



**STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE
,
ȘI GRAVIDELE MINORE
RAPORT DE CERCETARE**



Salvați Copiii
Save the Children Romania

Colectarea și interpretarea datelor statistice:

AB European Research Group

Coordonator: Gabriela Alexandrescu, Președinte Executiv, Organizația Salvați Copiii

Elaborare raport:

George Roman, Jurist, Organizația Salvați Copiii

Silvia Burcea, Coordonator program Sănătatea mamei și a copilului, Organizația Salvați Copiii

ISBN: 978-606-8038-60-5

Acest material a fost realizat în cadrul proiectului „**Un model integrat pentru asigurarea accesului la servicii medicale și sociale pentru adolescente însărcinate și mame adolescente în zonele rurale dezavantajate**”, implementat de Organizația Salvați Copiii și finanțat de MSD for Mothers (mai multe informații despre inițiativa globală MSD for Mothers - www.msdfornmothers.com).



Salvați Copiii
Save the Children Romania



MSD
for Mothers

Organizația Salvați Copiii
Secretariatul General

Intr. Ștefan Furtună nr. 3, sector 1,

010899, București, România

telefon: +40 21 316 61 76

e-mail: secretariat@salvaticopiii.ro

web: www.salvaticopiii.ro

Salvați Copiii, februarie 2024



Cuvânt înainte

Aproximativ 45% dintre fetele sub 15 ani devenite mame în statele Uniunii Europene provin din România, 30% din mamele minore (sub 18 ani) din Uniunea Europeană provin din țara noastră și unul din zece nou-născuți din România are o mamă adolescentă. Este o realitate cu adevărat îngrijorătoare care indică nevoia unei abordări multidimensionale care să vizeze accesul la educația sexuală, accesul la servicii medicale de calitate și sprijin pentru tinerii părinți.

În contextul politicii publice din România, se poate constata că abordarea problemelor legate de maternitatea la vârsta adolescenței se află încă într-o fază incipientă. Există o serie de reglementări legislative și programe izolate care sunt orientate către această categorie particulară de beneficiari, cu toate acestea, acestea nu sunt în mod necesar coordonate sau integrate într-un cadru programatic unitar. Mai mult, absența documentelor strategice sau programatice dedicate în mod explicit problemelor asociate cu mamele adolescente și definirea unor orientări de acțiune specifice în acest domeniu este evidentă.

Tinerile care devin mame la vârste fragede se expun la riscuri majore pentru sănătate, precum hipertensiunea arterială, anemie, nașterea prematură, greutate mică la naștere la nașterea a nou-născutului și depresia post-partum. Maternitatea prematură se dovedește a fi o situație cu potențial de a expune tinerile mame la riscul de abandon școlar, aducând cu sine perspectiva intrării în cercul vicios al sărăciei, cu efecte transgeneraționale.

Cu toate acestea, fără cunoșterea dimensiunilor cauzelor care duc la perpetuarea fenomenului mamelor minore din România, a provocărilor întâlnite în procesul de identificare și referire a cazurilor, ori a limitelor legislative în asigurarea unei protecții optime a copilului, nu este posibilă stabilirea unei strategii adecvate și obținerea schimbărilor de mentalitate față de mamele minore și nevoile lor și ale copiilor lor. Un astfel de demers este realizat, prin această cercetare sociologică, de către Organizația Salvați Copiii care pune la dispoziția autorităților, a specialiștilor și tuturor celor interesați, date științifice reprezentative la nivel național, deosebit de utile în redactarea strategiilor și politicilor publice care au în centrul lor protejarea demnității copiilor și diversificarea serviciilor destinate copiilor vulnerabili.

Gabriela Alexandrescu
Președinte Executiv
Salvați Copiii România



Cuprins

Statistici îngrijorătoare în ceea ce privește problema mamelor adolescente în România	6
Metodologia cercetării	8
1. Contracepția și sarcina	10
Sarcina în minorat este traumă	12
2. Sarcina și relația cu tatăl copilului	15
3. Contextul social al gravidei/ mamei minore	19
4. Condițiile de viață ale mamei/gravidei minore	21
5. Suportul familial al gravidei și mamei minore	24
6. Suportul instituțional	25
7. Educația și școlarizarea gravidei și mamei minore	26
8. Alimentația mamei și sănătatea copilului	29
9. Accesul la servicii medicale pre și post natale	31
10. Vaccinarea mamei și a copilului	36
11. Nevoi și măsuri de intervenție	39
Actori sociali responsabili cu prevenirea fenomenului gravidității în rândul minorilor	42
Index de figuri	43
Legislația privind drepturile medicale și sociale ale gravidelor, mamelor minore și copiilor	44
Anexă	57



Statistici îngrijorătoare în ceea ce privește problema mamelor adolescente în România

Radiografia fenomenului mamelor adolescente la nivel mondial, european și național relevă următoarele: în fiecare an, aproximativ 21 de milioane de fete cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani din regiunile în curs de dezvoltare rămân însărcinate și aproximativ 12 milioane dintre ele nasc¹. Potrivit Indicelui anual privind sfârșitul copilăriei (End of Childhood Index)², întocmit de Salvați Copiii, care compară cele mai recente date pentru 172 de țări și care evaluează unde sunt cei mai mulți și unde sunt cei mai puțini copii lipsiți de copilărie, România se confruntă cu un număr mai mare de nașteri în adolescență decât state precum Rwanda (25,6), Trinidad Tabago (30,8), Emiratele Arabe Unite (30,1), Uzbekistan (17,6), Albania (21,8), Bahamas (28,7), Botswana (31), Burundi (27,9), Djibouti (21), India (23,3), Mauritius (28,3).

Efect al lipsei accesului la îngrijiri și educație pentru sănătatea sexuală și reproducție, rata nașterilor înregistrate în rândul adolescentelor între 15 și 19 ani este cea mai îngrijorătoare, România înregistrând 34 de nașteri la 1.000 de adolescente. În Europa, doar două state prezintă o situație relativ mai gravă: Bulgaria și Georgia, cu valorile de 36,8, respectiv 38,3 de nașteri.

Această situație a determinat Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale să atragă atenția Guvernului României că a devenit urgentă adoptarea unei strategii naționale pentru a asigura accesul la educație sexuală și consiliere privind sănătatea reproductivă pentru tinerele și adolescentele din țară.

POP2011 - Nascuti vii cu resedinta obisnuita in Romania, pe grupe de varsta ale tatalui si grupe de varsta ale mamei, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete

Rezultatele cautarii - Nascuti vii cu resedinta obisnuita in Romania pe grupe de varsta ale tatalui si grupe de varsta ale mamei, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete

Grupe de varsta ale tatalui	Grupe de varsta ale mamei	Macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete	Ani										
			Anul 2012	Anul 2013	Anul 2014	Anul 2015	Anul 2016	Anul 2017	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021	Anul 2022
			Unitati de masura										
			Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane	Numar persoane
Total	Total	TOTAL	180714	188599	198740	201995	205773	210590	210290	211175	206826	193191	178233
-	Varsta mamei sub 15 ani	TOTAL	746	709	723	695	724	761	742	774	753	745	746
-	Varsta mamei 15-19 ani	TOTAL	18205	18445	19178	19183	19782	19589	19170	18718	18063	16997	15832

Sursa: *Institutul Național de Statistică*

Conform datelor furnizate de Institutul Național de Statistică, începând cu anul 2012, observăm că 10% dintre nașterile înregistrate au fost atribuite mamelor adolescente. Prezența recurentă a acestui fenomen, caracterizat prin maternitatea în rândul tinerelor, a devenit o constantă în contextul societății românești și este subiectul unor analize statistice anuale. Cu toate acestea, este important să subliniem că problema depășește sfera cifrelor și se concentrează pe realitatea tragică a tinerelor care se confruntă adesea cu obstacole în ceea ce privește accesul la educație și servicii medicale adecvate. Aceste fete devin mame în circumstanțe nepotrivite, lipsindu-le pregătirea fizică, emoțională și socială necesară pentru a face față acestei responsabilități.

Indexul European al Serviciilor de Sănătate (Euro Health Consumer Index), un instrument de evaluare a performanței sistemelor de sănătate naționale în 35 de țări europene, plasează România într-o poziție extrem de defavorabilă, ocupând locul 34 din 35 de țări analizate. Această clasificare indică o eficiență scăzută a serviciilor de sănătate din România în comparație cu alte state europene.

Conform raportului, România se confruntă cu grave deficiențe în gestionarea întregului său sector public.

1 Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.

2 End of Childhood Report, Save the Children, 2018

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

De asemenea, țara continuă să înregistreze cele mai ridicate rate de mortalitate maternă, mortalitate infantilă și sarcini la vârste tinere în comparație cu restul Europei.

În plus, trebuie subliniat că accesul la serviciile de sănătate este, în multe situații, restricționat de insuficiența resurselor financiare. România se remarcă prin alocarea constantă a celor mai mici procente din produsul intern brut (PIB) către cheltuielile pentru sănătate, spre deosebire de alte state europene.

Controlul gravidelor în timpul sarcinii în mediul rural este foarte scăzut din cauza accesului limitat al fetelor și femeilor la servicii medicale, dată fiind lipsa resurselor financiare precum și distanța mare față de primul spital.

Un număr semnificativ de fete, în special din regiunile defavorizate ale mediului rural, adoptă practica auto-medicației în timpul sarcinii și nu merg la medic pentru monitorizarea evoluției sarcinii. Accesul la servicii de sănătate și la educație în domeniul sănătății reprezintă aspecte esențiale pentru garantarea stării de sănătate a mamei și a nou-născutului. Din păcate, România continuă să se confrunte cu disproporții sociale semnificative, iar segmentul vulnerabil al populației, în special femeile gravide și copiii, se află în situații de marginalizare.

În timpul perioadei pandemice, restricțiile sociale impuse au avut ca rezultat un acces limitat la serviciile medicale, contribuind astfel la expunerea acestui grup deja vulnerabil la riscuri suplimentare legate de sănătate și accesul la resurse.

Accesul la serviciile medicale în zonele defavorizate este o problemă majoră în România care a necesitat o intervenție integrată a Organizației Salvați Copiii. Astfel, din 2010, echipa Salvați Copiii România, susținută de specialiști locali (medici de familie, asistenți sociali, medietori sanitari), a creat o rețea de incluziune socială și combatere a sărăciei prin asigurarea de servicii integrate (medicale, sociale, educaționale) la nivel local, astfel ajutând la creșterea accesului la servicii sustenabile și de calitate. Din 2010, 375.000 de mame și gravide din comunități rurale din 20 de județe și din maternitățile din toată țara au primit sprijin pentru accesarea serviciilor medicale și sociale și au fost informate cu privire la îngrijirea nou-născuților, în timp ce 52.500 de copii 0-5 ani au beneficiat de servicii socio-medicale integrate. 22.000 de adolescenți și părinți au participat la sesiuni de informare individuale și de grup.

Programul Salvați Copiii - *Sănătatea mamei și a copilului* cuprinde o serie de măsuri pentru facilitarea accesului la servicii medicale pentru gravide și copii: implicarea echipelor integrate de specialiști (asistenți medicali și asistenți sociali) pentru identificarea cazurilor vulnerabile din comunitățile rurale și sprijinirea în vederea accesării serviciilor medicale și sociale, asigurarea accesului la nutriție și igienă adecvată, sesiuni de consiliere și informare de grup, caravane medicale organizate periodic în zone defavorizate, sprijinirea medicilor de familie din mediul rural cu echipamente medicale pentru asigurarea consultațiilor la nivel local, program de informare și sprijinire a gravidelor cu ajutorul Cutiei Bebelușului pe modelul Finlandez, informarea mamelor din maternități, realizarea de cercetări și analize pentru atragere atenției asupra problemelor cu care se confruntă mamele, gravidele și copiii din mediul rural.

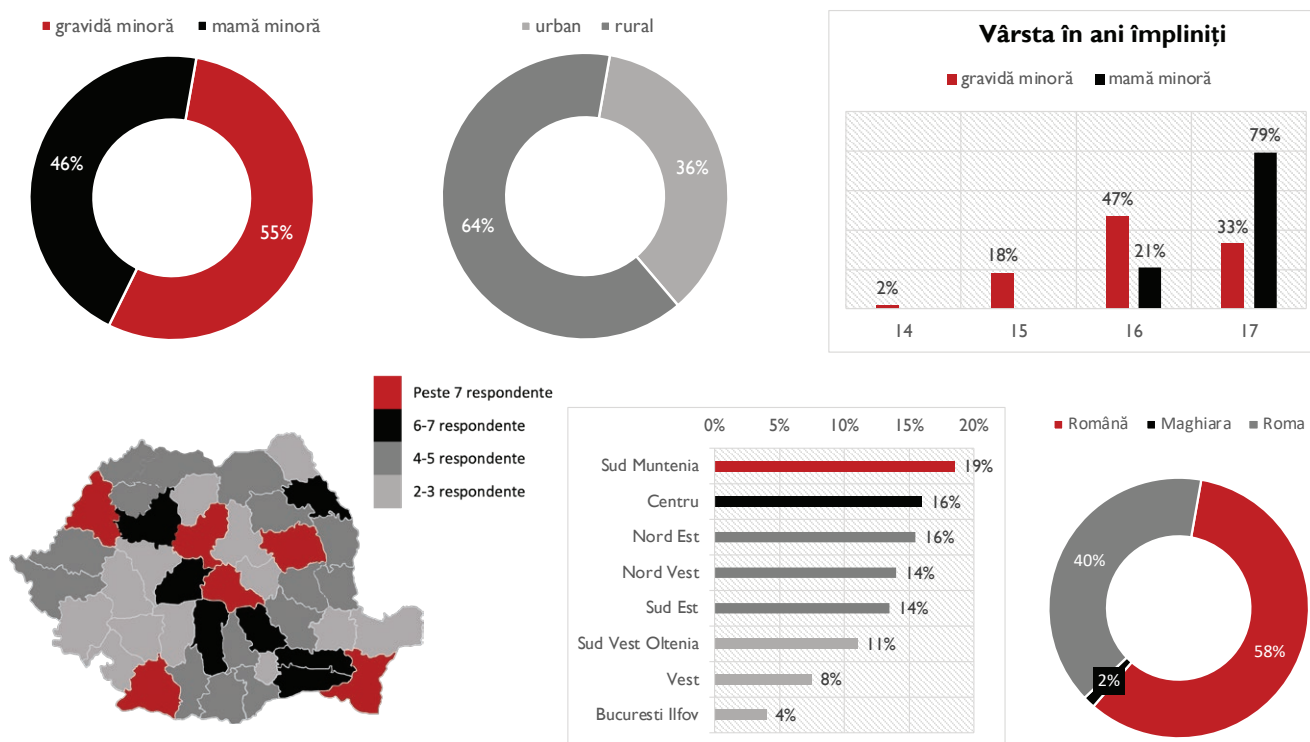
Mai mult, Organizația Salvați Copiii a susținut sistemul medical prin dotarea a 122 de unități medicale (secții de neonatologie, terapie intensivă neonatală, secții de pediatrie și Obstetrică-Ginecologie) din toate județele țării, cu peste 1.700 de echipamente vitale, susținând astfel tratamentul și sănătatea a peste 200.000 de copii.



Metodologia cercetării

Studiul a fost realizat pe bază de sondaj de opinie în rândul mamelor și gravidelor minore, sondaj realizat la nivel național în perioada octombrie-decembrie 2023. Dimensiunea eșantionului la nivel național a fost de 200 de tinere adolescente, mame sau fete însărcinate. Interviuurile s-au realizat în 172 de localități. Niciuna dintre fetele intervievate nu a participat în programele Organizației Salvați Copiii destinate mamelor și gravidelor minore. Localitățile în care Organizația Salvați Copiii a desfășurat activități de consiliere și informare a mamelor și gravidelor minore au fost excluse din procesul de eșantionare. În colectarea datelor au fost respectate condițiile de anonimitate și asigurare a confidențialității prevăzute de legislația în vigoare.

Figură 1 Caracteristicile socio-demografice ale eșantionului

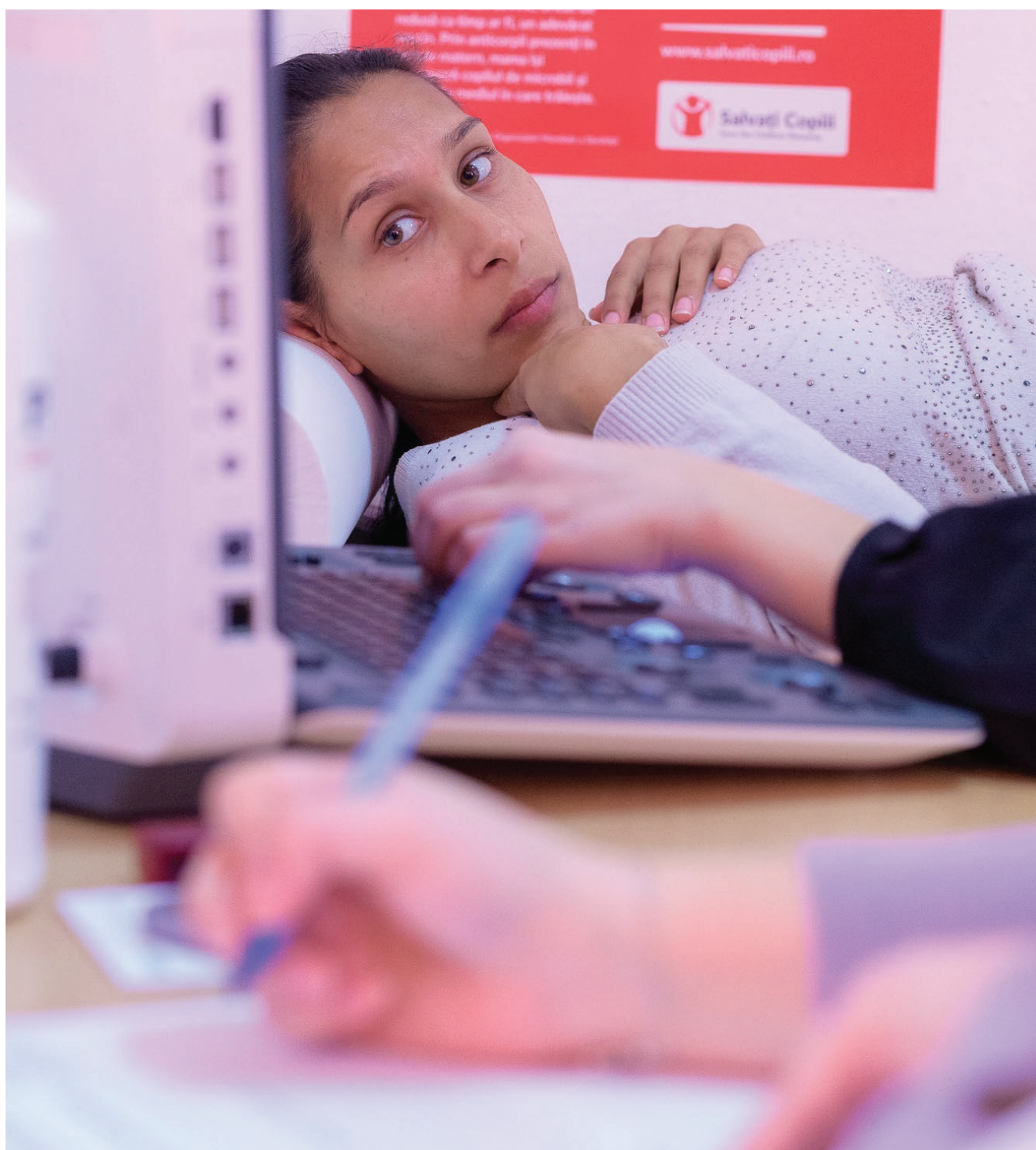


Selecția respondentelor s-a realizat în principal prin metoda „bulgărelui de zăpadă”, fiecare dintre fetele participante la sondajul de opinie fiind rugată, în măsura în care dorește și cunoaște fete minore mame sau gravide să indice și alte posibile respondente. Pentru culegerea datelor a fost solicitat sprijinul autorităților locale, respectiv al asistenților sociali din 48 de localități și ai reprezentanților DGASPC din șase județe inclusiv municipiul București. Acordul de informare cu privire la drepturile de confidențialitate pe care respondentele le au a fost citit și explicat în detaliu în fiecare dintre cazuri atât fetelor participante la sondajul de opinie cât și, în funcție de situație, părinților sau aparținătorilor acestora, fiecareia dintre respondente asigurându-i-se deplina confidențialitate a răspunsurilor. Toate interviurile s-au realizat la domiciliul respondentelor, în condiții de confort pentru tinerele mame sau fete însărcinate.

Distribuția eșantionului la nivel național a asigurat reprezentativitatea pentru toate regiunile de dezvoltare și pentru toate județele țării. Aproximativ o treime (36%) dintre tinerele participante la sondajul de opinie locuiesc în mediul urban, restul fiind din mediul rural. Eșantionul a fost împărțit în aproximativ două jumătăți

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE

egale, cu 55% gravide minore și 45% mame minore. Majoritatea gravidelor minore (80%) au declarat vârste de 16-17 ani împliniți. La fel și toate mamele minore. În cazul gravidelor minore, una din cinci respondente are mai puțin de 16 ani. În două situații (2%) copilele însărcinate abia împliniseră la data studiului 14 ani, sarcina fiind instalată înainte de această vârstă. Majoritatea fetelor însărcinate erau în a doua jumătate a sarcinii (mai mult de 5 luni). Majoritatea respondentelor (58%) se declară de etnie română. 40% dintre respondente au declarat etnie romă. Toate datele au fost culese exclusiv pe baza declarațiilor fetelor participante la sondajul de opinie. Nu au fost solicitate acte sau dovezi care să certifice situațiile factuale declarate de acestea (ex: certificate de căsătorie sau cartele de vaccinare).





