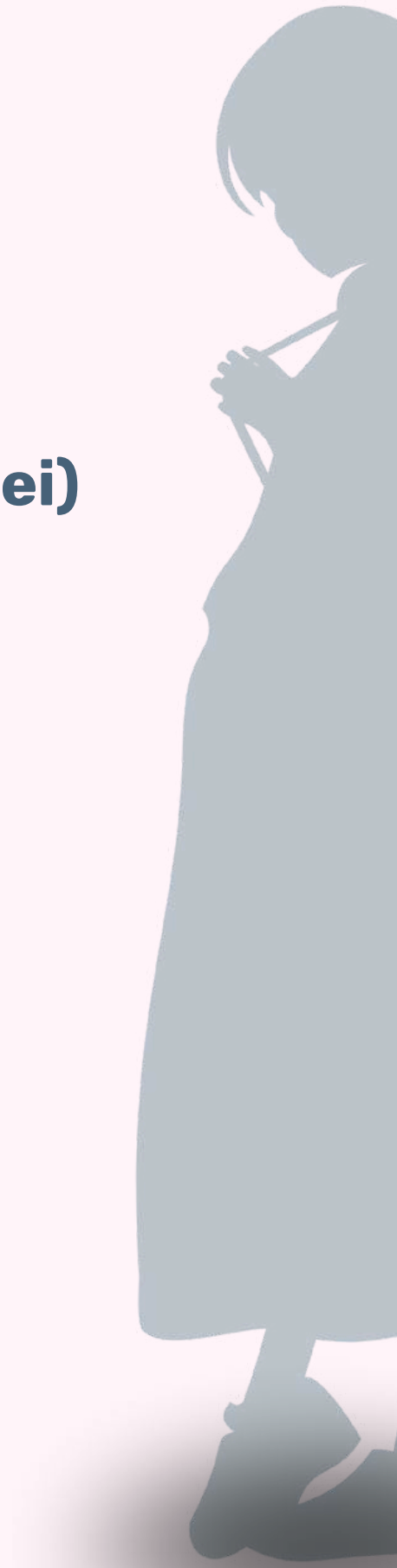
Mădălina Simion
Irina Mateescu
Florin Șandor

Prevenirea (recurenței) sarcinii la minore

Coordonatoare
Irina Mateescu



Mădălina Simion
Irina Mateescu
Florin Șandor

Prevenirea (recurenței) sarcinii la minore

Coordonatoare
Irina Mateescu

BUCUREȘTI
2025

ISBN 978-973-0-41569-8

PREVENIREA (RECURENȚEI) SARCINILOR LA MINORE
- Ghid -

Publicat în martie 2025
ISBN 978-973-0-41569-8

Autori: Mădălina Simion, Irina Mateescu, Florin Șandor
Editare și revizuire: Irina Ilisei, Dominique Ogreanu
Mulțumiri pentru contribuție: Carmen Radu, Mihaela Barbu, Cristina Chira, Roxana Oprea, prof. univ. habil. dr. Cristian Furău
Coordonatoare: Irina Mateescu
Design și layout: www.arainteractive.ro

Ghidul este realizat în cadrul proiectului **„Focus pe mamele minore. Conștientizare și acțiune”**, susținut financiar de **Ambasada Regatului Țărilor de Jos.**

FOCUS
PE MAMELE MINORE
Conștientizare și acțiune

Kingdom of the Netherlands

Canale oficiale de semnalare a situațiilor de abuz în cazul mamelor minore:

- **112** – Pentru urgențe, dacă viața sau integritatea adolescentei și/sau a copilului acesteia este în pericol
- **119** – Număr unic de telefon la nivel național pentru cazurile de abuz împotriva copiilor (operat de consilieri din Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului)
- **0800 500 333** – Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse (ANES) - Linie telefonică națională, nonstop, gratuită, destinată victimelor violenței domestice, discriminării pe criteriul de sex și traficului de persoane
- **116 111** – Telefonul copilului
- **0800 800 678** – Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane - Helpline pentru informații și sfaturi privind evitarea traficului de persoane
- **0040 021 313 31 00** – Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane - număr apelabil și din străinătate

Organizații non-guvernamentale care oferă sprijin gratuit:

- **+40 722 265 269** - Youth Helpline Asociația Moașelor din România
- **+40 747 297 988** - Helpline Asociația Victimele Infracțiunilor Sexuale

SUMAR

1. Sarcina la minore în România, o problemă de sănătate publică 4

- 1.1. Importanța educației sexuale comprehensive și a utilizării contraceptivelor pentru prevenirea sarcinilor adolescentelor
- 1.2. Sarcina la minore, o problemă cu riscuri medicale, psihologice și sociale
- 1.3. Sarcina la minore și căsătoriile forțate

2. Răspunsul instituțional la violența asupra femeilor și violența de gen 17

3. Cum se poate implica sistemul de sănătate în prevenirea și reducerea recurenței sarcinilor la minore 23

4. Interviuri cu specialiști care interacționează cu mame minore în România 33

5. Adolescentele din centrele maternale - vulnerabilități multiple, nevoi specifice de intervenție 40

Concluzii 43

Recomandări 44

Resurse utile (Anexe) 45

Bibliografie 54

Cuvânt înainte

În cadrul Asociațiilor Moașelor din România (AMșR și AMI), militățm pentru ca orice fată și femeie din România să aibă acces la servicii de sănătate, în siguranță, conform nevoilor și dorințelor ei.
Proiectul „Focus pe mamele minore. Conștientizare și acțiune", derulat cu sprijinul Ambasadei Regatului Țărilor de Jos, a pornit ca o reacție la cifrele alarmante legate de apariția și recurența sarcinilor la minore în România.

Doar în 2023, 15 fete cu vârsta de 14 ani, 104 fete cu vârsta de 15 ani, 307 fete care aveau 16 ani au născut a doua oară, iar 21 de fete cu vârsta de 16 ani și 87 de fete cu vârsta de 17 ani au născut cel de-al treilea copil, potrivit datelor de la Institutul Național de Statistică (Evenimente demografice, 2023). Această recurență este confirmată și în discuțiile informale cu mulți specialiști care ne-au spus că le revăd pe mamele minore peste un an, un an și un pic, când acestea revin pentru o nouă naștere.

La nivel local, există o lipsă de cunoaștere uniformă a cadrului legislativ privind drepturile copiilor. Astfel, în România, vârsta minimă pentru consimțământ sexual este 16 ani, iar actele sexuale cu persoane sub această vârstă sunt considerate infracțiuni de abuz sexual și sunt pedepsite conform legii penale (art. 218, indice [1], Cod penal, modificat prin Legea nr. 217/2003). Mai mult, legea impune obligația de raportare a abuzurilor asupra minorilor, iar nerespectarea acestei obligații poate atrage sancțiuni penale și disciplinare, conform articolului 266, al. (11) din Codul Penal, conform articolului 89, al. (2) și articolului 96, al. (1) din Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copiilor.

Considerăm că este nevoie de o colaborare intersectorială, la nivel național, astfel încât specialiștii care interacționează cu mame minore sau cu tinerele care sunt în risc de a purta o sarcină nedorită să cunoască și să aplice în mod uniform cadrul legislativ care protejează minorii de abuzuri sexuale.

Din experiența miilor de apeluri primite la YouthLine-ul dedicat (+40 722 265 269), știm că tinerii, adolescenții, fetele și femeile își doresc să aibă acces la informații bazate pe dovezi, vor să știe despre metodele contraceptive și au nevoie să aibă acces la aceste mijloace contraceptive în mod gratuit și ușor, fără stigmă și rușine.

Tocmai de aceea, acest ghid este o încercare de a răspunde nevoilor sutelor de mii de adolescenți care trăiesc cu teama unei sarcini nedorite, în umbra violenței de gen, copiilor care trec prin abuzuri sexuale și sunt apoi lipsiți de îngrijire și protecție din partea autorităților statului român și, nu în ultimul rând, sutelor de mii de fete, mame minore în prezent, care trăiesc maternitatea extrem de timpurie dintr-o obligație.

Ghidul se adresează, în primul rând, factorilor de decizie centrali și locali din sănătate, instituțiilor de formare a personalului medical, instituțiilor medicale și personalului medical.

Considerăm acest ghid util și pentru asistenți maternali, sociali, mediatori sanitari, consilieri școlari, psihologi, specialiști din organizații nonprofit, dar și pentru alte categorii de profesioniști care lucrează cu persoane minore. Recomandăm consultarea acestui document și de către publicul larg care dorește să se informeze și să se implice în reducerea incidenței acestei probleme de sănătate publică - sarcina la minore.

Acest ghid se dorește a fi o trecere în revistă a principalelor provocări, dar mai ales a principalelor măsuri concrete de colaborare intersectorială pentru ca răspunsul sistemului medical, dar și al oricărui specialist care intră în contact cu o adolescentă însărcinată, să fie unul mai rapid, mai empatic și adaptat nevoilor fiecărui caz.

Concret, ne propunem ca intervenția sistemului de sănătate să reducă numărul sarcinilor la minore și să se asigure că niciuna dintre fetele care nasc în prezent nu mai este nevoită să nască din nou, din obligație.

Irina Mateescu
Moașă licențiată

STATISTICI

Sursa: Institutul Național de Statistică www.insse.ro

Cazuri aferente anului 2023

▲ **88265**

de **nașteri** la **mame minore** în România, **în ultimii 5 ani**

▲ **84503**
mame cu vârstă **între 15 și 19 ani**

▲ **3662**
mame cu vârstă **sub 15 ani**

- În **53%** dintre cazuri **nu se cunoaște vârsta tatălui**

- În **22%** dintre cazuri diferență între vârsta **mamei minore** de **sub 15** ani și **vârsta tatălui** este **de peste 5 ani**

▲ **14363**

de nașteri la mame minore în România în 2023

▲ **13736**
mame cu vârsta **între 15 și 19 ani**

▲ **627**
mame cu vârsta **sub 15 ani**

Metodologia de elaborare a ghidului

Dată fiind complexitatea temei, este folosit un mix de metode precum analiza cadrului legislativ, a ghidurilor internaționale, a studiilor și publicațiilor realizate de organizațiile pentru drepturile copiilor și ale femeilor, precum și experiența practică a Asociației Moașelor din România în consilierea și managementul de caz pe care îl oferim tinerilor cu ajutorul liniei telefonice AMșR Youth Line (+40 722 265 269).

14.100 de mame minore și tineri au primit deja consiliere, servicii și management de caz pentru sănătatea reproducerii din partea moașelor și colaboratorilor Asociației Moașelor din România.

De asemenea, au fost folosite metode de cercetare calitativă pentru o înțelegere aprofundată a temei. În anul 2024, pe 12 august, 26 august, 16 septembrie și 26 septembrie au fost realizate patru focus grupuri la care au participat 24 de asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, psihologi, profesori și consilieri școlari, medici, inspectori școlari, sociologi, masteranzi și reprezentanți din organizații ale societății civile, cu scopul de a colecta puncte de vedere și a înțelege în profunzime nevoile identificate în munca lor de zi cu zi.

Totodată, în septembrie 2024, am vizitat patru centre maternale și am discutat cu peste 20 de mame minore, în încercarea de a afla și perspectiva lor. Considerăm că aceste fete sunt printre cele mai vulnerabile și este nevoie de o abordare mai complexă, adaptată contextului și nevoilor lor. Dedicăm un subcapitol separat pentru intervenția necesară în centrele maternale pentru a preveni abuzurile și sarcinile timpurii.

Toate discuțiile purtate au avut ca scop identificarea nevoilor și a lacunelor intervențiilor actuale pentru a creiona recomandări specifice sistemului de sănătate, dar și recomandări generale către instituțiile abilitate, cu scopul de a arăta cât de necesară este colaborarea interinstituțională și răspunsul multidisciplinar la problematica prevenirii sarcinilor la minore.

Pentru a da o voce fetelor, includem în acest ghid câteva mărturii, republicate cu acordul Ozanei Nicolau - regizoare, reprezentanta Asociației Art Revolution, care a realizat un documentar interactiv ce cuprinde poveștile a șapte fete care au devenit mame fără să își propună, în adolescență. Am selectat mărturiile care fac referire la experiența nașterii și îngrijirii copilului. Proiectul complet poate fi accesat online, pe site-ul mameadolescente.artrevolution.ro.[1]

[1] https://mameadolescente.artrevolution.ro

1. Sarcina la minore în România, o problemă de sănătate publică

Sarcina la minore în România este o problemă de sănătate publică și necesită o intervenție urgentă, pe termen scurt, mediu și lung.
Cauzele care stau la baza fenomenului în România ar putea fi mai bine înțelese prin prisma intersecționalității, o suprapunere a mai multor forme de discriminare și inegalitate, cum ar fi cele bazate pe gen, rasă, etnie, clasă socială, vârstă, educație, statut social sau alte caracteristici.
Această abordare scoate în evidență faptul că mamele minore sunt supuse riscului de discriminare multidimensională, având vulnerabilități multiple.[2]

Cercetările indică faptul că mamele adolescente din medii defavorizate întâmpină adesea o multitudine de obstacole care le cresc riscul de sarcină timpurie. De exemplu, Penman-Aguilar et al. afirmă că dezavantajul socioeconomic poate fi un determinant social critic al nașterilor la adolescente (Penman-Aguilar et al., 2013).[3]

Doar în perioada 2021-2023, în România, aproape 7.000 de adolescente cu vârstă între 12 și 17 ani au devenit mame în fiecare an. Multe dintre aceste adolescente au născut fără să fi făcut controale prenatale sau să fi avut sarcina monitorizată, conform datelor publicate de Institutul Național de Statistică (INS).[4]

În medie, rata nașterilor (exprimată ca procent din totalul nașterilor) pentru fetele din România cu vârsta între 10 și 14 ani este de 8,5 ori mai mare decât media Uniunii Europene, iar rata nașterilor la fetele cu vârsta între 15 și 19 ani este de 3,4 ori mai mare decât media (Neculau et al., UNICEF, 2023).[5]

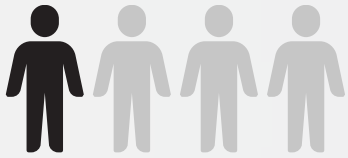
Dintre mamele minore, numărul celor care nasc având mai puțin de 15 ani este îngrijorător cu atât mai mult cu cât este un număr care rămâne constant an de an. Doar în anul 2023 au fost 27 de adolescente care au devenit mame la vârsta de 12 ani.

Asemănător, datele privind recurența sarcinilor la minore sunt alarmante. Tot în 2023, 15 fete cu vârstă de 14 ani, 104 fete de 15 ani și 307 fete de 16 ani au născut a doua oară. Mai mult, dintre cele 627 de mame minore care au născut în 2023 și aveau sub 15 ani, 218 fete au născut fără niciun control prenatal (INS, Evenimente demografice, 2023).[6]

1 din 4 băieți români (24%)

1 din 7 fete (14%)

la vârsta de 15 ani, au declarat că au avut contact sexual [7]



1 din 4 adolescenți

care fac sex nu folosește metode de protecție.

