

**Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului  
Prof. dr. "Alfred Rusescu"**

***STATUSUL NUTRIȚIONAL AL FEMEII GRAVIDE, AL  
COPILOR CU VÂRSTA SUB 5 ANI, AL ȘCOLARILOR ÎN  
VÂRSTĂ DE 6-7 ANI***

***ROMÂNIA  
2005***

**Studiu realizat în colaborare și cu sprijinul Reprezentanței  
UNICEF în România**

## CUVÂNT ÎNAINTE

Lucrarea de față este parte a unui proiect amplu început din aprilie 2004, cuprinzând trei studii referitoare la statusul nutrițional al copilului și al femeii gravide: "Statusul nutrițional al femeii gravide", "Statusul nutrițional al copiilor în vârstă de până la 5 ani" și "Starea de nutriție și statusul iodului la școlarii cu vârsta de 6-7 ani".

În ultimii ani, alături de macronutrienții glucidici, lipidici și proteinici, o atenție deosebită se acordă micronutrienților, în special micromineraledor. Acestea sunt considerate factori esențiali în nutriție, cu rol în stimularea și reglarea proceselor metabolice și, implicit, în dezvoltarea și funcționarea normală a organismului.

Este unanim recunoscut faptul că deficiențele nutriționale din viața intrauterină și din prima copilărie afectează creșterea și dezvoltarea organismului, starea de sănătate și, nu în ultimă instanță, speranța de viață și calitatea vieții copilului.

Studii anterioare au semnalat frecvent deficitul de fier și iod al gravidei care se asociază cu prevalența încă crescută a copiilor care se nasc cu greutate mică și deficit de iod.

În ultimii ani, prin programe și măsuri guvernamentale, s-a intervenit pentru ameliorarea stării de nutriție a gravidei și nou-născutului.

Cunoșterea situației actuale privind starea de nutriție a gravidei și nou-născutului, evaluarea rezultatelor, a impactului intervențiilor de până acum, precum și formularea de recomandări au constituit scopul realizării acestui studiu.

Obiectivele studiului au vizat în principal statusul iodului și al fierului, dar și unele practici de îngrijire a gravidei la nivelul serviciilor de sănătate și a nou-născutului în primele zile de viață.

La realizarea acestui proiect au participat profesioniști din IOMC susținuți în teritoriu de specialiști și decidenți de la direcții de sănătate publică, spitale și maternități.

Apreciem în mod deosebit sprijinul financiar și expertiza științifică acordată de UNICEF –România pe tot parcursul desfășurării acestui studiu.

*Prof. dr. Adrian Georgescu*

*Director IOMC*

## PREZENTAREA STUDIULUI

Un determinant important al sănătății mamei și copilului îl constituie o nutriție corespunzătoare acoperirii nevoilor specifice, în condițiile în care dreptul la o hrană adecvată constituie un drept fundamental al omului, stipulat în numeroase documente internaționale.

Statusul de creștere este considerat cel mai bun indicator al stării de bine a copilului. El este condiționat de nivelul socio-economic și starea de sănătate a unei populații, constituind o premisă a dezvoltării durabile a societății. Afectarea statusului de creștere este determinată în primul rând de malnutriție, recunoscută internațional ca un indicator important pentru monitorizarea stării de sănătate a populației. Recent s-a demonstrat că malnutriția copiilor este primul determinant al “poverii bolilor” în populație.

În ultimii ani, alături de macronutrienți, o atenție deosebită se acordă micronutrienților, mai ales microminerales. Între factorii nutriționali cu rol important în sănătatea copilului, chiar din viața intrauterină sunt fierul și iodul, ceea ce justifică atenția acordată statusului acestora la gravidă și la copil.

Studiile și practica internațională arată că eficiența combaterii tulburărilor nutriționale ale copilului, indiferent de tipul de carență, este indisolubil legată de implementarea unor programe bazate pe evaluarea și supravegherea judicioasă a statusului nutrițional al mamei și al copilului și a factorilor care îl influențează.

Începând cu 1990, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Rusescu”, cu sprijinul tehnic și financiar al Reprezentanței UNICEF, a desfășurat o serie de proiecte care au vizat starea de nutriție a copilului, acordând atenție inclusiv vieții sale intrauterine.

Sunt de menționat, în mod special:

- Studiul transversal de evaluare a statusului nutrițional al copilului neinstituționalizat, cu vârsta mai mică de 5 ani, în anul 1991, pe un eșantion de 10.957 de copii, reprezentativ pe țară;
- Studiul bazat pe Programul Național de Supraveghere Nutrițională (PNSN), desfășurat în perioada 1993–2003, centrat pe monitorizarea stării de nutriție a copiilor sub 5 ani (eșantion de 83.000 de copii reprezentativ la nivel național);
- Studiul privind mortalitatea maternă și utilizarea consultației prenatale, realizat în 1992, pe un eșantion reprezentativ de 1400 de gravide/mame;
- Studiul-pilot privind "Anemia la femeia tânără" (1996), realizat în 2 județe și 3 sectoare ale Municipiului București;
- Studiul privind starea de nutriție a școlărilor din clasa I (de 7-8 ani), pe un eșantion reprezentativ pe țară (2120 de elevi investigați în anii 2002-2003);
- Studii pe loturi-pilot asupra anemiei femeilor tinere (mame ale copiilor din PNSN, 1995-1997), a unor gravide, a copiilor instituționalizați (1995);
- Studiul-pilot asupra deficitului de iod la femeia gravidă (1387 de femei investigate în octombrie 2003-ianuarie 2004).
- Studiul Sănătății Reprodusei, România 2004

Din toate aceste studii desfășurate au reieșit o serie de deficiențe nutriționale ale femeilor tinere, ale gravidelor și copiilor. Constatările au stat la baza elaborării unor intervenții importante cuprinse în Programul Național de Sănătate nr 3, pentru mamă și copil, elaborat de Ministerul Sănătății.

Dintre cele mai importante date relevate de studiile amintite pot fi citate:

- 50% dintre copiii de 1 an prezentau anemie feriprivă

- greutatea medie la naștere a fost constant de 3200g , cu 200g sub media din țările Europei de Vest
- prevalența copiilor cu greutate mică la naștere a oscilat între 8% (1991), 6,6% (1999) și 7,7% în 2001
- indicatorul înălțime mică pentru vârstă a fost de trei ori mai mare (7,3% pentru copii sub 2 ani și 8,5% pentru copiii între 2 și 5 ani) decât valoarea acceptată de 2,3%; această stare de fapt indica prezența, la momentul respectiv, a unei malnutriții cronice în populația studiată
- referitor la practicile nutriționale, la sugari:
  - în 1991, peste 90% dintre sugari erau alăptați pe o perioadă mai mare de 9 luni;
  - în același timp, la 50% dintre copii laptele de vacă era introdus înainte de 6 luni;
  - până la Studiul Sănătății Reprodusei din 2004 nu au existat date certe referitoare la alăptarea exclusivă, dar coroborând introducerea timpurie a altor lichide (ceai, suc de fructe, lapte de vacă) sau solide (piure de fructe, făinoase) cu observațiile clinice, se poate afirma că alăptarea exclusivă era practic necunoscută. Datele din 2004 arată că doar 16% dintre copiii cu vârsta între 0 și 5 luni au fost alăptați exclusiv.
- prevalența deficitului de iod avea o valoare de 16% la nivel național, cu unele zone unde această valoare atingea 25%
- referitor la statusul nutriției cu iod, la copilul de 7 ani studiile menționate au relevat o carență situată la nivelul deficitului ușor, iar la gravidă un deficit ușor în mediul urban și un deficit moderat în mediul rural.

