forma 32 și registrele propuse Registrul sălii de naștere și Registrul secției de nou-născuți.
8. Vor fi înzestrate cu calculatoare centrele de statistică raionale pentru colectarea și analiza datelor.

## **III. Activități pentru instruirea personalului medical care acordă asistență medicală copiilor**

1. Va fi format un grup de specialiști care vor stabili costul serviciilor antenatale, în naștere și pentru nou-născut pentru *Pachetul Unic de Servicii de Sănătate*.
2. Efectuarea treningurilor cu personalul medical în implementarea tehnologiilor cost efective recomandate de OMS/UNICEF în profilaxia și tratamentul maladiilor la copii.
3. Vor fi elaborate protocoale naționale în domeniul asistenței medicale nou-născutului și copilului mic.
4. Va fi pregătite module pentru instruirea cadrelor medicale din medicina primară, cadrele medicale din maternități și spitalele pentru copii.
5. Se vor petrece seminare instructive pentru medicii de familie (asistente medicale ale medicului de familie), cadrele medicale din maternități și spitalele pentru copii.
6. Va fi continuată instruirea medicilor de familie și a cadrelor medicale medii care activează împreună cu medicul de familie în subiectele „Conduitei integrate a maladiilor la copil”.
7. Programele de pregătire pre-universitară, universitară, post-universitară vor fi ajustate la noile tehnologii utilizate în asistența medicală neonatală.

## **IV. Activități pentru educația populației:**

1. Tehnologiile bazate pe dovezi științifice, principiile de cost-eficacitate, recomandate de OMS și susținute de UNICEF vor fi mediatizate la radio și televiziune. Pentru populație

- va fi elaborat un film video care va avea ca subiect tehnologiile din asistența intra- și neonatală.
2. Vor fi elaborate materiale în educația familiilor, comunității pentru un mod sănătos de viață.
  3. Va fi mediatizată informația și va fi asigurată consilierea privind alăptarea copilului din mamă cu HIV/SIDA.
  4. Pentru educația gravidelor vor fi editate posterele „*Exerciții de relaxare în sarcină*” și un Buclet cu tematica „*Semne de pericol în sarcină*”. De asemenea pentru gravide va fi publicat Posterul «*Metode nemedicamentoase de analgezie în naștere*».
  5. Va fi continuată implementarea „*Carnetului medical perinatal*” cu repartizarea lui fiecărei femei gravide.
  6. Pentru populație va fi publicat Posterul *Somnul pe spate al bebelușului*, axat pe promovarea acestei tehnologii bazate pe evidențe științifice pentru a preveni decesul subit al nou-născutului și sugarului.
  7. Vor fi create centre de excelență de pregătire psiho-emoțională a gravidei și membrilor familiilor ei.
  8. Vor fi editate broșuri pentru părinți dedicate prevenirii anemiilor, traumelor, intoxicațiilor și violenței în familie. De asemenea vor fi editate broșuri pentru părinți, care vor conține semnele de pericol al maladiilor care duc la decesele sugarului și copilului până la 5 ani.
  9. Va fi implementat „*Carnetul medical al copilului*” care va permite de a monitoriza dezvoltarea fizică, psihică și intelectuală a copilului.

Raportul a fost elaborat de Dr.hab.șt.med., profesor universitar P. Stratulat  
Șefa Direcției Asistență Medicală a Mamei și Copilului,  
Maria Țăruș