1. Contracepția și sarcina

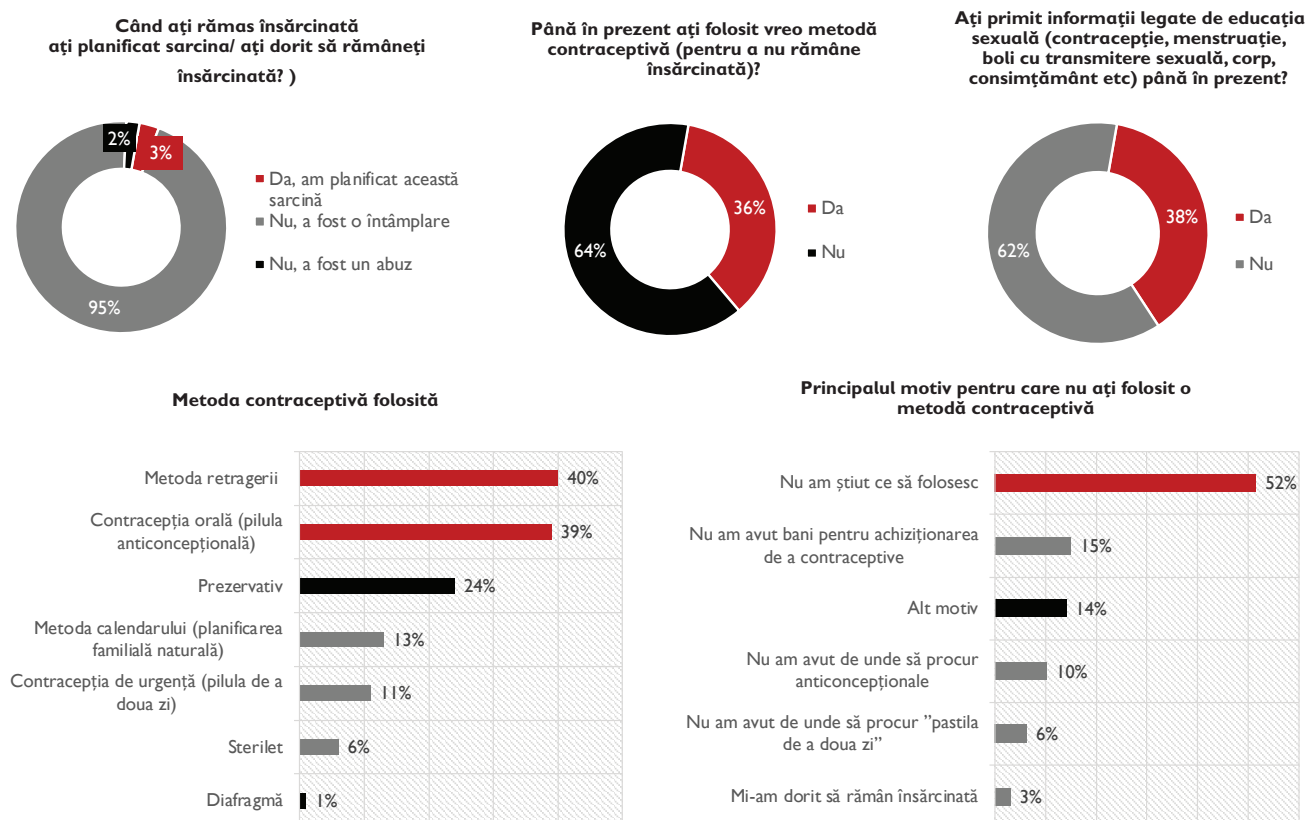
Aproape în totalitatea cazurilor (97% dintre gravidele și mamele minore care au participat la cercetare) sarcina în perioada minoratului nu a fost una planificată. Cu excepția celor trei cazuri (2%) în care sarcina a survenit ca urmare a unui abuz (pentru care agresorul nu a fost încă sancționat, deoarece victima nu a depus plângere) și a celor cinci cazuri (3%) în care sarcina a fost dorită/planificată ca urmare a unei situații maritale stabile a minorei, în toate celelalte cazuri sarcina a fost una întâmplătoare, un eveniment neașteptat, trăit traumatic de către mamă.

În majoritatea cazurilor (două treimi dintre mamele și gravidele minore) sarcina intervine pe fondul lipsei de utilizare a metodelor contraceptive și al lipsei de informații.

În fapt, lipsa de utilizare a metodelor contraceptive este direct corelată semnificativ cu lipsa informațiilor necesare contracepției, mai mult de jumătate dintre minorele care au purtat sau poartă o sarcină declarând că nu au știut ce să folosească în scopul contracepției.

Chiar și atunci când sunt utilizate metode contraceptive acestea sunt fie cu un grad scăzut de siguranță (metoda retragerii) mai ales în cazul cuplurilor în care ambii parteneri sunt fără experiență, fie contracepția bazată pe anticoncepționale orale. În condițiile în care accesul la anticoncepționalele bazate pe hormoni a fost condiționat de rețetă de la medicul de familie, utilizarea capsulelor de contracepție locală (ex: Contracept M) se dovedește a fi puțin eficientă, mai ales în condițiile în care modul de utilizare nu este conform prospectului (introducerea vaginală profundă a capsulei, utilizarea unui ovul la fiecare nou contact sexual, durată maximă de eficacitate de 4 ore etc).

Figură 2 Utilizarea contracepției în prevenirea sarcinii



STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

Pe fondul lipsei de informații privind contracepția și educația sexuală, dar și pe fondul unor relații sexuale sporadice, neplanificate, care nu oferă contextul necesar utilizării contracepției locale (ex. utilizarea de spermicide), dublate de reticența în utilizarea prezervativului de către parteneri (metodă văzută în special ca preventivă împotriva bolilor cu transmitere sexuală decât împotriva sarcinii) apelul la metode de contracepție nesigure este majoritar. Aproximativ una din opt fete s-a bazat pe metoda calendarului în gestionarea contracepției, una din zece a utilizat pastila de a doua zi.

Alte motive pentru care **nu s-au folosit** metode anticoncepționale: abuzul de alcool în momentul actului sexual, abuzul sexual, neglijență, uitare, informații eronate privind faptul că fata nu poate rămâne gravidă după un număr redus de contacte sexuale sau după contacte sexuale sporadice, faptul că nu poate rămâne gravidă în cazul în care alcoolemia este ridicată, faptul că fata nu poate rămâne gravidă la primul contact sexual (dacă este virgină) sau faptul că sexul oral în preludiu scade (din cauza salivei) probabilitatea sarcinii.

Natura întâmplătoare și traumatică a sarcinii este legată nu doar de lipsa de informații, ci și de dificultatea accesului la metode contraceptive, o treime dintre mamele și gravidele minore declarând că fie nu au de unde să procure anticoncepționale, fie nu au avut banii necesari procurării de contraceptive. Așa cum vom vedea în paragraful privind situația economică a familiei 70% din gravidele minore și 52% din mamele minore declară că nu câștigă niciun ban lunar, fiind necesar apelul la alți membri ai familiei pentru a avea acces la sume de bani, chiar și de mică dimensiune. Fără a face parte din obiectul studiului nostru, o analiză sumară online a valorii unui produs anticoncepțional destinat fetelor ne arată valori minime în jur de 30 de lei (Pharmatex 10 ovule). Pentru a avea un termen de comparație, cele 30% dintre fetele gravide intervievate care dispun de sume proprii lunare au o medie a veniturilor/ lună de 95 de lei.

« Habar n-am ce să iau ca să nu rămân gravidă. Știu chestii din astea cu „primele zile după ciclu”, dar nu știu exact câte zile, ca să termine afară, și să nu fie prea excitat. Nu, nu a folosit prezervativ că n-are de unde să ia, că la noi e o singură farmacie și dacă se duce să ceară știe toată lumea. Prezervative are doar un băiat mai mare de aici din sat, care le ia de la oraș și le dă pe zece lei și mai și râde de cei care cumpără că vrea să știe el tot. El (partenerul) n-a cumpărat. Nu m-am gândit că o să se întâmple. Era abia a treia oară în viața mea când am făcut sex, iar el a fost singurul meu partener. Pe cuvânt. »

(gravidă, 15 ani)



Sarcina în minorat este traumă

Stările prin care trec fetele după conștientizarea faptului că sunt însărcinate sunt intense, asociate traumei, descărcate deseori în comportamente de plâns, tremurat, tendință de izolare, tulburări de somn și alimentație, coșmaruri, stări de leșin și vomă, tendințe de autovătămare și auto-pedepsire. Descriem succint în continuare principalele stări care ne-au fost descrise de către fetele intervievate pe parcursul studiului:

- **Spaima** legată de lipsa menstruației combinată cu speranța că poate este doar un accident, poate este doar o dereglare a menstruației. Fata se „agață” de ideea dereglării menstruale cu mare forță, încercând frecvent să își provoace menstruația în special prin consum excesiv de alcool (mai ales cu vin în combinație cu piper sau ardei iute) sau alte tipuri de vasodilatatoare;
- **Frica** generată de certitudinea sarcinii (în urma unui test de sarcină, sau deja în a doua lună de lipsă a menstruației). De obicei momentul de certitudine este însoțit de plâns puternic și de dezvoltarea de strategii de ascundere: schimbarea regimului alimentar pentru „a nu se îngrășa”, schimbarea stilului vestimentar pentru ascunderea abdomenului, evitarea mersului la școală la primele ore ale dimineții când există senzația de vomă, greață.
- **Rușinea** însoțește frica și este un sentiment care blochează acțional copila gravidă. Rușinea ia forme diverse, de la rușinea intimă de a avea o relație sexuală „eșuată într-o sarcină” și nevoia de a ascunde această relație, la rușinea în raport cu cei apropiați generată de grețurile matinale care se pot instala încă din a doua lună de sarcină, până la forma maximă a rușinii, cea comunitară, respectiv la rușinea de a avea un copil în perioada adolescenței de care va afla până la urmă toată lumea din comunitate schimbând definitiv traseul de viață al minorei.
- **Auto-învinovățirea și învinovățirea** sunt însoțite de sentimente acute de anxietate până la depresie. Gravida dă vina pe ea pentru că nu a fost suficient de atentă să nu ajungă în această situație, partenerul ei dă vina pe ea, părinții proprii dau vina pe ea, frații-surorile tind să o învinovățească pentru sentimentul lor de rușine generat de curiozitatea sau de etichetările din spațiul public, frecvent inclusiv familia partenerului o învinovățește pentru „distrugerea vieții băiatului”. De cele mai multe ori minora gravidă este văzută „ca o problemă”, „ca un accident nedorit” pentru familia ei, pentru familia partenerului, pentru întreaga comunitate din care face parte. Deseori este învinovățită de diriginte sau consilier școlar (că ne-a pus în situația asta/ ne-a făcut de rușine), de asistentul social (că acum trebuie să raportăm, mai avem un dosar/caz în plus față de treaba pe care o aveam deja) și chiar de medicul de familie (că a ajuns în situația de a necesita monitorizare). Învinovățirea este frecvent însoțită de etichetări jignitoare, cuvinte dure, tonalitate agresivă sau umilitoare. Momentul în care persoanele dimprejur află despre graviditatea fetei este unul agonizant, care durează multe zile, în care copila simte:

« Cât de rea poate fi lumea, chiar și cei care până atunci nici măcar nu s-au uitat o dată la mine. »

(gravidă 15 ani)

- **Singurătatea/ sentimentul de însingurare** este determinat de valul de învinovățire și de schimbarea bruscă a statutului fetei pentru toți cei apropiați: relațiile cu familia de proveniență se răcesc sau devin conflictuale, cercul de prieteni se restrânge dramatic, sau chiar dispare, cei mai mulți nedorind să fie asociați cu o persoană suspectată de comportament indecent, partenerul sexual rupe legătura cu minora sau schimbă relația în una conflictuală, frații, surorile tind să răcească legăturile familiale.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

« Am simțit că viața mea s-a terminat pentru totdeauna, că nu mai are sens să mai visez la nimic vreodată. Să mai am speranță de ceva. »

(mamă 16 ani)

- **Neputința** acțională se instalează treptat după șocul inițial. Fetele gândesc (și de multe ori acționează) cu naivitatea caracteristică vârstei: se gândesc să fugă de acasă, încearcă să scape de sarcină prin metodele cele mai puțin costisitoare (inclusiv introducerea de obiecte ascuțite sau toxice în vagin), încearcă să provoace violența împotriva lor (de cele mai multe ori a partenerului) sau să o amplifice pentru a scăpa de sarcină traumatic și, nu în ultimul rând, încearcă să recurgă la avort. Din păcate, tot mai puține unități spitalicești oferă acest serviciu gratuit (costul mediu într-o clinică este între 1.000-2.000 lei), iar în cazul minorelor aspectul cel mai important este că intervenția nu se poate realiza fără acordul părinților/tutorilor. De cele mai multe ori parcurgerea etapelor psihologice anterioare (depășirea șocului, încercarea de a rezolva prin metode proprii) depășește fereastra de oportunitate pentru un avort indiferent de tipul acestuia (avort medicamentos 7-9 săptămâni, avort chirurgical 14 săptămâni). Niciuna dintre fetele intervievate nu a menționat vreo organizație sau linie telefonică la care a apelat pentru a discuta despre stările prin care trece în această perioadă, pentru a primi sfaturi, sau consiliere. Puținele ancore afective de sprijin rămase (mama, o prietenă bună, o bunică) sunt la fel de puțin informate ca și gravida și chiar mai ancorate în metode și tehnici tradiționale la care este supusă gravida, fiind actualizate multe din practicile din timpul decretului pe care în special bunicile le-au cunoscut.

« N-am știu ce să fac, n-am știu încotro să o apuc. Aș fi plecat la capătul lumii, dar n-aveam nici un ban pus deoparte. »

(gravidă 16 ani)

« Am mers cu el la o clinică în oraș. Putea să plătească, dar trebuia să fie cineva din familie. Ori mama e în Italia, cu tata nu prea vorbesc. Ce puteam face? Am încercat alte metode (de avort), dar nu a mers. »

(mamă 16 ani)

- **Scăderea stimei de sine** generată de cuvinte și gesturi umilitoare chiar în interiorul propriei familii sau în relație cu partenerul sexual. De cele mai multe ori partenerul cu care fata a rămas însărcinată este primul sau al doilea partener sexual din viața ei, lipsa de experiență sexuală fiind mai degrabă caracteristică gravidelor minore decât excesul de experiență de care sunt acuzate. Stima scăzută de sine se asociază cu lipsa unei perspective de viață și se manifestă de cele mai multe ori prin stări de letargie. Copila nu se mai simte în stare să facă nimic, nu mai este în stare să găsească motive de bucurie, nu mai găsește motivație pentru a face lucrurile cu care era obișnuită (ceea ce generează de multe ori și abandonul școlar pe perioada sarcinii).



« Simțeam că nu mai vreau să mă ridic din ȫart. Că nu mai pot să merg la școală. Că nu mai vreau să văd pe nimeni. »

(mamă 17 ani)

În foarte scurt timp copila devine ținta interesului negativ la nivel comunitar și mai multe „reflectoare” sunt direcționate spre ea în sens negativ, deși până la momentul sarcinii puțini se interesaseră de bunăstarea acesteia.

- **Depresia** se instalează după câteva luni de sarcină, mai ales când nu se primește consiliere sau când copila nu este sprijinită de propria familie. Viitoarea mamă în situații de depresie frecvent generează iterații suicidale sau sentimente de respingere a noului născut. Ni s-au relatat cazuri în care minora s-a gândit să abandoneze copilul în spital și să fugă, sau alte comportamente din zona auto-vătămării.

« Am vrut să mă arunc în lac, aici lângă noi, că ȫur și simplu nu mai puteam, dar m-am gândit la viața copilului. M-am gândit și să-l las în spital, că poate are mai multe șanse în viața decât cu mine și, credeți-mă (plânge) dacă nu ar fi fost mama cu mine l-aș fi lăsat. »

(mamă 16 ani)

- **Frica de medic și de naștere.** Lipsa de experiență în controlul medical general (majoritatea fetelor nu au fost la medic decât o dată sau de două ori în perioada de care își aduc aminte începând cu 6-7 ani), inclusiv lipsa de experiență în relația cu medicul de familie, folclorul și experiențele nedorite, traumatizante în relația cu medicul ginecolog care circulă în societate, mai ales în medii defavorizate (a se vedea și studiul Salvați Copiii despre gravidele din comunitățile defavorizate din 2022) lipsa cunoașterii modalităților de acces la un medic ginecolog, lipsa de suport financiar pentru a apela la un astfel de medic fac parte din complexul de trăiri de mare intensitate pe care le are minora gravidă. Imaginea durerilor nașterii, hiperbolizarea intervențiilor chirurgicale pentru extragerea copilului (fie că este cezariană, fie că este perineotomie) pe fondul necunoașterii amplifică teama de medic și de spital. De altfel, lipsa educației pentru sănătate, inclusiv prin controale medicale periodice efectuate în cadrul școlii face ca fobia de medic și de spital să fie relativ frecvent întâlnită în cazul copiilor³.
- **Sentimentul de povară financiară** pentru propria familie, pentru părinți, frați și surori vin în completarea fricii de medic. Minora gravidă încearcă să apeleze cât mai puțin la banii familiei, de a cheltui cât mai puțin, acesta fiind un motiv principal care reduce șansele de medicație și vitaminizare pentru bunăstarea gravidei și copilului (vitamina D, acid folic, vitamina B, fier etc). Din aceste două motive (sentimentul de povară financiară și frica de medic și spital) o mare parte din gravidele minore ajung să nască fără nicio analiză anterioară momentului nașterii, fiind de multe ori abuzate emoțional suplimentar în maternitate de către personalul medical care le acuză de neglijență în raport cu propriu copil și de lipsa de responsabilitate.

3 A se vedea studiul CNSMLA cu privire la Evaluarea riscului de afecțiuni mintale la copii și adolescenți coordonat de prof. dr. Carmen Trușescu prezentare din cadrul conferinței pentru Sănătate mintală 2023.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

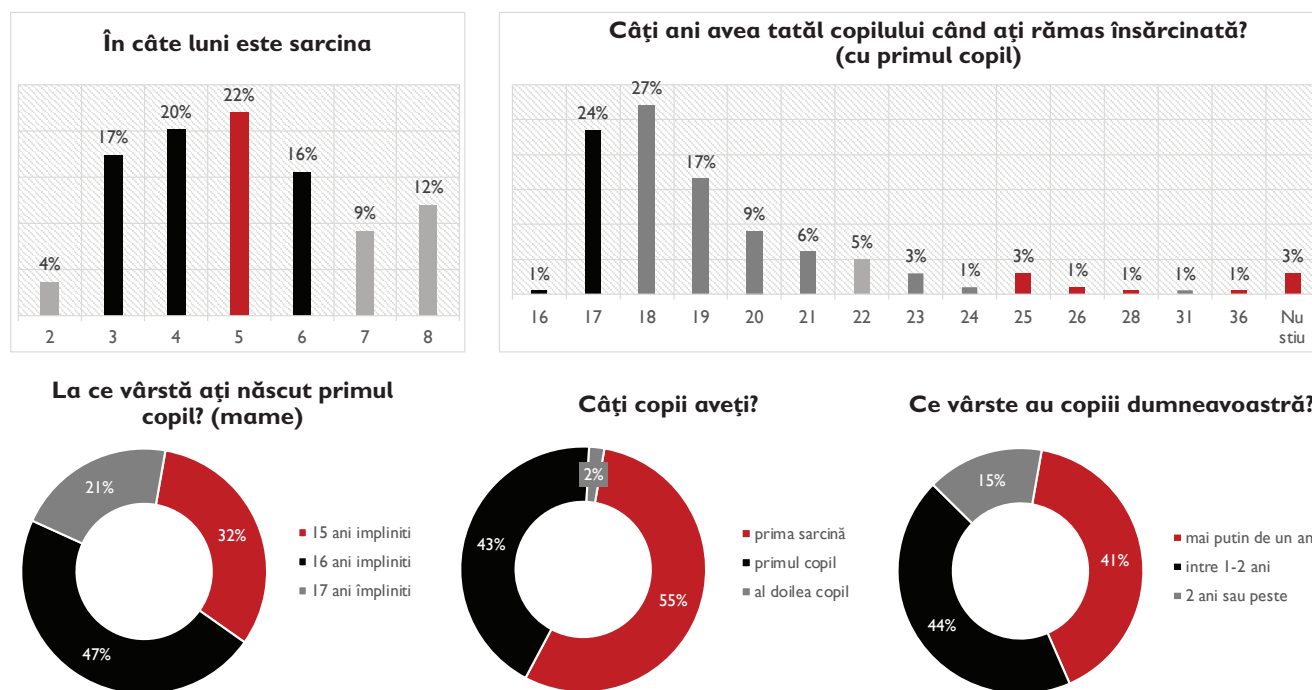
RAPORT DE CERCETARE

« Ni se spune <kinder cu surprize> în spital, știți? Asistentele, moașa, doctorii se uită la fete ca noi ca la ultimele proaste. <De ce nu ți-ai făcut analize, n-ai văzut că-ți crește burta? Ce credeai că e? Când ai făcut sex ți-a plăcut, acum vii și plângi pe aici că naști prea devreme!> Ce pot să spun? Da, știam că e copil! Nu, nu mi-a plăcut nici atunci! Cui să-i spun? Nimeni nu mă înțelege! (plânge). »

(mamă, 16 ani)

2. Sarcina și relația cu tatăl copilului

Figură 3 Sarcina și vârsta părinților



Vârsta medie a tatălui copilului este cu aproximativ 3-4 ani mai mare decât a mamei. Astfel, dacă fetele minore rămân însărcinate în jurul vârstei de 15 ani, în medie (cea ce corespunde cu perioada terminării școlii gimnaziale), tatăl are aproximativ vârsta de 19 ani (cea ce corespunde cu perioada finalizării educației liceale). Remarcăm faptul că aproximativ un sfert dintre tații copiilor mamei minore sunt la rândul lor minori la momentul sarcinii. De asemenea remarcăm că unul din zece tați este cu cel puțin zece ani mai mare decât minora care a rămas însărcinată. În 3% dintre cazuri (5 fete) fata nu cunoaște vârsta tatălui. Una din trei mame minore (32%) a născut primul copil înainte de a împlini vârsta de 16 ani. În două situații (2% din mamele minore) fata interviuată se află la al doilea copil în perioada minoratului.

După cum se observă din figura anterioară, aproximativ o treime dintre mamele minore rămân însărcinate în intervalul 14-15 ani. În majoritatea acestor cazuri tatăl copilului este major la momentul instalării sarcinii. Așa cum vom vedea două treimi dintre fetele care rămân însărcinate în acest interval de vârstă nu mai urmează nicio formă de învățământ la momentul sarcinii, abandonul școlar fiind direct corelat cu probabilitatea gravidității în perioada minoratului.



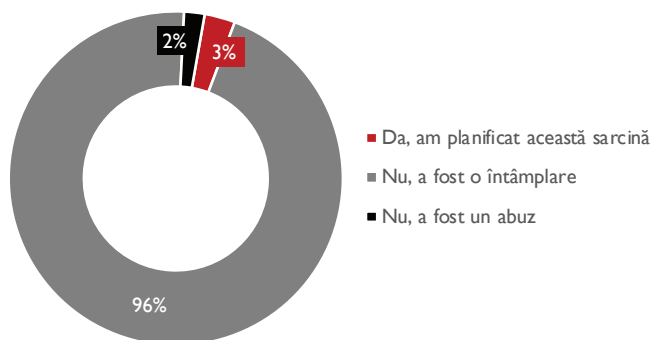
Vârsta critică ce marchează instalarea sarcinii pentru mamele gravide sau minore este vârsta de 14-15 ani, când fetele încheie cursurile gimnaziale și nu continuă studiile la nivel liceal. În majoritatea cazurilor, tatăl copilului este major la momentul instalării sarcinii.

În aproape toate cazurile (96% dintre respondente) sarcina nu a fost una planificată. În 2% dintre cazuri (3 situații) fetele declară că sarcina a intervenit ca urmare a unui abuz, iar în 3% dintre cazuri (5 situații) fetele declară că și-au planificat sarcina. În toate cazurile în care fata declară că sarcina a fost urmarea unui abuz vârsta declarată pentru momentul în care a rămas însărcinată a fost de peste 15 ani. În ambele situații (abuz sau planificare a sarcinii) doar una din cele 3, respectiv 5 fete a declarat că este de etnie romă. Ipoteza corelației între cele două fenomene și apartenența etnică la minoritatea romă nu a putut fi validată.

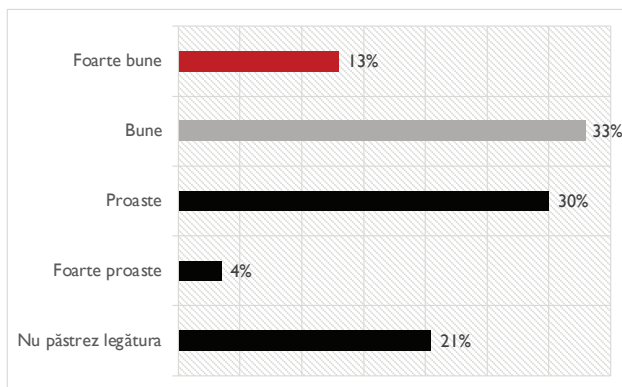
Responsabilizarea tatălui și implicarea lui în îngrijirea copilului și gravidei este foarte scăzută. În majoritatea situațiilor acesta nu se implică sau se implică minimal în ajutorarea mamei sau gravidei minore.