Lucrarea actuală, care a făcut obiectul unui proiect amplu, început din aprilie 2004, reprezintă concluziile unui ciclu de studii referitoare la unele laturi deosebit de importante ale statusului nutrițional al copilului și al femeii gravide.

Copiii cu vârsta mai mică de 5 ani, școlarii din clasa întâi și femeile gravide sunt considerați printre grupurile cu mare vulnerabilitate.

Studiul de față a fost orientat spre evaluarea stării de nutriție a copilului și a femeii gravide în general, în special a statusului micronutrienților fier și iod. S-a luat în considerare faptul că un indicator util în aprecierea stării de nutriție și a unor carențe specifice îl constituie statusul dezvoltării copilului, chiar de la naștere.

O importanță deosebită în depistarea și combaterea precoce tulburărilor nutriționale o au serviciile de sănătate adresate în mod specific acestor categorii de populație; serviciile respective trebuie axate pe monitorizarea evoluției sarcinii și a dezvoltării fizice și psihice a copilului.

Studiul a încercat să surprindă particularitățile stării de nutriție ale fiecărui grup din populația țintă, respectând, în același timp, firul comun care leagă diferitele componente.

### **Studiul a avut următoarele obiective generale**

- Evaluarea statusului nutrițional al gravidelor și al copiilor până la șapte ani
- Evaluarea unor practici nutriționale ale populației luate în studiu
- Evaluarea contribuțiilor serviciilor de sănătate în prevenirea deficiențelor nutriționale

Realizarea acestui studiu complex a fost posibilă prin cooperarea strânsă a specialiștilor din Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" cu Direcțiile de Sănătate Publică, precum și cu Inspectoratele Școlare, cu maternitățile, cu medicii de familie și asistenții medicali din județele unde s-a desfășurat cercetarea.

## Metodologia

Pentru realizarea obiectivelor, s-a efectuat un studiu epidemiologic transversal descriptiv, pe eșantioane reprezentative la nivel național, din cele următoarele categorii populaționale: gravide/ parturiente și nou-născuții acestora, copiii sub 5 ani și școlari cu vârsta de 6-7 ani.

Au fost dozate iodul urinar și hemoglobina sanguină la femeile care s-au internat pentru naștere. De asemenea, s-au făcut determinări ale iodului din sarea de masă din gospodăriile copiilor de 6-7 ani.

- Evaluarea statusului nutrițional al gravidelor s-a realizat prin cercetarea prevalenței deficitului de iod și fier și a unor indicatori privind starea de nutriție a nou-născutului.
- Statusul nutrițional al copiilor în vârstă de până la 5 ani a fost evaluat pe baza greutateii la naștere (greutatea medie și prevalența greutateii mici), a indicatorilor antropometrici și a valorilor hemoglobinei.
- Statusul nutrițional al copiilor de 6-7 ani a fost evaluat pe baza indicatorilor antropometrici și a prevalenței deficitului de fier.
- Evaluarea practicilor nutriționale a constatat, la gravide și la copii de 6-7 ani, în cercetarea prevalenței consumului de sare iodată (și a determinantilor acesteia), iar la copiii sub 5 ani în cercetarea frecvenței și duratei alăptării și a unor aspecte legate de introducerea biberonului și diversificarea alimentației.
- Evaluarea conținutului de iod din sare s-a făcut folosind metoda volumetrică pentru determinarea conținutului de iodat de potasiu conform metodologiei de lucru din standardul național SR 8934-9/1996 (titrarea iodului cu tiosulfat de sodiu).

## Măsurători și definiții

Pentru evaluarea stării de sănătate a femeilor și copiilor din studiu s-au folosit ca parametri de referință standarde OMS/ UNICEF/ ICCIDD și indicatori recomandați de OMS și CDC Atlanta. O mențiune specială trebuie făcută pentru evaluarea serviciilor prenatale, unde a fost luată ca standard recomandarea Ministerului Sănătății din România.

- **Pentru statusul iodului la gravidă** și la copilul de 6-7 ani s-a determinat ioduria și au fost considerate valori normale cele de peste 100 micrograme la litru. Gradele de severitate ale deficitului de iod sunt:
  - $<20\mu\text{g/l}$  = deficit sever;
  - $20-49\mu\text{g/l}$  = deficit moderat;
  - $50-99\mu\text{g/l}$  = deficit mediu;
  - $\geq 100\mu\text{g/l}$  = fără deficit.
- **Pentru evaluarea deficitului de iod la nou-născut**, s-a folosit determinarea TSH-ului neonatal, obținut dintr-o probă de sânge integral prin metoda dry-spot. S-a considerat conform standardelor OMS/UNICEF/ICCIDD, ca deficit valori ale TSH-ului la nou-născut mai mari de 5 mU/l, prezente într-o proporție mai mare de 3%. Gradele de severitate ale deficitului sunt date de prevalență:
  - $\geq 40,0$  = deficit sever;
  - $20,0-39,9\%$  = deficit moderat;
  - $3,0-19,9\%$  = deficit ușor;
  - prevalența sub 3% = fără deficit
- **Anemia** a fost evaluată prin **determinarea valorii hemoglobinei sanguine**. Au fost considerate valori normale cele egale și peste 11g/dl pentru gravide și copii sub 5 ani și respectiv de minimum 11,5 g/dl pentru școlarii din clasa întâi.

- **Statusul creșterii** a fost evaluat pe baza unor determinări antropometrice, respectiv greutatea și talia. Au fost calculați cei trei indicatori recomandați de OMS și CDC pentru evaluarea statusului nutrițional: greutatea pentru talie (WH – weight for height), talia pentru vârstă (HA – height for age) și greutatea pentru vârstă (WA-weight for age). Indicatorii antropometrici au fost evaluați prin scorul Z și prin prevalența copiilor situați sub -2DS/peste + 2DS. Greutatea la naștere a fost înregistrată și prelucrată pentru copiii mai mici de 5 ani.
- **Practicile alimentare** au fost apreciate interpretând datele colectate pe chestionare. S-a acordat o atenție specială alăptării, înțărării, diversificării alimentației, hrănirii copiilor cu vârsta mai mare de 9 luni.
- În evaluarea **utilizării corecte, respectiv a sub-utilizării serviciilor prenatale**, s-au avut în vedere, atât numărul de consultații prenatale, cât și vârsta sarcinii la prima consultație prenatală. În privința numărului de consultații prenatale, în literatură se consideră sub-utilizare o medie inferioară valorii de 4 consultații pe sarcină, în condițiile în care în România se recomandă 10 consultații pe sarcină.

## REZULTATE

### Statusul iodului

Deficitul de iod al gravidei se înscrie în limitele *deficitului ușor* (mediana a fost 73 µg/l) și este mai accentuat în mediul rural (68 µg/l), față de mediul urban (78µg/l).

Deficitul de iod al nou-născutului, măsurat prin determinarea TSH-ului sanguin, se încadrează în limitele deficitului moderat (31,3% din nou-născuți au avut TSH >5 mU/l), fapt ce accentuează riscul patogenic.

Comparând deficitul de iod al gravidei - relevat prin dozarea iodului urinar - cu deficitul de iod al nou-născutului, relevat prin dozarea TSH-ului sanguin, se constată faptul că deficitul este mai mare la copil decât la mamă – moderat versus ușor.

La copilul școlar de 6-7 ani, statusul iodului are tendința de normalizare, atât în mediul urban, cât și în cel rural; mediana ioduriei este peste 100 µg/l. În ceea ce privește dinamica statusului iodului la copil, apreciat pe baza medianei ioduriei și a prevalenței diferitelor grade de severitate, se constată o evoluție favorabilă din anul 2002 până în prezent. În 2004 ponderea copiilor fără deficit a fost dublă față de valorile din studiile precedente.