Potrivit unui raport publicat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS, 2020), citat și de Salvați Copiii, în România.[8]

2 Lansarea Studiului „Intersecționalitatea în România" – O perspectivă esențială asupra discriminării
3 Socioeconomic Disadvantage as a Social Determinant of Teen Childbearing in the U.S.
4 Evenimente demografice în anul 2023
5 SUMAR DE POLITICI: Prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescente
6 Idem 1
7 Salvați Copiii
8 Health behaviours among adolescents in Romania: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study 2018: Research report (2020)

1.1 Importanța educației sexuale comprehensive și a utilizării contraceptivelor pentru prevenirea sarcinilor adolescentelor

1 din 4 fete

va experimenta violență sexuală înainte de vârsta de 18 ani, ceea ce subliniază importanța educației sexuale pentru prevenirea abuzurilor și promovarea relațiilor sănătoase și consimțite

(Conform UNICEF, 2023) [9]

Cercetările indică faptul că elevii care beneficiază de educație sexuală cuprinzătoare sunt mai predispuși să amâne inițierea activității sexuale și să adopte practici sexuale mai sigure, comparativ cu colegii lor care nu primesc o astfel de educație (Mark NDE, Wu LL, 2022).[10] De exemplu, o revizuire sistematică a evidențiat că adolescenții expuși la educație sexuală cuprinzătoare sunt mai predispuși să utilizeze contracepția în timpul primei lor experiențe sexuale, reducând astfel riscul de sarcini nedorite și infecții cu transmitere sexuală (Fernández et al., 2021).[11]

Mai mult, în Statele Unite ale Americii, un studiu realizat de National Library of Medicine a arătat că educația sexuală bazată pe abstinență a dus la rate ridicate de sarcini adolescentine și infecții cu transmitere sexuală în comparație cu statele care au implementat educația sexuală completă, care include informații despre contracepție (Heels, 2019).[12]

Chiar dacă România este în topul țărilor din Uniunea Europeană (UE) cu cel mai mare procent de mame minore, subiectul educației pentru sănătate sexuală rămâne fără o strategie de implementare și fără fonduri.
Mai mult, o politică de educație pentru sănătate coerentă lipsește încă în România.

Programul național de contracepție a fost sistat acum mai bine de 13 ani și, în fiecare an, sute de organizații ale societății civile trag semnale de alarmă privind lipsa accesului la metode contraceptive pentru populația vulnerabilă, precum și asupra costurilor ridicate ale acestora, cât și în privința lipsei de acces pentru întreruperi de sarcină.[13]

Procentele mari de nașteri la minore sunt corelate și cu lipsa de educație, cu sărăcia și cu lipsa de acces la metode contraceptive gratuite.

- Rata abandonului școlar din România **este cea mai mare din UE**, de 16%, în creștere între 2019 și 2023. Diferențele între urban și rural sunt uriașe: **31% în rural** și **5% în urban**.[14]

9 UNICEF- "Adolescent girlsare falling through cracks violence prevention"
10 More comprehensive sex education reduced teen births: Quasi-experimental evidence
11 Sex Education in the Spotlight: What Is Working? Systematic Review
12 The Impact of Abstinence - Only Sex Education Programs in the United States on Adolescent Sexual Outcomes
13 Coaliția pentru Egalitate de Gen, comunicat de presă, 2024 și comunicat de presă 2023
14 Studiul Nevoile Tinerilor, Friedrich-Ebert-Stiftung, 2024, p. 12

„Noi ne-am cunoscut pe Facebook. Astăzi am făcut 3 ani de când suntem împreună. El nu bea, nu fumează. E ok. Nu e genul de om care să dea într-o persoană. Eu sunt mai vulcanică. El e apa care mă stinge.
Fac acum 18 ani.
Mama e plecată de 12 ani. Aveam 6 ani. Desculță am fugit după ea. A fost greu, dar ne-am obișnuit. El (tatăl) ne-a crescut. Am născut natural. Doctori foarte buni. Am avut puțin hemoragie, dar a trecut."

Iulia [15]

15 https://mameadolescente.artrevolution.ro/iulia/

Educația sexuală comprehensivă este vitală pentru a asigura sănătatea tinerilor

reducând riscurile asociate comportamentului sexual nesigur și prevenind sarcinile adolescentelor.
De asemenea, este esențial ca politicile educaționale să fie centrate pe informarea completă a tinerilor, nu pe abstinență, pentru a le oferi oportunitatea de a lua decizii responsabile și informate (Breuner et al., 2016).[16]

16 From the American Academy of Pediatrics| Clinical Report| August 01 2016 Sexuality Education for Children and Adolescents

„Menstruație am avut până aproape la 5 luni. Când a mișcat prima oară am zis că s-a umflat ceva în burtă. Și el a zis «Da' ce, nu ți-a venit luna asta? Ba da, mi-a venit.» Și el a zis «N-are cum, că din prima nu rămâi».”
Noi suntem acasă 4 fete și 4 băieți, cel mai mic are 6 ani. De ăla am avut super mare grijă. Să-l cresc pe Rareș a fost foarte ușor. Au fost lângă mine maică-mea, frate-miu, taică-miu, sora mea. (...) La 2 luni jumate o înțărcat singur. Cu toate că aveam lapte, nu eram la timp acasă să-i dau lapte și cum mama îi dădea cu biberonul s-a învățat cu biberonul. S-o înțărcat. Toată iarnă mi-o fost răcit. Rareș are doar mamă la certificat. Nu vreau să mai fac niciodată copii. Unul mi-e de ajuns.”

Raluca [17]

17 https://mameadolescente.artrevolution.ro/raluca/

1.2. Sarcina la minore, o problema cu riscuri medicale, psihologice și sociale

Un studiu făcut în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Cuza Vodă" din Iași, în perioada 2015-2021, a detectat rate semnificativ statistic mai ridicate de malformații fetale, nașteri premature, restricție de creștere fetală (RCF) și condiții de creștere fetală mică pentru vârsta gestațională (SGA), preeclampsie, condilomatoză și infecție vaginală cu E. coli în rândul categoriei de adolescente participante la studiu (Ursache, A et al., 2023).[18]

Conform protocolului clinic publicat în mai 2024, aprobat de către Ministerul Sănătății din Republica Moldova (un astfel de protocol clinic lipsește în România), o adolescentă care poartă o sarcină este expusă la multiple riscuri.[19] Dintre acestea, enumerăm:

⚠ **Riscurile obstetricale (care se referă la mamă) în cazul unei mame adolescente sunt:**

- Anemia și malnutriția
- Infecțiile urogenitale (inclusiv bacteriuria asimptomatică, infecțiile cu transmitere sexuală (ITS)
- Nașterea prematură
- Stările hipertensive induse de sarcină
- Nașterea distocică și traumatismul în naștere
- Infecțiile puerperal-septice
- Boli hematologice (trombofilie ereditară)
- Incompatibilitate de RH și necesitatea administrării Imunoglobulinei anti-D

⚠ **Riscurile perinatale (care se referă la făt și nou-născut) pot fi:**

- Restricția de creștere fetală (RCF)
- Prematuritatea
- Infecții congenitale
- Hipoxia fetală
- Anomaliile congenitale
- Anemia nou-născutului
- Alăptarea de scurtă durată, frecvent sub 3 luni

Riscuri extrase din Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, Protocol clinic standardizat (Republica Moldova, 2024, p. 8) [20] și din discuțiile cu un medic legist care studiază fenomenul nașterilor la minore într-un spital din România.

Grupa de vârstă a mamei este considerată ca fiind un factor de risc important în mortalitatea perinatală.
Potrivit raportului Mortalitatea infantilă, 11% dintre decesele perinatale au fost la mamele din grupa de vârstă sub 20 de ani în 2020 și procentul a crescut la 12,1% în 2023 (Institutul Național de Sănătate Publică - INSP, 2020, p. 17, 2023, p. 16).[21]

Datele de la Institutul Național de Statistică arată că, în 2023, 34,78% dintre fetele sub 15 ani care au născut nu au făcut un control prenatal (INS, Evenimente demografice, 2023).[22] Aceste date, completate cu mărturii din teren, arată că monitorizarea sarcinilor nu are loc pentru că morfologiile și screeningurile antenatale sunt disponibile doar în mod excepțional în sistemul public de sănătate.

1 din 8 gravide/mame minore

nu este înscrisă la medicul de familie sau nu cunoaște medicul de familie la care este înscrisă.

(Raport Salvați Copiii, 2024, p. 31) [23]

18 Epidemiology of Adverse Outcomes in Teenage Pregnancy—A Northeastern Romanian Tertiary Referral Center, International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH), January 2023
19 Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente Protocol clinic standardizat, Chișinău 2024
20 Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente Protocol clinic standardizat, Chișinău 2024
21 „Mortalitatea infantilă în România 2020"
22 Evenimente demografice în anul 2023
23 Salvați Copiii - „Studiu privind mamele minore și gravidele minore. Raport de cercetare"

- aproximativ **un sfert dintre mamele și gravidele minore** (23%) **nu au fost la control** la medicul de familie când au fost gravide sau de când au rămas însărcinate.

(Raport Salvați Copiii, 2024, p. 31).

Mai mult, potrivit INSP, implicarea sistemului medical în urmărirea gravidelor este o cauză asupra căreia se poate acționa pentru diminuarea numărului de decese perinatale. O slabă depistare a gravidelor și/sau depistarea lor tardivă (în ultimul trimestru de sarcină) duce la complicații prenatale și chiar decese în primele 6 zile de viață ale fătului (INSP, 2020, p. 17).[24]

⚠ Riscurile psihologice

Implicațiile psihologice ale unei sarcini în adolescență sunt complexe. Sarcina în adolescență este considerată, în majoritatea cazurilor, o stare traumatizantă din punct de vedere psihic, din cauza faptului că dezvoltarea psihoneurologică a adolescentei nu a atins maturitatea (Protocol clinic de intervenție în cazul gravidei minore, Republica Moldova, p. 9).[25]
Astfel, părinții adolescenți trebuie să navigheze deopotrivă schimbările provocate de apariția unui copil, asemeni oricărui alt părinte, dar și propriile provocări ale adolescenței, precum anxietatea, depresia, riscul de suicid (Tebb KP, Brindis CD, 2022).[26]

- dintre cele **200 de gravide și mame minore** care au participat la o cercetare realizată de Salvați Copiii, publicată în februarie 2024, **spun că sarcina a fost una întâmplătoare,** un eveniment neașteptat, trăit traumatic.

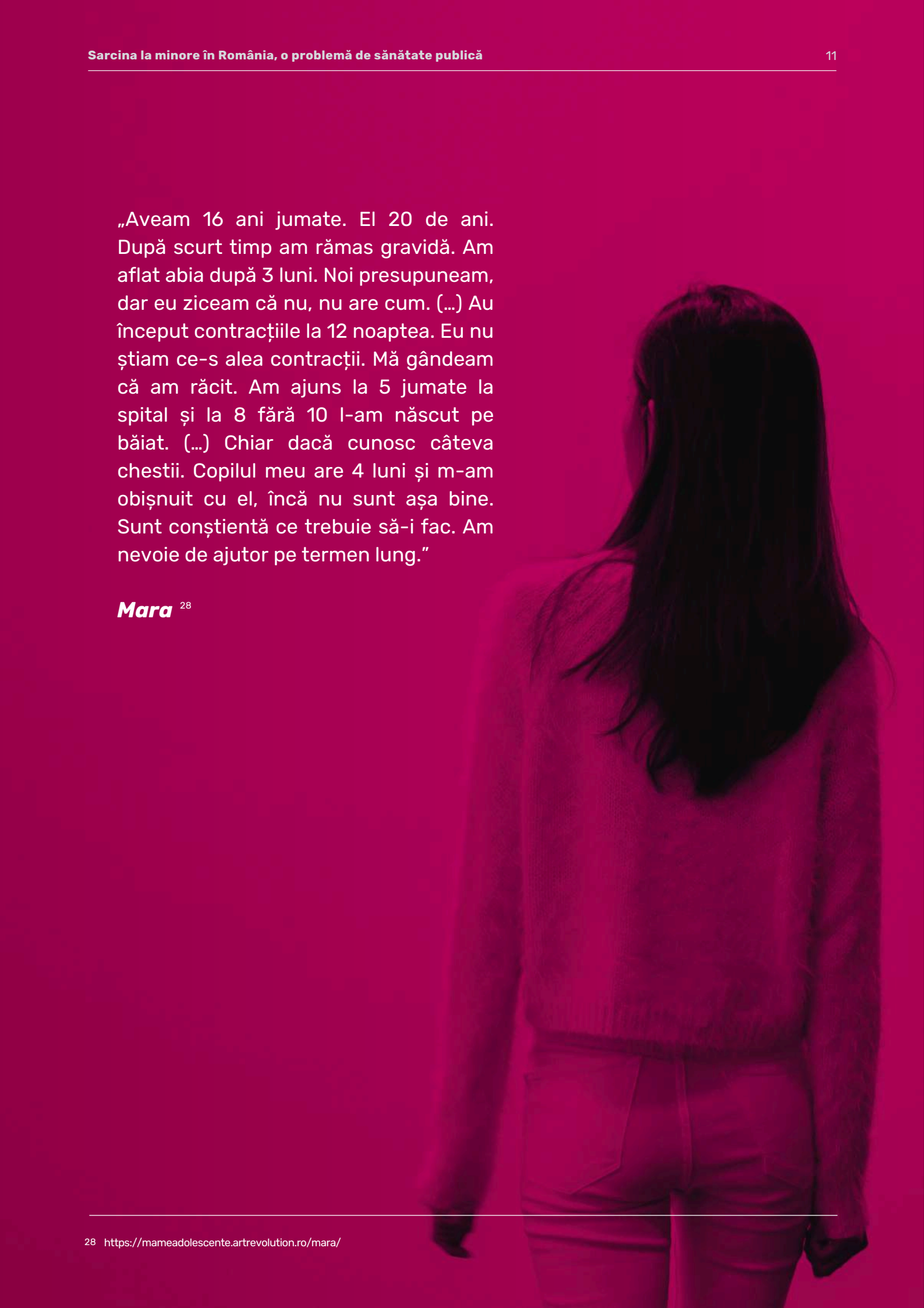
(Raport de cercetare Salvați Copiii, 2024, p. 10). [27]

Astfel, cu atât mai mult, este important rolul sistemului medical în prevenirea sarcinii la minore, prin furnizarea de module de educație pentru sănătatea sexuală, consimțământ, identificarea și gestionarea cazurilor de hărțuire, exploatare sexuală, abuz sexual, oferirea de consiliere în privința metodelor contraceptive, prin oferirea gratuită de mijloace contraceptive, posibilitatea de a întrerupe o sarcină nedorită, monitorizarea sarcinilor minorelor, cu includerea de module de educație sexuală comprehensivă în timpul consultațiilor antenatale cu moașa și/sau medic de medicină de familie, recomandări și soluții pentru contracepție și raportarea tuturor cazurilor de sex cu minori către poliție și/sau asistența socială.

24 Idem 24
25 Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente Protocol clinic standardizat, Chișinău 2024
26 Understanding the Psychological Impacts of Teenage Pregnancy through a Socio-ecological Framework and Life Course Approach
27 Salvați Copiii - „Studiu privind mamele minore și gravidele minore. Raport de cercetare"

„Aveam 16 ani jumate. El 20 de ani. După scurt timp am rămas gravidă. Am aflat abia după 3 luni. Noi presupuneam, dar eu ziceam că nu, nu are cum. (...) Au început contracțiile la 12 noaptea. Eu nu știam ce-s alea contracții. Mă gândeam că am răcit. Am ajuns la 5 jumate la spital și la 8 fără 10 l-am născut pe băiat. (...) Chiar dacă cunosc câteva chestii. Copilul meu are 4 luni și m-am obișnuit cu el, încă nu sunt așa bine. Sunt conștientă ce trebuie să-i fac. Am nevoie de ajutor pe termen lung."