Figură 4 Graviditatea și relația cu tatăl copilului

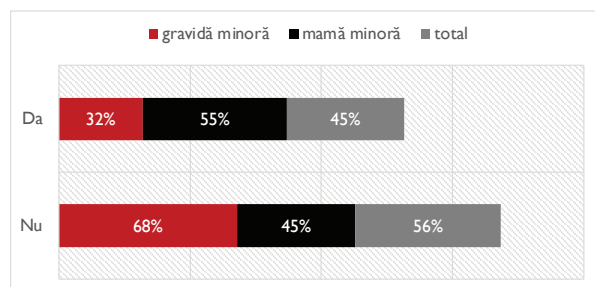
Când ați rămas însărcinată ați planificat sarcina/ ați dorit să rămâneți însărcinată?



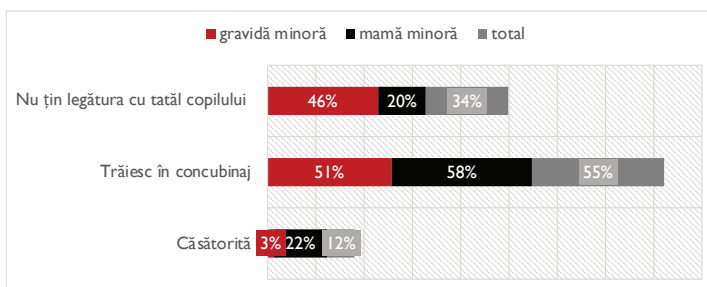
Cum ați aprecia relațiile cu tatăl copilului / copilului cu vârsta cea mai mică dacă aveți mai mulți copii?



Vă ajută tatăl copilului/copilor în îngrijirea acestora?



Care este relația civilă pe care o aveți cu tatăl copilului/ tatăl ultimului copil

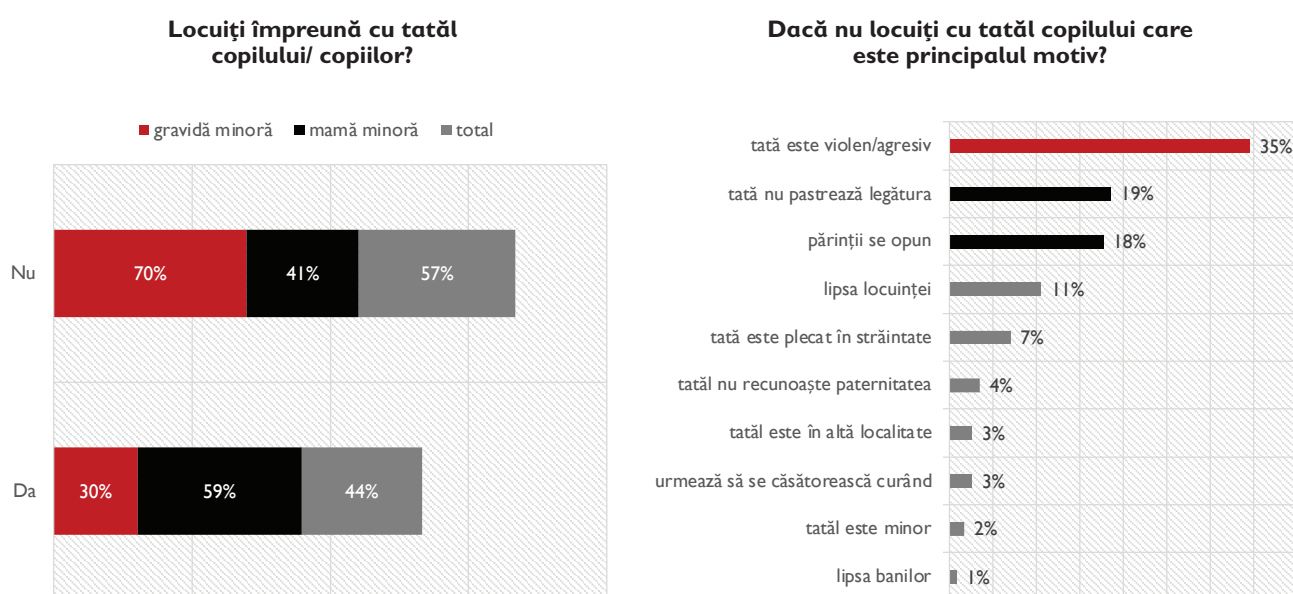


În majoritatea cazurilor (56% din situații), tatăl copilului are o relație deficitară cu mama și nu se implică în îngrijirea copilului sau a gravidei. Implicarea tatălui este mai mare după nașterea copilului decât înainte. În majoritatea situațiilor (55% dintre acestea) relația declarată de mamă sau viitoarea mamă cu tatăl copilului este cea de concubinaj, fără însă ca acest concubinaj să însemne și faptul că cei doi parteneri locuiesc împreună.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE

Remarcăm în figura următoare faptul că aproximativ una din cinci mame minore declară că este căsătorită cu tatăl copilului/copiilor. Ponderea fetelor care se declară de etnie romă în această situație este similară cu ponderea lor în total eșantion, indicele de contingență între cele două variabile fiind nereprezentativ statistic, ceea ce arată că, pe baza autodeclarării etniei, nu se înregistrează o relație directă între căsătorie în rândul minorității romă și graviditatea în rândul minorelor. De asemenea, se evidențiază faptul că, în perioada de graviditate, modelul este semnificativ diferit în ceea ce privește relaționarea cu tatăl copilului. 46% dintre minorele însărcinate (pondere mai mult decât dublă în raport cu mamele minore) declară că nu păstrează legătura cu tatăl copilului.

Figură 5. Relația partenerială. Locuirea



Majoritatea fetelor din eșantion (57%) nu locuiesc împreună cu tatăl copilului, în cea mai mare parte din cazuri fiind vorba mai ales de minorele gravide. În cazul mamelor minore ponderea cuplurilor parentale care locuiesc în aceeași gospodărie este majoritară (59%). Principalul motiv al situației parteneriale deficitare în cazul gravidelor și mamelor minore este **violența domestică**, o treime dintre fetele care nu locuiesc cu tatăl copilului lor declară că acesta este agresiv, violent. Frecvent, în cadrul interviurilor desfășurate ne-au fost relatate situațiile în care inclusiv anunțarea sarcinii a generat violență semnificativă între parteneri, învinovățirea fetei, relații de agresivitate inclusiv din partea familiei partenerului sexual al mamei sau gravidei minore. Educația băieților pentru asumarea comportamentelor sexuale se dovedește, în aceste situații, ca fiind profund deficitară. În unu din cinci cazuri (19%) tată copilului „dispare” din viața minorei gravide imediat după aflarea veștii privind graviditatea, întrerupând orice contact cu aceasta. Opoziția părinților, atât ai fetei cât și ai băiatului (de obicei pe fondul violenței între familii), este de asemenea un motiv important pentru care cuplul din care face parte mama/gravida minoră nu locuiește împreună. Acest ultim motiv se atenuază ca pondere după nașterea copilului, explicând, în parte, diferența în statutul locuirii între gravidele minore și mamele minore.



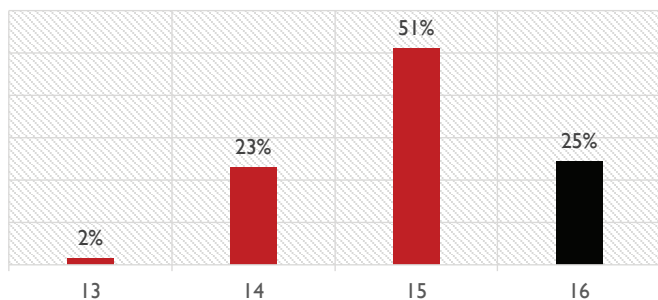
« Când i-am spus (partenerului) mi-a tras o palmă de a început să îmi curgă sânge din gură. Mi-a zis că de ce îi spun lui? Că poate nici nu e al lui! Deși știa că nu am avut niciun alt prieten. Mi-a zis că n-are de gând să plătească toată viața pensie alimentară. Și m-a lovit. Mi-a zis că sunt o proastă. O curvă. Cu o săptămână înainte îmi zisese că sunt iubirea vieții lui. Că o să fie cu mine toată viața. Când i-am spus l-am văzut ultima dată. Am înțeles de la niște vecini că a fugit în Italia. Maică-sa mi-a transmis prin niște cunoscuți că mă face una cu pământul dacă mă vede, că din cauza mea i-a plecat băiatul de acasă. »

(gravidă 16 ani)

Trei sferturi din fetele care în prezent sunt mame minore sau gravide minore au rămas însărcinate pentru prima dată în jurul vârstei de 15 ani sau mai puțin. Diferența medie de vârstă între minoră și partenerul ei, la momentul în care a rămas însărcinată, pentru întregul eșantion este de 4.2 ani. Scăderea în vârstă a fetelor tinde să crească diferența de vârstă între parteneri. Astfel în cazul fetelor care au rămas însărcinate la 15 ani sau mai puțin media diferenței de vârstă între parteneri este de 4.6 ani. Pentru mai mult de o treime (35%) dintre fetele care au rămas însărcinate în jurul vârstei de 15 sau mai puțin diferența dintre ele și partenerul lor este de 5 ani sau mai mare, ceea ce plasează cazuistica în sfera abuzului sexual în conformitate cu noile prevederi legale.

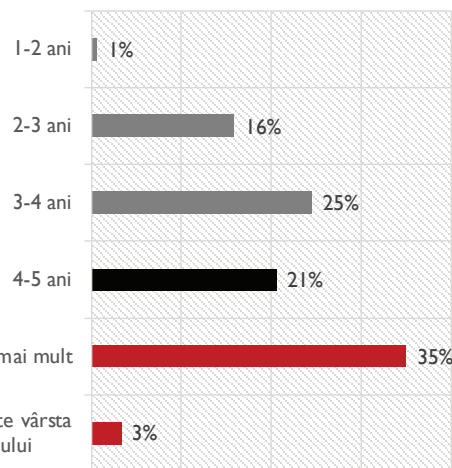
Figura 6 Ponderea abuzului sexual potențial sub aspectul diferenței de vârstă între minoră și partener

Vârsta la care minoră a rămas gravidă prima dată



- Media diferenței de vârstă între parteneri per eșantion este de 4,2 ani
- Diferența de vârstă medie între parteneri crește odată cu scăderea vârstei minorei
- Diferența medie de vârstă între parteneri pentru fetele care au rămas gravide la 15 ani sau mai puțin este de 4.6 ani

Diferența de vârstă între parteneri pentru fetele care au rămas gravide prima dată la 15 ani sau mai puțin



Cel puțin una din trei fete care au rămas însărcinate în jurul vârstei de 15 sau mai puțin au avut parteneri mai mari cu 5 ani sau mai mult, ceea ce plasează cazuistica în sfera abuzului sexual.

Remarcăm faptul că în 3% din cazuri nu se cunoaște vârsta partenerului acestea fiind semnalate pe parcursul cercetării ca fiind cazuri de abuz, fără însă ca fetele sau aparținătorii să fi reclamat acest lucru. De asemenea menționăm că diferența maximă de vârstă înregistrată în cadrul acestui eșantion între minoră care a rămas însărcinată la 15 ani sau mai puțin și partenerul sexual este de 21 de ani.

« Mă aștepta la școală, când ieșeam. Aproape un an de zile m-a așteptat și mi-a tot zis și mi-a tot promis. Mi-a zis că are 25 de ani și lucrează ca barman în București. Mi-a promis că o să mergem în Italia și o să se căsătorească cu mine și o să ne deschidem un bar împreună. După aia m-am culcat cu el, că a zis că vrea să fie primul. Și vreo jumătate de an a zis că are niște datorii, că mai amânăm plecarea. Când i-am zis că sunt gravidă m-a înjurat și m-a bătut și cu pumnii. A zis că l-am făcut să piardă bani și că sunt un ghinion pentru el. Dar nu i-am cerut niciun ban. Mi-a dat 100 de euro și a zis să nu-l mai caut niciodată. Și-a închis și numărul de telefon. »

(mamă 16 ani)

3. Contextul social al gravidei/mamei minore

Contextul social în care trăiește mama/gravida minoră este unul vulnerabil din punct de vedere al sarcinii în perioada minoratului, cu o cazuistică frecventă în comunitate și antecedente semnificative în familie. Din acest punct de vedere remarcăm faptul că probabil pot fi identificate comunități țintă spre care efortul de comunicare în direcția contracepției în cazul minorilor să fie orientat prioritar.

O treime (31%) dintre mamele/gravidele minore cunosc în **comunitatea** în care locuiesc cel puțin 2-3 alte fete minore care au trecut/trec prin aceeași experiență de viață. De cele mai multe ori prezența altor fete în comunitate, cu experiență similară, este resimțită psihologic de către gravida minoră ca o ancoră afectivă, menită să o sprijine în depășirea șocului inițial prin a arăta că situațiile pot fi gestionare și pozitiv, că pot fi depășite, că activitatea poate fi continuată și după o sarcină în minorat. Este însă semnificativ din punct de vedere sociologic faptul că un număr mare de minore gravide în comunitate arată un model cultural și indică o problemă de gestionare a comportamentelor sociale în rândul minorilor fiind necesare intervenții prin intermediul instituțiilor, dar mai ales a liderilor de opinie și elitelor culturale din comunitatea respectivă.

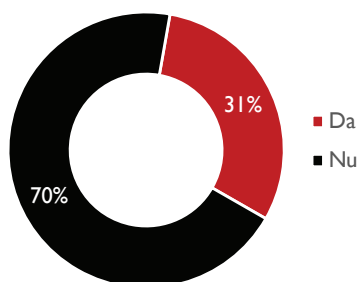
Contextul social în care trăiește mama/gravida minoră este unul vulnerabil din punct de vedere al sarcinii în perioada minoratului, cu o cazuistică frecventă în comunitate și antecedente semnificative în familie.



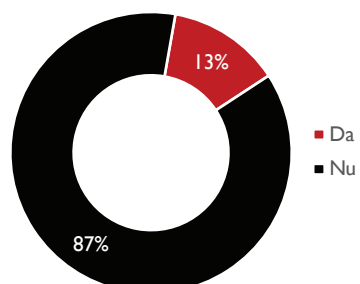


Figură 7 Contextul comunitar și familial al gravidei/mamei minore

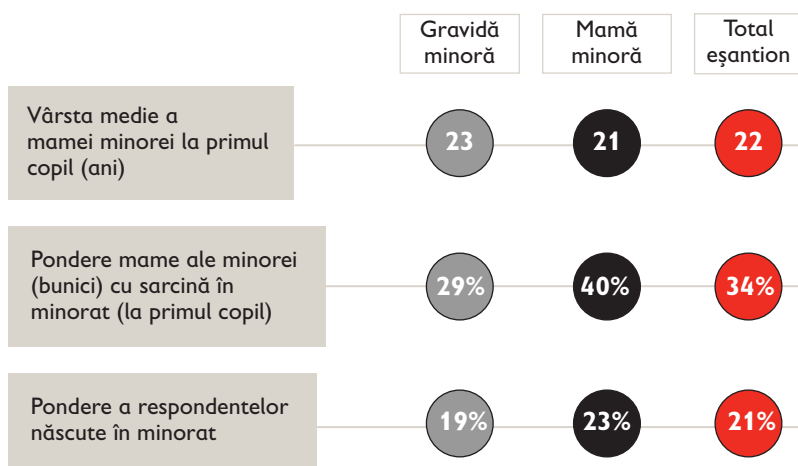
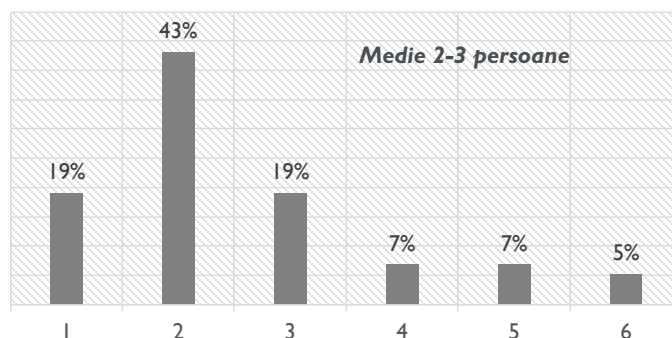
În comuna/satul/cartierul în care trăiești cunoști și alte adolescente gravide sau care au copii?



Aveți surori, verișoare, prietene, colege care au născut la vârsta mai mică de 18 ani?



Dacă da, câte?



Cercul de prieteni și familia extinsă din care provine minoră sunt un mediu favorabil și tolerant pentru sarcină în minorat, una din opt fete minore însărcinate (13%) are în familie sau în grupul de proximitate fete în aceeași situație.

Familia de apartenență constituie pentru o treime (34%) dintre fetele și minorele gravide un mediu de transmitere a unui model cultural tolerant la sarcină în minorat. Una din trei fete gravide în perioada minoratului are mamă care a născut la rândul ei primul copil în minorat, iar una din cinci fete gravide înainte de 18 ani (21%) este, la rândul ei, născută în perioada de minorat a mamei.

« Da, mai cunosc încă o fată ca mine la noi în sat care tot așa a rămas însărcinată de mică. Și până la urmă s-a descurcat. Au ajutat-o mult și părinții ei. Acum copilul ei are trei ani și e o scumpete de copil. Acum câteva luni am înțeles că tatăl copilului s-a întors din Germania cu o jucărie și că ar vrea să facă nuntă. Mă bucur pentru ea. La mine e mai greu că sunt doar cu mama și cu doi frați și nu prea avem bani deloc. În plus n-are cum să se întoarcă la mine că e deja căsătorit și mi-a zis că nu-i pasă. O să ne descurcăm noi cumva. Mă mai ajută și mama. Și dacă o să pot o să merg cu ea pe la oameni la curățenie, la îngrijit de bătrâni pe aici prin sat, vedem noi! Poate după ce nasc merg la muncă în Spania că mi-a promis cineva. »

(gravidă 16 ani)

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

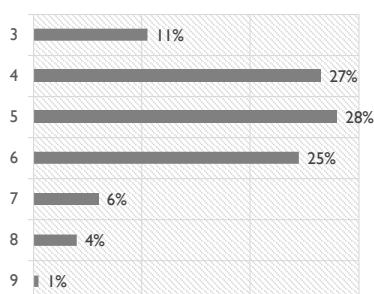
RAPORT DE CERCETARE

4. Condițiile de viață ale mamei/gravidei minore

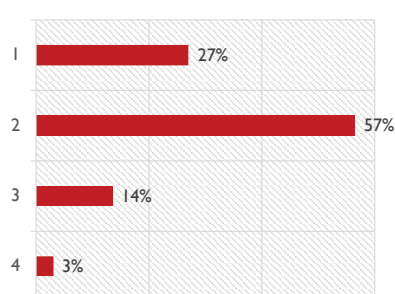
Cea mai mare parte a gravidelor minore (89%) trăiesc în **familii cu număr mare de membri**, respectiv patru persoane sau mai mult. La nivelul eșantionului numărul maxim de membri ai familiei de proveniență a fost de nouă persoane. Structura familiei include la nivel modal cel puțin încă un minor (soră/frate al mamei/gravidei minore), doi adulți (părinții gravidei/mamei minore) și un vârstnic (de cele mai multe ori bunica mamei minore), fiind în medie compusă din cinci persoane. Această structură oferă un bun factor de protecție al gravidei minore, dar favorizează și un nivel ridicat de paupertate prin distribuția veniturilor.

Figură 8 Structura familiei gravidei/mamei minore

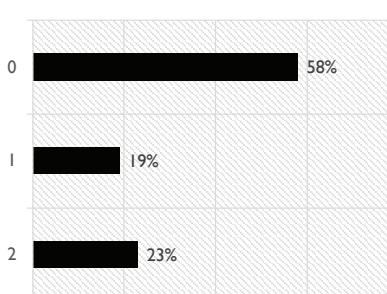
Din câți membri este alcătuită gospodăria dvs.?



Dintre care copii sub 18 ani (inclusiv respondentă)



Dintre care vârstnici peste 65 ani



Veniturile medii per gospodărie sunt **semnificativ mai scăzute** decât media la nivel național (la aproape o treime prin comparație cu media națională), veniturile medii lunare per membru al familiei situându-se în jurul valorii de 120 dolari/lună ceea ce poziționează gospodăria de proveniență a mamei minore la nivelul pragului de sărăcie acută stabilit de ONU (3-4 dolari/zi/ membru de gospodărie). 38% din fetele intervievate declară că familia din care provin câștigă mai puțin de 1000 lei/ lună (200 euro).

Majoritatea familiilor din care provin mamele/gravidele minore se situează din punct de vedere al veniturilor la nivelul pragului de sărăcie acută (mai puțin de 3-4 dolari/zi/ membru de familie).

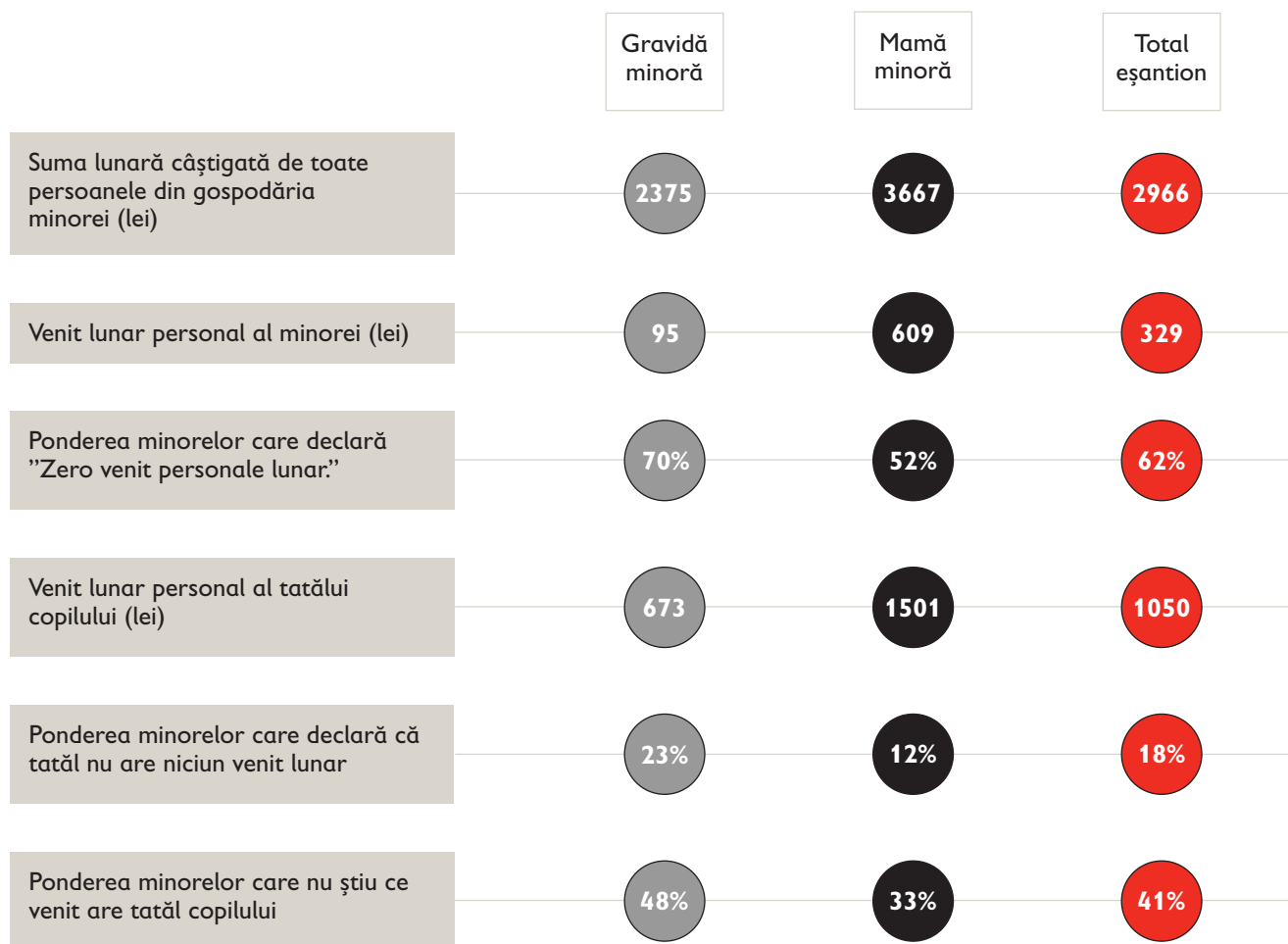
După cum se poate observa în figura următoare în care sunt evidențiate mediile la nivelul eșantionului național, situația financiară în cazul gravidelor minore este semnificativ mai deficitară decât în cazul mamelor minore, ceea ce tinde să prejudicieze (așa cum vom vedea ulterior) sănătatea copilului prin regimul alimentar deficitar și pauper al mamei în perioada prenatală, prin lipsa suplimentelor și vitaminelor necesare dezvoltării intrauterine armonioase a copilului.