Analiza biochimică a sării folosite de familiile copiilor școlari din grupul studiat a arătat partea cea mai mare parte a populației României (aproape 97%) folosește sare iodată, ceea ce contribuie la ameliorarea deficitului de iod și poate explica ameliorarea statusului iodului la copilul școlar. Totuși, studiul a scos în evidență faptul că nivelul actual de iodare a sării de masă nu acoperă necesarul de iod în sarcină. Acest lucru impune, pe de o parte, creșterea nivelului de iodare a sării și, pe de altă parte, analiza oportunității administrării la gravide a unor suplimente medicamentoase cu iod.

Menționăm că este unanim recunoscut rolul pozitiv al iodării sării în prevenirea deficitului de iod. Eficiența iodării sării în eliminarea tulburărilor cauzate de deficitul de iod (TDI) depinde de concentrația de iod din sare; la calculul cantității optime de iod din sare trebuie să se țină seama că acesta se pierde de la producător la consumator într-un procentaj de 20%, iar alte 20 de procente sunt pierdute prin fierbere.

Legislația României, prin Hotărârea Guvernului nr. 568/2002, prevede ca iodarea optimă a sării să fie de 20+/- 5 mg iod/kg sare, respectiv 34 +/- 8,5 mg iodat de potasiu/kg sare sau 26+/- 6,5 mg iodură de potasiu/kg, fapt ce corespunde și recomandărilor OMS, UNICEF, ICCIDD.

Dozarea iodului din sarea familiilor care au fost cuprinse în studiu (componenta referitoare la copiii de 6-7 ani) demonstrează că nivelul iodării sării folosite în gospodăria este sub cel recomandat (s-a situat între 14, 2 și 31 mg iodat de potasiu/kg sare ceea ce corespunde unui interval de concentrații între 8,35 și 18,23 mg iod/kg de sare). Astfel, 63% din familiile copiilor de 6-7 ani folosesc sare insuficient iodată; în mediul rural, proporția se situează la mai mult de trei sferturi din gospodăriile intrate în studiu.

Diferențele constatate între urban și rural pot fi explicate prin alegerea tipului de sare folosit în alimentație (iodată/neiodată), condițiile improprie de transport și depozitare în magazinele rurale, orientarea populației de la sate spre consumul crescut de sare neiodată (de regulă, sare care nu este destinată consumului uman sau cumpărată direct de la saline înainte de iodare), fapt ce ține de educație, mentalitate și rezistență la nou.

Subliniem faptul că o combatere durabilă a tulburărilor prin deficit de iod ale unei populații se realizează numai când 90% dintre gospodăriile consumă sare suficient iodată (peste 15 mg iod/kg sare sau 25,5 mg iodat de potasiu/kg de sare), iar România este încă departe de această situație.

## Statusul fierului

Anemia feriprivă a gravidelor continuă să înregistreze o prevalență foarte mare, cu o diferență semnificativă pe medii de rezidență, situația cea mai gravă constatându-se în mediul rural. Studiul a scos în evidență faptul că 42,5% dintre gravide au fost anemice. Ponderele femeilor cu anemie a fost semnificativ mai mare în mediul rural decât în urban, în special în cazul anemiei sub 9g/dl. Se constată că peste jumătate dintre femei au făcut tratament profilactic cu fier și polivitamine, dar nu s-a înregistrat durata acestei administrări, iar acid folic au luat mai puțin de 30% dintre gravide.

Se constată o degradare certă a statusului fierului, atât la vârsta de un an, cât și la doi ani. La copiii în vârstă de până la 5 ani, anemia este mai frecventă: media și mediana hemoglobinei sunt mai scăzute decât în studiile anterioare. Astfel, media actuală a hemoglobinemiei, de 10,5 g/dl la vârsta de un an, a fost mai mică față de valorile de minimum 10,6 g/dl, din perioada 1990–1999 și deteriorată față de cea înregistrată în perioada 2000–2003 (minimum 11g/dl dar și 11,2g/dl). Se constată variații semnificative ale mediei hemoglobinemiei în funcție de mediul de rezidență, cu o situație mai defavorabilă în rural.

Față de prevalența anemiei, de aproximativ 50%, în perioada Studiului de nutriție (1991) și a PNSN (1993 – 2003), cea de 59,3% la un an și respectiv de 56,8% la copiii de 12–23 luni în prezentul studiu este îngrijorătoare. La 59 de luni, prevalența anemiei este, de asemenea, ridicată (22,7%), iar 3,7% din cazuri au hemoglobinemia sub 9 g/dl.

Prevalența anemiei copiilor cu vârsta sub 5 ani a fost mai mare în mediul rural (două treimi dintre copiii de 1-2 ani de la sate au Hb sub 11 g/dl).

Cu cât nivelul de educație a mamei este mai ridicat, cu atât media și mediana hemoglobinei sunt mai crescute, iar prevalența anemiei scade pentru toate cele trei niveluri de gravitate: copiii mamelor cu mai puțin de 5 clase sunt anemici în procent de 66; dintre aceștia, aproape o cincime au anemie gravă (Hb sub 9g/dl).

Totodată, copiii mamelor cu mulți copii sunt mai frecvent anemici: la 1-2 ani prevalența anemiei copiilor de rang 4 sau mai mare a fost de peste 60%. Un sfert dintre copiii anemici de rang  $\geq 4$  au anemie gravă.

La copilul școlar, anemia feriprivă înregistrează, de asemenea, o prevalență mare, respectiv de 23,4%, cu aceeași diferență semnificativă pe medii de rezidență, în defavoarea ruralului. Analiza evoluției prevalenței anemiei copilului școlar relevă o tendință negativă, adică de creștere a acesteia în anul 2004, față de anul 2002.

Subliniem faptul că prevalența mare a anemiei într-o populație denotă un cert deficit de fier.

Situația este cu atât mai îngrijorătoare cu cât se știe că fiecărui caz de anemie manifestă, constatată prin determinarea hemoglobinei, îi corespunde un alt caz de anemie latentă, care devine evidentă cu ocazia unei agresiuni; o infecție sau o sângerare - traumatică, operatorie etc. – determină scăderea hemoglobinei, deci anemia.

Din aceste motive, Programul Național de Sănătate numărul 3 al Ministerului Sănătății cuprinde, de mai bine de patru ani, intervenții care vizează prevenirea anemiei feriprive la gravidă și sugar. Rezultatele din 2004 nu sunt cele scontate, practic înregistrându-se o creștere a prevalenței anemiei la toate grupurile de populație studiate.

Agravarea progresivă a deficitului de fier, în condițiile în care există programe naționale de suplimentare gratuită pentru sugar și gravidă, ridică problema eficacității acestor intervenții. De asemenea, se pune în discuție problema monitorizării efective a modului de aplicare a protocoalelor privind profilaxia și tratamentul anemiei gravidelor și sugarilor. Totodată, este deosebit de utilă reevaluarea nevoilor nutriționale specifice ale copiilor, adolescenților și gravidelor.

Aspectele întâlnite arată că în România nu s-a produs încă un efect pozitiv al creșterii economice și al reformei din sistemul de sănătate asupra morbidității prin deficit de fier.

## Statusul creșterii

**Media și mediana greutateii la naștere** se situează în jurul valorii de 3200 de grame; sub cea din standardele pentru țările europene (3400g). Această situație se observă constant, încă din perioada studiului din anul 1991. Copiii din rural au greutatea medie la naștere în mod constant sub 3180g.