Mara [28]



28 https://mameadolescente.artrevolution.ro/mara/

⚠ Riscurile sociale

O sarcină la minore aduce și riscuri sociale. Printre ele, lipsa resurselor pentru autoîngrijire și îngrijirea copilului, abandonarea/întârzierea studiilor și posibilitățile mai reduse de a continua studiile după naștere, capacitățile mai scăzute de integrare în societate, dar și riscul de a fi victime ale violenței de gen din partea partenerului, a rudelor, a comunității și chiar a autorităților (Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, Protocol clinic standardizat, Republica Moldova, 2024, p. 8-9).

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, sarcina în adolescență este un fenomen global cu cauze binecunoscute și consecințe grave asupra sănătății, dar și asupra vieții sociale și economice. Sarcina în adolescență este mai frecventă printre cei cu un nivel educațional scăzut sau din medii economice dezavantajate (Studiu, Filipine, 2017, citat de OMS).[29] Mai mult, progresul în reducerea numărului de nașteri la primul copil în rândul adolescentelor din aceste grupuri vulnerabile este mai lent, ceea ce accentuează inechitățile. În plus, căsătoria forțată și abuzul sexual asupra minorilor sporesc riscul de sarcină și de maternitate timpurie (OMS, 2020).[30]

În multe locuri, obstacolele în obținerea și utilizarea metodelor contraceptive împiedică adolescenții să evite sarcinile nedorite (Organizația Mondială a Sănătății, 2024).[31]

Măsuri concrete pentru reintegrarea în educație a gravidelor și mamelor minore ar putea fi realizate prin noua lege a educației. [33]

Legea învățământului preuniversitar nr. 198/2023 prevede, printre altele:

- **1. Gravidele și mamele minore** sunt considerate elevi aflați în risc de excluziune (art. 67, pct. 3)
- **2. Stabilește acordarea unor burse** școlare de 700 de lei pentru „mamele minore reintegrate într-o unitate de învățământ", pe perioada desfășurării activităţilor didactice, cu condiţia frecventării orelor de curs (art. 108, pct. 19)
- **3. Stabilește o serie de măsuri adecvate** pentru a proteja elevele gravide și elevii părinţi de stigmatizare sau discriminare, inclusiv prin asigurarea unui mediu de învățare sigur și incluziv (art. 76)

Până în ianuarie 2025, nu a fost adoptată o metodologie de lucru pentru Legea învățământului preuniversitar nr. 198/2023.
Există, însă, un ordin privind metodologia prin care se acordă bursele școlare. [34] Astfel, bursele pentru mame minore se acordă până la finalizarea învățământului obligatoriu, chiar dacă beneficiarele împlinesc 18 ani între timp.[35]

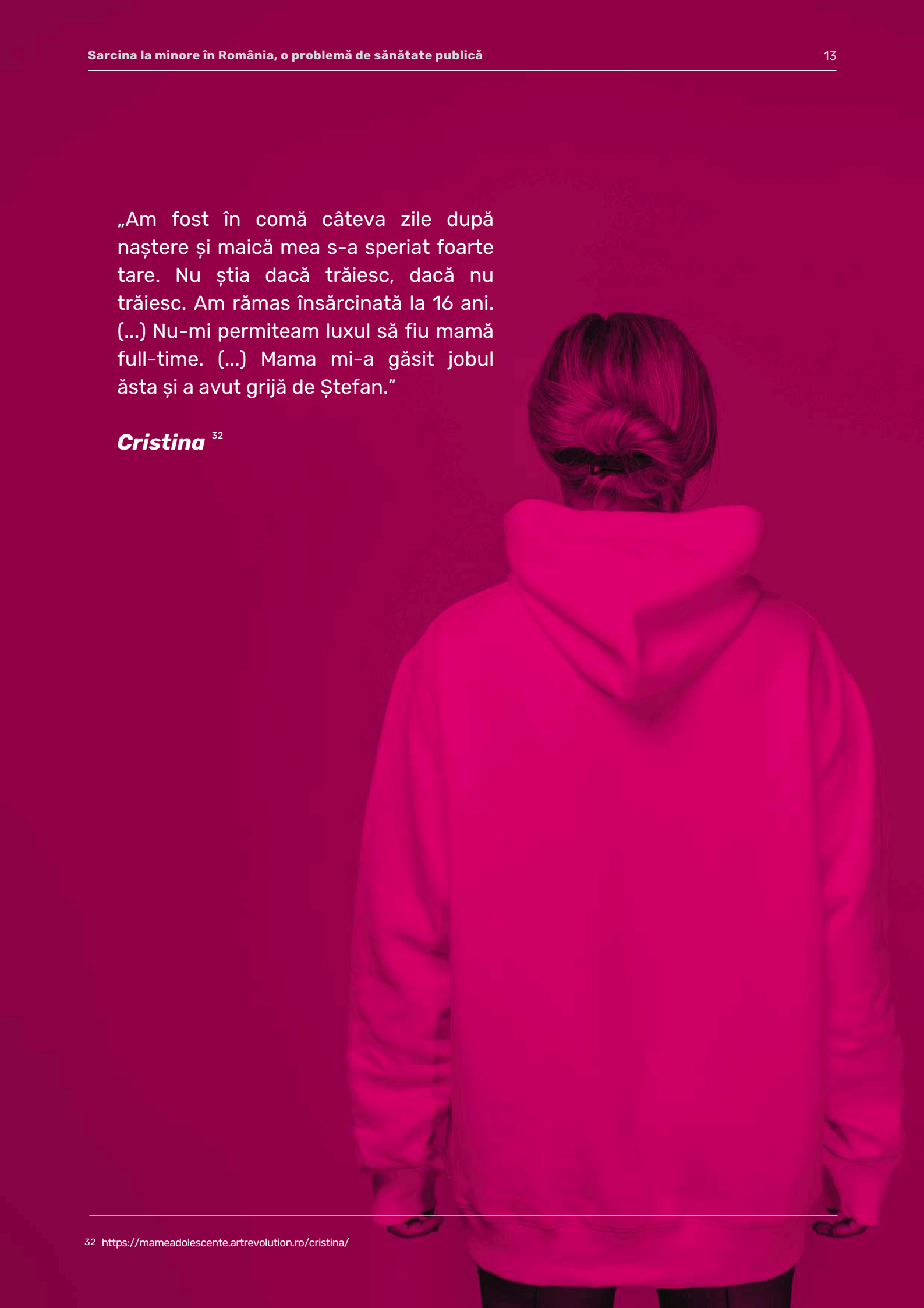
Totuși, conform Centralizatorului de Burse Școlare, în 2023 au fost acordate 741 de burse pentru mame minore.[36] Comparând cu numărul total de adolescente care devin mame până în 20 de ani, numărul celor care beneficiază de burse școlare este mic. Este nevoie ca noua lege a educației să includă și alte măsuri active pentru a asigura continuarea studiilor, în special în ceea ce privește stigmatizarea și discriminarea elevelor care rămân însărcinate.

„Adesea, în munca de teren întâlnesc cazuri de fete care au fost descurajate să vină la școala atunci când sarcina lor a început să fie vizibilă, sub pretextul că s-ar pune în risc de sănătate dacă ar continua să vină la școală. Cadrele didactice sau conducerile școlilor cu astfel de practici spun că nu își doresc ca fetele care rămân însărcinate să influențeze negativ și alte fete din comunitate, dacă vin la școală după ce au rămas însărcinate sau după ce au născut."
Activistă pentru drepturile femeilor

29 2017 National Demographic and Health Survey Key Findings Philippines
30 Global status report on preventing violence against children 2020
31 Adolescent pregnancy, April 2024
33 Raport Egalitate de Gen în Educație, Art Fusion, 2023, p. 40
34 ORDIN privind aprobarea Metodologiei-cadru de acordare a burselor
35 Articol „Bursa pentru mame minore", 2024
36 Centralizare situație burse școlare, 2023

„Am fost în comă câteva zile după naștere și maică mea s-a speriat foarte tare. Nu știa dacă trăiesc, dacă nu trăiesc. Am rămas însărcinată la 16 ani. (...) Nu-mi permiteam luxul să fiu mamă full-time. (...) Mama mi-a găsit jobul ăsta și a avut grijă de Ștefan."

Cristina [32]



32 https://mameadolescente.artrevolution.ro/cristina/

1.3 Sarcina la minore și căsătoriile forțate

Din discuțiile cu specialiștii, intervenția în cazurile de căsătorii forțate/căsătorii timpurii este îngreunată atât de prejudecăți rasiste, cât și de lipsa unui mecanism de raportare și sesizare a autorităților competente.

Conform *„Ghidului de intervenție pentru cazuri de căsătorii între copii/căsătorii forțate. Metode de intervenție și recomandări”* (Asociația E-Romnja, 2023):

„La nivelul societății românești, din păcate, subiectul este încărcat de prejudecăți, fiind asociat de cele mai multe ori cu etnia, religia, tradițiile sau cultura, ceea ce împiedică de prea multă vreme orice tip de inițiativă care să asigure protecția victimelor acestui tip de violență de gen.”[37]

Legea nr. 272/2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului

Art. 96 [38] prevede obligaţia personalului medical de a raporta suspiciunile de abuz asupra minorilor şi implicit şi căsătoriile forţate:
(1) Orice persoană care, prin natura profesiei sau ocupaţiei sale, lucrează direct cu un copil şi are suspiciuni în legătură cu existenţa unei situaţii de abuz, de neglijare, de înstrăinare părintească a acestuia este obligată să sesizeze serviciul public de asistenţă socială sau direcţia generală de asistenţă socială şi protecţia copilului în a cărei rază teritorială a fost identificat cazul respectiv.

Art. 141
(1) Nerespectarea obligaţiilor prevăzute la (...) art. 96 constituie abatere disciplinară gravă şi se sancţionează potrivit legii.

Modalitățile de intervenție în cazul căsătoriilor forțate, mecanismele de raportate includ faptul că orice specialist care intră în contact cu un minor aflat într-o astfel de situație de abuz ar trebui să raporteze cazul către Direcția Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului - DGASPC (Ghid intervenție căsătorii forțate, E-Romnja, p. 17).[39]

Din discuțiile avute cu specialiști din DGASPC, reise o lipsă de cunoaștere sau o lipsă de aplicare a cadrului legislativ care reglementează faptul că orice funcționar public/specialist/profesionist care intră în contact cu un copil abuzat trebuie să raporteze cazul mai departe autorităților. Din păcate, adesea, specialiști din diverse instituții mută responsabilitatea către comunități, lucru care a dus în timp la normalizarea acestui tip de violență de gen. Este o normalizare instituțională care vine din partea autorităților care își justifică astfel lipsa de implicare.

Atât personalul medical, cât și cel din protecția socială trebuie să raporteze cazurile și să lucreze cu Poliția pentru gestionarea cât mai eficientă a acestor abuzuri. Fiecare persoană, de pe fiecare palier de intervenție, are nevoie să privească și să înțeleagă mult mai bine care îi sunt responsabilitățile și să acționeze fără prejudecăți, discriminare, rasism, ci cu empatie și cu celeritate.

„Fiind căsătorie aranjată, nu o să fie niciodată plângeri împotriva soțului sau viitorului soț, chiar dacă poate este o diferență mai mare de vârstă. Nu o să fie plângeri din partea familiei fetei.” - Psiholog, DGASPC.

Din astfel de discuții avute cu diferiți specialiști, există o serie de mituri frecvente la nivel instituțional care perpetuează lipsa de acțiune și neînțelegerea abuzului.

Spre exemplu:
• Există ideea greșită că nu este considerat abuz dacă părinții au consimțit, ceea ce ignoră faptul că drepturile copilului sunt protejate prin lege, indiferent de acordul părinților.
• Un alt mit periculos este acela că doar șeful unei instituții sau conducerea unei organizații are obligația de a raporta astfel de situații, când, de fapt, orice persoană care ia cunoștință despre un caz de abuz are responsabilitatea legală și morală de a interveni.
• De asemenea, se răspândește falsa credință că, dacă minorul și-a dat consimțământul, diferența de vârstă dintre el și adult nu mai contează, deși, în realitate, legea recunoaște dezechilibrul de putere și vulnerabilitatea minorului, considerând astfel relația un abuz.

37 Carmen Gheorghe (coord.) și Cerasela Bănică, Ghid de intervenție pentru cazuri de căsătorii între copii / căsătorii forțate. Metode de intervenție și recomandări, Asociația E-Romnja, 2023
38 LEGE nr. 272 din 21 iunie 2004 (**republicată**) privind protecția și promovarea drepturilor copilului
39 „Ghid de intervenție pentru cazuri de căsătorii între copii/căsătorii forțate”

1.3 Sarcina la minore și căsătoriile forțate

Raportarea suspiciunii de abuz se poate face în mai multe moduri, inclusiv în scris, prin completarea unei sesizări oficiale, dar și online, prin e-mail, către Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului din județul sau sectorul pe raza căruia se întâmplă incidentul.[40]

Este important ca persoanele care sesizează un caz de abuz să știe că nu trebuie să fie direct implicate sau să aibă dovezi concrete pentru a face o raportare - simpla suspiciune este suficientă pentru a declanșa o evaluare a situației de către autorități.
Pentru cazurile de risc iminent, care pun în pericol integritatea minorului, este important să fie semnalate direct către Poliție, prin 112, și eventual procuratură.

Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, prevede la art. 89, alin. (2): [41]

Orice persoană fizică sau juridică, precum și copilul pot sesiza direcția generală de asistență socială și protecția copilului din județul/sectorul de domiciliu să ia măsurile corespunzătoare pentru a-l proteja împotriva oricăror forme de violență, inclusiv violență sexuală, vătămare sau de abuz fizic sau mental, de rele tratamente sau de exploatare, de abandon sau neglijență.

La alin. (3) se specifică că angajații instituțiilor publice sau private care, prin natura profesiei intră în contact cu copilul și au suspiciuni asupra unui posibil caz de abuz, neglijare sau rele tratamente au obligația de a sesiza de urgență DGASPC.

Menționăm, de asemenea, că fapta persoanei care, luând cunoștință de comiterea unei fapte prevăzute de legea penală, de trafic și exploatare a persoanelor vulnerabile ori contra libertății și integrității sexuale, săvârșite față de un minor, nu înștiințează de îndată autoritățile se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani (art. 266, alin. (1) indice 1), Cod penal).
Nedenunțarea săvârșită de un membru de familie nu se pedepsește. (art. 266, alin. 2, Cod penal).

Mai mult, vulnerabilitățile legate de lipsa abilităților de a scrie și de a citi, dependența financiară față de abuzator (situațiile în care familia minorei abuzate se bazează pe resursele financiare aduse de abuzator ca fiind singura sau o parte semnificativă din venitul familiei), dar și faptul că minora nu este lăsată niciodată singură cu un specialist (spre exemplu, un asistent comunitar sau un specialist de la DGASPC) reprezintă obstacole majore în procesul de prevenire, anchetă sau raportare.

„Este foarte greu într-o anumită comunitate, fie ea mai mică sau mai mare, este foarte greu pentru persoanele de acolo să vorbească cu cineva din exterior. Trebuie să fie o persoană pe care o cunosc, o persoană în care au încredere.” - Cercetător, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Înțelegând complexitatea intervențiilor autorităților în cazul căsătoriilor forțate, Asociația E-Romnja oferă câteva recomandări generale care trebuie respectate de personalul care intră în contact cu potențiale victime:

Pe tot parcursul intervenției, focusul este asupra minorei/ului și interesului său superior. Confidențialitatea și discreția sunt absolut importante în procesul de colectare a informațiilor.