O diferență semnificativă odată cu nașterea copilului se remarcă și în ceea ce privește veniturile individuale ale mamei care cresc în medie de aproximativ 6 ori în raport cu perioada prenatală. Din acest punct de vedere inițiativa legislativă de a acorda mamei minore dreptul de gestionare a fondurilor alocate creșterii copilului este nu doar lăudabilă, ci și extrem de utilă pentru binele copilului și confortul direct al mamei. Revenim în a atrage atenția asupra faptului că majoritatea gravidelor minore dispun de sume proprii lunare mai mici de 100 lei, ceea ce face ca accesul la anticoncepționale să fie prohibitiv dacă acestea nu sunt distribuite gratuit sau compensate.



70% dintre gravidele minore și 52% dintre mamele minore declară că nu au nici un venit personal lunar sumele încasate din sistemul de protecție socială sau alocații fiind gestionate în interiorul familiei, de obicei de unul dintre părinții minorei gravide/mame. La nivelul cumulată al eșantionului această proporție ajunge la două treimi (62%) din totalul respondentelor.

Figură 9 Medii semnificative în veniturile lunare ale celor doi parteneri



Implicarea financiară a tatălui în creșterea copilului și susținerea mamei/gravidei minore este scăzută, 59% din cazuri aceștia declară că nu au venituri sau nu păstrează legătura cu minora, neputând fi responsabilizați juridic.

Veniturile tatălui copilului sunt, în valoare medie, semnificativ mai mari decât ale mamei, de aproximativ șapte ori mai mari în cazul gravidelor minore și de două ori și jumătate mai mari în cazul mamelor minore. Gradul de activism pe piața muncii este semnificativ mai ridicat în cazul taților. Doar pentru 18% dintre aceștia respondentele au precizat că nu au venit lunar. Remarcăm însă în figura anterioară ponderea mare (41%) dintre respondente care nu știu ce venit are tatăl copilului, nepăstrând legătura cu acesta, ceea ce îngreunează acțiunea de solicitare a implicării paterne în creșterea copilului prin acordarea de pensie alimentară. De altfel suportul prin pensie alimentară acordat de către tată în condițiile în care acesta nu locuiește cu mama minorei a fost rareori menționat pe parcursul colectării datelor și, chiar și când a fost menționat, frecvent a constituit un argument pentru situația conflictuală dintre fata minoră și partener.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE

« Frica mea cea mai mare este că noi trăim foarte greu. Eu știu cum este să nu ai ce mânca și mi-am promis că dacă o să am un copil el nu o să treacă prin asta. Mulți oameni preferă să arunce mâncare decât să o dea unor oameni care nu au. Eu știu cum este să mănânci prăjitură sau cozonac doar o dată sau de două ori pe an. Tot timpul lumea se uită în jos la noi și ne învinovățește și ne vorbește urât. Când am fost la medicul de familie să-mi dea rețetă pentru copil că a răcit m-a întrebat de ce am venit cu mâna goală. Uitați-vă în casa mea, doamnă, și puneți mâna dvs. pe lucru' acela, sau pe banii ăia pe care aș fi putut eu să îi dau! Oamenii sunt răi și nu-i cred pe săraci. Mă trimit la muncă. Ce aș putea să muncesc, mai ales acum? Copiii lor muncesc? Din ce bani să îmi iau pastile? Din ce bani să iau biberon? Lapte? Pampersși? Hăinuțe? Când am născut am dat 500 de lei la spital. Pentru pastile, pentru ca să schimbe patul... »

(mamă 17 ani cu o locuință extrem de pauperă, cu podea din lut și cinci locatari)

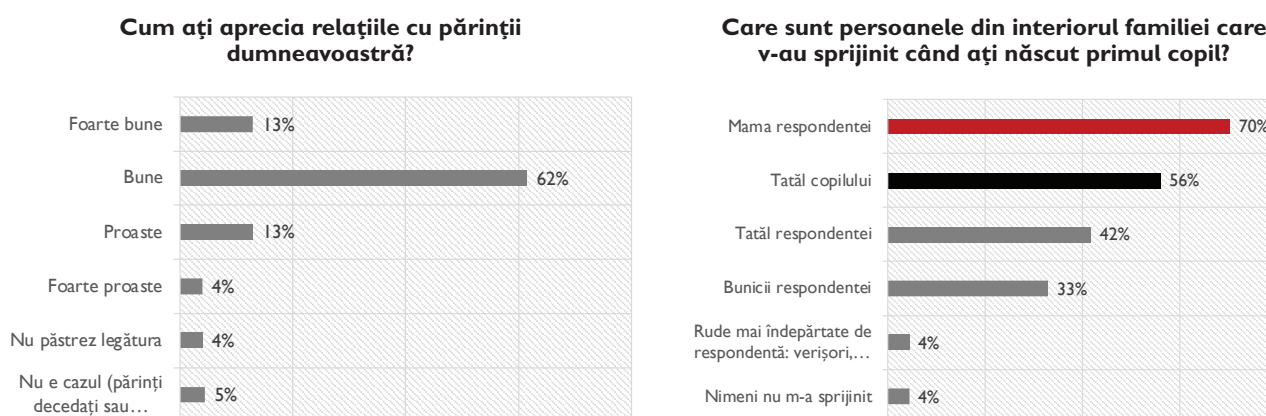




5. Suportul familial al gravidei și mamei minore

Principalul suport emoțional și financiar al gravidei și mamei minore este oferit de către familia de proveniență, în special de către mama acesteia. Coeziunea familială reprezintă cea mai importantă plasă de siguranță pentru minora însărcinată. Așa cum vom vedea, nevoia de suport familial este principala nevoia pe care acestea o manifestă și spre care se îndreaptă solicitările de consiliere, mediere, educare în sensul creșterii toleranței și acceptabilității. Este de remarcat faptul că 74% dintre fetele și gravidele minore declară că au relații bune sau foarte bune cu familia de proveniență. Totuși una din cinci fete, mai ales în cazul gravidelor, se află în relații tensionate cu familia din care provine.

Figură 10 Suportul familial al gravidei/mamei minore



Menționăm că starea de stres a gravidei este un factor perturbator semnificativ pentru dezvoltarea fătului și un factor favorizant pentru abuzul de substanțe extrem de nocive mamei și copilului. În 9% din cazuri (aproximativ una din zece fete intervievate) părinții nu sunt prezenți în viața minorei însărcinate/ mamei. În aceste situații, cel mai des, bunica fetei este cea care sprijină cel mai mult minora sau tatăl copilului.

« Mama a fost foarte supărată pe mine când i-am spus că sunt gravidă. M-a și bătut rău. Dar până la urmă ce să faci? I-am zis că plec de acasă și gata. N-aveam cum să plec, dar cred că mama s-a speriat de mai rău. Până la urmă a venit și mi-a zis că o să ne descurcăm noi cumva, că un copil poate fi și o binecuvântare. Când mi-a zis asta am plâns mai tare decât atunci când m-a bătut. Că am simțit că mi-a luat așa, ca o greutate de inimă. Totuși, e mama mea și este alături de mine! Ea a venit cu mine și la spital. Ea s-a certat și cu doctorii. E mare lucru să ai pe cineva cu tine! Tata e la muncă în străinătate. Îmi trimite bani. Și tatăl copilului mi-a trimis 200 de euro de când s-a născut copilul (un an). Și o oă... »

(mamă 16 ani)

6. Suportul instituțional

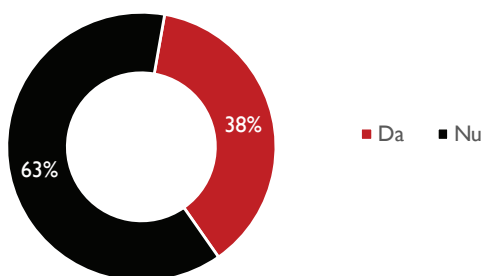
O treime dintre fete (38%) au beneficiat de consiliere psihologică, însă în cea mai mare parte această consiliere nu a fost făcută de un psiholog, ci de un alt specialist în domeniul sanitar-educational. În cadrul sondajului de opinie nu au fost solicitate detalii cu privire la această consiliere psihologică (durată/conținut), însă s-a remarcat faptul că o mare parte dintre fete solicită sfaturi cu privire la evoluția sarcinii și creșterea copilului, că sunt fragile emoțional, că trăiesc sarcina ca o traumă și așteaptă cu teamă schimbări în viața lor viitoare, că sunt vulnerabile la mesaje și informații care nu se bazează întotdeauna pe argumente științifice.

Asistentul social și consilierul școlar sunt principalii actori de sprijin pentru consilierea fetelor minore. În cele mai multe cazuri ne-au fost semnalate un număr foarte redus de ședințe (2-3), în care s-au primit informații mai degrabă administrative privind modul de accesare a resurselor disponibile pentru mamele minore și oportunitățile de finalizarea a educației.

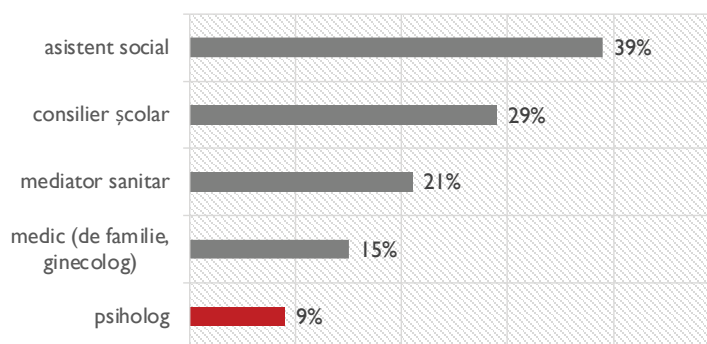
Cabinetul medical/dispensarul din localitate este instituția cu care gravida/mama minoră interacționează cel mai frecvent, fiind, din acest punct de vedere, locația optimă pentru consiliere și informare a minorei cu privire la creșterea copilului și gestionarea sarcinii. Indicăm în capitolul următor și faptul că 39% din gravidele minore și 24% dintre mamele minore continuă școala, majoritatea în regim de zi, ceea ce arată oportunitatea comunicării prin intermediul consilierului școlar sau dirigintelui.

Figură 11 Suportul instituțional al gravidei/mamei minore

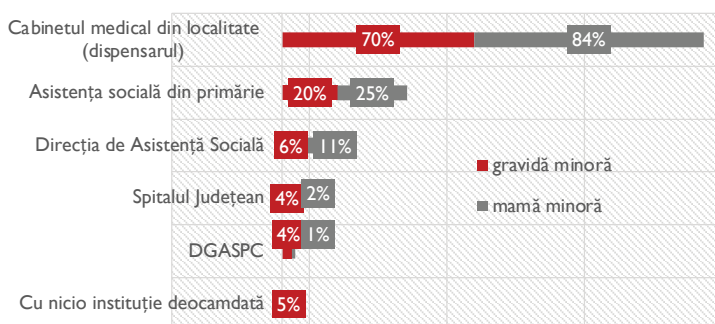
Ați beneficiat de vreo formă de consiliere psihologică sau sprijin emoțional din partea unui specialist sau a unei organizații?



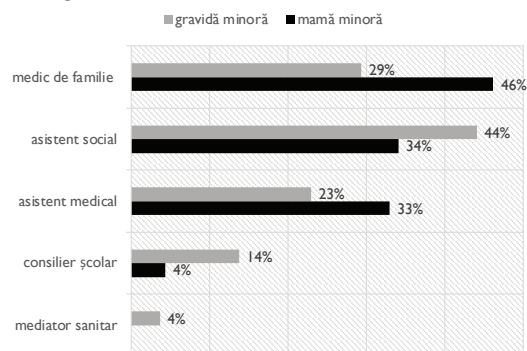
Dacă da, din partea cui?



Cu care dintre următoarele instituții interacționezi lunar?



De când sunteți gravidă / când ați fost gravidă cine v-a vizitat la domiciliu?





Între suportul instituțional primit de minoră și probabilitatea ca aceasta să continue școala se află în corelație directă șansele ca o fată care a rămas însărcinată și care primește sprijin instituțional să continue studiile fiind aproape duble (+86%) în raport cu cele ale unei fete care nu a primit niciun fel de consiliere sau sprijin emoțional din partea unui specialist sau a unei organizații. După suportul medical oferit de cabinetele medicale din localitate, sprijinul acordat de autoritățile locale, de primărie prin asistenții sociali din DAS și sprijinul acordat de consilierii școlari fiind cel mai important.

Sprijinul instituțional, în special din partea DAS și a consilierilor școlari, dublează aproape (+86%) șansele unei minore care a rămas însărcinată de a-și continua studiile.

Remarcăm faptul că în 46% dintre cazuri medicul de familie a vizitat cel puțin o dată mama minoră la domiciliu (în majoritatea cazurilor însă minora s-a deplasat la cabinetul medicului de familie), iar în 44% dintre cazuri asistentul social de la primărie a vizitat gravida minoră acasă cel puțin o dată. Dacă în cazul mamei minore, în general, informarea medicului de familie și a autorităților s-a realizat de către familia minorei, în cazul gravidelor **nu sunt informații consistente cu privire la modul în care funcționează fluxul comunicațional** între medic-școală și asistentul social din primărie și despre protocolul de gestionare a cazului respectiv (identificarea nevoilor, disponibilizarea resurselor, elaborarea/implementarea planului de intervenție, feedback etc.)

« Eu n-aș mai fi mers la școală că mi-e rușine, acum că mi-a crescut burta și toți colegii mă cunosc. Unii mă și strigă în batjocură „mami-mami treci la tablă”. Dar nu-i bag în seamă. Doamna dirigintă mi-a zis că să nu mă intereseze de ei, doar de mine și de copilul meu și că e bine să termin școala, că mă ajută. Doamna dirigintă a vorbit și cu ceilalți profesori să nu mă lase corigentă, să termin liceul. Probabil nu o să iau bacalaureatul că nu prea am note bune, dar totuși poate fac după aia curs de coafeză sau manichiură și plec la oraș. Sau chiar în străinătate. Se câștigă foarte bine, mai ales din unghii false, iar eu am răbdare cu chestii din astea de migală. Știu să și croșetez. Și croitorie ar fi bine să învăț. »

(gravidă 16 ani)

7. Educația și școlarizarea gravidei și mamei minore

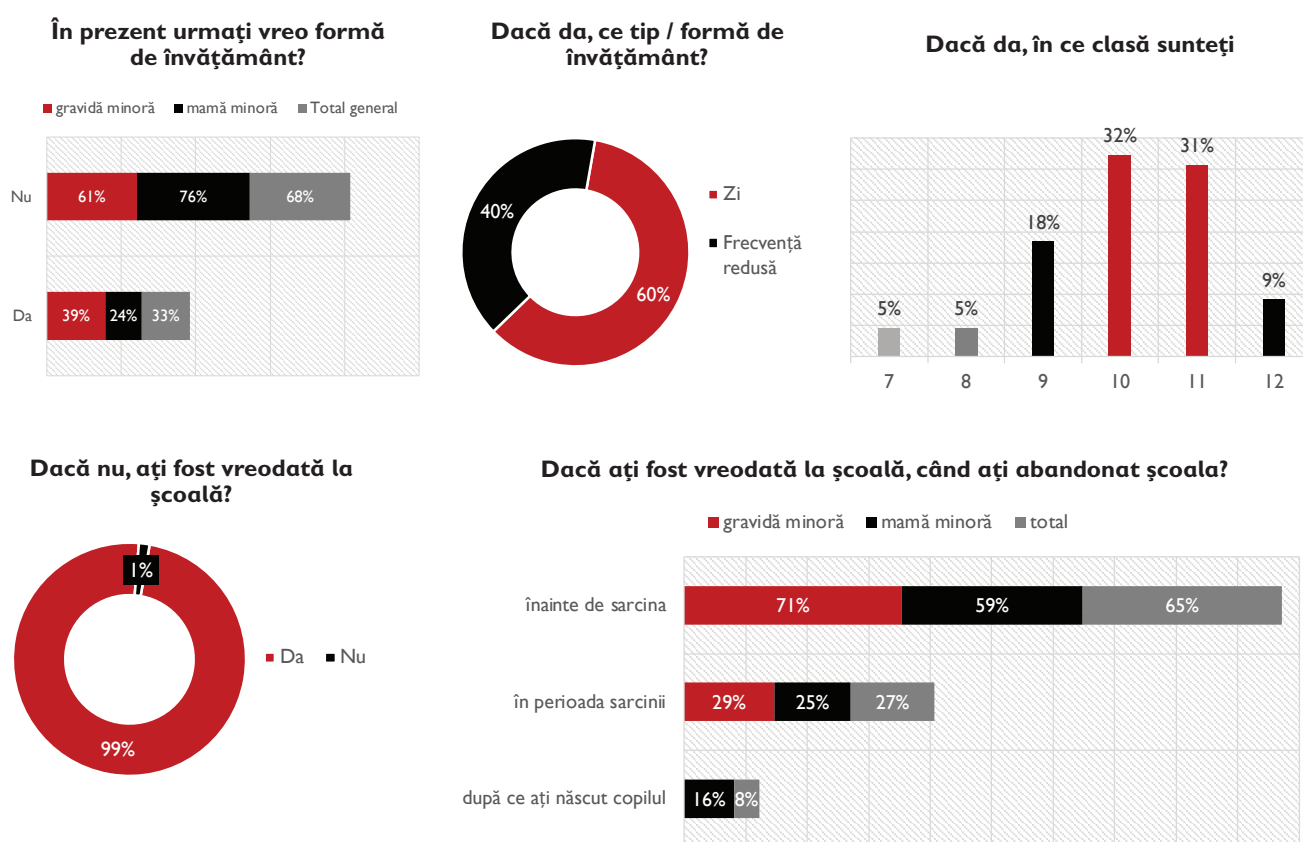
O treime dintre gravidele/mamele minore continuă școala, respectiv 39% dintre gravide și 24% dintre mamele minore. În majoritatea cazurilor continuarea școlii se realizează în regim de zi (mai ales din cauza faptului că unitatea școlară nu organizează învățământ cu frecvență redusă), chiar dacă prezența fizică la școală a minorei nu are aceeași intensitate ca a colegilor (situație relatată în procesul de culegere a datelor). În majoritatea situațiilor ne-a fost semnalat un nivel relativ ridicat de toleranță din partea cadrelor didactice în ceea ce privește prezența și performanțele școlare ale fetelor.

Datele privind educația și nivelul de școlarizare al gravidei și mamei minore arată că **majoritatea acestora au abandonat școala înainte de a rămâne însărcinate.**

STUDIUL PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE

Două treimi (65%) din totalul minorelor gravide sau mame care în prezent nu urmează o formă de învățământ au abandonat școala înainte de a rămâne însărcinate, abandonul școlar fiind variabila explicativă cu cea mai ridicată contribuție în natalitatea în rândul minorelor (mai importantă decât sărăcia, modelul cultural comunitar sau familial, mediul de rezidență sau etnia).

Figură 12 Situația educațională a mamei/gravidei minore



Între variabilele explicative anterior enumerate se înregistrează evidente corelații interne: comunitatea romă este una vulnerabilă cu nivel ridicat de pauperitate și risc de marginalizare, modele familiale tolerante față de natalitatea în rândul minorelor caracterizează familiile numeroase cu un nivel ridicat de sărăcie și aflate în risc de marginalizare socială. Însă, factorul școlarizare este un indicator asupra căruia se poate interveni sectorial prin politici educaționale adecvate astfel încât să poată fi oferite oportunități educaționale adecvate și pentru fetele care nu reușesc să obțină la evaluarea națională note care să permită repartiția către un liceu pe care să-l termine cu diplomă de bacalaureat.

Pentru cea mai mare parte a fetelor care au abandonat școala la vârsta de 14-15 ani, acest lucru a fost motivat de performanțele școlare scăzute la examenul de la sfârșitul clasei a VIII-a (a căruia justificare este ambiguă în condițiile în care legea indică învățământ obligatoriu de peste opt clase), de lipsa unei perspective de a continua studiile liceale și de lipsa veniturilor necesare pentru studii liceale (deplasare, mâncare, școlarizare etc.). În aceste condiții fetele nu au nicio altă perspectivă de integrare pe piața forței de muncă, singura

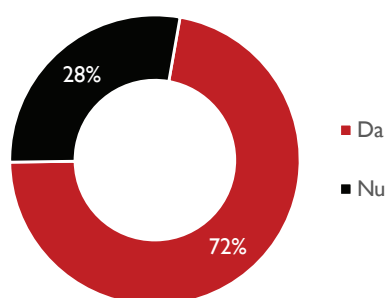


variantă fiind cea a unei relații maritale care să le asigure independența față de familia de proveniență, crescând astfel vulnerabilitatea lor emoțională în raport cu potențialii parteneri. În categoria acestor fete sunt de cele mai multe ori nu doar mamele minore, ci și victimele abuzurilor sexuale și ale traficului de persoane. Dacă pe perioada școlii, instituțiile educaționale sunt responsabile parțial cu monitorizarea copiilor care urmează o formă de învățământ, **monitorizarea minorilor care abandonează școala** este incertă din punct de vedere al responsabilității instituționale și a procedurilor care sunt urmate, fiind, practic de cele mai multe ori în grija familiei, în măsura în care aceasta dorește să acceseze diverse fonduri sau subvenții.

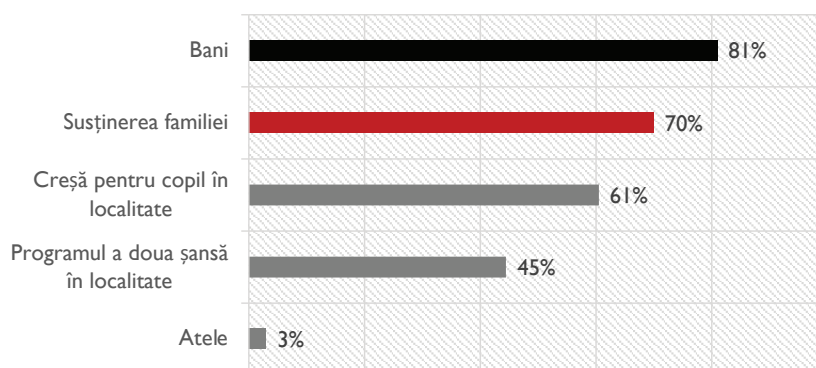
Menționăm că în cadrul interviurilor gravidele minore au solicitat informații privind durata în care pot întrerupe cursurile pentru perioada post-natală, ceea ce trebuie să facă pentru a putea urma cursurile ulterior în regim de zi nu cu frecvență redusă, (deoarece altfel ar trebuie să schimbe școala), sau modalități de accesare a programelor educaționale la distanță pentru învățământul liceal. Chiar dacă în cazul mamelor/gravidelor minore cazuistica nu este una foarte larg răspândită la nivel național este de remarcat faptul că aceste copile, în cea mai mare parte a lor, doresc să finalizeze un tip de educație care să le permită să se integreze pe piața muncii, să presteze activități remunerate cu un nivel mediu de calificare, natalitatea fiind și un moment de maturizare pentru ele, ca și pentru unii dintre partenerii lor. În aceste condiții identificarea unor sisteme de educație care să permită tinerilor care abandonează școala urmarea unui învățământ la distanță poate fi luată în calcul de ministerul de resort. Un element important al acestor sisteme adresate tinerilor care au abandonat prematur școala este faptul că nivelul lor de sărăcie este ridicat. Acești tineri sunt puțini numeric, în localități dispersate, iar, spre exemplu, costurile de deplasare pentru un program „A doua șansă” într-o localitate proximă pot fi prohibitive deja.