În același timp, prevalența copiilor cu greutatea la naștere sub 2500g este mare, atât în lotul de copii sub 5 ani, cât și în cel de nou-născuți ai gravidelor studiate. După o tendință de scădere de la 9,1% în 1999 la 7,5% în anul 2002, se înregistrează, din nou, o ușoară creștere. Prevalența greutateii mici la naștere a fost mai mare la copiii din rural (minimum 8%), la cei născuți de mame cu nivel scăzut de educație (aproximativ 12%) și la copiii de rang 4 și peste (11%, chiar 18% în unii ani).

Greutatea mică la naștere se datorează probabil unui grad de distrofie intrauterină a unei părți a copiilor (mame subnutrite), precum și unei urmăriri prenatale insuficiente.

Greutatea la naștere este un element predictiv important al mortalității și morbidității infantile, iar, în România, și al riscului de abandon în maternități sau unități sanitare.

**Pentru indicatorii antropometrici (greutate pentru talie, talie pentru vârstă și greutate pentru vârstă)** a fost calculată prevalența copiilor situați sub –2DS, respectiv peste +2DS și scorul Z. OMS consideră scorul Z pentru o populație ideală ca fiind 0, iar pentru populația de referință de 2,3%.

Cel mai afectat indicator antropometric a fost **greutatea pentru talie**; înrăutățirea valorilor acestui indicator arată apariția unui fenomen de malnutriție acută. Greutatea mică pentru talie a copiilor sub 5 ani a avut o prevalență totală de 4,4%, care situează România între țările cu "deficit ușor". Totuși, este de subliniat faptul că în studiile de nutriție anterioare, acest indicator a avut sistematic prevalențe apropiate (în 1991) sau inferioare (1993-2003) valorii de referință de 2,3%. În studiul actual, se remarcă, și din acest punct de vedere, situația defavorizată a copiilor din mediul rural la care prevalența greutateii mici față de talie este de peste 5%.

Se consideră că o prevalență mai mare de 5% semnalează o creștere a mortalității în viitorul imediat. Greutatea mică pentru talie este un indicator evocator pentru un aport alimentar drastic scăzut într-un context economic precar sau boli severe prelungite, fiind un indicator sensibil pentru malnutriția acută atunci când prevalența sa depășește 5%.

Cât despre copiii școlari de 6–7 ani, greutatea mică pentru înălțime (sub –2DS) a fost înregistrată la aproximativ 5% din copii, cu un maximum de 7,7% la fetițele de 7 ani din mediul urban, urmate de 6,1% la copiii de 6 ani din urban.

Acest aspect reprezintă un important semnal de alarmă: conform datelor OMS, când prevalența depășește 5%, se ridică problema unor deficiențe nutriționale importante ale populației la care se referă. Slăbirea copiilor din grupele de vârstă studiate semnifică un aport nutritiv insuficient apărut relativ recent. Mai este de subliniat faptul că fenomenul de creștere a numărului de copii slabi se constată în condițiile existenței unei prevalențe încă mari a copiilor scunzi (deși prevalența copiilor scunzi este în scădere, valorile ei se mențin ridicate). Indicatorul talie mică pentru vârstă al copiilor de 2-5 ani s-a îmbunătățit semnificativ față de situația constatată în anii '90, dar rămâne sub așteptări. De aceea, considerăm îngrijorătoare creșterea prevalenței copiilor scunzi și slabi.

Prevalența greutății mari pentru talie, care se corelează cu risc crescut de obezitate, a fost sistematic superioară populației de referință, la toate grupele de vârstă, fără diferențe constante în funcție de sex și mediu de rezidență, aspect întâlnit și în studiile anterioare (4,2% dintre copiii cu vârsta sub 5 ani sunt prea grași). Dar aceste date trebuie interpretate cu prudență: acești copii au, în același timp, talie mică. Astfel se conturează un tablou în care creșterea în greutate se menține satisfăcătoare în timp ce creșterea în înălțime este încetinită. Apariția acestui fenomen s-ar putea datora aportului insuficient de micronutrienți printr-o

alimentație monotonă, dezechilibrată, bazată pe cartofi și făinoase. Este de remarcat totuși ameliorarea situației față de anul 1998 când 10% dintre copiii de 5 ani erau supraponderali.

Prevalența medie a **greutății mici pentru vârstă** a fost de 5,5% la copiii sub 5 ani, superioară populației de referință, fără variații semnificative în funcție de sex și regiuni istorice. Și pentru acest indicator s-a înregistrat o prevalență mai mare în mediul rural (6,3% din copii sunt prea slabi pentru vârsta lor) față de urban. Rezultatele sunt similare cu cele ale studiilor anterioare, fără să se agraveze semnificativ cu vârsta. Greutatea mică pentru vârstă identifică subiecții care prezintă un regres sau o curbă ponderală stagnantă sau lent ascendentă.

Prevalența **taliei mici pentru vârstă** a copiilor sub 5 ani, deși superioară valorii de referință pentru toate grupele de vârstă, la ambele sexe, este cuprinsă între 5 și 10% ("deficit ușor"). În 2004, situația pare să se fi ameliorat, atât față de studiul de nutriție din 1991, cât și față PNSN (1993 - 1998). O înălțime mică pentru vârstă reflectă o deficiență nutrițională pe termen lung sau un nivel crescut de morbiditate. La nivel populațional, valori mari ale taliei mici pentru vârstă exprimă o prevalență crescută a condițiilor socio-economice precare și expunerea frecventă și precoce la factori periclitanti din mediu.

În cazul copiilor de 6–7 ani, se constată persistența unui deficit ușor al înălțimii, fiind aproape de valorile de referință.

Scăderea prevalenței înălțimii mici pentru vârstă corespunde, la nivel populațional, cu îmbunătățirea condițiilor socio-economice și cu creșterea standardului de viață al comunității.

Se poate afirma că, în general, calitatea nutriției copiilor s-a îmbunătățit în perioada premergătoare studiului; prevalența mai mică a copiilor scunzi este o dovadă.

Rămâne însă să se identifice urgent cauzele și circumstanțele slăbirii acute a unor copii și, în consecință, să se intervină cu promptitudine pentru stoparea acestei situații defavorabile, căreia îi sunt victime în special copiii din mediul rural.

## Practici nutriționale

### Alimentația sugarului

Se constată o îmbunătățire a unor indicatori ai alimentației sugarului, față de datele din perioada 1993-2003, dar vârsta la înțârcare, la introducerea biberonului și la diversificare este încă prea mică.

**Alăptarea:** 92,2% dintre copiii studiați au fost alăptați o perioadă variabilă și numai 7,7% nu au fost niciodată alăptați, situație care ne plasează între țările cu un indicator bun, aflat chiar în ușoară creștere față de datele din 1991 și față de situația constatată în perioada 1993-2003. Aceste valori sunt apropiate de cele din Studiul Sănătății Reprodusei (2004) care dă o valoare de 88% la acest indicator. Diferențele se pot explica prin eșantioanele diferite, precum și prin marjele de eroare acceptate pentru fiecare studiu.

Raportat la nivelul educațional al mamelor, ponderea cea mai mare a copiilor alăptați cel puțin o dată se înregistrează la mamele cu 5-8 clase, urmate de cele cu educație superioară, iar raportat la rangul copilului, ponderea cea mai mică a copiilor alăptați se înregistrează la rangul 4 și peste, plasând această categorie ca populație cu risc de instalare a tulburărilor nutriționale. Media de vârstă a copiilor alăptați exclusiv (cei care au primit numai sânul mamei, fără nici un alt lichid sau solid) a fost de 3,9 luni, iar mediana de 3,2 luni, fapt ce denotă că măsurile de promovare și susținere a alăptării exclusive, întreprinse în ultimii ani, au avut un impact prin modificarea comportamentului, fără însă ca aceasta să devină o practică obișnuită la nivelul dorit, ceea ce obligă la continuarea aplicării unei strategii mai persuasive și mai penetrante. Datele din 2004 din Studiul Sănătății Reprodusei arată că doar 16% dintre copiii cu vârsta între 0 și 5 luni au fost alăptați exclusiv.