- Dați crezare minorei/minorului dacă menționează că este forțată/forțat în această căsătorie.
- Nu încercați să vorbiți minorei/minorului în prezența niciunui membru de familie (părinți/bunici/frați sau surori etc.).
- Nu divulgați părinților sau altor rude ceea ce ați aflat de la minor/ă.
- Siguranța minorei/minorului este prioritatea absolută!
- Încercați să obțineți informațiile fără să implicați membrii familiei.

40 https://copii.gov.ro/1/date-de-contact-dgaspc-uri/
41 LEGE nr. 272 din 21 iunie 2004 (**republicată**) privind protecția și promovarea drepturilor copilului

„În prezent, România nu incriminează această formă de violență de gen

(așa cum este definită de Convenția de la Istanbul ratificată de România în 2014), însă, conform Directivei (UE) 2024/1385 a Parlamentului European și a Consiliului din 14 mai 2024 privind combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, care pune accent deosebit pe combaterea și interzicerea căsătoriei forțate și a celor între minori, statele membre ale Uniunii Europene dispun de o perioadă de trei ani de la data intrării în vigoare pentru a transpune dispozițiile acestei în dreptul intern.

Astfel, România este obligată să îmbunătățească cadrul legal și procedural existent și să asigure o abordare unitară și fermă împotriva căsătoriilor forțate/între copii. Nu în cele din urmă, autoritățile trebuie să prioritizeze intervențiile, să renunțe la practicile instituționale dăunătoare de a motiva cultural această formă de violență de gen și să protejeze victimele minore.

De reținut: căsătoriile forțate/între copii sunt foarte greu de raportat și de gestionat când victimele sunt judecate prin prisma apartenenței la o anumită etnie.”

Roxana Oprea, expertă în egalitate de șanse
și coordonatoare comunicare în cadrul Asociației E-Romnja

2. Răspunsul instituțional la violența asupra femeilor și violența de gen

Violența de gen este un concept umbrelă care se referă la violența îndreptată împotriva unei persoane din cauza genului, identității de gen, a expresiei sale de gen sau care afectează majoritar persoanele care aparțin unui anumit gen.

Termenul de „gen" se referă la diferențele sociale dintre bărbați și femei care sunt construite social și învățate de către indivizi încă de la naștere și pe tot parcursul vieții. Genul determină rolurile, responsabilitățile, oportunitățile, privilegiile, așteptările și limitările pentru bărbați și pentru femei.

Foarte adesea, atunci când ne referim la violența de gen, folosim expresia de violență asupra femeilor deoarece violența de gen afectează în mod disproporționat femeile față de bărbați (ABC-ul Educației de gen, Art Fusion, p. 12-13).[42]

Din punct de vedere legal, Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de şanse şi de tratament între femei şi bărbaţi, art. 4, lit. l, definește violența de gen ca fiind fapta de violență direcționată împotriva unei femei sau, după caz, a unui bărbat, motivată de apartenența de sex.

Violența de gen împotriva femeilor este violența care afectează femeile în mod disproporționat.

Violența de gen cuprinde, fără a se limita însă la acestea, următoarele fapte: violența domestică, violența sexuală, mutilarea genitală a femeilor, căsătoria forțată, avortul forțat și sterilizarea forțată, hărțuirea sexuală, traficul de ființe umane și prostituția forțată (Legea nr. 202/ 2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, art. 4, lit. l).

Violența de gen în Uniunea Europeană este o problemă gravă și larg răspândită.

Conform Agenției pentru Drepturile Fundamentale (FRA), aproximativ 1 din 3 femei din Uniunea Europeană a experimentat violența fizică și/sau sexuală, iar 1 din 5 femei a trecut prin aceste experiențe cu un partener actual sau anterior. În România, conform aceluiași studiu, 1 din 4 femei a fost agresată fizic și sau sexual de către un partener sau fost partener. De asemenea, 1 din 10 femei a suferit violență sexuală de la vârsta de 15 ani, iar 12% dintre femei declară că au fost victime ale abuzului sexual înainte de a împlini 15 ani. În medie, 27% dintre femei au fost supuse violenței fizice de către un adult în copilărie.[43]

Cercetările indică o corelație puternică între violența bazată pe gen și sarcina în adolescență. Tinerele care experimentează violența de gen, în special violența din partea partenerului intim, sunt expuse unui risc mai mare de sarcini nedorite. Un studiu realizat în Spania a constatat că tinerele care au raportat experiențe de violență aveau mai multe șanse să fi avut o sarcină în adolescență, comparativ cu colegele lor care nu au trecut prin astfel de experiențe (Sayed et al., 2021).[44]

Mai mult, tinerele care trec prin violență bazată pe gen au adesea un control limitat asupra alegerilor lor reproductive, ceea ce duce la rate mai ridicate de sarcini nedorite (McCauley et al., 2017).[45]

În România, situația este alarmantă.

1 din 4 femei

a trecut prin experiența violenței fizice și/sau sexuale de la un partener actual sau anterior.

42 „ABC-ul egalității de gen"
43 European Agency for Fundamental Rights - FRA, *Violence Against Women: An EU-wide Survey. Main results report*, 2015:
44 Domestic violence against women during pregnancy and the post-partum period: What are the solutions?, Article 11, Volume 9, June 2021
45 "Keeping family matters behind closed doors": healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy

În plus, un sondaj Eurobarometru special (449, 2017)[46] arată că 55% dintre români consideră violul justificat în anumite situații, iar 426 de femei și fete au fost ucise de un membru de familie în ultimii 8 ani.[47]

De cele mai multe ori, violența între parteneri reprezintă un tipar de comportamente abuzive și de amenințare care pot include violență fizică, sexuală și psihologică. Poate include amenințarea cu acte de violență, prejudicii fizice, atacuri asupra proprietății sau animalelor, daune aduse proprietății, precum și alte acte de intimidare, hărțuire (inclusiv în mediul online), abuz economic, abuz emoțional, izolare, privare și utilizarea copiilor ca mijloc de control (website Asociația Anais, 2025).[48]

Din punct de vedere legal, în România sunt recunoscute mai multe tipuri de violență domestică:

Legea nr. 207/2003, art. 4 (1) Violența domestică se manifestă sub următoarele forme:

a) Violența verbală - adresarea printr-un limbaj jignitor, brutal, precum utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte și expresii degradante sau umilitoare;
b) Violența psihologică - impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea de stări de tensiune și de suferință psihică în orice mod și prin orice mijloace, prin amenințare verbală sau în orice altă modalitate, șantaj, violență demonstrativă asupra obiectelor și animalelor, afișare ostentativă a armelor, neglijare, controlul vieții personale, acte de gelozie, constrângerile de orice fel, urmărirea fără drept, supravegherea locuinței, a locului de muncă sau a altor locuri frecventate de victimă, efectuarea de apeluri telefonice sau alte tipuri de comunicări prin mijloace de transmitere la distanță, care prin frecvență, conținut sau momentul în care sunt emise creează temere, precum și alte acțiuni cu efect similar;
c) Violența fizică - vătămarea corporală ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, inclusiv mascate ca fiind rezultatul unor accidente, prin otrăvire, intoxicare, precum și alte acțiuni cu efect similar, supunerea la eforturi fizice epuizante sau la activități cu grad mare de risc pentru viață sau sănătate și integritate corporală, altele decât cele de la lit. e).
d) Violența sexuală - agresiune sexuală, impunere de acte degradante, hărțuire, intimidare, manipulare, brutalitate în vederea întreținerii unor relații sexuale forțate, viol conjugal;
e) Violența economică - interzicerea activității profesionale, privare de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate, acțiunea de sustragere intenționată a bunurilor persoanei, interzicerea dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune, control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune, refuzul de a susține familia, impunerea de munci grele și nocive în detrimentul sănătății, inclusiv unui membru de familie minor, precum și alte acțiuni cu efect similar;
f) Violența socială - impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ sau a locului de muncă, interzicerea/limitarea realizării profesionale, impunerea izolării, inclusiv în locuința comună, privarea de acces în spațiul de locuit, deposedarea de acte de identitate, privare intenționată de acces la informație, precum și alte acțiuni cu efect similar;
g) Violența spirituală - subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice ori religioase, interzicerea dreptului de a vorbi în limba maternă și de a învăța copiii să vorbească în limba maternă, impunerea aderării la credințe și practici spirituale și religioase inacceptabile, precum și alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare;
h) Violența cibernetică - hărțuire online, mesaje online instigatoare la ură pe bază de gen, urmărire online, amenințări online, publicarea nonconsensuală de informații și conținut grafic intim, accesul ilegal de interceptare a comunicațiilor și datelor private și orice altă formă de utilizare abuzivă a tehnologiei informației și a comunicațiilor prin intermediul calculatoarelor, telefoanelor mobile inteligente sau altor dispozitive similare care folosesc telecomunicațiile sau se pot conecta la internet și pot transmite și utiliza platformele sociale sau de e-mail, cu scopul de a face de rușine, umili, speria, amenința, reduce la tăcere victima.
(2) În nicio formă și în nicio împrejurare, obiceiul, cultura, religia, tradiția și onoarea nu pot fi considerate drept justificare pentru niciun tip de acte de violență definite în prezenta lege.

46 Eurobarometrul special 449: Violența bazată pe gen
47 Mediafax, februarie, 2023
48 Ce este violența sexuală și de gen și cum apare? - Extras din Ghid PDF „Violența sexuală și de gen-O viață fără violență este dreptul fiecărei persoane”

Atât sarcinile la minore, cât și căsătoriile forțate reprezintă o încălcare gravă a drepturilor omului și sunt forme ale violenței de gen. Acestea privează persoanele de libertatea de a alege, afectându-le profund viața și sănătatea fizică și mentală.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, violența de gen este o problemă de sănătate publică.

Sistemul de sănătate are rolul de a educa și a contribui la prevenirea violenței de gen, fiind totodată o importantă poartă de acces pentru a identifica cazurile de violență asupra fetelor și femeilor, de a împuternici victimele și de a raporta către autoritățile competente și/sau de a îndruma victimele către serviciile de care acestea au nevoie.

Mai mult, cadrul legislativ din România este coerent cu această perspectivă:

Legea nr. 217/2003, Art. 2) Prevenirea și combaterea violenței domestice fac parte din politica integrată de ocrotire și sprijinire a familiei și reprezintă o importantă problemă de sănătate publică.

Ministerul Sănătății are obligația de a elabora instrucțiuni pentru a se asigura de faptul că medicii de familie și medicii specialiști din sistemul de sănătate public sau privat notează în fișa pacientului suspiciunile de violență domestică și că în fiecare unitate sanitară sunt afișate informații despre serviciile de informare și consiliere pentru victimele violenței domestice de tip linie telefonică de urgență - helpline. Art. 9, Legea nr. 217/2003.

Rolul spitalelor, clinicilor și cabinetelor în recunoașterea și combaterea violenței de gen este esențial.

Aceste instituții trebuie să ofere un cadru care să încurajeze personalul medical în combaterea violenței de gen prin implementarea de protocoale și instrumente de lucru, suport instituțional și materiale informative pentru cadre medicale și pacienți. De asemenea, este importantă implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare.[49]

Rolul cadrelor medicale în sprijinirea victimelor violenței de gen include:

- Înțelegerea și informarea despre violența de gen și impactul acesteia asupra sănătății.
- Adresarea de întrebări despre violență atunci când sunt identificate simptome clinice sau emoționale.
- Oferirea de îngrijiri medicale, crearea unui mediu prietenos și sigur, oferirea de sprijin emoțional al victimelor.
- Documentarea cazurilor și istoricului medical al victimelor și a riscurilor medicale, înregistrarea detaliată a situațiilor de abuz.
- Îndrumarea victimelor către asistență socială și servicii specializate, și urmărirea evoluției și menținerea contactului cu victimele.[50]

Chiar dacă raportul GREVIO cu privire la implementarea Convenției de la Istanbul[51] arată lacune în ceea ce privește implementarea politicilor pentru combaterea violenței de gen și din perspectiva sistemului de sănătate, o colaborare intersectorială poate spori eficiența intervențiilor locale, aliniindu-le la standardele naționale și internaționale mai largi (Giesen, 2023).[52]

49 Recomandările au la bază informații din ghidul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, Consolidarea sistemelor de sănătate pentru a răspunde cazurilor femeilor supuse violenței din partea partenerului intim sau violenței sexuale, OMS, 2024, p. 26
50 Idem 51, OMS, 2024, p. 34
51 Report: The Response of Health Systems to Gender-Based Violence, 2023
52 Framing gender-based violence in multi-level contexts: a networked approach to studying adoption of the Istanbul Convention, 2023

În continuare, redăm o listă de servicii necesare victimelor violenței de gen fizică și/sau sexuală, care ar putea fi facilitate/sprijinite de sistemul medical, menționate și în ghidul Organizației Mondiale a Sănătății (Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines, p. 16): [53]

- Suport de primă linie (asistență și îngrijire centrată pe victimă, comunicare empatică ascultarea victimei, întreabă victima cu privire la nevoile și îngrijorările sale, validare, creșterea siguranței, asigurând confidențialitatea și informarea cu privire la serviciile disponibile pentru ea).
- Anamneză și examinarea victimei violenței fizice și/sau sexuale
- Documentarea abuzului fizic și/sau sexual în actele medicale
- Examinare medico legală și/sau colectarea de probe biologice
- Contracepție de urgență și/sau întrerupere a sarcinii survenite în urma unui abuz sexual
- Profilaxie postexpunere infecții cu transmitere sexuală
- Profilaxie postexpunere HIV
- Căi de referire către servicii specializate pentru victimele violenței (asistență juridică, servicii sociale, suport psihologic, adăposturi etc.)
- Management de caz și coordonare intra și interinstituțională pentru a oferi suport victimelor

Rolul specialiștilor din sistemul social în identificarea cazurilor de violență de gen este crucial. Aceștia ar putea să:

- Detecteze semnele de violență de gen care pot apărea în diverse contexte din viața socială a comunității, care altfel ar trece neobservate (spre exemplu, impactul consumului de alcool în rândul tinerilor)
- Detecteze semnele și simptomele violenței de gen prin evaluări și interviuri detaliate
- Ofere sprijin emoțional, suport de primă linie și consiliere victimelor
- Colaboreze cu instituțiile de sănătate, poliție, cu cei care pot oferi sprijin legal și alte servicii specializate pentru a asigura protecția și sprijinul necesar
- Faciliteze accesul la resurse și servicii de asistență
- Monitorizeze și să evalueze cazurile pentru a oferi ajutor continuu și pentru a preveni recurența violenței

Spre exemplu, o strategie de intervenție este dezvoltarea programelor de prevenție și conștientizare în comunitate, care să se concentreze pe schimbarea normelor sociale și creșterea gradului de conștientizare cu privire la violența bazată pe gen (GBV). Hyman și colaboratorii subliniază importanța creării unor relații sigure, stabile și empatice între copii și îngrijitorii lor, precum și dezvoltarea abilităților de viață și a competențelor relaționale la copii și adolescenți (Hyman et al., 2016). Programele concepute pentru a ajuta tinerii să își gestioneze furia, să rezolve conflictele într-un mod nonviolent și să dezvolte abilități de rezolvare a problemelor sociale pot fi componente esențiale ale strategiilor de intervenție socială pentru prevenire violenței de gen. [54]

53 Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines
54 Taking action on violence through research, policy, and practice, 2016

Rolul specialiștilor din educație este esențial în prevenirea și combaterea violenței de gen

Educatorii, profesorii, învățătorii, orice cadru educațional care intră în contact cu tinerii care ar putea fi victime ale violenței de gen ar putea să educe tinerii despre egalitatea de gen și respectul reciproc, să integreze în curriculum subiecte legate de drepturile omului, violența de gen și sănătatea reproductivă, să identifice semnele de abuz și să intervină prompt și adecvat și, nu în ultimul rând, să colaboreze cu specialiștii din sănătate, psihologi, poliție, asistență socială pentru a oferi sprijin copiilor și tinerilor afectați.