Figură 13 Dorința mamelor/ gravidelor minore de a-și continua educația

Dacă nu ați finalizat educația, doriți să continuați?



De ce ați avea nevoie pentru a finaliza educația?



Trei sferturi dintre mamele/gravidellele minore care în prezent nu urmează nicio formă de învățământ declară că și-ar dori să continue educația, indicând în acest sens mai ales nevoi financiare (costurile reale ale educației „gratuite” la nivel liceal fiind semnificate prin raportare la veniturile familiilor de proveniență) și nevoi de susținere din partea familiei.

Subliniem încă o dată faptul că **investiția în educația acestor tinere gravide/mame minore** este una dintre cele mai importante măsuri pentru a reduce continuarea unui model tolerat la graviditate în perioada minoratului.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE

« Da, mi-aș dori să termin școala, că fără școală nu pot face niciun ban aici, dar trebuie să merg 9 km pe jos până la liceu, că e în altă localitate și noi de aici nu mai avem microbuz, ca a fost cursă, dar nu avea suficienți clienți și s-a scos. Să stau acolo n-am unde și nici bani de chirie. Mi-e greu să merg atâta pe jos. Fac cam două ore la dus și vreo două la întors. Mai ales când sunt ore dimineața și e iarnă trebuie să mă scol la patru. Nu știu ce să fac, ce șanse am eu să fac liceul!? Aș vrea mai bine să învăț o meserie, dar și pentru asta trebuie bani. Mama m-ar putea ajuta cu copilul să-l crească, să vin acasă doar la sfârșit de săptămână, dar ar trebui să fie ceva, așa ca un fel de ucenicie, să și stai undeva, să ai ce mânca. Să îți dea și un ban mic, al tău... Ori așa ceva n-am auzit să existe! »

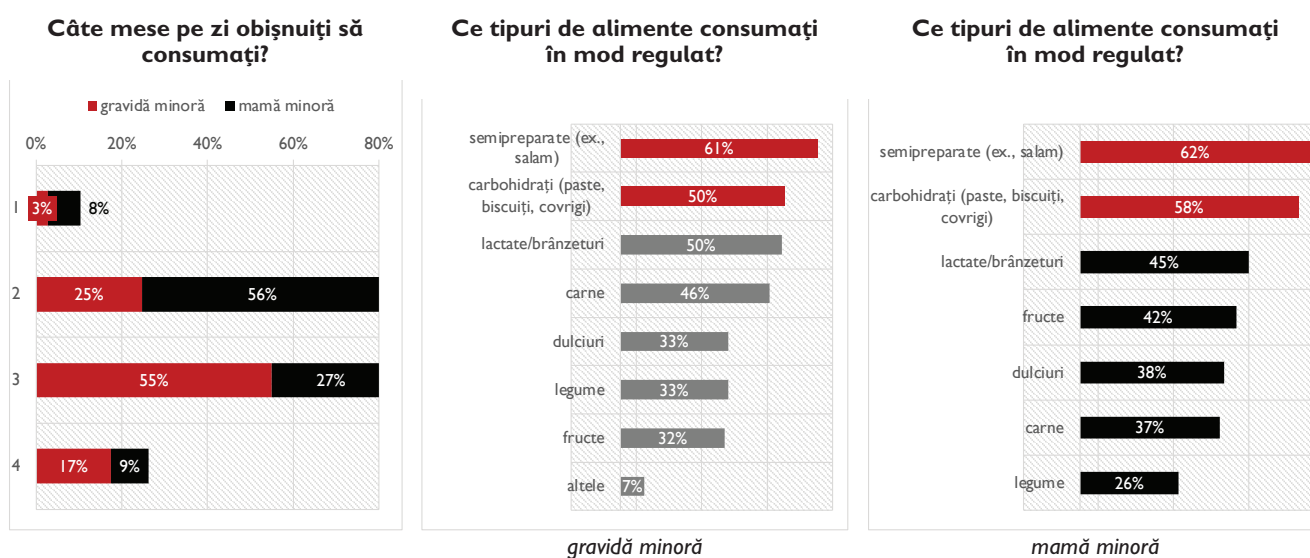
(mamă 16 ani)

8. Alimentația mamei și sănătatea copilului

Două treimi dintre mame minore (64%) mănâncă două mese pe zi sau mai puțin. Situația este similară în cazul a 28% din gravidele minore.

Majoritatea gravidelor și mamele minore au o alimentație bazată pe semi-preparate și carbohidrați. Consumul de fructe și legume este deficitar pentru trei sferturi dintre gravidele și mamele minore.

Figură 14 Alimentația gravidei și mamei minore

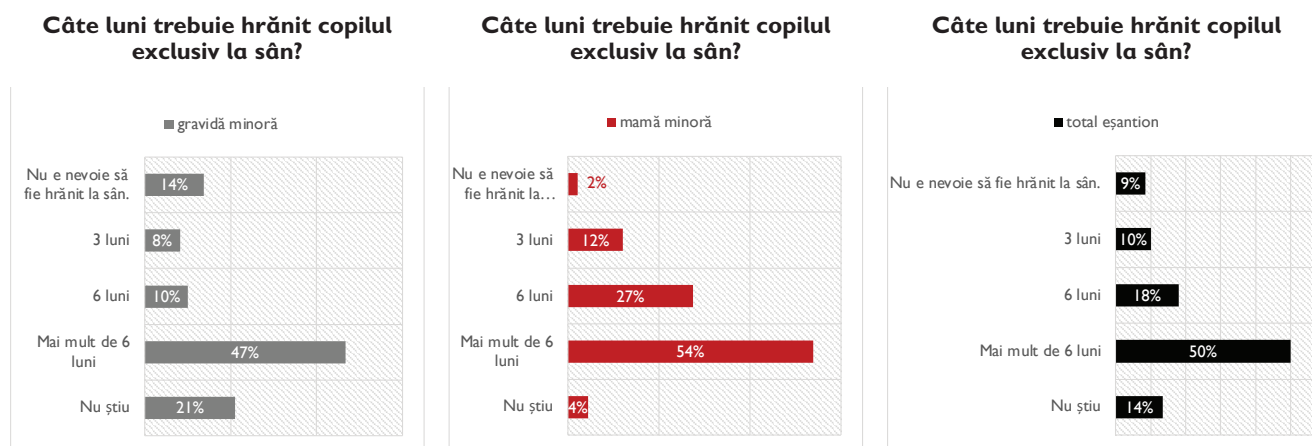


În privința alimentației la sân a noului născut, una din șapte respondente declară că nu știe cât timp este recomandabilă hrănirea la sân a copilului. Ponderea crește la una din cinci respondente în cazul gravidelor minore. Remarcăm și faptul că în cazul gravidelor minore una din șapte respondente consideră că nu este nevoie ca noul născut să fie hrănit la sân. Sigur, nivelul de informare privind creșterea copilului se intensifică



În cazul gravidelor odată cu apropierea momentului nașterii, însă remarcăm nu doar sub acest aspect un decalaj de informare semnificativ între cele două categorii de respondente (mame și gravide) atât din punct de vedere al alimentației cât și din punct de vedere (așa cum vom vedea) al grijii pentru sănătatea copilului.

Figură 15 Informarea privind hrănirea la sân a copilului

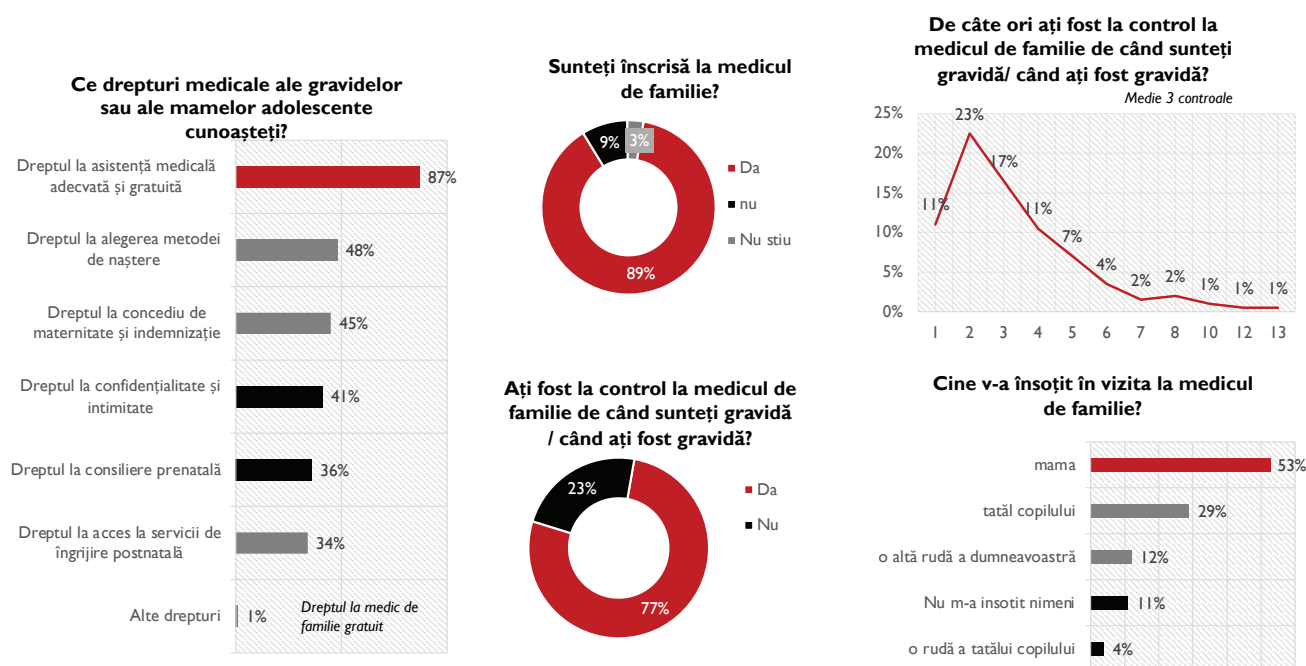


« Ce să mâncăm? Parizer, salam, varză, cartofi, pâine, mămăligă. Când vin banii de ajutoare mergem și luăm tot ce putem. De toți banii. De obicei ne ajunge așa vreo zece zile, două săptămâni maxim. Nu mai mult. În primele zile mâncăm mai bine, mâncam și seara, iar după aia mai puțin. În zilele alea de dinainte de a veni banii e mai rău că se termină mâncarea și rămânem doar pe mămăligă și cartofi. Acum de când a venit copilul mama s-a abonat la o femeie din sat care ne aduce lapte la două zile pentru mine. Și mai cumpărăm și ouă, tot așa de la cineva. Dar mi-e rușine să mănânc doar eu. Mâncăm toți la masă (are trei frați)! »

(mamă 17 ani)

9. Accesul la servicii medicale pre și post natale

Figură 16 Drepturile medicale și accesul la medicul de familie al gravidei/ mamei minore 1



Dreptul la asistență medicală adecvată și gratuită este principalul drept cunoscut de 87% dintre gravidele și mamele minore. Celelalte drepturi nu sunt cunoscute de majoritatea respondentelor din eșantion. În plus, în cadrul aplicării chestionarelor a fost frecvent ridicată întrebarea privind **instituțiile care garantează pentru minoră aceste drepturi**, respectiv cui se pot adresa în cazul în care se solicită plata pentru asistența medicală adecvată. Informarea privind mecanismul de garantare a acestor drepturi în rândul minorelor gravide este extrem de scăzută.

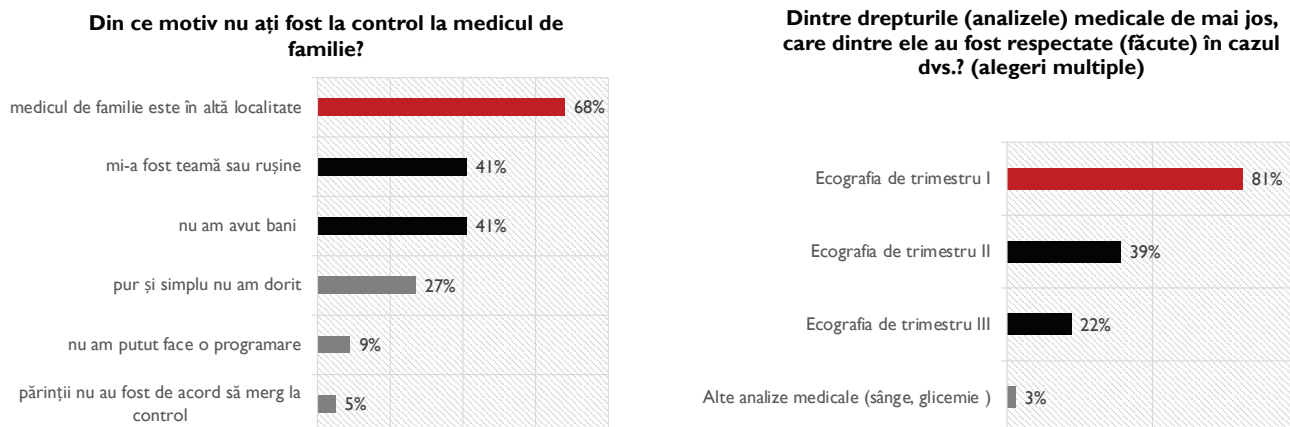
Una din opt gravide/ mame minore nu este înscrisă la medicul de familie sau nu cunoaște medicul de familie la care este înscrisă. Aproximativ un sfert din mamele și gravidele minore (23%) nu au fost la control la medicul de familie când au fost gravide, sau de când au rămas însărcinate.

În majoritatea cazurilor (53%) mama minorei gravide este cea care o însoțește pe copilă la vizitele la medicul de familie. Implicarea tatălui copilului sau a familiei acestuia în însoțirea fetei pentru vizite la medicul de familie este redusă, tatăl sau rudele ale acestuia fiind prezente împreună cu gravida la medicul de familie în mai puțin de o treime dintre cazuri. Situația se păstrează și în ceea ce privește însoțirea minorei sub 16 ani la medicul ginecolog, familia fetei fiind principalul susținător al acesteia.

În medie pe parcursul sarcinii o gravidă vizitează medicul de familie de 2-3 ori. Frecvent medicul de familie așteaptă să fie anunțat, să fie vizitat, nu are timp pentru deplasări la domiciliu. Totuși, 46% dintre mamele minore și 29% dintre gravidele minore din eșantion au menționat că au fost vizitate acasă cel puțin o dată de către medicul de familie de când au rămas însărcinate situația fiind de trei ori mai frecventă în urban decât în rural.



Figură 17 Drepturile medicale și accesul la medicul de familie al gravidei/ mamei minore 2



Accesul la medicul de familie este îngreunat în special din cauza acoperirii deficitare cu medici de familie la nivel local, mai ales în rural trei sferturi (68%) dintre mamele și gravidele minore care nu au fost consultate de către medicul de familie motivează lipsa consultului prin faptul că medicul de familie este în altă localitate, ceea ce face accesul la acesta ca fiind dificil.

În cea mai mare parte (81% dintre cazuri) singura analiză medicală efectuată pe parcursul gravidității a fost ecografia din primul trimestru care să confirme existența sarcinii și plasarea ei intrauterin.

Deși fac parte din drepturile medicale ale gravidei **ecografiile sunt principalele analize care au necesitat plată** din partea minorei în 47% dintre cazuri. În cele mai multe situații plata analizelor a fost suplimentată de costurile de transport pentru minoră și însoțitor în afara localității de reședință pentru efectuarea acestor analize, costuri care au determinat ca aproximativ două treimi dintre mamele și gravidele minore să renunțe la ecografia de trimestrul al II-lea și mai mult de trei sferturi dintre acestea să renunțe la ecografia de al treilea trimestru. Acest fapt evidențiază importanța specială a dotării cabinetelor de medicină de familie cu aparate ecograf.

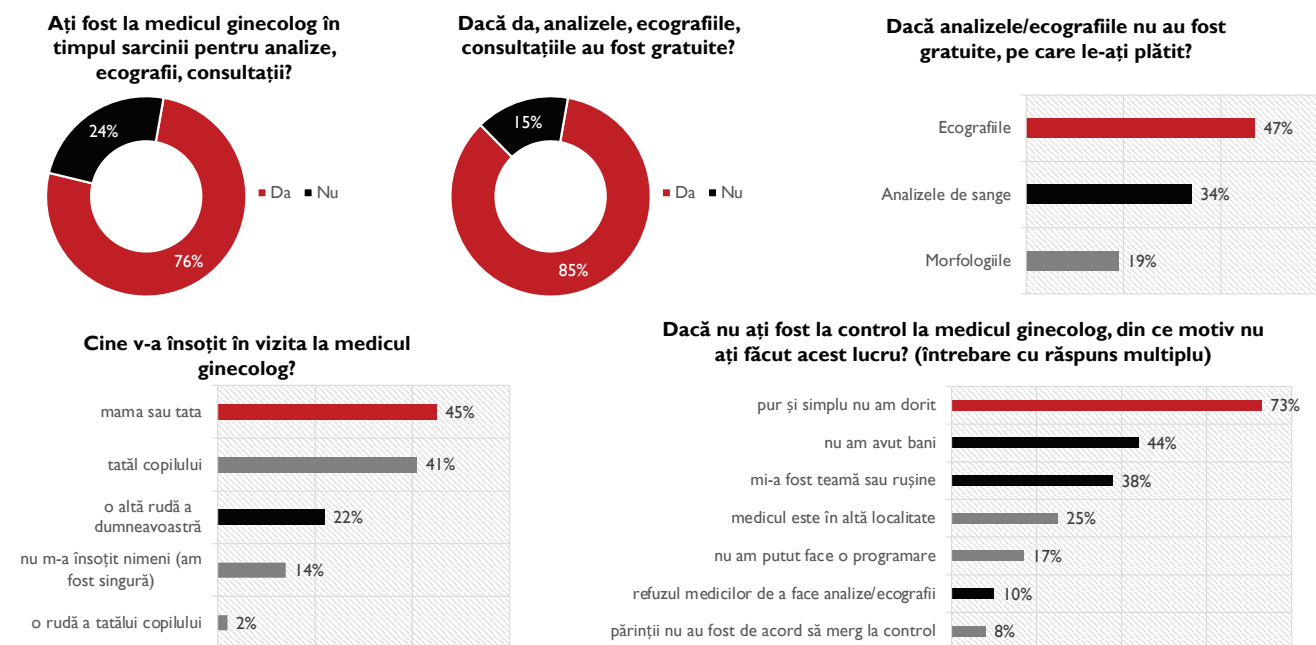
Una din șase minore însărcinate (15% din total respondente) nu a fost pe parcursul sarcinii nici la medicul de familie nici la medicul ginecolog pentru monitorizarea evoluției intrauterine a copilului.

Rușinea și lipsa banilor sunt principalele motive pentru care minorele nu apelează la medicul ginecolog. Teamă și lipsa experienței anterioare de consult ginecologic sunt prezente în mai mult de trei sferturi din situațiile de refuz de a apela la consult de specialitate. Fetele nu știu unde să meargă, nu au cu cine să meargă la medicul ginecolog sau nu doresc să treacă printr-o experiență disconfortantă fără un suport moral. Remarcăm faptul că una din zece minore care nu a apelat la ginecolog menționează faptul că personalul medical a refuzat analizele medicale și ecografiile necesare. Refuzul a intervenit mai ales în situațiile în care **fetele nu au mama în țară**, sau un adult de gen feminin în familie care să le ofere suportul necesar și să comunice cu personalul medical în numele minorei. În acest context readucem în atenție problematica identificată cu alte ocazii de a crește responsabilizarea părinților plecați la muncă în străinătate pentru minorii rămași în țară și promovarea delegării drepturilor parentale ca fiind o necesitate pentru binele copilului nu doar o opțiune.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

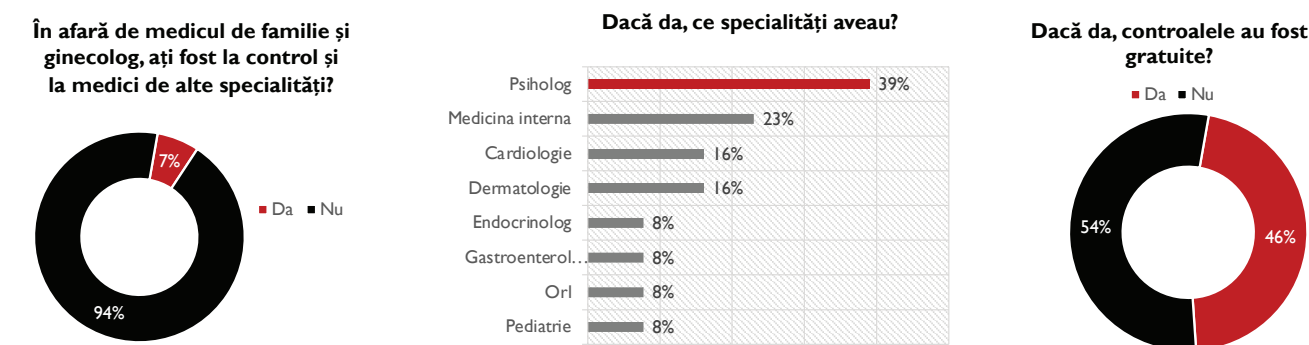
RAPORT DE CERCETARE

Figură 18 Consultația ginecologică a mamei/gravidei minore



Pe parcursul sarcinii, 7% dintre respondente declară că au consultat și alți medici, o treime dintre acestea însă includ psihologul în categoria personalului medical (nu avem date pentru a menționa ce proporție din această categorie se referă de fapt la psihiatru, fiind semnalată în culegerea de date și consultul psihologic la unități spitalicești). Majoritatea controalelor medicale (54%) la aceste specializări au fost contra cost.

Figură 19 Accesul la alte tipuri de servicii medicale și de consiliere pentru gravida minoră



În trei cazuri (3% din eșantionul de mame minore) noul născut nu este înscris la medicul de familie, deși are mai mult de trei luni de la naștere. Motivele pentru care tânăra mama nu a înscris copilul la medicul de familie au în vedere costurile solicitate de medicul de familie, faptul că medicul de familie vine rar în localitate sau faptul că familia întregă nu are un medic de familie de care aparține.

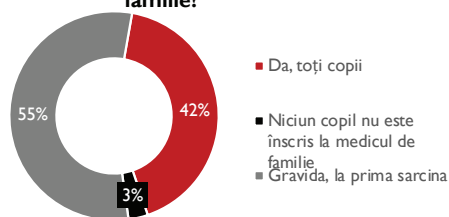
Aproximativ unu din cinci copii cu mamă minoră nu obișnuiește să facă controale medicale periodice.