**Alimentația cu biberonul (“artificială” sau “mixtă”):** vârsta medie de introducere a biberonului a fost de 4,2 luni, fără diferențe semnificative în funcție de sex, mediu de rezidență sau nivel de educație a mamei. Față de vârsta medie înregistrată în perioada 1993-2002, aceasta a crescut cu aproape o lună (de la 3,2 la 4,0 luni). Deși se constată creșterea vârstei medii de introducere a biberonului, mediana arată că 50% din copii primesc biberonul începând de la vârsta de 3 luni. În funcție de rangul copilului, constatăm că media cea mai scăzută a vârstei de introducere a biberonului se întâlnește la copiii de rang 4 și peste (3,65 luni), ceea ce adaugă încă un factor de risc pentru tulburările nutriționale, cu atât mai mult cu cât numărul crescut de copii se asociază cu un nivel mai ridicat al sărăciei.

**Întărirea: vârsta medie la întărirea** (de oprire totală a hrănirii la sân) a fost de 6,66 luni, cu diferențe statistic semnificative doar în funcție de mediul de rezidență (aproape 7 luni în rural) și nu de alte variabile ca sex, regiune, rang și nivel de educație. **Mediana vârstei de întărirea** este de 4 luni, în scădere importantă față de studiul din 1991 (9 luni) ceea ce sugerează că 50% dintre sugari sunt întăriți înainte de împlinirea vârstei de 4 luni. **Prevalența copiilor întăriți** la vârsta de trei luni este 40,7%, iar la vârsta de 4 luni este de 50,6 %. La vârsta de 6 luni, prevalența copiilor întăriți ajunge la 63,1%, iar la 12 luni 87% din copii nu mai primesc lapte matern. În 1991 erau întăriți, la vârsta de 1 an, 60% din copii, dar în perioada 1993 – 2003 acest procent depășise 92%. Aceste date sunt confirmate și de rezultatele Studiului Sănătății Reprodusei din 2004, care arată că durata medie de alăptare (vârsta medie la întărirea) a fost de 6 luni.

Ponderea copiilor alăptați este sub influența unei multitudini de factori. Câteva dintre barierele în calea promovării alăptării sunt reprezentate de: lipsa de informare a gravidelor și lăuzelor de către personalul medical, lipsa de sprijin pentru continuarea alăptării în comunitățile unde trăiesc femeile, continuarea distribuirii gratuite, de multe ori fără motive medicale, a laptelui-formulă pentru sugari.

Pe de altă parte, campaniile agresive ale producătorilor și distribuitorilor de formule de lapte, în absența unui cadru juridic care să îngreuească ferm reclama făcută frecvent pentru substituenți de lapte matern, au contribuit la întărirea timpurie a multor copii.

În anul 2003 au fost elaborate și adoptate Strategia Națională de Promovare a Alăptării și Planul Național de Implementare care cuprind măsuri menite să conducă la creșterea frecvenței și duratei alăptării corecte a copiilor, premisă a unei bune stări de sănătate. Elaborarea unei legi de aplicare a Codului de marketing pentru substitutele de lapte matern va reglementa aspectele legate de promovarea agresivă a produselor care cad sub incidența Codului și se constituie ca piedici pentru alăptare.

**Alimentația complementară (diversificarea): vârsta medie de diversificare** este timpurie (4,04 luni) și practic suprapusă pe cea constatată în perioada 1993-2003, cu diferențe semnificative statistic în funcție de mediul de rezidență, de rangul copilului și de nivelul de educație a mamei. Cel mai devreme este diversificată alimentația copiilor din mediul rural, a celor de rang 4 și peste și a celor cu mame cu nivel mediu de educație. Pare paradoxală diversificarea mai precoce în mediul rural, unde tradiția de alăptare era mai înrădăcinată, precum și diversificarea mai precoce la copiii de rang mare care, de regulă, provin din familii sărace, cu acces limitat la alimente, în general, și la cele adecvate pentru alimentația complementară la aceste vârste, în special. În acest fel, copiii de rang mare din mediul rural prezintă un risc sporit de morbiditate nutrițională și infecțioasă. La vârsta de 3 luni, 36,8% dintre copii primesc alimentație complementară, iar la 4 luni, ponderea crește la 70,9%, neexistând diferențe semnificative în funcție de variabilele luate în studiu.

**Introducerea în meniul copilului a diferitelor alimente:** majoritatea familiilor oferă, ca prim aliment de diversificare, piureul de fructe (65%), urmat de legume (17,8%) și apoi de cereale. Majoritatea preparatelor au fost date copiilor foarte devreme, alegerea fiind adesea inoportună (de ex: cereale cu gluten și preparate din lapte de vacă introduse înainte de 6-7 luni).

## ***Practici de promovare a alimentației la sân în cadrul serviciilor prenatale și din maternități***

**Accesibilitatea la sistemul rooming-in (de fapt diverse forme de “salon mamă-copil”):** deși în literatura de specialitate beneficiile sistemului rooming-in sunt demonstrate de multă vreme, doar 41,4% din mamele cuprinse în studiul de față au declarat că au beneficiat de sistemul rooming-in. Acesta înseamnă că mai bine de jumătate dintre copiii mamelor cuprinse în studiu nu au stat cu mamele lor de la naștere până la ieșirea din maternitate. Ponderea mamelor care au stat împreună cu copilul a fost puțin mai mare în cazul celor care locuiesc în mediul rural față de cele din urban.

**Promovarea alăptării la cerere:** aproape 40% din mame au declarat că în maternitate copilul era alăptat de câte ori cerea, ceea ce se corelează cu procentul celor care au beneficiat de sistemul rooming-in. Aceasta înseamnă că 60% dintre copii, deși alăptați, erau supuși unor restricții orare, ceea ce se constituie într-un factor cu impact negativ asupra alăptării. Datele au arătat o prevalență net superioară a copiilor alăptați la cerere în Moldova față de restul regiunilor țării. Aceasta corespunde cu un procent mai ridicat al copiilor care au beneficiat de rooming-in, dezvoltat cu precădere în această zonă de către UNICEF și Ministerul Sănătății, mai ales în perioada 2002-2004.

**Informațiile oferite de personalul medical referitor la promovarea alăptării ca fiind cel mai bun mod de a hrăni copilul:** personalul medical oferă unele informații tinerei mame despre importanța alăptării pentru sănătatea copilului, dar un sfert dintre mame au spus că nu au primit astfel de informații de la persoana medicală. Prevalența mamelor care au declarat că au primit acest tip de informații este similară în rural și urban, dar diferă în funcție de nivelul de educație a mamei și rangul copilului: cel mai puțin informate mame au un nivel educativ scăzut și/sau copii mulți, adică populația cu grad mai mare de risc.

**Măsurile pentru stimularea și menținerea secreției lactate:** în același timp, mai mult de un sfert dintre mame declară că nu au fost instruite cu privire la stimularea și menținerea secreției lactate, prevalența celor neinstruite fiind mai mare în mediul rural; și în acest caz, prevalența mamelor neinformate este cu atât mai mare cu cât nivelul de educație este mai scăzut. Nu se înregistrează variații importante în funcție de alte variabile analizate.

### **Alimentația gravidei**

**Alimentația femeilor gravide:** în prezentul studiu, 25% dintre femeile gravide au o alimentație deficitară la cel puțin una din grupele alimentare. Aportul nutrițional inadecvat, alimentația dezechilibrată cantitativ și calitativ, cu un consum scăzut de alimente precum laptele și produsele lactate, carnea, peștele, pot favoriza apariția unor deficite nutriționale.