Spre exemplu, o modalitate de intervenție ar putea fi una de tipul psihoeducațională care utilizează lecturi științifice despre iubire pentru a reconstrui amintirile autobiografice legate de relații violente. Un astfel de program a fost derulat în Spania și a arătat cum astfel de programe pot îmbunătăți gândirea critică a elevilor despre relații și pot contribui la crearea unei culturi a nonviolenței (Racionero-Plaza et al., 2018).[55] Prin integrarea acestor acțiuni educaționale în curriculumul școlar, educatorii pot promova un sentiment de apartenență și sănătatea mintală a elevilor, reducând în cele din urmă incidența violenței de gen.

În concluzie, pentru prevenirea violenței de gen este nevoie de o colaborare intersectorială a sistemului medical, social și educațional și de o înțelegere uniformă a legilor și respectării lor.

55 Reconstruction of Autobiographical Memories of Violent Sexual-Affective Relationships Through Scientific Reading on Love: A Psycho-Educational Intervention to Prevent Gender Violence

3. Cum se poate implica sistemul de sănătate în prevenția apariției și reducerea recurenței sarcinilor la minore

Sistemul de sănătate are un rol esențial în a informa și educa tinerii și persoanele care lucrează cu tinerii cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă inclusiv pe temele măsurilor de contracepție și consimțământului.

Activitățile de educație pentru sănătatea sexuală, cât și asigurarea accesului la contraceptive și mijloace de protecție se pot derula și prin cabinetele de planificare familială, prin centrele comunitare integrate, prin cabinetele de medicină școlară, prin cabinetele independente ale moașelor, prin caravane medicale recurente, în cadrul consultațiilor recurente în cabinetele de medicină de familie, în cadrul campaniilor direcțiilor de sănătate publică (DSP), în cabinete de obstetrică ginecologie, în cabinetele de consultații ale institutelor și serviciilor de medicină legală în cazurile în care minorele au fost victimele unor abuzuri, dar și prin intervenții în comunitate și parteneriate cu școli, centre de îngrijire a minorilor, centre maternale.

Moduri de implicare și schimbări concrete pentru prevenirea sarcinilor la minore

1. La nivel instituțional central (Guvern, Parlament, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale)

- **Programe educaționale naționale:** Implementarea unor programe educaționale privind sănătatea sexuală și prevenirea abuzurilor, precum și programe de sprijin destinate tinerilor și adolescenților, pentru a oferi informații și acces la servicii din domeniul sănătății sexuale și reproductive, contracepției și consimțământului. Aceste programe pot include sesiuni de formare derulate prin cabinete medicale școlare, cabinete de planificare familială, cabinete de moașe, centre comunitare integrate, cabinete de medicină de familie, caravane medicale recurente și online. Scopul acestor programe trebuie să fie atât acela de a oferi educație, informații, cât și acces la drepturile reproductive, contracepție și mijloace de protecție, recunoașterea abuzului precum și căi de raportare pentru violența de gen și resurse pentru victime.

- **Programe educaționale pentru cadre didactice**, pentru persoane care lucrează direct cu tinerii și experți în egalitate de șanse de la nivelul școlilor, asistenți sociali, asistenți medicali comunitari. Scopul acestor programe este acela de a oferi formatorilor informații și instrumente pentru ca ei să știe mai bine cum să transmită informațiile mai departe tinerilor și să fie informați, la rândul lor, cu privire la obligația raportării în cazuri de abuz și ce căi de referire au la îndemână.

- **Educație sexuală obligatorie în școli,** încă din ciclul gimnazial și liceal, ca parte dintr-o strategie națională de prevenire a sarcinilor nedorite, a infecțiilor cu transmitere sexuală și a reducerii violenței de gen. Eliminarea acordului părinților dacă aceste programe urmează standardele internaționale de educație sexuală și reproductivă și sunt ajustate vârstei tinerilor.

- **Acces gratuit, facil la contracepție,** întrerupere de sarcină și monitorizarea sarcinii: Reluarea Programului național de contracepție, cu finanțare concretă pentru contraceptive, distribuite gratuit prin farmacii, pe bază de rețetă, dar și prin cabinete de planificare familială și maternități, cât și pentru mijloace de protecție distribuite în cabinete de medicină școlară, cabinete de moașe, ambulatorii de obstetrică-ginecologie (OG), cabinete de medicină de familie, centre comunitare integrate.

- **Acces decontat la întrerupere de sarcină** pentru tinerele care nu își doresc sarcina **și la servicii de monitorizare** pentru cele care își doresc sarcina sau nu au avut acces la timp la mijloace contraceptive sau la avort, pentru toate persoanele minore.

- **Evaluarea calității,** introducerea de noi criterii privind prevenirea sarcinii și a recurenței sarcinii la minore în standardele Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), formarea evaluatorilor ANMCS și din alte structuri și îmbunătățirea continuă pentru aceste servicii.

- **Elaborarea unei metodologii clare și uniforme** privind mecanismul de raportare și înregistrare în evidența autorităților a apariției unei sarcini la minore, inclusiv detalii despre tatăl copilului și a informațiilor despre nașterile la minore.

- **Eliminarea acordului parental pentru consultul psihiatric**, terapia și consilierea psihologică, precum și participarea la activități educaționale în cazul tinerilor peste 14 ani pe teme ce țin de sănătatea sexuală și reproductivă.

- **Măsuri concrete pentru reabilitarea profesiei de moașă,** prin redeschiderea facultăților, decontarea serviciilor oferite de moașe în afara spitalelor, introducerea moașelor în normativul de personal pentru secțiile de naștere (bloc de naștere), crearea unei secții comune în spitale pentru mamă și nou-născut și introducerea moașei în normativul de personal pentru această secție pentru reducerea ratelor alarmante de mortalitate maternă și infantilă, de sarcini la adolescente, complicații, violență obstetrică, cezariene, nealăptare, infecții cu transmitere sexuală și violență de gen prin educație pentru sănătate, monitorizarea sarcinii, lăuzei și a nou-născuților, promovarea vaccinării pediatrice și anti-HPV.

- **Colaborarea interinstituțională:** Recomandăm Guvernului, Ministerului Sănătății, Ministerului Educației și Cercetării și Ministerului Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale agrearea unui parteneriat și a unui grup de lucru interinstituțional, care să includă și societatea civilă, agențiile Națiunilor Unite și experți independenți pentru adoptarea rapidă de politici, planuri de măsuri și a bugetelor aferente pentru prevenirea sarcinilor și a recurenței sarcinilor la minore, a infecțiilor cu transmitere sexuală, precum și abuzurilor la care sunt supuși copiii și adolescenții.

2. La nivel local (Consiliu Județean, DSP)

- **Consiliu Județean:** Adoptarea de măsuri pentru asigurarea continuității contraceptivelor (implanturi, sterilete, contraceptive orale, contraceptive de urgență) gratuite pentru adolescente în maternități (cabinete de planificare familială, ambulatoriu OG) și a măsurilor de protecție (prezervative) în cabinete de planificare familială, de medicină de familie, medicină școlară, centre comunitare integrate, cabinete de moașe, centre de permanență.

- **Adoptarea de măsuri și bugete pentru continuitatea accesului decontat la întrerupere de sarcină pentru tinerele care nu își doresc sarcina și la servicii de monitorizare pentru cele** care își doresc sarcina sau nu au avut acces la timp la mijloace contraceptive sau la avort, pentru toate persoanele minore. Monitorizarea contractării și a decontării serviciilor existente de monitorizare a sarcinii prin ambulatoriu OG sau prin internarea pe foaie de zi pentru toate maternitățile din subordinea Consiliului Județean, inclusiv pentru screeningurile antenatale și investigațiile imagistice morfologice.

- **Direcția de Sănătate Publică (DSP):** Elaborarea și implementarea de campanii lunare privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive și adoptarea unui plan de măsuri cu ținte monitorizate privind scăderea sarcinii la minore și a recurenței acesteia, scăderea ITS, creșterea vaccinării anti-HPV, scăderea abuzurilor asupra minorilor.

- **Crearea unui grup de lucru/a unei comisii locale** pentru scăderea sarcinilor și a recurenței sarcinilor și abuzurilor la minori. Monitorizarea indicatorilor și a țintelor asumate.

- **Crearea unui sistem clar de referire,** în cadrul grupului de lucru/comisiei, între instituțiile de sănătate, DGASPC și școli, pentru a se asigura că tinerii beneficiază de sprijinul și serviciile necesare atunci când se confruntă cu sarcini nedorite sau alte probleme de sănătate reproductivă.

- **Îmbunătățirea serviciilor sociale** oferite de către autoritățile care interacționează cu adolescenți și/sau mame minore. Implementarea unui mecanism de evaluare a calității serviciilor sociale oferite, monitorizarea acestora și îmbunătățirea continuă a calității, integrând și vocea beneficiarilor în măsurile pentru îmbunătățire.

3. La nivelul universităților și instituțiilor responsabile pentru formarea inițială și continuă a personalului medical, al societăților și comisiilor medicale, Colegiului Medicilor din România (CMR), Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), asociațiilor profesionale

- **Sensibilizarea asupra drepturilor tinerilor:** Instruirea continuă a personalului medical cu privire la drepturile reproductive ale adolescenților și minorilor, inclusiv despre educația pentru sănătate sexuală și contracepție, pentru a se asigura că aceștia au acces la servicii de sănătate adecvate, furnizate cu empatie, prietenos și punând în centrul îngrijirii tinerii. De asemenea, personalul trebuie să fie pregătit să ofere un răspuns sensibil și confidențial atunci când se confruntă cu tinere care sunt în risc de a fi supuse unui abuz și/sau de a avea sarcini nedorite. Combaterea miturilor și a dezinformărilor legate de necesitatea acordului partenerului pentru contracepția de lungă durată sau o anumită vârstă sau un anumit număr de copii înainte de a recomanda/furniza contracepție de lungă durată.

- **Formarea personalului pentru intervenții în caz de violență:** Instruirea inițială și continuă a medicilor, moașelor și asistenților medicali pentru a preveni, a recunoaște semnele de violență de gen și a oferi sprijin adecvat tinerelor victime ale abuzului. Personalul medical trebuie să știe cum să abordeze subiectul cu sensibilitate și fără prejudecăți, iar în cazurile de violență, să poată identifica riscurile de sarcini nedorite și să furnizeze servicii de sănătate adecvate.

- **Instruirea personalului medical** privind drepturile reproductive, pentru a putea oferi servicii de întrerupere de sarcină persoanelor de peste 16 ani fără acordul părinților.

- **Formarea pentru servicii de consiliere:** Asigurarea că personalul medical poate oferi consiliere eficientă pentru prevenirea sarcinilor nedorite, inclusiv informații despre metodele contraceptive și opțiunile disponibile pentru tineri, și sprijin pentru accesarea serviciilor de sănătate mintală și a celor sociale.

- **Corelarea normativă, prin ghiduri și protocoale** ale Societății Române de Anestezie-Terapie Intensivă pentru drepturile reproductive: 16 ani vârsta unei decizii autonome cu dreptul de a beneficia de anestezie în cadrul unei proceduri medicale privind drepturile reproductive, fără acordul tutorelui.

- **Elaborarea de ghiduri ale Societății de Obstetrică și Ginecologie din România (SOGR)** privind sarcina, nașterea și planificarea familială la minore și includerea în ghidurile Societății Române de Anestezie-Terapie Intensivă a unei componente despre autonomia privind procedurile care implică analgezie/sedare/anestezie pentru serviciile medicale de sănătate a reproducerii.

- **Diseminarea informațiilor asupra legilor în vigoare**, respectiv a vârstei de 16 ani ca fiind vârsta la care o persoană poate decide asupra drepturilor sale reproductive.

- **Diseminarea informațiilor privind dreptul mamei minore** de a lua decizii medicale pentru ea și copilul ei, dreptul de a folosi și administra indemnizația și alocația, atât pentru ea, cât și pentru copilul ei.

4. La nivelul instituțiilor (spitale, cabinete medicale, cabinete de planificare familială, medicină școlară, cabinete de moașe, cabinete de medicină de familie, centre de permanență, centre comunitare integrate)

- **Elaborarea și adoptarea unui protocol clinic** de intervenție, raportare, referire și management de caz în privința mamelor minore pentru maternități.

- **Alocarea unui manager de caz** din cadrul maternităților pentru fiecare mamă minoră (soluții flexible: asistent social, psiholog, moașă) și acces gratuit și facil la metode contraceptive de lungă durată în maternitate, imediat după prima naștere, pe cât posibil înainte de externarea tinerei care a născut.

- **Afișe și materiale informative:** Amplasarea de afișe educaționale și materiale informative în saloane de așteptare, cabinete medicale, spitale și clinici, care să ofere informații despre contracepție, consimțământ, prevenirea sarcinilor și drepturile reproductive ale tinerilor. Aceste informații trebuie să includă și căi de acces pentru opțiunile pentru a preveni sarcinile nedorite în rândul adolescentelor și cum pot solicita ajutor în caz de abuz, inclusiv prin helpline-uri naționale și numere ale ONG-urilor de specialitate.

- **Flyere și broșuri:** Distribuirea de flyere și broșuri care să conțină informații despre sănătatea reproductivă, opțiuni contraceptive, cum pot fi accesate serviciile de planificare familială și cum să solicite ajutor în caz de violență de gen și dreptul de a accesa, fără acordul părinților, servicii de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv planificare familială și întreruperi de sarcină.

- **Asigurarea trimiterii către psihiatru** de către medicul de medicină de familie pentru recomandări și posibilitatea trimiterii de către acesta către psiholog pentru consiliere psihologică și terapie de susținere pentru mamele minore, dar și pentru adolescenții aflați în risc social și economic.

- **Creșterea numărului de psihologi** din urbanul mic și rural, aflați în contract cu psihiatri, pentru a putea oferi servicii psihologice decontate ca servicii conexe actului medical. Posibilitatea consultului psihiatric prin telemedicină.

- **Informații în școli și centre de educație:** Implementarea unor campanii educaționale în școli prin sesiuni de informare, educare și conștientizare, prin afișe, sesiuni interactive, pentru a ajunge la tineri și a-i învăța despre importanța consimțământului și opțiunile de contracepție disponibile. Colaborarea între DSP, cabinete de planificare familială, cabinete de moașe și instituții educaționale în vederea realizării acestor campanii.

5. La nivelul personalului medical

Identificarea persoanelor care se confruntă cu riscul unei sarcini nedorite și furnizarea de servicii cuprinzătoare
Un aspect important în prevenirea sarcinilor la minore este identificarea persoanelor care se confruntă cu riscul unei sarcini nedorite, în mod special tinerele vulnerabile. Acestea trebuie să beneficieze de servicii de sănătate cuprinzătoare care includ nu doar consiliere în privința contracepției, dar și sprijin pentru orice probleme de sănătate legate de sarcina timpurie sau de riscuri asociate cu aceasta, inclusiv pentru făt.

- **Intervenții timpurii și servicii medicale accesibile:** De exemplu, adolescentele care sunt deja mame sau care sunt expuse riscului de sarcină trebuie să aibă acces rapid la consultații medicale și la informații despre prevenirea sarcinilor ulterioare.