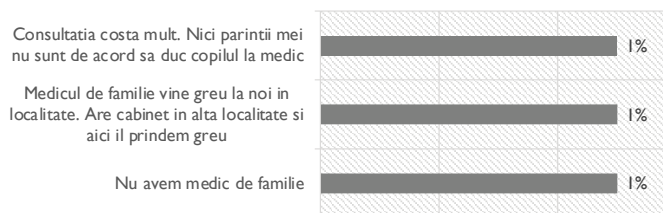
Reamintim că majoritatea copiilor (85%) au între 0-2 ani și restul până în 3 ani împliniți. Cea mai mare parte a mamelor minore (80%) care nu merg cu copilul la medicul de familie pentru control regulat nu au fost ele însele la control la medicul de familie pe perioada sarcinii, principalele argumente fiind similare: lipsa banilor (și a mecanismelor de garantare a controlului gratuit) și a transportului până în localitatea în care este localizat medicul de familie.

Figură 20 Accesul la servicii medicale post-natale

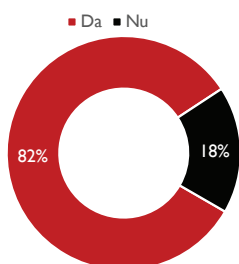
Copilul este înscris/ copii sunt înscriși la medicul de familie?



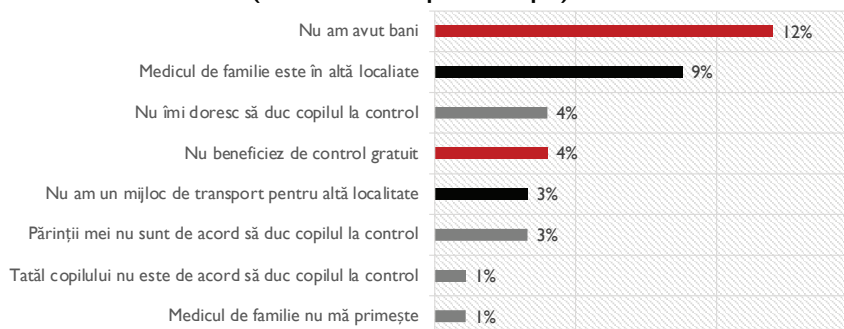
Dacă nu sunt înscriși la medicul de familie, care este principalul motiv? (3 cazuri)



Obişnuţi să faceţi controale periodice copilului/ copiilor la medicul de familie?



Dacă nu, care este principalul motiv? (întrebarea cu răspuns multiplu)



« Nu aveam medic de familie. A trebuit să se roage mama de doamna doctor să ne ia și pe noi, când am aflat că sunt gravidă, ca să putem să avem pentru copil doctor și trimiteri. Nici nu a vrut la început să ne înscrie că a zis că suntem ... știți dvs., (țigani) și că nu mai scapă de noi. Dar i-am zis că doar pentru copil o să o deranjăm. M-a întrebat de ce nu m-am protejat? S-a răstit la mine, dar ce să faci? Taci și suportă. Totuși mi-a dat trimitere la ecograf și n-am plătit. Am făcut 2 analize. Am văzut copilul mișcând în burtică și că e bine. Ne-ar fi costat 800 de lei fără trimitere. S-a meritat. I-am dat la doamna doctor o cutie de bomboane. Cred că bune, că eu n-am mâncat bomboane din alea scumpe niciodată. Oricum ne-a costat la spital la naștere aproape 1000 de lei, că a trebui să îi luăm și copilului lucruri pentru început, haine și un biberon, o suzetă, scutece. Sunt scumpe extraordinar lucrurile de copil mic! Mi-e greu cu doamna doctor că nu vine decât o dată pe săptămână 4 ore și nu pot să ajung la ea cu copilul. »

(mamă 17 ani)

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE

« Nu am fost la ginecolog că e scump. Și trebuie să te programezi la o femeie, că la bărbați eu nu mă duc. Și mi-e rușine. Că eu nu am fost niciodată la ginecolog. Trebuie să ai haine noi, trebuie să te speli înainte, sau să ai șervețele din acelea umede, dacă vii, ca mine de pe drum 2-3 ore. Noi nu avem apă caldă. Trebuie să te epilezi înainte, să te pregătești. Și apoi eu știu cum e, cu toate chestiile alea care le bagă în tine? Mi-e și frică. Am auzit de atâtea cazuri care au luat tot felul de boli de la spital. »

(gravidă 15 ani)

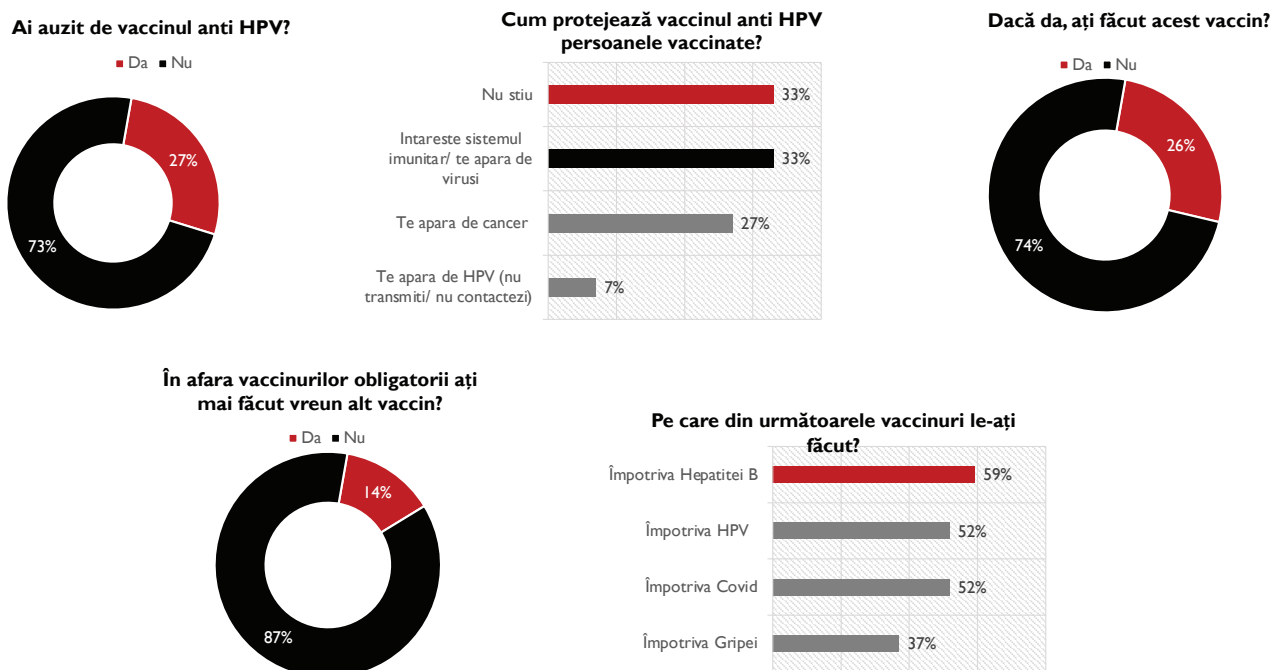




10. Vaccinarea mamei și a copilului

Nivelul de informare al mamelor minore cu privire la vaccinare este unul **relativ redus**. Aproximativ un sfert dintre gravidele sau mamele minorele (27%) au auzit de vaccinul anti HPV, majoritatea (66%) fie nu știu la ce folosește acest vaccin fie consideră că este un vaccin pentru creșterea imunității generale în rândul fetelor și femeilor. Doar una din trei fete care au auzit de vaccin îl asociază cu cancerul cervical (dacă luăm în considerare că și cele care au menționat în răspuns virusul HPV fac această corelație).

Figură 21. Vaccinarea mamei și gravidei minore



Toate fetele care declară că au auzit de vaccinul anti HPV declară că și l-au făcut, (chiar dacă nu știu la ce folosește!) declarația fiind făcută cel mai probabil pe fondul dezirabilității declarării vaccinării, remanentă după pandemia COVID. Chiar fără a avea dovezi factuale pentru certificarea acestei opinii, putem evidenția corelația directă între nivelul de informare privind vaccinul anti HPV și gradul de accesare a acestui vaccin. Prin coroborarea datelor prezentate în figura următoare estimăm că aproximativ un sfert dintre persoanele care au spus că știu de acest vaccin (7% din total eșantion) au o probabilitate mare să fi și făcut vaccinul anti HPV. Un procent similar (7-8% din total eșantion) estimăm că au o probabilitate mare să fi făcut vaccinul împotriva hepatitei B.

Unul din cinci copii cu mamă minoră nu are schema de vaccinare completă în special din cauza lipsei de informare privind periodicitatea vaccinurilor pentru noul născut și copilul mic și din cauza adversității față de vaccinuri.

Două treimi (61%) dintre mamele minore care nu au făcut schema completă de vaccinare copilului nu cunosc consecințele care pot apărea în cazul în care copilul nu este vaccinat cu schema completă.

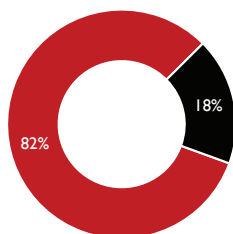
STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE RAPORT DE CERCETARE



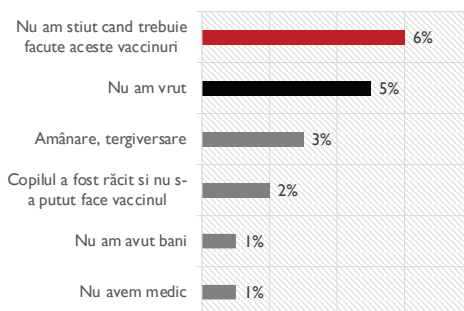
Figură 22 Vaccinarea copilului mamei minore

Copilul/ copiii sunt vaccinați?

- Da, cu schema completă
- Da, cu schema parțială

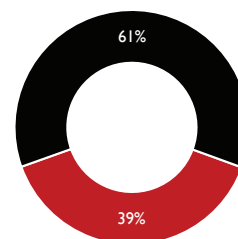


Dacă nu, care este principalul motiv pentru care nu ați vaccinat copilul/ copiii?



Știți care sunt consecințele care pot apărea în cazul în care copilul nu este vaccinat cu schema completă de vaccinare?

- Da
- Nu



Nivelul de informare cu privire la vaccinurile din scheme de vaccinare pentru nou născuți și copiii mici este foarte slab în rândul gravidelor minore (mai puțin de o treime dintre acestea cunosc majoritatea vaccinurilor), dar relativ bun în rândul mamelor minore (aproximativ două treimi dintre acestea (63%) declară că au auzit de majoritatea vaccinurilor).

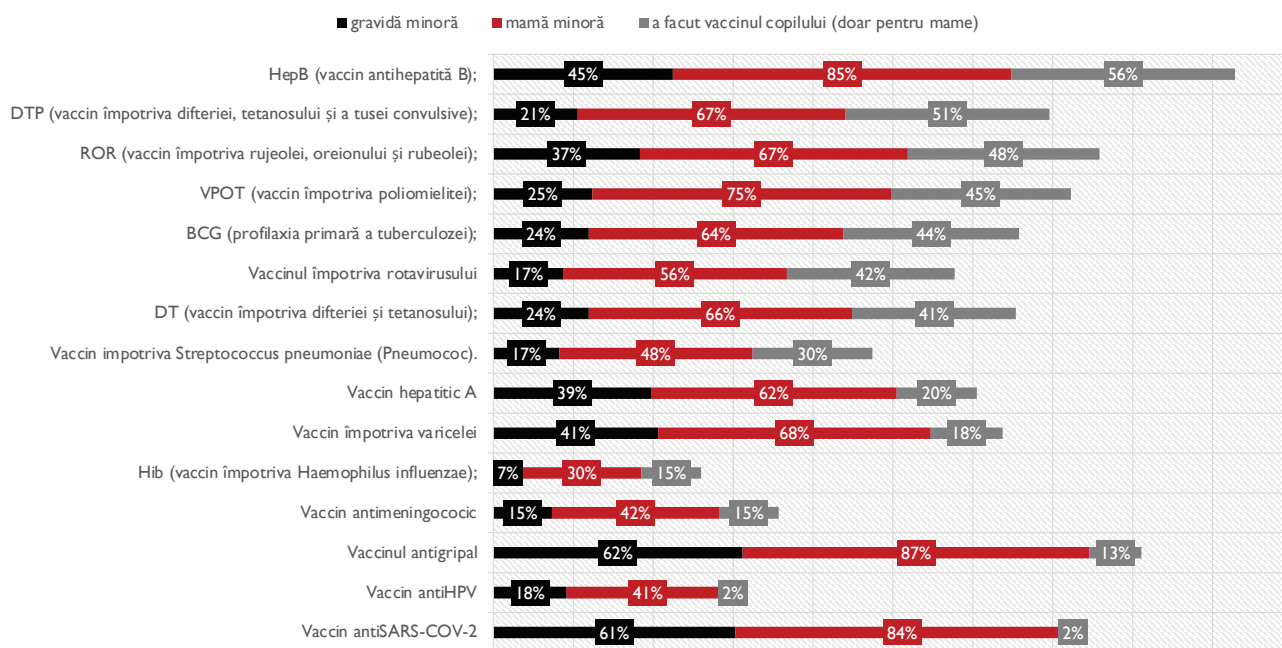
Nivelul cel mai ridicat de notorietate se înregistrează atât în rândul gravidelor minore cât și al mamelor minore în cazul vaccinului antigripal și al celui împotriva SARS COV2, fără însă ca acest grad de notorietate să se reflecte în vaccinarea copilului.



Majoritatea copiilor sunt vaccinați anti-hepatita B (56% din cazuri)- de obicei se administrează prima doză în maternitate și DTP (51%) (anti difterie, tetanos și tuse convulsivă), mai puțin de jumătate (48%) sunt vaccinați ROR (împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei), 45% sunt vaccinați împotriva poliomielitei, 44% dintre copii sunt vaccinați împotriva tuberculozei, 42% sunt vaccinați împotriva rota virusului, 41% împotriva DT (difterie/ tetanos).

Figură 23 Vaccinarea noului născut conform declarației mamei minore

Ați auzit de următoarele vaccinuri? Copilul a făcut vaccinul...?



Conform declarațiilor mamelor (pe parcursul studiului nu au fost analizate carnetele de sănătate/carnetele de vaccinare ale copiilor), mai puțin de o treime dintre copiii mamelor minore sunt vaccinați împotriva pneumococului, hepatitei A, varicelei, virusului hemofilic, antimeningococic și antigripal. Ratele cele mai mici de vaccinare sunt anti HPV și anti SARS COV 2 (nu deținem informații cu privire la caracterul recomandabil al administrării acestor două ultime vaccinuri în intervalul 0-3 ani).

« Mie mi-e frică de vaccinuri, să vă spun drept. Mai ales acum după COVID când atâția oameni au murit pentru că s-au vaccinat. Și la noi aici au murit. Nu știu ce vaccinuri trebuie să își facă o femeie însărcinată. Nu mi-a zis nimeni. Medicul de familie m-a întrebat de vaccinuri și i-am zis că le-am făcut, cum v-am zis și dvs., dar nu prea vreau să le fac. Că nu știu ce reacții adverse au. Copilul a făcut vaccinurile din spital. De unul am auzit că pot să refuz că o să fie copilul întârziat mintal dacă îl face, dar eu n-am refuzat niciunul. Când vine medicul de familie acasă să îi facă vaccin eu nu am refuzat. Până la un an vreau să îi fac toate vaccinurile pe care mediul de familie zice că trebuie să i le fac. Mai ales dacă medicul vine acasă. După aia mai vedem. Așa m-am gândit eu. Nu prea pot să vă spun de ce, că nu am motive din astea științifice și nici nu cred că un vaccin face doar bine nu și rău, dar așa am auzit în spital: că până la un an să faci toate vaccinurile copilului. »

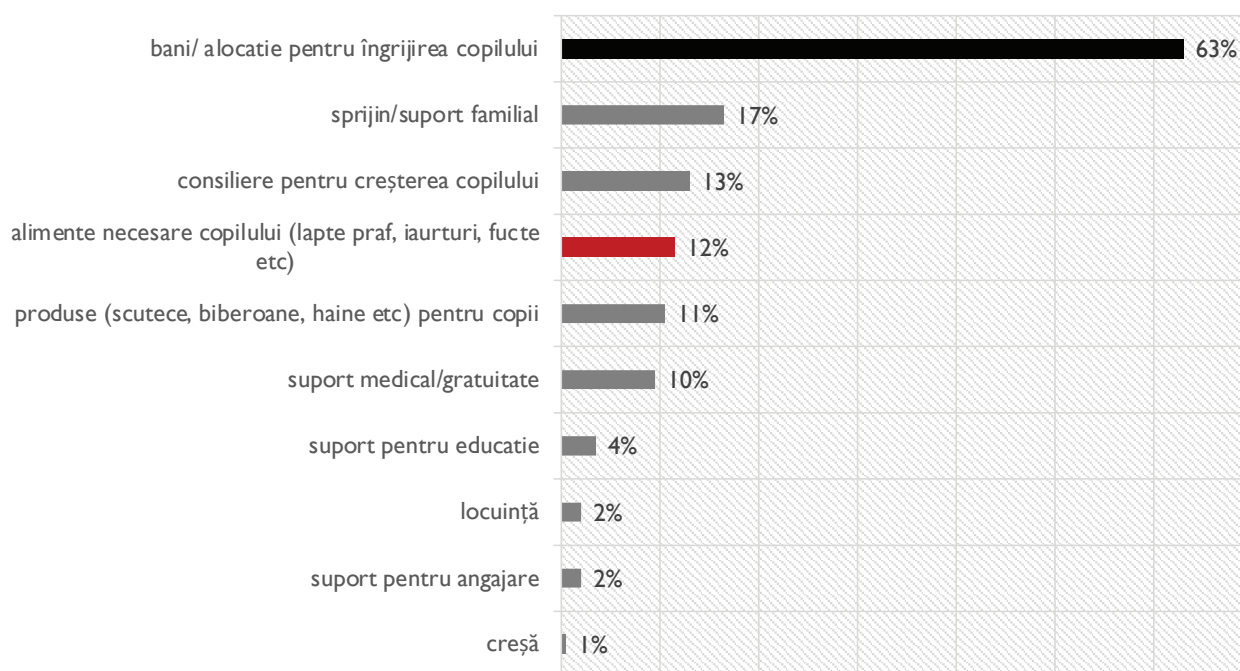
(mamă 16 ani)

11. Nevoi și măsuri de intervenție

Două treimi dintre mamele și gravidele minore intervievate consideră că principala formă de ajutor pe care o pot primi sunt banii. Așa cum am descris anterior, situația de sărăcie acută în care se află majoritatea acestor fete este un factor important de blocaj în creșterea capacității lor de a depăși starea de vulnerabilitate în care se află, de a crește autonomia decizională și de a dezvolta proiecte de viață care să le permită o integrare socială pozitivă. Suplimentar, deficitul de resurse financiare le împiedică pe multe dintre aceste fete să-și continue studiile, să aibă acțiuni în instanță care să oblige tatăl copilului să contribuie financiar la creșterea acestuia, să aibă o alimentație diversificată și aport de suplimente alimentare necesare perioadei sarcinii și alăptării, să aibă acces la servicii medicale de calitate pentru mamă și copil.

Figură 24 Formele de ajutor importante pentru gravidele/ mamele minore

**În opinia ta, ce forme de ajutor sunt importante pentru tine ca gravidă/mamă?
(întrebare deschisă, răspunsuri preformulate)**



Sprijinul și suportul familial și consilierea pentru creșterea copilului sunt alte două nevoie cu ponderi semnificative în ierarhia nevoilor identificate de mamele și gravidele minore. Mai ales în cazul gravidelor nevoia de informare este foarte ridicată.

Atât în cazul gravidelor cât și în cazul mamelor minore **suportul în consilierea întregii familii** pentru mobilizarea acesteia în a acorda sprijin gravidei minore și a-i asigura condițiile necesare trecerii prin perioada pre și post maternală este foarte important. De cele mai multe ori gravida este cea învinovățită atât de partener și de familia acestuia cât și de propria familie, ceea ce doar accentuează trauma resimțită de copilă. Așa cum am arătat partenerul și familia acestuia frecvent dispar din viața minorei însărcinate sau nu se implică deloc în ajutorarea ei. În multe situații minora însărcinată apelează la grija propriei familii care, la rândul ei trece prin această situație de stres fără să aibă cunoștințe și abilități de a o gestiona. În majoritatea cazurilor intervievate în sondajul de opinie colectarea de date s-a realizat într-un climat mai degrabă opus a ceea ce ar trebui să însemne venirea pe lume a unui nou născut pentru o familie.



Suplimentar nevoilor de intervenție identificate de către mamele și gravidele minore propunem o serie de măsuri care pot fi discutate cu specialiști și personal calificat în fiecare domeniu:

- În domeniul educațional este necesar sprijinul gravidelor și mamelor minore în vederea finalizării educației prin *studii la distanță*, în regim online, care să nu necesite deplasarea decât, eventual cu ocazia susținerii unor examene anuale de absolvire și care să permită fetelor finalizarea educației obligatorii în conformitate cu prevederile legale.
- *Consilierea* familiei extinse a mamei și a tatălui în vederea creșterii implicării parteneriale în dezvoltarea și bunăstarea copilului. Sprijinul minorei pentru responsabilizarea tatălui în subvenționarea atât a nevoilor gravidei din perioada prenatală cât și a nevoilor copilului.
- Politici publice la nivel național care să asume *sănătatea și bunăstarea gravidei* (cel puțin după al doilea trimestru de sarcină) ca parte a bunăstării copilului, alocația de sprijin pentru gravidă, inclusiv alocația din partea tatălui fiind parte a acestui sprijin.
- *Dotarea cabinetelor medicale de medicină de familie cu ecografe și aparatură necesară monitorizării gravidei, mamei și noului născut* cel puțin în primii doi ani de viață. Accesul tinerelor mame la analize imagologice și de sânge necesare monitorizării evoluției copilului în perioada intrauterină este extrem de important pentru sănătatea copilului fiind parte a drepturilor acestuia.
- Măsuri privind *accesul la anticoncepționale hormonale* fără rețetă din partea medicului de familie și la costuri accesibile minorilor. Debutul vieții sexuale, mai ales în comunitățile mici, nu este transmis medicului de familie, iar sumele pentru anticoncepționale locale sunt mari, în condițiile în care gradul de siguranță al acestora este redus. Este necesară o *analiză de impact* a măsurilor de limitare a accesului la anticoncepționale prin intermediul medicilor de familie, mai ales în ceea ce privește numărul mamelor minore, al avorturilor și al copiilor abandonați în maternitate.
- *Campanii de informare* prin intermediul consilierilor școlari și al asistenților medicali în școli privind *măsurile anticoncepționale*, modul de utilizare a acestora, accesul la aceste măsuri și gradul lor de siguranță. Campanii de informare privind miturile legate de graviditate și conceperea unui copil și comportamente sexuale responsabile. Menționăm că în orice societate comportamentele sexuale sunt comportamente din zona socială nu doar medicală. Medicalizarea excesivă a sexualității (în sensul înțelegerii fenomenului doar din punct de vedere medical) face ca limbajul să nu fie adecvat iar informația să fie ignorată sau respinsă mai ales de cuplurile tinere și foarte tinere.
- Este importantă *analiza la nivel național al gradului de acoperire cu medici de familie*, mai ales în mediul rural, respectiv evidențierea numărului de persoane care nu sunt înscrise la medici de familie (prin coroborarea datelor de la evidența populației cu cel de la casa de asigurări de sănătate), respectiv prin evidențierea ariilor administrative în care asistența medicală de familie este deficitară (nu există medici de familie) și *dezvoltarea de politici locale* (avantaje financiare specifice acestor localități) pentru creșterea atractivității pentru medicii de familie, precum și politici de stimulare a medicilor de familie pensionari sau foarte tineri de a oferi servicii medicale în acele zone.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

- Creșterea *capacității de monitorizare a fetelor și gravidelor minore*, creare de sisteme care să confere protecție a anonimatului și confort în recunoașterea sarcinii și asigurarea de consiliere pentru susținerea monitorizării medicale gratuite a dezvoltării intrauterine a copilului, luând în considerare faptul că una din șase fete minore gravide nu apelează nici la medicul de familie nici la medicul ginecolog pe parcursul sarcinii.
- *Informare și comunicare în domeniul sarcinii și al creșterii copilului în primii ani de viață*. În contextul în care nevoia de informare a gravidelor minore (și nu numai) este semnificativă, iar vulnerabilitatea acestora este mare în fața unor practici și modalități de creștere a copilului fără conținut științific este recomandabil ca împreună cu Ministerul Sănătății să fie elaborate *îndrumare pentru sarcină* și primele luni din viața copilului, de tip „mama și copilul”, distribuite gratuit, care, cu ajutorul imaginilor (eventual benzi desenate) să transmită informațiile esențiale privind cel puțin:
 - Sănătatea mamei și alimentația în perioada prenatală
 - Drepturile mamei și instrumente prin care aceasta poate accesa aceste drepturi
 - Analizele obligatorii și importanța vaccinării mamei
 - Alimentația și modul de îngrijire a noului născut
 - Vaccinarea și schemele obligatorii pentru nou născut
 - Drepturile copilului și instituțiile care pot sprijini mama în obținerea acestor drepturi
 - Mituri privind dezvoltarea intrauterină și primii ani de viață ai copilului, comportamente nocive pentru mamă și copil.