**Principalele surse de informare pentru femeia gravidă, în timpul sarcinii,** în ordinea frecvenței de enumerare au fost: medicul de familie (73%), asistenta acestuia (50,7%), rude/cunoștințe (18%) și medicul obstetrician (11,1%). Această ierarhie se menține și pe medii de rezidență (cu prevalențe ceva mai mici pentru mediul rural). Din studiu reiese o prea mică implicare a medicului ginecolog-obstetrician, în condițiile în care acest specialist este adesea cel mai important reper al unei gravide, mai ales în mediul urban.

### **Utilizarea serviciilor prenatale și conținutul acestora**

Utilizarea consultației prenatale constituie un mecanism pentru depistarea și combaterea precoce a unor deficiențe privind sănătatea gravidei, precum și pentru transmiterea de către medici și asistenți medicali a unor mesaje cu conținut educativ, în beneficiul sănătății mamei și a copilului.

Pe ansamblu, 68,8% dintre mame s-au prezentat la prima consultație prenatală în cursul primului trimestru de sarcină (79,2% în mediul urban și 58,5% în mediul rural). În eșantionul nostru de studiu, aproape 6% dintre femei nu au beneficiat de nici o consultație

prenatală în cursul ultimei sarcini. Cele mai multe gravide s-au prezentat la prima consultație prenatală în a doua (34,6%) sau a treia lună (23,4%) de sarcină. Aceste date sunt confirmate și de rezultatele Studiului Sănătății Reprodusei din 2004, care arată că 74% dintre femeile luate în studiu au beneficiat de consultații prenatale în primul trimestru de sarcină. În comparație cu datele din 1999, proporția femeilor care au beneficiat de prima consultație prenatală în primul trimestru de sarcină a crescut, atât pentru femeile din mediul rural, cât și pentru femeile din mediul urban. Nivelul de școlarizare diferențiază mult mamele în această privință. Mai mult de 90% dintre mamele cu peste 12 clase au fost luate în evidență de un medic în primul trimestru de sarcină, față de 38,6 % dintre mamele cu mai puțin de 5 clase.

În privința **numărului total de consultații efectuate în timpul sarcinii**, ponderea celor care au beneficiat de 1-4 consultații se ridică la 33,3%, restul beneficiind de peste 4 consultații. În Studiul Sănătății Reprodusei din 2004 se arată că numărul femeilor care au beneficiat de peste 4 consultații prenatale a crescut de la 59% în 1999 la 76% , atât pentru femeile din urban, cât și pentru cele din rural.

Majoritatea femeilor care au beneficiat de consultația prenatală (64,6%) au declarat că au fost sfătuite, în cadrul acestor consultații, să-și alimenteze la sân copilul.

Referitor la măsurile de promovare a nutriției sănătoase, numai 15,2% dintre mame au declarat că un medic sau o asistentă medicală le-a recomandat consumul de **sare iodată**.

În ceea ce privește conținutul consultației prenatale, studiul de față a urmărit doar informațiile legate de nutriție: alăptarea și folosirea sării iodate. Datele pot fi completate cu cele din Studiul Sănătății Reprodusei din 2004: femeile raportează că li s-au recoltat probe biologice pentru analize (80%), că li s-au făcut ecografii (76% față de 53% în 1999), că li s-a recomandat efectuarea testului HIV (1/3 dintre femei). În ceea ce privește acest ultim aspect, mai puțin de o treime din femeile testate pentru HIV au fost și consiliate, ceea ce înseamnă că doar 10% dintre gravide au fost și consiliate în momentul testării HIV. Patru femei din cinci au spus că li s-a recomandat profilaxia anemiei și rahitismului prin administrarea de fier și vitamina D și 95% dintre acestea au raportat efectiv administrarea acestora. Se remarcă lipsa mențiunilor legate de informațiile despre alăptare ca parte componentă a consultației prenatale. Totuși, aceste ultime date nu concordă cu ratele anemiei la gravide relevate de prezentul studiu.

## CONCLUZII

### Concluzii privind populația studiată

#### Aspecte generale

Analiza caracteristicilor populației luate în studiu atrage atenția asupra unor aspecte de care trebuie ținut cont în elaborarea intervențiilor pentru promovarea sănătății și pentru îmbunătățirea statusului nutrițional al copiilor și femeilor. Menționăm că aproximativ jumătate dintre femeile care nasc copii trăiesc în mediul rural.

Gravidele și copiii care cumulează cele mai importante riscuri sociale (nivel educațional scăzut, număr mare de copii, nivel socio-economic scăzut al mamei) sunt din mediul rural și/sau de etnie romă.

O parte semnificativă a indicatorilor studiați arată o situație defavorabilă în zona Moldovei și a Munteniei (zone defavorizate economic) comparativ cu Transilvania (zonă cu standard economic peste media pe țară); precizăm că loturile din regiunile amintite nu au reprezentativitate pentru aceste zone.

#### Statusul iodului

În 2002, un studiu efectuat de Population Services International arăta că doar 53% din populație utiliza sarea iodată. Datele prezentului studiu arată clar eficiența introducerii măsurilor de iodare a sării de masă, 97% dintre familiile copiilor de 6-7 ani consumând sare iodată. Deficitul de iod al gravidei se menține în limitele *deficitului ușor*, dar este mai accentuat în mediul rural față de mediul urban.

Comparând rezultatele prezentului studiu cu datele obținute în 2003, pe un eșantion de gravide aflate în primul trimestru de sarcină, se constată menținerea deficitului de iod, chiar și în condițiile aplicării, în ultimii doi ani, a legislației privind iodarea universală a sării de consum.

Nivelul actual de iodare a sării de masă nu acoperă necesarul de iod în sarcină nici în cazul femeilor care consumă numai sare iodată.

Deficitul de iod al *nou-născutului* se încadrează în limitele *deficitului moderat*, deci la un nivel de gravitate mai mare decât al mamelor lor

Comparând deficitul de iod al femeii gravide cu cel al copilului școlar, se observă faptul că, la acesta din urmă, mediana ioduriei, atât în mediul urban, cât și în cel rural, se înscrie în limite normale, pe când mediana ioduriei la gravide se înscrie în limitele deficitului ușor. Această situație subliniază, pe de o parte, dezechilibrul dintre nevoia crescută de iod a gravidei și aportul insuficient, ca urmare a mai multor factori care includ practici nutriționale neadecvate și consumul de sare insuficient iodată; pe de altă parte arată tendința pozitivă de reducere a deficitului de iod la copil ca urmare a iodării sării de masă și a celei folosite la fabricarea pâinii.

### **Statusul fierului**

Anemia gravidelor și a copiilor de 1-7 ani continuă să înregistreze o prevalență foarte mare, în creștere față de studiile anterioare, cu o diferență semnificativă pe medii de rezidență, fiind mai crescută în rural. Valorile înregistrate sunt alarmate și descriu o problemă de sănătate publică.

Studiul nu a investigat modul de administrare a preparatelor farmaceutice cu fier, nici durata tratamentului, dar observațiile clinice conduc la concluzia că profilaxia anemiei feriprive nu se aplică în conformitate cu protocoalele I.O.M.C.

### **Statusul creșterii**

Statusul creșterii copiilor este afectat, dovada făcând-o în primul rând greutatea medie la naștere mai mică în România față de standardele internaționale, precum și prevalența mare a copiilor cu greutate mică la naștere.

Greutatea mică pentru talie a copiilor are o prevalență mai mare decât în toate studiile anterioare, ceea ce atrage atenția asupra apariției recente a unor deficiențe nutriționale care afectează mai ales populația cu vârsta de 2-7 ani.