- **Sprijin pentru mamele minore:** De asemenea, mamele minore trebuie să primească ajutor medical continuu, inclusiv pentru a preveni recurența sarcinilor și recunoașterea situațiilor de abuz. Serviciile trebuie să fie coordonate între medicii de medicină de familie, medicii obstetricieni-ginecologi, moașe care să ofere informații despre sănătatea sexuală, opțiunile contraceptive, inclusiv contracepția pe termen lung - implant sau sterilet - și să le asigure accesul la îngrijire prenatală și postnatală de calitate.

- **Acces la sprijin psihologic:** În multe cazuri, tinerelor care au născut le lipsesc resursele pentru a-și planifica viitorul reproductiv. Prin urmare, li se poate recomanda să acceseze servicii psihologice gratuite, prin intermediului medicului de familie și al medicului psihiatru. Aceste[56] sesiuni de consiliere psihologică le pot ajuta să își gestioneze sănătatea reproductivă și să prevină viitoare sarcini nedorite.

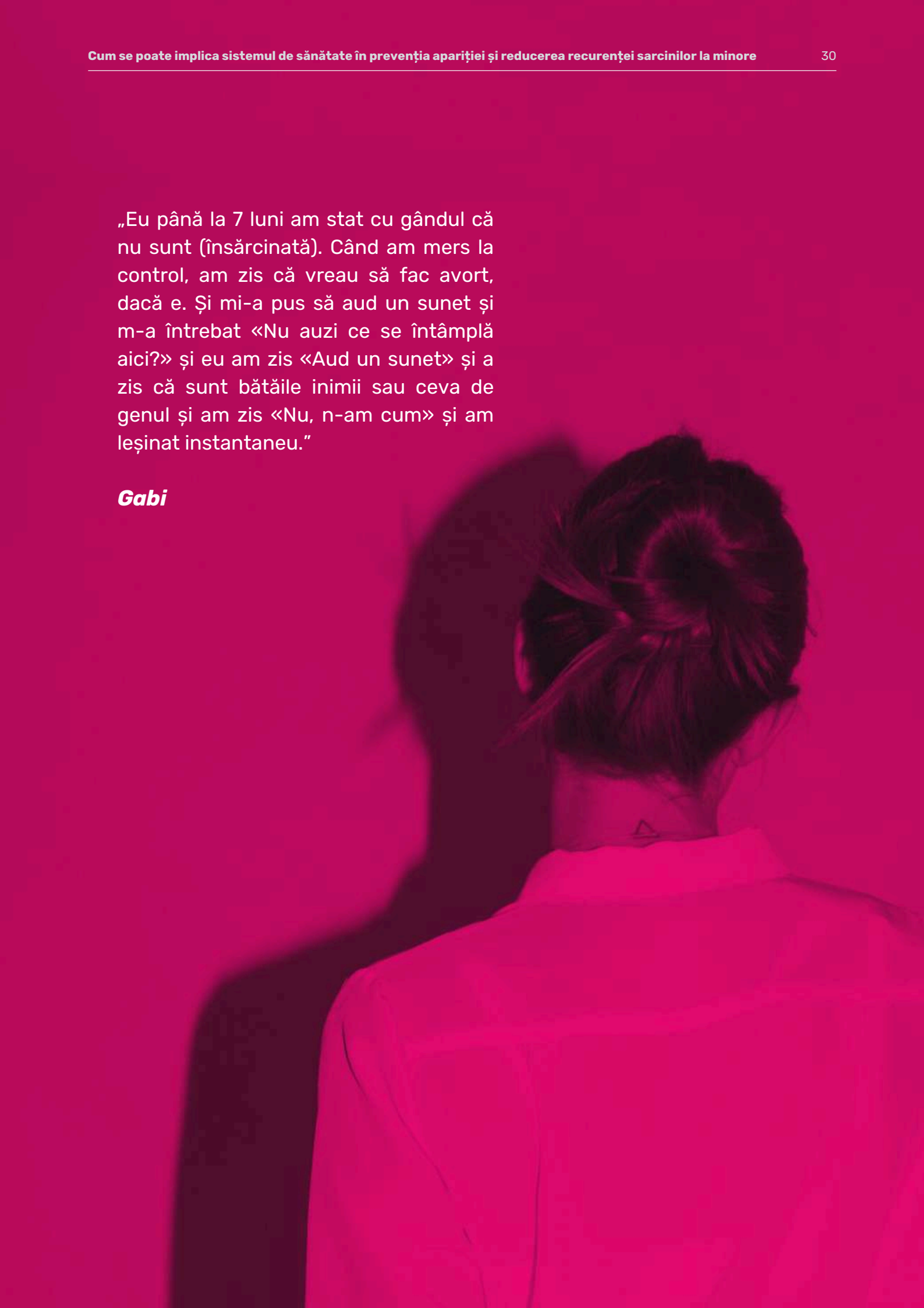
- **Crearea unui mediu confortabil și sigur:** Mamele minore care se prezintă în unitățile sanitare sunt deja supuse unui stres, vizita și întâlnirea cu personalul medical ar trebui să ofere senzația de securitate fizică, siguranță psihologică și încredere. Este necesară o abordare relaxată, profesionistă și empatică, pentru a nu provoca un stres suplimentar și pentru a crește încrederea în personalul medical și motiva o viitoare creștere a adresabilității către persoanele competente.

- **Asigurarea confidențialității:** Asigurarea faptului că discuțiile pe teme ce țin de sănătatea reproductivă și evaluarea unui posibil risc de abuz sexual au loc într-un spațiu sigur, în care confidențialitatea este respectată și discuțiile nu sunt ascultate de alte persoane care nu fac parte din echipa de îngrijire.

56 Mental Health for Romania, Ghid pentru a beneficia de servicii decontate de CNAS

„Eu până la 7 luni am stat cu gândul că nu sunt (însărcinată). Când am mers la control, am zis că vreau să fac avort, dacă e. Și mi-a pus să aud un sunet și m-a întrebat «Nu auzi ce se întâmplă aici?» și eu am zis «Aud un sunet» și a zis că sunt bătăile inimii sau ceva de genul și am zis «Nu, n-am cum» și am leșinat instantaneu.”

Gabi



Conform ghidului realizat de Organizația Mondială a Sănătății, Consolidarea sistemelor de sănătate pentru a răspunde cazurilor femeilor supuse violenței din partea partenerului intim sau violenței sexuale: manual pentru managerii din sectorul de sănătate (2024, p. 34), acest sprijin se poate manifesta prin următoarele modalități concrete (exemplificate și adaptate de către autoarele proiectului în cazul minorelor aflate în risc de a purta o sarcină nedorită):

- **Ambulatoriu de specialitate (AS):** În cadrul ambulatoriilor de specialitate, mamele minore pot beneficia de consultații regulate pentru a li se monitoriza sănătatea reproductivă și a preveni sarcinile ulterioare. Aceste consultații pot include și educație privind sănătatea sexuală, violența de gen și opțiunile contraceptive de după naștere, consiliere și recomandări pentru sănătatea mintală și referire pentru educație prenatală și sprijin pentru gestionarea noilor responsabilități ca mamă.

- **Unitatea de primiri urgențe (UPU):** În caz de urgență, cum ar fi complicațiile unei sarcini sau nașteri premature, mamele minore pot primi îngrijire medicală imediată. De asemenea, UPU poate fi un punct de referință pentru identificarea și referirea situațiilor de abuz, pentru recoltarea de probe în cazul agresiunilor sexuale.

- **Secții/clinici de obstetrică și ginecologie:** Mamele minore pot beneficia de consultații pentru monitorizarea sarcinii, naștere și îngrijire postnatală. În plus, aceste secții pot oferi consiliere despre metodele contraceptive, reducând astfel riscul de sarcini repetate.

- **Secții de sănătate mintală/psihiatrie:** Mamele minore pot întâmpina dificultăți emoționale și psihologice semnificative după naștere. Accesul la serviciile de sănătate mintală poate ajuta la gestionarea anxietății, depresiei postnatale sau a stresului legat de noile responsabilități.

- **Servicii de testare și tratament HIV:** Adolescentele care devin mame trebuie să beneficieze de testare și consiliere în ceea ce privește sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv testarea HIV, pentru a preveni transmiterea infecțiilor.

- **Unități de asistență/protecție socială:** În unități de asistență/protecție socială (adăposturi sociale, centre maternale), tinerelor mame li se poate oferi sprijin psihosocial, consiliere familială și acces la resurse pentru protecția și îngrijirea copilului, asigurându-le un cadru mai stabil.

- **Servicii de prevenire a abuzului de substanțe:** Mamele minore pot fi expuse riscului de consum de substanțe pentru a face față presiunii sociale și familiale. Serviciile de prevenire a abuzului de substanțe pot juca un rol crucial în protejarea sănătății mamei și copilului.

- **Camere speciale de audiere:** Aceste camere de audiere, pentru copiii care au fost martori sau victime ale unor infracțiuni sau abuzuri, au avantajul personalului special format pentru investigare și consiliere. De asemenea, un alt avantaj este acela că minora nu mai trebuie să treacă prin stresul audierilor multiple.

În cadrul asistenței medicale primare, mamele minore pot beneficia de sprijinul medicilor de medicină de familie, care să le ghideze în procesul de planificare familială, consiliere privind sănătatea mentală și fizică și acces la servicii.

„M-a băgat direct în sala de operație. Când m-am trezit, mi-a dat o asistentă două palme să mă trezesc. Și mă durea. Mă durea un pic mai mult operația, că operație am făcut că eram prea mică. (...) Nu credeam că ea este fata mea. Pe parcurs a devenit frumoasă. (...) Mi-e frică să o spăl. O spală soacră-mea. Plânge după ea. Plânge și după mine, dar mai mult după ea (soacră-mea).”

Flori [57]

57 https://mameadolescente.artrevolution.ro/flori/

4. Interviuri cu specialiști care interacționează cu mame minore în România

În cadrul Proiectului „Focus pe mamele minore. Conștientizare și acțiune”, derulat cu sprijinul Ambasadei Regatului Țărilor de Jos, au fost realizate patru focus grupuri la care au participat 24 de asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, psihologi, profesori și consilieri școlari, medici, inspectori școlari, sociologi, masteranzi și reprezentanți din organizații nonprofit.

Provocarea 1: Lipsa unui cadru de lucru uniformizat la nivel național

Discuțiile cu reprezentanți ai autorităților publice din diverse arii de expertiză în sănătate relevă lacune în cunoștințele despre sănătatea reproductivă, precum și o lipsă de cunoaștere uniformă a legislației în vigoare.

Sunt specialiști care lucrează direct cu mame minore și care aduc în munca lor propriile prejudecăți și lipsa de informații bazate pe știință, reproducând totodată discursul mișcării anti-alegere, anti-drepturi ale omului.

Spre exemplu, o parte dintre specialiștii intervievați nu cunoșteau care este vârsta legală a consimțământului sexual și lucrau în baza prejudecății că un copil cu vârsta de 12-13 ani își poate oferi consimțământul valid.

Mai mult, este neclar cine ar trebui să raporteze vârsta tatălui. Este puțin cunoscut faptul că 16 ani este vârsta la care o fată poate decide asupra drepturilor ei reproductive, dar și că sarcina este monitorizată gratuit, astfel, uneori, nu îndrumau fetele să meargă la medic de teama costurilor.

Art. 218 (indice [1] **) alin. (1) și alin. (32), Cod penal (astfel cum a fost modificat prin Legea nr. 217/2003 actualizat la 01.01.2024 prin care s-a introdus la Capitolul VIII - Infracțiuni contra libertății și integrității sexuale, subtitlul** [58] Violul săvârșit asupra unui minor):
(1) Raportul sexual, actul sexual oral sau anal, precum și orice alte acte de penetrare vaginală sau anală comise de un major cu un minor care nu a împlinit 16 ani se pedepsesc cu închisoarea de la 7 la 12 ani și interzicerea exercitării unor drepturi.
(32) Pedeapsa este închisoarea de la 7 la 15 ani şi interzicerea exercitării unor drepturi dacă faptele prevăzute la alin. 1) - 3) sunt comise în una dintre următoarele împrejurări:
(...) **c)** în urma faptei, victima rămâne însărcinată;
Art. 219, indice (1)[59] Cod Penal
Agresiunea sexuală săvârșită asupra unui minor
(1) Actul de natură sexuală, altul decât cele prevăzute la art. 218^1, comis de un major asupra unui minor care nu a împlinit vârsta de 16 ani se pedepsește cu închisoarea de la 2 la 9 ani și interzicerea exercitării unor drepturi.
(1^1) Actul de natură sexuală, altul decât cele prevăzute la art. 218^1, comis de un minor asupra unui alt minor cu vârsta sub 14 ani se sancționează cu închisoarea de la unu la 5 ani și interzicerea exercitării unor drepturi.
(7) Faptele prevăzute la alin. (1) și (1^1) nu se sancționează dacă diferența de vârstă între făptuitor și victimă nu depășește 5 ani.

58 LEGE nr. 217 din 10 iulie 2023
59 LEGE nr. 217 din 10 iulie 2023

În răspunsurile specialiștilor invitați în focus grupuri, am întâlnit informații eronate, precum cele legate de incapacitatea de a mai avea copii în viitor în urma unei întreruperi de sarcină și perpetuarea unor astfel de dezinformări și în rândul minorilor și al personalului din centrele de protecție.

Mai mult, din discuțiile avute cu diferiți specialiști care lucrează în sistemul de protecție a copilului, medicii din spitalele publice cer acordul tutorelui legal - deși nu este o obligație legală după vârsta de 16 ani, ci din contră, există obligația de a oferi servicii de sănătate reproductivă respectând decizia autonomă a acestor persoane - pentru decizii care au legătură cu drepturile reproductive ale adolescentelor, spre exemplu, montarea unui sterilet sau prescrierea de contraceptive orale.

LEGEA nr. 95 /2006 privind reforma în domeniul sănătății [60]
Art. 661
Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:
a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;
b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

Provocarea 2: Colectare neuniformă a datelor despre sarcinile minorelor

Lipsurile în răspunsul sistemului de sănătate includ absența protocoalelor clinice pentru profesioniștii din domeniu, neadoptarea unei metodologii uniforme pentru colectarea datelor și lipsa responsabilității instituțiilor de sănătate în standardele de acreditare (Report: The Response of Health Systems to Gender-Based Violence, Coaliția pentru Egalitate de Gen, 2023).[61]
Conform precizărilor anterioare, datele privind vârstă tatălui, în cazul fetelor minore care devin mame, sunt colectate sporadic și divers la nivel local.

Mai mult, apariția sarcinilor nedorite în rândul minorilor afectează profund atât viața acestora, cât și a comunității, în general. Teama mamelor de a raporta vârsta tatălui sau de a dezvălui informații relevante legate de consimțământ poate duce la o reticență semnificativă în a căuta ajutor din partea autorităților.

De asemenea, modificările legislative recente care cresc pedepsele și incriminează actul sexual cu minori drept viol pot contribui la o atmosferă de nesiguranță, iar minorele pot evita accesarea serviciilor de sănătate sau de protecție, de teamă că vor fi expuse la represalii sau vor fi judecate.

Acest lucru subliniază necesitatea unui sistem de sprijin solid, confidențial și adaptat la nevoile lor pentru a preveni astfel de situații și a asigura îngrijire adecvată.

Pentru a încuraja încrederea în sistemul de sănătate și a sprijini prevenirea sarcinilor nedorite, este esențială o comunicare empatică și adaptată nevoilor pacientelor minore și celor din grupuri vulnerabile.