Actori sociali responsabili cu prevenirea fenomenului gravidității în rândul minorilor:

Fenomenul gravidității în rândul minorelor este un fenomen frecvent asociat cu mortalitatea infantilă, ponderile cele mai ridicate de mortalitate infantilă, conform raportului Ministerului Sănătății (INSP) pentru 2022, prevenirea sarcinii în rândul minorelor fiind, inclusiv din acest punct de vedere un imperativ de sănătate publică.

- Școala prin educație sexuală și prin încercarea de a menține în sistemul de învățământ fetele care nu mai continuă educația liceală după terminarea a 8 clase prin oferirea de soluții educaționale care să țină seama de gradul crescut de paupertate al familiilor din care provin acestea, care nu permite deplasarea în regim de navetă sau cazarea într-o altă localitate pentru urmarea de studii liceale în regim cu frecvență. Un rol important în cadrul școlii îl au consilierii școlari care pot informa copiii atât în privința alternativelor educaționale cât și în privința modului în care minorele însărcinate pot continua studiile în conformitate cu prevederile actualei legi a învățământului;
- Ministerul Sănătății/ direcțiile județene de sănătate publică prin campanii privind educația pentru sănătatea sexualității, metode de contracepție, modalități de accesare și utilizare a contraceptivelor și identificarea unor soluții de acces la contraceptive care să fie adecvate tinerilor adolescenți care nu dispun de resurse financiare sau nu au acces facil către medicul de familie;
- Ministerul Sănătății împreună cu ministerul educației prin dezvoltarea unui sistem comun care să faciliteze screening-ul medical în rândul copiilor cel puțin în ciclul primar și gimnazial, astfel încât aceștia să dobândească practici de evaluare anuală pe care să le urmeze pe parcursul vieții, să fie obișnuiți cu accesul la asistență medicală în scop preventiv, să înțeleagă importanța evaluării constante a stării de sănătate și a unui comportament social pro-sănătate.
- Sistemul de protecție socială la nivel local, în special DAS, prin monitorizarea parcursului educațional și al integrării pe piața forței de muncă a copiilor care nu urmează cursurile liceale, care abandonează școala și oferirea de sprijin în accesarea formelor alternative de educație (cursuri profesionale) și acces la oferta de locuri de muncă disponibilă în la Nivel de AJOFM-uri. De asemenea rolul asistenților sociali este major în monitorizarea familiilor cu risc crescut de perpetuare a unui model parental în minorat și de educare pentru diminuarea acestui fenomen, mai ales acolo unde relația cu un partener sexual este percepută ca alternativă unică a fetei de a scăpa de dependența financiară a familiei de proveniență.
- Autoritatea publică locală în parteneriat cu întreprinzători privați prin oferirea de facilități fiscale sau sprijin pentru întreprinderi sociale în scopul creșterii șansei de angajabilitate pe piața forței de muncă la nivel local a fetelor care părăsesc timpuriu sistemul de învățământ.
- Mediatorii și asistenții medicali prin distribuirea de materiale informative, mai ales în rândul adolescenților și preadolescenților (intervalul de vârstă 10-14 ani) cu privire la comportamentul sexual responsabil, și metodele de contracepție recomandate;
- ONG-urile prin campanii de comunicare, informare și educare pentru un comportament sexual responsabil și prin distribuirea gratuită de mijloace anticoncepționale și educare pentru folosirea acestora mai ales în rândul comunităților vulnerabile și marginalizate și a mediilor sociale cu risc de transmitere de BTS;

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

- Instituțiile publice mass media prin transmiterea de mesaje informative privind importanța unei vieți sexuale responsabile și a planificării parentale ca prim pas în creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului.
- Legiuitorul (legislativul) cu privire la o mai bună incriminare a abuzului sexual și cu privire la asumarea rolului patern al partenerului sexual încă din perioada de graviditate a femeii.

Index de figuri

Figură 1	Caracteristicile socio-demografice ale eșantionului	8
Figură 2	Utilizarea contracepției în prevenirea sarcinii	10
Figură 3	Sarcina și vârsta părinților	15
Figură 4	Graviditatea și relația cu tatăl copilului	16
Figură 5.	Relația partenerială. Locuirea	17
Figură 6	Ponderea abuzului sexual potențial sub aspectul diferenței de vârstă între minoră și partener	18
Figură 7	Contextul comunitar și familial al gravidei/mamei minore	20
Figură 8	Structura familiei gravidei/mamei minore	21
Figură 9	Medii semnificative în veniturile lunare ale celor doi parteneri	22
Figură 10	Suportul familial al gravidei/mamei minore	24
Figură 11	Suportul instituțional al gravidei/mamei minore	25
Figură 12	Situația educațională a mamei/gravidei minore	27
Figură 13	Dorința mamelor/ gravidelor minore de a-și continua educația	28
Figură 14	Alimentația gravidei și mamei minore	29
Figură 15	Informarea privind hrănirea la sân a copilului	30
Figură 16	Drepturile medicale și accesul la medicul de familie al gravidei/ mamei minore 1	31
Figură 17	Drepturile medicale și accesul la medicul de familie al gravidei/ mamei minore 2	32
Figură 18	Consultația ginecologică a mamei/gravidei minore	33
Figură 19	Accesul la alte tipuri de servicii medicale și de consiliere pentru gravida minoră	33
Figură 20	Accesul la servicii medicale post-natale	34
Figură 21.	Vaccinarea mamei și gravidei minore	36
Figură 22	Vaccinarea copilului mamei minore	37
Figură 23	Vaccinarea noului născut conform declarației mamei minore	38
Figură 24	Formele de ajutor importante pentru gravidele/mamele minore	39



LEGISLAȚIA PRIVIND DREPTURILE MEDICALE ȘI SOCIALE ALE GRAVIDELOR, MAMELOR MINORE ȘI COPIILOR

Principiul interesului superior al gravidelor minore și al copiilor cu copii

Principiul interesului superior al copilului, așa cum este definit în Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului din România, stabilește că toate deciziile și acțiunile legate de copii, fie că sunt luate de autorități publice, de furnizori privați acreditați sau de instanțele judecătorești, trebuie să pună nevoile și binele copilului pe primul loc. Acest principiu acoperă o gamă largă de aspecte, inclusiv dezvoltarea fizică și morală a copilului, echilibrul socioafectiv și viața de familie.

În contextul special al gravidelor minore sau al copiilor care au devenit părinți, interpretarea principiului interesului superior al copilului trebuie să țină cont de nevoile și circumstanțele unice ale acestora. Aceasta înseamnă că, în luarea deciziilor care îi afectează, se va acorda o atenție specială asigurării suportului necesar pentru dezvoltarea lor fizică, psihologică, educațională și de sănătate, precum și pentru oferirea securității, stabilității și a sentimentului de apartenență la o familie. De asemenea, se vor lua în considerare capacitățile lor de a își asuma rolul de părinți, precum și sprijinul pe care îl pot primi din partea familiilor lor, a comunității și a statului pentru a răspunde corespunzător nevoilor copilului.

Pentru gravidele minore sau copiii părinți, acest principiu cuprinde măsuri individualizate de protecție împotriva oricăror forme de violență sau discriminare, sprijin comprehensiv în asigurarea participării lor școlare, accesul la educație sexuală și reproductivă adaptată vârstei, la servicii de sănătate maternă și pediatrică de calitate, la sprijin în materie de îngrijire a copilului și la programe de susținere psihologică și socială, toate concepute pentru a le proteja atât pe ele, cât și pe copiii lor, asigurându-le oportunități echitabile de dezvoltare și integrare socială.

A. Drepturile medicale ale gravidelor și mamelor minore

Drepturile medicale acordate gravidelor minore și mamelor minore sunt de o importanță capitală din mai multe motive, atât din perspectiva sănătății publice, cât și a protecției sociale și a drepturilor copilului. Aceste drepturi asigură accesul la îngrijire medicală de calitate, în special în momente cruciale, precum sarcina, nașterea și maternitatea, reducând semnificativ riscul de mortalitate și morbiditate atât pentru mamele minore, cât și pentru nou-născuți.

Fiecare adolescentă are nevoi unice, iar serviciile medicale, în aplicarea actelor normative care prevăd drepturi, servicii și beneficii, ar trebui să fie adaptate pentru a răspunde vulnerabilităților lor. Acest lucru include organizarea serviciilor de sănătate și a comunicării pe întreg parcursul gravității și maternității astfel încât acestea să fie prietenoase cu gravidele minore și mamele minore, respectând confidențialitatea informațiilor medicale și adoptând o abordare sensibilă la cultura și contextul social al tinerei mame.

Femeile gravide și cele aflate în perioada postnatală, care nu dispun de venituri, se pot bucura de asigurare medicală. Pentru a avea acces la servicii medicale, este necesară prezentarea la casa de asigurări de sănătate a unei copii după actul de identitate și a unei adeverințe medicale eliberate de medicul specialist. Așadar, gravidele se bucură de toate celelalte servicii medicale oferite celor asigurați, respectiv la medicul de familie, servicii dentare, în spitale, în ambulatoriu, servicii medicale de urgențe la domiciliu și transport sanitar.

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

Conform legii, gravidele și lăuzele beneficiază, în funcție de calitatea de asigurat, de *Pachetul minimal* sau *Pachetul de bază de servicii medicale în asistența medicală primară*. În ambele situații, ele au dreptul la următoarele tipuri de servicii medicale:

- servicii medicale curative;
- servicii medicale de prevenție și profilactice;
- servicii medicale la domiciliu;
- servicii diagnostice și terapeutice;
- activități de suport;
- servicii de administrare de medicamente.

În cadrul acestor pachete, **consultațiile de monitorizare a evoluției sarcinii și a perioadei de după naștere** sunt:

- luarea în evidență în primul trimestru de sarcină;
- supravegherea lunară, din luna a treia până în luna a șaptea de sarcină;
- supravegherea de două ori pe lună, din luna a șaptea până în luna a noua inclusiv;
- în timpul sarcinii, analize suplimentare de laborator precum determinarea grupului sanguin ABO și a grupului sanguin RH, anticorpi specifici anti-RH, testarea HIV și analizele anti-HAV IGM, AH HBS (screening) și anticorpi anti-HVC.
- după naștere, urmărirea sănătății mamei de la externarea din maternitate – la domiciliu (o consultație);
- după naștere, urmărirea sănătății mamei la patru săptămâni de la naștere (o consultație).

În cadrul supravegherii gravidei se face și **promovarea alimentației exclusive la sân a nou-născutului** până la vârsta de șase luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, cu recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C și lues a femeii gravide.

De asemenea, gravidele primesc un **Carnet al Gravidei** ce va fi completat de medic (medicul de familie sau specialistul de obstetrică-ginecologie) sau de moașă.

Gravidele au acces la servicii acordate în ambulatoriu de specialitate precum supravegherea unei sarcini normale la gravida care deține sau nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei și infecției CMV (citomegalovirus). Ele mai au acces și la un screening prenatal (S11-S19 + 6 zile) și la supravegherea sarcinii cu risc crescut (edem gestațional, hiperemeză gravidică ușoară, uter cicatriceal în trimestrul III).

La indicația medicului de familie, gravidei aflate în situație de vulnerabilitate socială i se asigură decontarea transportului intrajudețean sau interjudețean, pentru deplasarea la spital, în vederea urmării sarcinii.

Internarea pentru naștere se face fără bilet de internare. În spital, atâta timp cât nu cer condiții speciale (adică peste cele standard), proaspetele mame vor putea beneficia gratuit de consultații, investigații, diagnosticare, tratamente medicale, medicamente, cazare și masă.



Legislația din domeniul sănătății prevede crearea unui sistem de asistență medicală mobilă care asigură servicii medicale preventive, profilactice și curative, cu prioritate femeilor gravide și copiilor, în zone izolate, greu accesibile, cu acoperire deficitară a serviciilor de sănătate.

Servicii medicale obligatorii pentru gravide

Serviciul medical	Analiza și investigația medicală
Supravegherea unei sarcini normale	<ul style="list-style-type: none">○ Consultații de specialitate obstetrică- ginecologie○ Hemoleucogramă completă○ Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO○ Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh○ Uree serică○ Acid uric seric○ Creatinină serică○ Glicemie○ Transaminaza glutampiruvică (TGP)○ Hormon de stimulare tiroidiană (TGO)○ Hormon hipofizar tireostimulator bazal (TSH)○ Examen complet de urină (sumar + sediment)○ VDRL sau RPR (diagnostic prezumtiv pentru sifilis)○ Testare HIV la gravidă○ Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția citomegalovirus (CMV_, hepatită B și C)○ Secreție vaginală○ Examen citologic cervico-vaginal Babeș- Papanicolau (până la S23 + 6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 - S28 + 6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33 + 6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 - S37 + 6 zile)○ Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii
Supravegherea sarcinilor cu risc	<ul style="list-style-type: none">○ La serviciile prevăzute pentru sarcinile normale, se adaugă:○ dozare proteine urinare;○ proteine totale serice;○ ecografie obstetricală și ginecologică;○ sodiu seric;○ potasiu seric;

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

	<ul style="list-style-type: none">○ cardiocografie (pentru evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III).
Screening prenatal (săptămânile 11 - 19 + 6 zile)	<ul style="list-style-type: none">○ Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor)○ Dublu test/triplu test○ Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale
Consultațiile de obstetrică-ginecologie	<ul style="list-style-type: none">○ anamneză;○ examenul clinic general;○ examen ginecologic și obstetrical complet;○ recomandarea efectuării investigațiilor paraclinice și interpretarea integrativă a rezultatelor acestora;○ evaluarea factorilor de risc medicali și/sau obstetricali și ierarhizarea cazului;○ recomandări privind supravegherea evoluției sarcinii;○ recomandări privind măsurile igienico-dietetice și profilactice și, după caz, terapeutice în cazul identificării unei patologii asociate sarcinii.

În regim de spitalizare de zi pot fi efectuate și servicii de amniocenteză⁴ (trim. II de sarcină), cordonocenteză⁵ (trim. II de sarcină), respectiv biopsie de vilozități coriale (trim. I de sarcină), numai de medicii obstetricieni-ginecologi cu supraspecializare în medicină materno-fetală. Biopsia de vilozități coriale⁶ și amniocenteza se efectuează pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii, în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți (la recomandarea medicului genetician) sau în caz de risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici și dublu test sau triplu test). Cordonocenteza se efectuează pentru cazuri cu indicație în scop diagnostic sau terapeutic. Toate cele trei servicii includ și testarea genetică a probelor prelevate.

Includerea serviciilor medicale menționate mai sus nu înseamnă și furnizarea lor automată de către unitățile de specialitate în obstetrică-ginecologie, deoarece accesul la unele dintre aceste servicii se face în baza unei trimiteri din partea medicului de familie sau a unui medic obstetrician-ginecolog. Totodată, unele unități sanitare pot declara că nu pot efectua investigațiile medicale din cauza limitelor plafonului de fonduri acordate de către Casa Națională de Asigurări în Sănătate (CNAS). Cu toate acestea, începând cu 1 iulie 2023, sumele alocate laboratoarelor pentru serviciile medicale paraclinice legate de sarcina se pot suplimenta și peste valoarea plafonului lunar, astfel încât gravidele să beneficieze de analize într-un interval de timp cât mai scurt posibil.

Nașterea propriu-zisă este considerată un serviciu de urgență care se efectuează în regim de spitalizare continuă în structurile specializate în obstetrică-ginecologie/ neonatologie.

4 Amniocenteza este procedura care se efectuează în sarcină, în anumite cazuri speciale, pentru a determina dacă bebelușul are o anumită boală (genetică, infecțioasă, anemie etc).

5 Metodă medicală preferată pentru aprecierea gradului de anemie fetală.

6 Biopsia de vilozități coriale este un test genetic prenatal de diagnostic care presupune recoltarea de celule din placenta (vilozități coriale) ce detectează anomaliile cromozomiale.



Tot în regim de spitalizare continuă se pot efectua și serviciile de spitalizare de zi, dacă pacienta, în timpul sarcinii, prezintă complicații sau comorbidități, sângerare majora și necesită transfuzie, risc anestezic greu de manageriat în spitalizare de zi, cu durere postprocedurală greu de controlat și proceduri invazive majore asociate.

Drepturile sociale ale părinților

Concediul de maternitate – 126 de zile calendaristice, fiind format din: concediul de sarcină (concediu prenatal), acordat pe o perioadă de 63 de zile înainte de naștere și concediu de lăuzie (concediu postnatal), acordat pentru 63 de zile după naștere.

Concediul de creștere și îngrijire a copilului începe:

- fie cu ziua următoare celei în care încetează concediul de maternitate, fie cu data nașterii copilului, în cazul persoanelor care nu îndeplinesc condițiile legale pentru acordarea concediului de maternitate;
- pentru copilul cu dizabilități, de la data emiterii certificatului de încadrare în grad de handicap;
- pentru copilul adoptat, cel aflat în plasament sau cel pentru care s-a instituit tutela, cu data adopției, a instituirii tutelei, plasamentului sau plasamentului în regim de urgență.

Concediul de creștere a copilului încetează cu ziua următoare celei în care copilul a împlinit vârsta de un an sau, după caz, 2 ani, respectiv de 3 ani, în cazul copilului cu handicap, dacă nu ați solicitat mai devreme acest lucru. Cel puțin 2 luni sunt rezervate celuilalt părinte pe care trebuie să le solicite altfel ele nu vor fi socotite în dreptul de concediu al primului părinte.

Indemnizația lunară pentru creșterea copilului - se stabilește în cuantum de 85% din media veniturilor nete realizate în ultimele 12 luni din ultimii doi ani anteriori datei nașterii copilului. Beneficiari sunt: oricare dintre părinții firești ai copilului; persoana care a adoptat copilul sau căruia i s-a încredințat copilul în vederea adopției; persoana care are copilul în plasament ori în plasament în regim de urgență; persoana care a fost numită tutore al copilului.

Ei trebuie să fi realizat venituri din salarii și asimilate salariilor, venituri din activități independente, venituri din agricultură, silvicultură și piscicultură, supuse impozitului pe venit, sau în alte condiții speciale prevăzute de lege. Cuantumul indemnizației lunare este de 85% din media veniturilor nete realizate în ultimele 12 luni din ultimii 2 ani anteriori datei nașterii copilului, sau datei în care s-a aprobat adopția, a fost făcută încredințarea ori s-a instituit plasamentul sau tutela.

Alte drepturi

Femeile gravide, precum și părinții ori alte persoane însoțite de copii cu vârsta de până la 5 ani au prioritate la casierile/ghișeele/casele de marcat din cadrul entităților publice și private.

Deoarece copiii pot deveni salariați de la 16 ani, iar între 15 și 16 ani, cu acordul părinților, legislația muncii oferă gravidelor minore și mamelor minore o serie de drepturi speciale:

- dreptul de a fi protejate împotriva expunerii la riscuri de toxicitate, accidente sau alte condiții de muncă periculoase, angajatorul fiind obligat să le informeze despre aceste aspecte și să anunțe medicul de medicina muncii și inspectoratul teritorial de muncă care vor verifica periodic condițiile lor de muncă;

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

- dreptul la reducerea cu o pătrime a duratei normale de muncă, cu menținerea veniturilor salariale, suportate integral din fondul de salarii al angajatorului, în baza recomandării medicului de familie, dacă salariată gravidă nu poate îndeplini durata normală de muncă din motive de sănătate, a sa sau a fătului său;
- dreptul la o dispensă pentru consultații prenatale, adică un total de 16 ore libere plătite acesteia de către angajator;
- dreptul la concediul de risc maternal ce nu poate depăși 120 de zile, dacă angajatorul, din motive obiective ce țin de graviditatea salariatei, nu o poate transfera la un loc de muncă de zi (medicul de familie sau medicul specialist sunt persoanele care acordă acest concediu);
- dreptul de a nu-i fi nimănui divulgată starea salariatei de graviditate, fără acordul ei în scris, cu excepția situației când se impune acest lucru în interesul ei.

B. SERVICII DE SĂNĂTATE DESTINATE COPIILOR

Asistența medicală preventivă din colectivitățile de copii preșcolari, școlari și studenți se asigură prin cabinetele medicale organizate, conform legii, în unitățile de învățământ preșcolar, școlar sau universitar, publice ori private, sau prin cabinetele individuale ale medicilor de familie, după caz.

Legea prevede asigurarea medicală, fără plata contribuției, pentru:

- copiii până la vârsta de 18 ani;
- tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă se află în sistemul de protecție ori dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști;
- femeile însărcinate și lăuzele;
- persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit procedurii adopției;
- persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului;
- persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni.
- alte persoane prevăzute Legea 95/2006.

Servicii preventive pentru copiii între 0 și 5 ani asigurate de medicul de familie sau de alți specialiști

Serviciile preventive sunt asigurate periodic tuturor copiilor urmărind identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice. Pentru copii, acestea cuprind următoarele consultații:



Vârsta copilului	Tipul de consultații periodice
La externarea din maternitate	<ul style="list-style-type: none">○ înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;○ examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;○ evaluarea alimentației, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;○ evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;○ verificarea efectuării în maternitate a screening-ului surdității;○ profilaxia rahitismului;○ consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);○ consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;○ sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă; consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.
La împlinirea vârstei de 1 lună	<ul style="list-style-type: none">○ măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - consemnare în graficele de creștere;○ examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;○ evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;○ evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;○ profilaxia rahitismului;○ consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);○ consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;○ sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă;○ consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.
La vârsta sugarului de 2 și 4 luni	<ul style="list-style-type: none">○ consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare;○ consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;○ evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

	<ul style="list-style-type: none"> ○ profilaxia anemiei la toți copiii cu greutatea la naștere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni.
<p>La vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aceleași examinări și evaluări ale dezvoltării, la care se adaugă următoarele: ○ evaluare și consiliere privind alimentația complementară (Dieta Minim Acceptabilă conform OMS); ○ continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani; ○ profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni ○ profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni; ○ evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor; ○ evaluare socio-emoțională; ○ evaluare și consiliere pentru activitatea fizică; ○ sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste; ○ la copii de 12, 15 și 18 luni se vor identifica eventuale deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist (în cazul evidențierii unui risc, medicul de familie solicită părintelui/apartinătorului/tutorei legal prezentarea la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și/sau medicamentoase.
<p>La vârsta de 2, 3, 4 și 5 ani (o dată pe an)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ evaluarea practicilor nutriționale (anamneză nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii; ○ profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie); ○ evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare; ○ evaluare și consiliere pentru activitatea fizică; ○ evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională; ○ screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea tensiunii arteriale (cel puțin o dată în interval); ○ sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere); ○ revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani;



	<ul style="list-style-type: none">○ identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei c, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani;○ alte investigații paraclinice - analize de laborator
La vârsta de 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 și 17 ani	<p>Aceleași examinări și evaluări ale dezvoltării copilului 2-5 ani, la care se adaugă următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none">○ consiliere și screening boli cu transmitere sexuala (BTS), la cei cu comportament la risc;○ recomandare VDRL sau RPR (diagnostic prezumtiv pentru sifilis);○ screening-ul depresiei;○ informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV/ indicație vaccinare HPV (Human Papilloma Virus);○ consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență;○ consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală);○ alte investigații paraclinice - analize de laborator.