Prevalența greutății mari pentru talie este mare, ca și în perioada 1993 -2003, acest fenomen încadrându-se, de asemenea, în consecințele unei alimentații dezechilibrate, aspect pe care este necesar să se centreze viitoare programe nutriționale.

Prevalența taliei mici pentru vârstă se încadrează într-un deficit ușor, observându-se o oarecare ameliorare față de situația alarmantă din anii 1993 -2003. Apare mai puțin pregnant un deficit alimentar cronic.

### **Practicile alimentare**

Femeile gravide au, în proporție încă mare, o alimentație deficitară, la grupul alimentelor bogate în proteine, fier, iod.

Se înregistrează o îmbunătățire a unor indicatori privitori la alimentația sugarului, față de constatările din PNSN, dar vârsta de introducere a biberonului, vârsta medie la diversificare și vârsta de înțarcare sunt încă timpurii.

### **Promovarea alăptării la nivelul serviciilor prenatale și din maternități**

Se constată că în prezent un număr insuficient de femei primesc informații și sprijin legate de inițierea, susținerea și continuarea alăptării, în timpul consultațiilor prenatale și în maternități. Din păcate, exact populația care are cea mai mare nevoie, femeile din mediul rural și cele cu un nivel de școlarizare redus sunt cele care primesc cele mai puține informații.

Pe de altă parte, chiar structura maternităților, cu doar 41% rooming-in, împiedică dezvoltarea unei relații firești între mamă și copil și se constituie într-un obstacol serios în ceea ce privește alăptarea exclusivă și la cerere.

Chiar dacă, la prima vedere, statisticile pot apărea optimiste (93% dintre copii părăsesc maternitatea alăptați), faptul că la 3 luni peste 40% dintre copii sunt înțărcați arată că și atunci când în maternitate se face promovarea alăptării, ea nu este susținută de servicii de sprijin în teren.

### **Consultația prenatală**

Deși există semne încurajatoare, de creștere a utilizării serviciilor prenatale și de creștere a prezentării la medic în primul trimestru de sarcină, o proporție importantă a gravidelor (32%) s-au prezentat doar în al treilea trimestru de sarcină la prima consultație prenatală.

Ponderea femeilor incluse în acest studiu, care nu au fost examinate de nici un medic în timpul sarcinii, este de 6%.

Ceea ce se remarcă din nou este că tocmai populația care are nevoie de îndrumare și sprijin, populația cu nivel redus de școlarizare și cea din mediul rural, beneficiază în proporție mai mică de aceste servicii.

Toate aceste constatări sunt importante, cu atât mai mult cu cât utilizarea redusă a serviciilor prenatale și atenția scăzută acordată de personalul medical aspectelor nutriționale au consecințe negative asupra sănătății gravidei și nou-născutului, printre care deficitul de iod, anemia feriprivă și greutatea mică la naștere.

## **RECOMANDĂRI**

### **Aspecte generale**

Complexitatea cerințelor de dezvoltare din timpul sarcinii și din copilăria timpurie impune o colaborare interdisciplinară și intersectorială cu măsuri sinergice pentru a preveni instalarea tulburărilor nutriționale.

Este necesară formarea personalului care are contact cu femeia gravidă, cu familiile cu copii, în sensul cunoașterii și prevenirii carențelor nutriționale. Educația medicală continuă a medicilor și asistenților este o prioritate, în care promovarea alăptării și a alimentației sănătoase ar trebui să ocupe un prim loc.

În acest sens, o contribuție însemnată ar putea-o avea ghidurile de practică, reactualizate, preponderent cu privire la nutriția copilului, și distribuite în număr suficient.

În paralel cu aceasta, dezvoltarea și generalizarea rețelei de asistenți medicali comunitari la nivelul întregii țări ar contribui la o mai bună supraveghere a gravidelor în teritoriu, la identificarea mai rapidă a familiilor vulnerabile, la accesul mai ușor al acestora la serviciile medico-sociale de care au nevoie. Sub aspect nutrițional, rețeaua de asistenți medicali comunitari ar putea contribui la educarea gravidelor și la sprijinirea mamelor să

alăpteze, la educarea mamelor privind diversificarea și nutriția adecvată a copiilor lor, pentru prevenirea anemiei, rahitismului și a celorlate boli care decurg dintr-o alimentație necorespunzătoare vârstei și dezvoltării copilului.

Campaniile de informare asupra stilului de viață și alimentației sănătoase pot contribui la ameliorarea comportamentului unei populații în care există încă un procent mare de persoane cu grad de instruire foarte redus. În același timp, printr-o informare pertinentă și convingătoare a comunităților, s-ar putea contracara efectul produs de distribuitorii de substitute de lapte matern și de alte alimente pentru copii, care pot limita frecvența și durata alăptării.

Este utilă inițierea unor programe specifice, adresate femeilor din mediul rural, care să integreze serviciile de asistență cu latura educațională, fapt ce ar spori adeziunea acestui grup populațional la acțiunile de prevenire.

Promovarea menținerii fetelor în școală, cel puțin în cei 10 ani de învățământ obligatoriu, ar putea fi o posibilitate de ridicare a nivelului de educație a tinerelor, viitoare mame.

Acest aspect ar fi cu atât mai important cu cât, în ultimii ani, Ministerul Educației a început un program de educație pentru sănătate în școli. Acest program, în prezent în faza de pilot, cuprinde 10.000 din cele 24.000 de școli din România. Curriculum-ul este opțional dar intenția Ministerului Educației este de a generaliza programul și de a-l face parte componentă a programei obligatorii. El se desfășoară pe durata tuturor celor 12 ani de învățământ preuniversitar, cu mesaje adecvate fiecărei vârste.

În ceea ce privește alăptarea, implementarea prevederilor programului MatRom al Ministerului Sănătății, de a generaliza sistemul rooming-in în toate maternitățile din România ar reprezenta un prim pas pentru crearea unui cadru favorizant pentru promovarea alăptării. Este oportună de asemenea dezvoltarea cât mai rapidă a rețelei de "Spitale Prieten al Copilului", care presupune și formarea întregului personal medico-sanitar care vine în contact direct cu mama și copilul.

Este deosebit de utilă supravegherea nutrițională la nivelul întregii țări, bazată pe metodologia PNSN și urmată de prelucrarea datelor în "stații santinelă" care să lucreze după o metodologie unică, în cooperare și sub coordonarea IOMC.

Se impune înființarea prioritară de "stații-santinelă" în zonele cu risc. Datele prelucrate, cu privire la frecvența alăptării, la starea de nutriție a copiilor, vor fi comunicate cu promptitudine decidenților.

## **Prevenirea deficitului de iod**

Deoarece consumul de sare iodată s-a dovedit util, dar insuficient pentru prevenirea deficitului de iod, se recomandă creșterea și monitorizarea nivelului de iodare a sării, pentru ca pierderile înregistrate de la sursă la consumator, prin procesele de ambalare, stocare, depozitare și prelucrarea culinară a alimentelor la nivelul gospodăriilor, să nu afecteze aportul adecvat de iod.

În același timp dezvoltarea și implementarea unui mecanism eficient de monitorizare a calității sării, cu raportare la intervale regulate, va contribui la sesizarea și ajustarea oricăror abateri de la prevederile legale.

Nevoile crescute de iod ale gravidelor impun, pe lângă utilizarea sării iodate, și administrarea suplimentară de iod, pentru prevenirea deficitului. Dozele și modalitatea de administrare trebuie să facă obiectul unui protocol de prevenire a deficitului de iod la femeia gravidă, care să asigure abordarea unitară și corectă, la nivel național, a acestei probleme.

Consultația prenatală trebuie să includă evaluarea deficitului de iod, precum și activități de profilaxie. Astfel, este util ca mama să fie consiliată cu privire la importanța consumului de sare iodată și a alimentației adecvate și corect preparate, pentru prevenirea unui retard psiho-motor al copilului.