Acestea trebuie să se simtă ascultate și în siguranță, iar personalul medical să ofere informații clare și confidențiale despre opțiunile de contracepție și îngrijire continuă.

Îngrijirea trebuie să fie centrată pe pacient, asigurându-se că aceștia primesc suport psihosocial și informații pentru a lua decizii informate pentru sănătatea lor și a celor din jur.

60 LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 (**republicată**) privind reforma în domeniul sănătății
61 Report: The Response of Health Systems to Gender-Based Violence, 2023

„Nu există un punct de vedere unitar. (...) Fiecare instituție vede lucrurile dintr-un anumit punct de vedere. Nu am reușit să avem cu toții o viziune comună”

Medic,
Direcția de Sănătate Publică

Provocarea 3: Lipsa educației pentru sănătate sexuală și consimțământ în școli

Educația pentru sănătate este inclusă în curriculumul școlar ca opțional, dar necesită acordul scris al părinților, ceea ce reprezintă o restricție semnificativă. Deși este prevăzută în Legea educației din 2023 și în planurile-cadru, implementarea acestora nu a fost încă realizată eficient. Potrivit datelor Ministerului Educației și Cercetării, mai puțin de 10% dintre elevi beneficiază de astfel de cursuri,[62] iar aceste informații au fost confirmate și de surse oficiale, cum ar fi Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Cercetării (Europa FM, interviu audio, 2024).[63]

„Asistenții medicali comunitari, uneori și mediatoarele sanitare, fac activități de informare, de educație. Noi avem 30 de asistenți medicali comunitari. Peste 15 din ei fac constant activități de educație pentru sănătate. Unii fac în școală, acolo unde este deschidere și se depășește barieră aceea a acordului părinților." - medic, DSP.

Specialiștii intervievați spun că educația pentru sănătate în școli, în comunități, derulată după un curriculum comun, ar putea fi un prim pas pentru prevenirea sarcinilor nedorite la minore.

„Ar trebui o metodologie comună, dar undeva aceste tinere ar trebui să audă același lucru, adică cumva fiecare să-și însușească o anumită abordare a unei minore care a fost însărcinată, să se asigure că a fost consiliată." - medic, DSP.

„Se intră destul de greu la ore acum, destul de greu primești acordul școlii, o dată pentru că nu se poate să ai activitate în timpul orelor, iar copiii nu prea mai rămân după ore. Apoi, să duci o astfel de activitate într-o școală, majoritatea corpului profesoral are teamă de ce se întâmplă, ce se transmite și se spun acasă (copiii) și atunci mulți dintre ei nu vor să facă fără acordul părinților." - medic, DSP.

În plus, angajații din direcțiile de sănătate publică ce ar putea acoperi cursuri de educație pentru sănătate sunt foarte puțini, iar birocrația acordurilor cu școlile și cu părinții zădărnicește aceste eforturi.

Cabinetele de medicină școlară, prin medici și asistenți medicali școlari (care au în fișa postului atribuții pentru partea de educație pentru sănătate), ar putea acoperi și o parte dintre subiectele despre educație pentru sănătate în școli, însă lipsa unor directive clare în acest sens, vârsta înaintată a personalului și nevoia de actualizări permanente ale informațiilor din aceste domenii fac ca aceste inițiative să rămână doar pe hârtie.

Recomandăm încheierea unui protocol între Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Cercetării pentru ca personalul din domeniul sănătății să poată desfășura activități de educare și informare în școli. Este important ca obligația de a obține acordul părinților să fie eliminată, deoarece aceasta descurajează școlile și nu este justificată, având în vedere că pentru nicio altă materie nu se cere acordul părinților.

Accesul tinerilor la informații este un drept fundamental. De asemenea, este esențială formarea cadrelor medicale cu abilități specifice de predare și de lucru cu minorii, pentru a asigura o educație adecvată și eficientă.

„Chiar dacă au apărut cabinete de medicină școlară cu asistenți și câte o jumătate de normă de medic și în mediul rural, nu se abordează educația pentru sănătate. (...) Medicii și asistentele din cabinetele medicale școlare spun că nu au timp pentru asta, iar pentru tema sănătății reproducerii cred că nu se simt nici în largul lor sau nu este o mare atracție pentru acest domeniu. (...) Și acolo personalul a ajuns la jumătate din ce era." - medic, DSP.

62 Articol: „Sub 10% dintre elevii din România fac opționalul Educație pentru sănătate. Un motiv invocat de școli e că nu sunt specialiști care să poată să predea această disciplină"

63 Articol: „Cursuri de Educație pentru sănătate în școli."

„Să zicem că obținem toate acordurile. (…) E o picătură într-un ocean, că tu te duci o dată la o școală. Dar sunt mii de elevi într-un județ.”

Medic, DSP

Provocarea 4: Restricționarea accesului la întrerupere de sarcină

În România, o întrerupere de sarcină la cerere se poate face până la 14 săptămâni. O cercetare realizată de Asociația Moașelor Independente, publicată în martie 2024, arată că 80% dintre unitățile medicale publice nu oferă servicii de avort sau nu pot fi contactate (Harta accesului la avort, Asociația Moașelor Independente, 2024). [64]

„Întreruperile de sarcină se plătesc, indiferent de vârstă. În spitale le refuză. La cabinetele private, da, dar în spitalul mai nou e etică. Nu-i ceva moral. Nu mai vor medicii să facă întrerupere de sarcină. Doar în privat și pe bani foarte mulți." - asistent medical comunitar, Dolj.

Provocarea 5: Restricționarea metodelor contraceptive

Medicii din cadrul DSP spun că de peste 5 ani nu mai sunt fonduri pentru a achiziționa anticoncepționale și a le distribui în mod gratuit. Sporadic, primesc ajutoare de la ONG-uri, precum prezervative și materiale informative.

„Pentru beneficiarii cu care lucrăm, noi plătim tot timpul și primim chitanță și de la sistemul public." - moașă licențiată.
„Un program specific eu nu știu să fie la noi. Știu că este bunăvoința unor furnizori de servicii. Avem o clinică privată, dar n-aș putea să vă zic dacă este gratuit ceea ce furnizează ei." - medic, DSP.

Un alt aspect important este acela al accesului gratuit la contraceptive de lungă durată pentru populația vulnerabilă, precum sterilete și implanturi contraceptive, încă din spitale, din maternități, imediat după prima naștere.

„Ar trebui, la spitalul unde naște această mămică minoră, cred că acolo ar trebui serviciile de asistență socială, împreună cu psihologul. Așa văd, pentru că sunt primii care iau contact cu mama minoră. (...) Și noi în comunitate facem, credeți-mă că facem, dar nu totul depinde de noi." - mediator sanitar.

Provocarea 6: Lipsa unor parteneriate la nivel local între DGASPC și specialiștii din sistemul medical

Specialiștii intervievați în focus grupuri spun că au dificultăți în a găsi medici care să efectueze controale medicale pentru cazuri sociale și, de cele mai multe ori, traseul medical al unei mame minore se bazează pe bunăvoință și rugăminți din partea lucrătorilor sociali către cei din sistemul medical.

„Sună foarte frumos în standardele minime medicale că trebuie să ai contracte cu un medic de o anumită specialitate. (...) Problema se pune că medicii nu vin de bunăvoie sau pentru că au ei inimă largă ca să facă contracte cu noi. (...) Nu vrea niciun medic, dacă ar există o variantă, ca măcar prin rotație sau să fie desemnați de la nivelul caselor de asigurări de sănătate medici, care să asigure asistența centrelor, probabil că ar fi și mult mai bine supravegheate. Așa, practic, pur și simplu mergi și te rogi frumos." - specialist DGASPC.

Totodată, este nevoie ca, din partea medicală, să fie clar menționat într-un protocol medical de intervenție în cazul gravidei minore care sunt acele proceduri și intervenții necesare.

64 Comunicat de presă - „Harta accesului la avort în România"

„Sunt mamele minore care nasc și ar putea pleca din maternitate cu implantul în braț, fără revenire, fără altă analiză, fără altă consiliere, ci pe loc cu o metodă contraceptivă pe trei ani”

Moașă licențiată

5. Adolescentele din centrele maternale - vulnerabilități multiple, nevoi specifice de intervenție

Un aspect semnificativ al intersecționalității în contextul sarcinii la adolescente este și cel legat de disparitatea socioeconomică ce influențează accesul la resurse și sprijin. Este un aspect care influențează contextul în care apare o sarcină la minore și are efecte mult după nașterea copilului.

Cercetările indică faptul că tinerele mame din medii socioeconomice dezavantajate se confruntă adesea cu rate mai ridicate de discriminare și stigmatizare, ceea ce poate agrava provocările lor în timpul sarcinii și maternității. De multe ori, tinerele mame adolescente sunt portretizate ca fiind deviante, în special adolescentele din comunitățile marginalizate, perpetuând astfel stigmatizarea rasială și culturală (Bute & Russell, 2012).[65] Fie că este vorba despre modul în care sunt tratate de specialiștii cu care interacționează sau despre dificultățile pe care le întâmpină în relația cu sistemul medical, educațional sau social, intersecționalitatea identităților lor - de la vârstă la apartenența etnică - este adesea folosită împotriva lor. Această situație nu doar că le amplifică sentimentele de izolare, dar le și limitează accesul la serviciile de sprijin necesare, agravându-le considerabil circumstanțele. Oamenii care ar trebui să le protejeze ajung, în schimb, să contribuie la marginalizarea lor din cauza prejudecăților, ceea ce are consecințe negative profunde asupra bunăstării și perspectivelor lor.

Plecând de la premisa acestei cercetări, în septembrie 2024, am vizitat patru centre maternale și am stat de vorbă cu 20 de mame minore, în încercarea de a descoperi și perspectiva lor, dincolo de cifrele alarmante și de lipsa politicilor publice de sănătate.

Am aflat că, de cele mai multe ori, mamele minore din centre se confruntă cu discriminare din partea asistenților sociali pe baza statutului social și a clasei sociale. În acest context, mamele minore care beneficiază de sprijin familial sau care au o situație financiară mai stabilă sunt tratate cu mai multă considerație și respect, în timp ce fetele provenite din medii defavorizate sunt adesea percepute ca fiind insuficient pregătite pentru a-și crește copiii. Aceste diferențe de tratament generează tensiuni suplimentare între mame.

Cu toate acestea, în interacțiunile cu personalul medical din afara centrelor, tipul de discriminare cel mai întâlnit este cel pe bază criteriilor rasiale și etnice. Din această cauză, fetele se confruntă cu refuzul de a fi luate în serios sau de a primi îngrijiri adecvate.

65 Public Discourses About Teenage Pregnancy: Disruption, Restoration, and Ideology, 2012

5.1 Vizite în centre maternale:

- Nu există o strategie comună de intervenție în cadrul centrelor vizitate. În unele centre sunt organizate cursuri de educație pentru sănătate și fetele sunt informate despre metode contraceptive, în altele nu. Aceste cursuri sunt susținute de personalul centrului, prin asistenții maternali care le îngrijesc pe fete sau prin intermediul specialiștilor din organizațiile nonprofit, cu care unele centre au parteneriate. Cu toate acestea, fetele se jenează să ceară prezervative sau pilule contraceptive de la personalul centrului.

- Nu sunt predate module de educație prenatală și de puericultură pentru mamele din centrele maternale pentru că personalul din aceste centre nu este format, nu primește educație, supervizare și monitorizare pe aceste subiecte. Mamele minore primesc informații sporadic, informații bazate pe cunoștințele generale ale oamenilor care lucrează în centru, privind sarcina, alăptarea, vaccinarea, recuperarea postnatală, diversificarea alimentației și îngrijirea copilului.

- Există o presiune pe care fetele o simt în legătură cu abilitățile lor de a-și îngriji copiii, știind că sunt evaluate constant de personalul centrului.

- Uneori, există și relații de tensiune între mamele minore din centru, în funcție de statutul social, ceea ce duce la o izolare și o vulnerabilitate și mai mare a acestora. Implicarea psihologilor din centru în medierea acestor relații ar fi necesară.

- Unele fete ajung în centru în ultimul trimestru de sarcină pentru că, uneori, își dau seama târziu că sunt însărcinate. Acest lucru arată și că fetele nu recunosc faptul că absența menstrei pentru o perioadă îndelungată este un semn de sarcină.

- Informațiile despre posibilitatea întreruperii sarcinii sunt oferite foarte târziu sau deloc. În multe cazuri, fetele sunt deja însărcinate în peste 14 săptămâni când află acele informații.

- Nu se ține cont de consimțământul medical al fetelor care au 16 ani împliniți și sunt situații în care accesul la o întrerupere de sarcină sau la contracepție este zădărnicit de convingerile personale, anti drepturile omului, ale celor care conduc unitățile DGASPC sau chiar de medicii care fac lobby pentru grupurile anti-avort.

- Unele fete nu doresc să utilizeze metode contraceptive precum prezervativul din cauza reticenței partenerului față de utilizarea acestora. Este nevoie ca fetele din centrele maternale să aibă acces la mai multă educație pentru sănătatea sexuală, consimțământ, prevenirea violenței de gen și la informații despre metode contraceptive, precum și acces gratuit și liber la aceste metode.

Recomandări pentru prevenirea unei sarcini nedorite în rândul mamelor din centrele de tip maternal:

- Furnizarea constantă, regulată a unor module de educație pentru sănătatea sexuală comprehensivă și a modulelor de prevenție a sarcinilor și planificare familială pentru cele care au născut deja.

- Consiliere psihologică și acces la consiliere privind metode contraceptive.

- Acces gratuit, liber și facil la metode contraceptive de scurtă și lungă durată (informarea adolescentelor despre existența acestor metode).

- Oferirea de informații complete și rapide despre posibilitatea de a întrerupe o sarcină, dacă gravida minoră nu dorește să păstreze sarcina.

- Respectarea consimțământului privind drepturile reproductive pentru fetele care au 16 ani împliniți.

Recomandări pentru personalul implicat în sprijinirea mamelor minore:

1.Formarea în educație pre și postnatală, educație pentru sănătatea sexuală și consimțământ:

- **Scop:** Înțelegerea nevoilor specifice acestei perioade și în mod particular ale mamelor minore și sprijinirea lor în procesul de adaptare la rolul de părinte prin informații sigure, actualizate și bazate pe dovezi despre sarcină, naștere, lăuzie, sănătate mintală, alăptare, diversificare și îngrijirea copilului. Creșterea cunoștințelor și a abilităților de predare pentru personalul din centrele maternale în privința sănătății sexuale și reproductive și a violenței de gen. Combaterea miturilor legate de contracepție și creșterea nivelului de informații despre drepturile reproductive ale minorilor, inclusiv despre dreptul la a accesa contracepția și întreruperea de sarcină autonom începând cu 16 ani.

2.Crearea unui mecanism special prin care mamele minore din centru să fie reprezentante în procesul decizional, alături de ceilalți specialiști din centrele maternale.

- **Scop:** Creșterea capacității de reziliență, autonomie și luare a deciziilor pentru fetele din centru. Oferirea de informații practice despre educație financiară, educație nutrițională, consiliere în carieră pentru descoperirea unei vocații și motivare pentru continuarea studiilor.

3.Cursuri pentru reducerea stigmei asociate sarcinilor la minore și pentru adoptarea unei abordări empatice, blânde și centrate pe adolescente:

- **Scop:** Recunoașterea faptului că aceste tinere sunt mai întâi adolescente și apoi mame și că au nevoie de sprijin pentru a se dezvolta în adulți responsabili, respingând concepția greșită că o mamă „se naște învățată”.