Medicamentele compensate și gratuite (fără nicio contribuție financiară personală) se acordă:

- fără nicio plafonare valorică și cantitativă, copiilor între 0 și 12 luni;
- la o consultație, pentru fiecare afecțiune, 1-3 medicamente:
 - copiilor (1-18 ani);
 - tinerilor între 18 - 26 ani dacă sunt elevi, studenți sau ucenici;
 - gravidelor și lăuzelor;
 - persoane prevăzute în legi speciale;
 - persoane diagnosticate cu boli care beneficiază de gratuitate (diabet zaharat, cancer, boli rare).

Unitățile sanitare cu paturi de servicii hoteliere standard, sanatoriile și preventoriile au obligația să asigure, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, servicii hoteliere standard - cazare și masă, pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani. Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoțește copilul internat în vârstă de până la 3 ani, se suportă de către casele de asigurări de sănătate, dacă medicul consideră necesară prezența lor pentru o perioadă determinată.

Medicul de familie, ca furnizor de servicii medicale, are obligația:

- să înscrie copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune.

STUDIUL PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

- să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune;
- să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali;
- să elibereze gratuit următoarele acte:
 - adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;
 - acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială;
 - adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate, necesare la înscrierea în unitățile de învățământ;
 - dovada de (re)vaccinare;
 - avizul epidemiologic;
 - fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap.

Calendarul național de vaccinare

Vârsta recomandată	Tipul de vaccinare	Unde se administrează
primele 24 de ore	Vaccin hepatitic B (Hep B)	În maternitate
2-7 zile	Vaccin de tip Calmette Guérin (BCG)	
2 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	Cabinetul medicului de familie
4 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	Cabinetul medicului de familie
11 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	Cabinetul medicului de familie
12 luni	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	Cabinetul medicului de familie
5 ani	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	Cabinetul medicului de familie
5-6 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic (DTPa-VPI)	Cabinetul medicului de familie
14 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar pentru adulți (dTpa)	Cabinetul medicului de familie



În situația în care vaccinul hepatitic B nu este disponibil pentru administrare în primele 24 de ore de la naștere, copiilor născuți din mame AgHBs pozitive li se va aplica temporar următoarea schemă de vaccinare:

Vârsta recomandată	Tipul de vaccinare	Unde se administrează
6 săptămâni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) doza I	În maternitate
30 de zile de la prima doză	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) doza II	Cabinetul medicului de familie
30 de zile de la a doua doză	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) doza III	Cabinetul medicului de familie

Pentru protecția împotriva celor peste 150 de tipuri de Human Papilloma Virus (HPV) care afectează atât femeile cât și bărbații, cu riscuri care pot include și îmbolnăvirea de cancer de col uterin, medicii recomandă vaccinarea împotriva HPV. Aceasta este gratuită și se realizează în cabinetele medicilor de familie, la fetele și băieții cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani, pe baza solicitărilor depuse. Cererile sunt centralizate în ordinea cronologică a datei de înregistrare.

Pentru administrarea tuturor vaccinurilor se vor utiliza numai seringi de unică folosință.

Admiterea gravidelor sau a mamelor minore în centrele maternale

Fiind vorba de o separare a minorei de părinții săi, temporară sau definitivă, admiterea mamei/gravidei minore se face în baza unui plan individualizat de protecție pentru gravida minoră sau pentru cuplul mamă minor-copil și a măsurii de protecție specială, și anume decizia de plasament într-un centru maternal emisă de instanța judecătorească ori comisiile de protecție a copilului. Pentru situația mamei copilului mamei minore, acesta nefiind în situație de separare, internarea copilului are loc printr-o dispoziție de admitere de către directorul general/executiv al DGASPC, respectiv conducerea OPA (organism privat acreditat).

În cazul mamei/gravidei minore, contractul de furnizare servicii este semnat de părinții sau reprezentantul legal al acesteia. Pentru mamele/gravidele minore cu vârsta peste 16 ani, contractul este semnat și de acestea, însă după o evaluare și consiliere psihologică prealabilă prin care se urmărește a se stabili dacă își poate asuma respectarea prevederilor cuprinse în contract și semnarea acestuia.

Dreptul la educație al gravidelor/părinților minori

Pentru a combate stigmatul social și discriminarea, noua Lege a învățământului preuniversitar garantează accesul la educație elevilor gravide și elevilor care au devenit părinți, fără niciun fel de discriminare, considerând că acești copii sunt în risc de excluziune școlară. Acești elevi au următoarele drepturi specifice:

- program de studiu adaptat nevoilor lor, care să le permită să își continue studiile, inclusiv prin învățare online, acolo unde este posibil;
- motivarea unui număr limitat de absențe;

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

- transferul în cadrul unor grupe speciale, cu program flexibil;
- asistență medicală specifică în cabinetele de medicină școlară și în cabinete specializate;
- activități de învățare remedială;
- activități în cadrul programului „Școala după școală” și al programului educațional „A doua șansă”;
- consiliere școlară, inclusiv cu sprijinul unui mediator școlar, și psihologică;
- consiliere administrativă cu privire la drepturile educaționale și cele privind starea de sănătate, inclusiv cu sprijinul unui mediator școlar și al unui mediator sanitar;
- prioritate la înscrierea copilului în cadrul unităților de învățământ preuniversitar de nivel antepreșcolar din apropierea unității de învățământ la care este înscris elevul părinte;
- prioritate la accesarea serviciilor complementare de educație timpurie (servicii de tip grădiniță comunitară, servicii tip ludotecă și/sau grup de joacă);
- prioritate la transfer în cadrul unei unități de învățământ care are în structură nivelul antepreșcolar pentru înscrierea copilului;
- posibilitatea de a amâna examenele în cazul în care acestea coincid cu perioada de naștere sau cu perioada de îngrijire a copilului;
- sprijin educațional din partea unui cadru didactic monitor care monitorizează evoluția lor;
- rezervarea locului de școlarizare în cadrul unității de învățământ la care sunt școlarizați și dreptul de a reveni în unitatea de învățământ oricând în timpul anului școlar;
- sprijin financiar în caz de dificultate de a-și asigura necesarul de rechizite, haine sau alte resurse necesare pentru participarea la cursuri;
- bursă lunară în cuantum de 700 de lei, pe perioada desfășurării activităților didactice, cu condiția frecventării orelor de curs.

Analize anterioare realizate de Organizația Salvați Copiii disponibile pe site-ul www.salvaticopiii.ro:

- » Analiză privind situația mamelor și gravidelor sub 18 ani din zonele rurale defavorizate (2022)
- » Analiză privind situația gravidelor din comunități defavorizate (2022)
- » Analiză privind condițiile de viață, locuire și stare de sănătate ale copiilor, gravidelor și mamelor adolescente, din comunități vulnerabile (2021)
- » Analiză privind condițiile de viață, locuire și stare de sănătate a copiilor și mamelor cu copii sub 5 ani, din mediul rural (2020)
- » Analiză privind condițiile de viață, locuire și stare de sănătate a copiilor și mamelor cu copii sub 5 ani, din mediul rural (2018)



Surse legislative:

LEGE nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

LEGEA 272/2004 privind promovarea și protecția drepturilor copilului

ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 96 din 14 octombrie 2003 privind protecția maternității la locurile de muncă

ORDIN nr. 81/2019 din 16 ianuarie 2019 privind aprobarea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale organizate ca centre maternale*)

LEGEA nr. 198 din 4 iulie 2023 învățământului preuniversitar

NORME METODOLOGICE din 29 iunie 2021 de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

ORDIN nr. 844/191/2023 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

CONTRACT-CADRU din 26 iunie 2021 care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022

LEGE nr. 280 din 18 octombrie 2023 privind accesul cu prioritate pentru femei gravide, precum și pentru persoane însoțite de copii cu vârsta de până la 5 ani

Linkuri utile

www.who.int - World Health Organization (WHO)

www.cnas.ro - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

www.cnsGBT.ro - Centrul National de Supraveghere si Control al Bolilor Transmisibile (CNSGBT)

www.salvaticopiii.ro – Organizația Salvați Copiii

www.ms.ro - Ministerul Sănătății

Anexă

Chestionar mame adolescente și gravide adolescente cu vârsta sub 18 ani

S1.Status (nu se citește, se completează de operator)

1. Gravidă minoră 2. Mamă minoră

Q1.Vârsta (în ani împliniți) (treceți în cifre)

Q2. Sunteți gravidă? 1.Da. 2. Nu

Q2.1. Dacă da, în câte luni? (treceți în cifre)

Q3. În prezent urmați vreo formă de învățământ? 1. Da 2.Nu

Q3.1 Dacă da la Q3, ce tip / formă de învățământ?

1. Zi 2. Frecvență redusă 3. A doua șansă

Q3.2 Dacă da la Q3, în ce clasă sunteți? (treceți în cifre)

Q3.3 Dacă nu la Q3, ați fost vreodată la școală? 1. Da 2.Nu

Q3.4 Dacă la Q3.3 ați fost vreodată la școală, când ați abandonat școala?

1. înainte de sarcina
2. în perioada sarcinii
3. după ce ați născut copilul

Q3.5. Dacă ați abandonat școala, în ce clasă s-a întâmplat acest lucru (treceți în cifre)

Q4. Ce drepturi medicale ale gravidelor sau ale mamelor adolescente cunoașteți? (întrebare cu răspuns multiplu)

1. Dreptul la asistență medicală adecvată și gratuită
2. Dreptul la consiliere prenatală
3. Dreptul la confidențialitate și intimitate
4. Dreptul la alegerea metodei de naștere
5. Dreptul la concediu de maternitate și indemnizație
6. Dreptul la acces la servicii de îngrijire postnatală
7. Alte drepturi, care

Q5. Sunteți înscrisă la medicul de familie? 1. Da 2.Nu 3. Nu știu

Q5.1 Dacă da la Q5, ați fost la control la medicul de familie de când sunteți gravidă / când ați fost gravidă? 1. Da 2.Nu

Q5.2 Dacă da la Q5.1, de câte ori ați fost la control la medicul de familie de când sunteți gravidă/ când ați fost gravidă? Număr controale.....(treceți în cifre)



Q5.3 Dacă da la Q5.1, cine v-a însoțit în vizita la medicul de familie?

1. mama sau tata
2. o altă rudă a dumneavoastră
3. tatăl copilului
4. o rudă a tatălui copilului
5. nu m-a însoțit nimeni (am fost singură)

Q5.4 Dacă nu la 5.1, ați fost la control la medicul de familie, din ce motiv nu ați făcut acest lucru?

1. mi-a fost teamă sau rușine
2. părinții nu au fost de acord să merg la control
3. nu am putut face o programare
4. pur și simplu nu am dorit
5. medicul de familie este în altă localitate
6. nu am avut bani
7. alt motiv. Care?.....

Q6. Dintre drepturile (analizele) medicale de mai jos, care dintre ele au fost respectate (făcute) în cazul dvs.? (alegeri multiple)

1. Ecografia de trimestru I
2. Ecografia de trimestru II
3. Ecografia de trimestru III
4. Alte analize medicale (sânge, glicemie etc.). Care?...

Q7. Ați fost la medicul ginecolog în timpul sarcinii pentru analize, ecografii, consultații?

1. Da 2. Nu

Q7.1. Dacă da, analizele, ecografiile, consultațiile au fost gratuite?

1. Da 2. Nu

Q7.2. Dacă analizele/ecografiile nu au fost gratuite, pe care le-ați plătit? Vă rugăm să scrieți care.

.....

Q7.3 Dacă da la Q7, cine v-a însoțit în vizita la medicul ginecolog? (pentru mamele/gravidele sub 16 ani)

1. mama sau tata
2. o altă rudă a dumneavoastră
3. tatăl copilului
4. o rudă a tatălui copilului
5. nu m-a însoțit nimeni (am fost singură)

Q7.4 Dacă nu ați fost la control la medicul ginecolog, din ce motiv nu ați făcut acest lucru?
(întrebare cu răspuns multiplu)

1. mi-a fost teamă sau rușine
2. părinții nu au fost de acord să merg la control
3. nu am putut face o programare
4. pur și simplu nu am dorit
5. medicul de familie este în altă localitate
6. nu am avut bani
7. personalul medical a refuzat să îmi facă analize/ecografii
8. alt motiv. Care?.....

Q8 În afară de medicul de familie și ginecolog, ați fost la control și la medici de alte specialități?

1. Da 2. Nu

Q8.1. Dacă da, ce specialități aveau?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Q8.2. Dacă da, controalele au fost gratuite?

1. Da 2. Nu

Q9 Pana in prezent ați folosit vreo metoda contraceptiva (pentru a nu rămâne însărcinată)?

1. Da 2. Nu (filtru 9.2)

Q9.1 Dacă da la Q9, care? *(întrebare cu răspuns multiplu)*

- 1 Contracepția orală (pilula anticoncepțională)
- 2 Prezervativ
- 3 Diafragmă
2. Sterilet
3. Contracepția de urgență (pilula de a doua zi)
4. Plasture contraceptiv
5. Inelul vaginal contraceptiv
6. Metoda calendarului (planificarea familială naturală)
7. Metoda retragerii
8. Vasectomie pentru bărbați
9. Legarea trompelor uterine pentru femei
10. Alta, care.....



Q9.2. Care este principalul motiv pentru care nu ați folosit o metodă contraceptivă?

1. Mi-am dorit să rămân însărcinată
2. Nu am știut ce să folosesc
3. Nu am avut de unde să procur anticoncepționale
4. Nu am avut de unde să procur "pastila de a doua zi"
5. Nu am avut bani pentru achiziționarea de contraceptive
6. Alt motiv. Care?.....

Q10. Ați primit informații legate de educația sexuală (contracepție, menstruație, boli cu transmitere sexuală, corp, consimțământ etc) până în prezent?

1. Da 2. Nu

Q11. Ai auzit de vaccinul anti HPV?

1. Da 2. NU

Q11.1. Dacă da, cum protejează persoanele vaccinate? _____

Q11.2. Dacă da, ați făcut acest vaccin?

1. Da 2. Nu

Q12. În afara vaccinurilor obligatorii ați mai făcut vreun alt vaccin?

1. Da 2. Nu

Q12.1. Dacă da, care din următoarele vaccinuri le-ați făcut?

12.1.1 Împotriva HPV 1. Da 2. Nu

12.1.2 Împotriva Hepatitei B 1. Da 2. Nu

12.1.3 Împotriva Covid 1. Da 2. Nu

12.1.4 Împotriva Gripei 1. Da 2. Nu

D2. Câți copii aveți?

1. Niciunul, gravidă la prima sarcină.
2. Număr copii (copii proprii, nu adoptați sau ai soțului / partenerului).....(treceți în cifre)
3. Ce vârste au copiii dumneavoastră?
4. La ce vârstă ați născut primul copil?

D2.1. Câți ani avea tatăl copilului când ați rămas însărcinată? Vă rugăm să treceți vârsta aproximativ..... (Dacă are mai mulți copii: Câți ani avea tatăl copilului când ați rămas însărcinată cu primul copil?)

D2.2. Când ați rămas însărcinată ați planificat sarcina/ ați dorit să rămâneți însărcinată? (Pentru mamele cu mai mulți copii: Când ați rămas însărcinată cu primul copil ați planificat sarcina/ ați dorit să rămâneți însărcinată?)

1. Da, am planificat această sarcină
2. Nu, a fost o întâmplare
3. Nu, a fost un abuz

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

D3. Cum ați aprecia relațiile cu tatăl copilului / copilului cu vârsta cea mai mică dacă aveți mai mulți copii?

1. Foarte bune 2. Bune 3. Proaste 4. Foarte proaste 5. Nu păstrez legătura

D4. Cum ați aprecia relațiile cu părinții dumneavoastră?

1. Foarte bune 2. Bune 3. Proaste 4. Foarte proaste 5. Nu păstrez legătura 6. Nu e cazul (părinți decedați sau alte situații)

D5. Copilul este înscris/ copii sunt înscriși la medicul de familie?

1. Da, toți copii 2. Da, o parte din copii 3. Niciun copil nu este înscris la medicul de familie

D5.1. Dacă nu sunt înscriși la medicul de familie, care este principalul motiv?

D6. obișnuiți să faceți controale periodice copilului/ copiilor la medicul de familie? 1. Da 2. Nu

D6.1. Dacă nu, care este principalul motiv? (întrebarea cu răspuns multiplu)

1. Medicul de familie este în altă localitate
2. Nu am un mijloc de transport pentru a mă deplasa în altă localitate
3. Tatăl copilului nu este de acord să duc copilul la control
4. Părinții mei nu sunt de acord să duc copilul la control
5. Medicul de familie nu mă primește
6. Nu îmi doresc să duc copilul la control
7. Nu am avut bani
8. Nu beneficiaz de control gratuit
9. Alt motiv. Care.....?

D7. Copilul/ copiii sunt vaccinați?

1. Da, cu schema completă
2. Da, cu schema parțială
3. Nu

D7.1. Dacă nu, care este principalul motiv pentru care nu ați vaccinat copilul/ copiii?

D7.2. Știți care sunt consecințele care pot apărea în cazul în care copilul nu este vaccinat cu schema completă de vaccinare? 1. Da 2. Nu

	D8. Ați auzit de acest vaccin?		D8.1. Copilul dvs. a făcut acest vaccin?	
	1. Da	2. Nu	1. Da	2. Nu
1. BCG (profilaxia primară a tuberculozei);	1. Da	2. Nu	1. Da	2. Nu
2. DTP (vaccin împotriva difteriei, tetanosului și a tusei convulsive);	1. Da	2. Nu	1. Da	2. Nu
3. DT (vaccin împotriva difteriei și tetanosului);	1. Da	2. Nu	1. Da	2. Nu
4. VPOT (vaccin împotriva poliomielitei);	1. Da	2. Nu	1. Da	2. Nu



5.HepB (vaccin antihepatită B);	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
6.ROR (vaccin împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei);	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
7.Hib (vaccin împotriva Haemophilus influenzae);	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
8.Vaccin împotriva Streptococcus pneumoniae (Pneumococ).	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
9.Vaccinul împotriva rotavirusului	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
10.Vaccinul antigripal	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
11.Vaccin împotriva varicelei	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
12.Vaccin antimeningococic	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
13.Vaccin hepatitic A	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
14.Vaccin antiHPV	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu
15.Vaccin antiSARS-COV-2	1.Da	2.Nu	1. Da	2. Nu

D8. Cu care dintre următoarele instituții interacționezi lunar?

1. Cabinetul medical din localitate (dispensarul)
2. Asistența socială din primărie
3. Direcția de Asistență Socială
4. Spitalul Județean
5. DGASPC
6. Altă instituție. Care.....?

D9. Care sunt persoanele din interiorul familiei care v-au sprijinit când ați născut primul copil?
(răspuns multiplu)

1. Mama respondentei
2. Tatăl respondentei
3. Tatăl copilului
4. Bunicii respondentei
5. Rude mai îndepărtate de respondentă: verișori, unchi, mătuși
6. Alte persoane. Care....?
7. Nimeni nu m-a sprijinit

D10. În comuna/satul/cartierul în care trăiești cunoști și alte adolescente gravide sau care au copii?

1. Da. 2. Nu

D10.1. Dacă da, câte? ----- (treceți în cifre)

D11. Aveți surori, verișoare, prietene, colege care au născut la vârsta mai mică de 18 ani?

1. Da 2. Nu

STUDIU PRIVIND MAMELE MINORE ȘI GRAVIDELE MINORE

RAPORT DE CERCETARE

D12. Ce vârstă avea mama ta atunci când.....?

- Te-a născut pe tine.....
- A născut primul copil..... (poate coincide în cazul în care respondenta este primul copil)

D13. Dacă nu ați finalizat educația, doriți să continuați? 1. Da 2. Nu

D14. De ce ați avea nevoie pentru a finaliza educația?

- Programul a doua șansă în localitate
- Susținerea familiei
- Bani
- Creșă pentru copil în localitate
- Altele, care

D15. Care este suma lunară câștigată de toate persoanele din gospodărie dumneavoastră? Prin gospodărie înțelegem persoane care locuiesc împreună și împart cheltuielile pentru asigurarea traiului.

..... (treceți în cifre)

D16. Ce venit lunar personal aveți?

D17. Ce venit are tatăl copilului/copiilor?

D18. Vă ajută tatăl copilului/copiilor în îngrijirea acestora? 1. Da 2. Nu

D19. Care este relația civilă pe care o aveți cu tatăl copilului/ tatăl ultimului copil (dacă are mai mulți copii)?

- Căsătorită
- Trăiesc în concubinaj
- Nu țin legătura cu tatăl copilului

D20. Locuiți împreună cu tatăl copilului/ copiilor? 1. Da 2. NU

D20.1. Dacă nu locuiți care este principalul motiv?

D21. Din câți membri este alcătuită gospodăria dvs.? (Înregistrați numărul persoanelor prezente în ultimele șase luni, inclusiv respondentul).....

D21_C. Dintre care copii sub 18 ani.....

D21_B Dintre care vârstnici de peste 65 ani.....

D22. Etnia dvs. 1. Română 2. Maghiară 3. Germană 4. Romă 5. Alta, care?

.....

Localitate

Județ.....





De 34 de ani, Salvați Copiii România construiește programe sociale, politici publice și practici solide în beneficiul copilului din România. Expertiza și complexitatea proiectelor la nivel național fac din organizație o instituție socială esențială, al cărei rol este medierea între societate și autoritatea publică, în beneficiul copilului. În cele peste trei decenii de activitate, Salvați Copiii a intervenit activ în societate, identificând soluții concrete pentru protejarea și sprijinirea copiilor vulnerabili, și a militat, în același timp, pentru o colaborare viabilă cu autoritățile decidente, pentru asigurarea interesului superior al copilului. Salvați Copiii și-a asumat rolul de supraveghere vigilentă a autorităților publice, în așa fel încât acestea să implementeze politici publice de durată care să corecteze cauzele care duc la vulnerabilizarea copiilor.

Totodată, organizația a reușit să creeze rețele active de solidaritate, prin încurajarea responsabilității sociale a companiilor și a societății, în sens larg. În calitate de membru al Save the Children, cea mai mare organizație independentă din lume care promovează drepturile copilului și care cuprinde 30 de membri și desfășoară programe în 118 țări, VIZIUNEA noastră este o lume care respectă, pentru fiecare copil, dreptul său la supraviețuire, educație, protecție și participare, asumându-ne MISIUNEA de a obține progrese importante privind modul în care copiii sunt tratați și producerea schimbărilor imediate și de durată în viața acestora. Peste 3.700.000 de copii au fost implicați în programele și campaniile Organizației Salvați Copiii.



Salvați Copiii
Save the Children Romania

Secretariatul General

Intr. Ștefan Furtună nr. 3, sector 1,
010899, București, România

telefon: +40 21 316 61 76

e-mail: secretariat@salvaticopiii.ro

web: www.salvaticopiii.ro