Este utilă continuarea campaniilor de informare a populației în ceea ce privește consumul de sare iodată, precum și includerea informațiilor în acest sens și în programele de educație care au ca scop promovarea sănătății.

Pentru prevenirea precoce a instalării deficiențelor de dezvoltare a copilului generate de hipotiroidie, este utilă generalizarea pe țară a dozării TSH-ului sanguin la nou-născut, atât ca examen de screening pentru hipotiroidie, cât și ca modalitate de evaluare a deficitului de iod în populație.

### **Prevenirea anemiei**

Agravarea progresivă a deficitului de fier, în condițiile în care există programe naționale de suplimentare gratuită pentru copil și gravidă, impune o mai atentă evaluare și monitorizare a implementării acestor intervenții, precum și adaptarea lor la diferitele zone și la variatele stări biologice.

Administrarea profilactică și curativă, tuturor gravidelor, a fierului și a acidului folic trebuie realizată conform protocoalelor IOMC, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Se impune continuarea monitorizării statusului hemoglobinei, mai ales la copiii în vârstă de până la cinci ani, datorită prevalenței deosebit de mari a anemiei feriprive, în creștere față de anii anteriori, precum și datorită disparităților în profil teritorial și în funcție de nivelul educațional al mamei. În acest sens este necesară dotarea cabinetelor medicilor de familie cu hemoglobinometre, pentru a facilita depistarea și monitorizarea anemiei copilului și a gravidei.

Deoarece prima cauză a anemiei feriprive este aportul scăzut de fier, atât cantitativ cât și calitativ, se impune dezvoltarea cooperării intersectoriale, pentru adoptarea de măsuri sinergice vizând nutriția adecvată a copiilor și gravidelor, precum și producerea de alimente îmbogățite cu fier.

Se cunoaște deja, din experiența altor țări, că intervenția cea mai eficientă în prevenirea anemiei, ca problemă de sănătate publică, este fortifierea cu fier a făinii. Pentru România, aceasta presupune, pe de o parte, crearea a unui grup intersectorial care să cuprindă reprezentanți ai sectorului sanitar și reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor și, pe de altă parte, elaborarea și adoptarea cât mai rapidă a legislației care să prevadă fortifierea obligatorie cu fier a făinii.

### **Ameliorarea indicatorilor antropometrici**

Deoarece greutatea la naștere are ca principali determinanți modul de supraveghere a gravidei, calitatea serviciilor prenatale, nivelul socio-economic și de educație a familiei, se impune dezvoltarea serviciilor de supraveghere a gravidei și creșterea calității acestora, concomitent cu îmbunătățirea măsurilor de protecție socială adresate femeii gravide, mai ales când are un nivel scăzut de instruire sau o situație economică precară.

Se impune operaționalizarea serviciilor de planificare familială, pentru o opțiune informată și motivată de a avea un copil.

Trebuie intensificată colaborarea intersectorială, pentru crearea unui sistem coerent de asigurare a condițiilor socio-medice, educaționale și economice, familiilor ce urmează a avea copii, cu accent pe dezvoltarea serviciilor comunitare adresate familiilor vulnerabile.

Pentru ameliorarea indicatorilor antropometrici se impune continuarea monitorizării statusului de creștere al copiilor la nivel național în scopul identificării precoce a tendinței de agravare a situației. În același timp, se impune dezvoltarea unui sistem de stabilire și implementare operativă a unor intervenții eficiente și eficiente, având în vedere că malnutriția copilului reprezintă primul determinant al problemelor de sănătate ale unei populații, iar

statusul de creștere al copiilor este un factor predictiv pentru starea de sănătate și eficiența lor în viața adultă.

Afectarea greutateii pentru talie presupune o înfometare acută, cu precădere la nivelul populației defavorizate; această problemă trebuie cât mai precoce identificată și neutralizată prin măsuri centrate pe nevoile specifice.

Deficitul ușor, înregistrat atât la nivelul greutateii pentru înălțime, cât și la nivelul înălțimii pentru vârstă, ca și prevalența în creștere a greutateii mari pentru înălțime, sunt un semnal care cere continuarea și dezvoltarea strategiilor de îmbunătățire a statusului de creștere, prin educație, ameliorarea accesului la serviciile necesare satisfacerii nevoilor de bază pentru categoriile populaționale defavorizate și dezvoltarea laturii preventive a serviciilor de sănătate adresate mamei și copilului.

## **Dezvoltarea serviciilor integrate medico-sociale**

Dezvoltarea serviciilor preventive medico-sociale și creșterea accesibilității la acestea constituie o direcție strategică de acțiune pentru îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și a copilului.

Dezvoltarea unei cooperări intersectoriale este necesară pentru adoptarea unor măsuri complexe și sinergice de îmbunătățire a statusului de creștere. Pentru aceasta este însă nevoie de dezvoltarea unor servicii de bază, accesibile, și de un cadru legislativ favorizant. În acest sens, recomandăm următoarele:

- \* promovarea alăptării prin generalizarea sistemului rooming-in în toate maternitățile din țară
- \* extinderea standardelor Spitalului Prieten al Copilului, integral sau parțial în cât mai multe maternități; sprijinirea cât mai multor maternități pentru a fi desemnate Spital Prieten al Copilului
- \* adoptarea legii naționale privind prevederile Codului Internațional de Marketing al Substitutelor de Lapte Matern
- \* elaborarea de standarde și protocoale pentru serviciile de sănătate oferite gravidei și copilului
- \* includerea formării pentru promovarea alăptării în instruirea formală a medicilor și asistenților medicali
- \* generalizarea rețelei de asistenți medicali comunitari, care să ofere servicii de susținere și de educație nutrițională cu precădere grupurilor vulnerabile

Se impune dezvoltarea comunicării medic-pacient, atât la nivelul medicului de familie, cât și pentru personalul medical care îl secondează, această măsură putând fi susținută și de cointeresarea materială a personalului medical în educarea gravidei.

## **Aspecte legislative**

Din studiile noastre reiese că:

- \* este deosebit de necesară renunțarea la distribuirea, fără justificare medicală (în conformitate cu criteriile OMS), a laptelui-formulă pentru sugari;
- \* este nevoie de asigurarea unor alocații pentru maternitate și pentru copii care să permită familiei să-și întrețină corect copilul;
- \* este foarte importantă implicarea mai mare, inclusiv prin motivare materială, a familiei pentru respectarea îngrijirilor profilactice adresate gravidei și copilului.

În acest sens, odată legiferat la nivel național, Codul Internațional de Marketing pentru Substitutele de Lapte Matern va crea cadrul formal de limitare a influenței politicii agresive a companiilor producătoare de formule pentru sugari și de alimente de diversificare (alimentație complementară). Acest lucru apare cu atât mai necesar cu cât România este una din cele 118 țări care în 1981 a semnat Rezoluția 34.22 a celei de-a 34-a Adunări Mondiale a Sănătății, prin care Codul Internațional de Marketing pentru Substitutele de Lapte Matern a fost adoptat ca document oficial. Prin rezoluția respectivă, țările semnatare se angajau ca în cel mai scurt timp să adopte o legislație națională care să includă prevederile Codului. În România acest lucru nu s-a întâmplat încă.

Pentru prevenirea anemiei la nivel populațional, se impune elaborarea cât mai rapidă a legislației care să prevadă fortifierea cu fier a făinii, știut fiind faptul că această măsură este cea mai eficientă intervenție de sănătate publică.

Abordarea nutriției mamei și copilului trebuie să fie parte integrantă a unei politici coerente, care să promoveze sănătatea copilului și a fiecărui membru al familiei, ca drepturi fundamentale ale omului .