4.Supervizarea și monitorizarea îmbunătățită a managerilor de caz:

- **Scop:** Asigurarea faptului că managerii de caz își îndeplinesc responsabilitățile, că au suficiente întâlniri și discuții cu minorele pentru a stabili cel mai bun plan individual cu fiecare dintre ele. Supervizare a managerilor de caz, monitorizare și rapoarte detaliate pentru fiecare caz.

5.Formare centrată pe drepturile omului, diversitate, non-discriminare, prevenirea și gestionarea violenței de gen și intersecționalitate:

- **Scop:** Formarea continuă a personalului pentru a identifica, preveni și răspunde eficient cazurilor de violență de gen. Conștientizarea personalului medical privind riscurile vulnerabilităților multiple ale mamelor minore aflate într-un centru maternal.

6.Crearea și implementarea unor proceduri clare de raportare:

- **Scop:** Elaborarea și/sau implementarea unor protocoale pentru raportarea către autoritățile competente a situațiilor de abuz sau neglijență, inclusiv prin implementarea mecanismului avertizor de integritate.

7.Suplimentarea personalului și evaluarea constantă a centrelor:

- **Scop:** Creșterea numărului de angajați pentru a asigura o îngrijire corespunzătoare și organizarea unor evaluări periodice pentru monitorizarea condițiilor din centre, inclusiv prin vizite inopinate.

8.Crearea unui consiliu special pentru protecția mamelor minore, un organism dedicat, format din ONG-uri și experți independenți, care să efectueze vizite inopinate, să monitorizeze activitatea centrelor și să ofere recomandări.

- **Scop:** Asigurarea unui mediu sigur și transparent pentru mamele minore, în care să se simtă sprijinite.

Aceste măsuri ar contribui la îmbunătățirea sprijinului oferit mamelor minore, la reducerea stigmatizării și la crearea unui mediu mai sigur și mai empatic pentru mamele minore care ajung în centrele de tip maternal din România.

Concluzii

Prezentul ghid a făcut o trecere în revistă a principalelor provocări din sistemul medical românesc, sistemul social și cel de educație în privința cifrelor dramatice privind apariția și recurența nașterilor la minore.

Credem că statul român trebuie să își asume această problemă de sănătate publică și să se implice în soluționarea ei printr-un plan de măsuri care să implice un răspuns mai rapid și mai coordonat între sistemul medical, cel social și cel de educație din România pentru prevenirea primei sarcini la adolescente. Iar pentru prevenirea recurenței sarcinii la minore credem că este nevoie de implicarea sistemului de sănătate la nivel central, local, instituțional și al tuturor cadrelor medicale pentru o acțiune imediată care să aibă ca rezultat stoparea fenomenului recurenței sarcinilor la minore.

Problema mamelor minore este o problemă națională, a noastră, a tuturor, și a viitoarei generații care crește în această țară. Este nevoie urgentă ca elevii din România să aibă acces la educație pentru sănătate, inclusiv educație pentru sănătate sexuală comprehensivă, încă din ciclul primar, astfel încât copiii să cunoască măsuri elementare de igienă, biologie și sănătate, riscuri, consimțământ și să fie protejați. Este nevoie ca adolescenții și tinerii din România să aibă acces gratuit la metode contraceptive, precum și la analize sau proceduri pentru inserția steriletelor, implanturilor și să fie implicați în elaborarea politicilor publice de sănătate care îi vizează în mod direct.

Maternitatea cu forța, abuzul sexual asupra copiilor și violența împotriva fetelor și femeilor sunt încălcări grave ale drepturilor omului și este nevoie să luăm măsuri, împreună, pentru stoparea lor.

Recomandări

Educație pentru sănătate reproductivă
Implementarea de module de educație pentru sănătate sexuală comprehensivă în școli și în centrele maternale.

Acces la contracepție și servicii medicale
Oferirea gratuită de metode contraceptive, sprijin psihologic și acces facil la întreruperi de sarcină pentru minorele care nu doresc să continue sarcina.

Combaterea stigmatizării și a discriminării
Formarea personalului medical și educațional pentru a oferi sprijin empatic adolescentelor însărcinate.

Instruirea personalului medical și social
Cursuri privind prevenirea și gestionarea violenței de gen, consimțământul medical al adolescentelor și drepturile reproductive.

Îmbunătățirea serviciilor sociale
Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor oferite mamelor minore, integrarea beneficiarilor în luarea deciziilor.

Măsuri legislative și bugetare
Alocarea de resurse financiare pentru accesibilitatea serviciilor de sănătate reproductivă și crearea unor mecanisme clare de raportare a abuzurilor asupra minorelor.

Resurse utile

Resurse utile

SISTEM DE ÎNDRUMARE A VICTIMELOR

Sunați la 112! Dacă viaţa sau sănătatea victimei este în pericol.

Dacă există copii expuși la violență sau aveți suspiciunea unui abuz/neglijențe:
Anunţaţi Procuratura/Poliţia și DGASPC, obligaţie legală conform art. 96 din Legea nr. 272 din 21.06.2004.

Dacă nu este un pericol imediat și victima este adultă:

- Îndrumare către servicii medicale pentru asigurarea contracepţiei de urgenţă sau întrerupere a sarcinii survenite în urma unui abuz sexual;
- Îndrumare către unităţi sanitare care oferă profilaxie post-expunere infecţii cu transmitere sexuală și post-expunere HIV (ex. spitale sau secţii pentru boli infecţioase);
- Îndrumare către DGASPC de unde victima poate primi consiliere psihologică, juridică și găzduire într-un adăpost pentru ea și copii (dacă este cazul).

Adrese DGASPC la nivel național:

https://anpd.gov.ro/web/informatii-utile/directiile generale-de-asistenta-sociala-si-protectia-copilului/

- Îndrumare către servicii sociale private oferite de organizaţii non-guvernamentale

!Ajutaţi pacienta să se informeze despre resursele disponibile, inclusiv despre serviciile legale și alte servicii.

!Oferiți imediat recomandări către adăposturi de femei în situaţia unor cazuri grave de violenţă sau cazuri în care lipsește siguranţa.

Sursă: Suport de curs - MODUL PREVENIREA VIOLENȚEI DE GEN

Resurse utile

CANALE OFICIALE DE SEMNALARE A SITUAȚIILOR DE ABUZ ȘI EXPLOATARE SEXUALĂ:

Îndrumarea în situații de violență

112 - pentru urgenţe dacă viaţa victimei şi a copiilor acesteia este pusă în pericol

Procuratură/Poliţie (recomandăm sesizare scrisă cu număr de înregistrare)

119 - număr unic de telefon la nivel naţional pentru cazurile de abuz împotriva copiilor

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

0800 500 333 Număr unic la nivel naţional destinat violenţei domestice

116 111Telefonul Copilului

0800 800 678 HelpLine informaţii şi sfaturi în vederea evitării unei situaţii de trafic de persoane sau 004 021 313 31 00 (apelabil și din străinătate)

Informații, organizații și resurse care pot sprijini victimele violenței:

Organizații non-guvernamentale care pot pot sprijini gratuit victimele cu adăpost, suport psiho-social, consiliere psihologică și grupuri de suport, consiliere juridică și reprezentare în instanță:

AMI Youth Helpline - 0722.265.269
Asociația Anais - contact@asociatia-anais.ro - 0736.380.879 / 021.210.89.62
Asociația Necuvinte - contact@necuvinte.ro - 021.243.33.33
Fundația Sensiblu - fundatia.sensiblu@adpharma.com - 021.311.46.36 / 0787.5418.54
Asociația Touched - touchedromania@aol.com - 021.211.56.51 / 031.405.77.61
Asociația Casa Ioana - office@casaioana.org - 021.332.63.90
Asociația Pas Alternativ (Brașov) - 0745.852.646
Proiectul Gloria (Iași) - 0743.674.356
Institutul European de Sănătate a Reproducerii (Târgu Mureș) - 0265.255.931
A.L.E.G. (Sibiu) - 0753.893.531
Rețeaua Și eu Reușesc https://www.facebook.com/sieureusesc - Comunitate

Aplicaţia telefonică gratuită Bright Sky Romania oferă informaţii, contacte utile și inclusiv o secţiune de jurnal, în care pot fi păstrate posibile probe - poze, înregistrări audio, video - care pot fi șterse din telefon odată adăugate acolo, pentru a nu risca să le găsească agresorul. Prin intermediul acestei aplicaţii, poate fi făcut și un test pentru a afla dacă persoana se află într-o relaţie abuzivă, dar poate să și adune dovezi într-un spaţiu sigur. Aplicaţia poate fi mascată în telefon sub forma unei aplicaţii meteo sau joc pentru a nu fi recunoscută cu ușurinţă de agresori.

Resurse și ghiduri practice pentru victimele violenței în familie și violenței de gen
Ce să faci dacă te afli sau ai ieșit din o relație abuzivă https://sieureusesc.ro/ro/primeste-ajutor.
Ghid practic pentru victimele violenței în familie, cui să se adreseze, ordin de protecție. Asistență juridică: https://violentaimpotrivafemeilor.ro/wp-content/uploads/2017/08/Ghid-practic-A5-ANAIS-INT-12.pdf.
Material informativ pentru recunoașterea violenței de gen, ce poți face dacă ești agresată, furnizori de servicii pentru victime: https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/01/Material-info_VIF.pdf.

Sursă: Suport de curs - MODUL PREVENIREA VIOLENȚEI DE GEN

Resurse utile

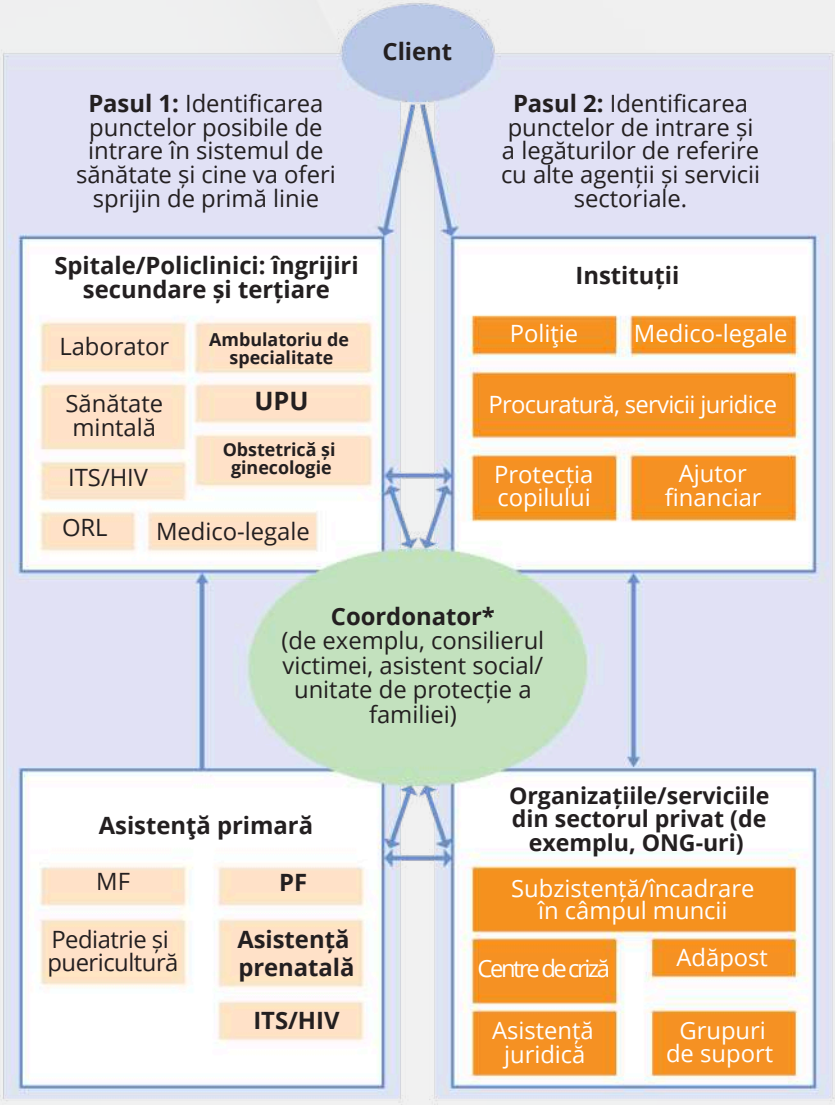
- Ghid care include formulare de evaluare a nevoilor mamelor gravide
- Protocol clinic de intervenție în cazul mamelor minore, elaborat în Republica Moldova
- Resurse UNESCO pentru educație pentru sănătate
- Particularitățile sarcinii și nașterii la gravidele adolescente pe tema complicațiilor medicale în cazul sarcinilor la minore
  Teză de doctorat, Matei Alexandra, 2022

Resurse utile pentru personalul medical

Anexa 1

Căi de referire a femeilor supuse violenței. Sursa: Consolidarea sistemelor de sănătate pentru a răspunde cazurilor femeilor supuse violenței din partea partenerului intim sau violenței sexuale, OMS, 2024, p. 91).[66]

Pași pentru dezvoltarea căilor de referire a femeilor supuse violenței la servicii de îngrijire



Pasul 3: Identificarea persoanei/unității responsabile de coordonarea* accesului la îngrijiri și servicii și datele de contact. *A se vedea anexa 4 pentru rolul și responsabilitățile coordonatorului inclusiv fișa postului.

Serviciile scrise cu caractere îngroșate sunt posibilele puncte de intrare în cadrul sistemului de sănătate pentru oferirea sprijinuluide primă linie.

66 Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente. Protocol clinic standardizat, Chișinău, 2024

Resurse utile

Anexa 2

Evaluarea factorilor psihosociali de risc și protectivi pentru adolescenta gravidă (evaluarea MEADS), preluată din Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, Protocol clinic standardizat (Republica Moldova, 2024, p. 27).

Evaluarea contextului psiho-social (MEADS) poate ajuta la:

- depistarea problemelor de sănătate şi dezvoltare pe care adolescenta gravidă nu le-a prezentat
- determinarea dacă adolescenta gravidă adoptă comportamente care ar putea avea efecte negative asupra sănătății ei și/sau a copilului (de exemplu, utilizarea drogurilor injectabile sau act sexual neprotejat în prezența ITS)
- identificarea factorilor importanți din mediul adolescenților, care sporesc probabilitatea ca aceștia să adopte comportamente deviante.

Evaluarea contextului psihosocial poate să ajute la reducerea riscurilor atât medicale, cât și psiho-sociale, reducerea comportamentelor riscante, identificarea și valorificarea resurselor personale pentru o mai bună adaptare pentru sarcină, naștere și rolul de părinte, precum și pentru o integrare socială mai constructivă a mamei adolescente.
Evaluarea MEADS poate fi efectuată atunci când evaluatorul posedă deprinderi de comunicare și consiliere a adolescentului/ei, inclusiv deprinderi de consiliere motivațională referitor la riscurile identificate; în caz de necesitate prestatorul va referi adolescentul/a la serviciile care dețin capacități.

Cadrul de evaluare MEADS și adresare a riscurilor identificate la adolescentele însărcinate:

Mediu psiho-social al adolescentei însărcinate	Exemple de întrebări	Factorii de protecție identificați	Factorii de risc identificați	Care au fost acțiunile de răspuns factorii de risc identificați? (informare, consiliere, referire – unde?)
Puncte forte și interese	Cum te-ai descrie pe tine însăți? Spune-mi cu ce te mândrești în legătura cu propria persoană? Cum te-ar descrie prietenii tăi cei mai buni? Ce este important pentru tine?			
Perceperea stării ce face referire la sarcină	Cum te simți referitor la sarcină și la starea ta de sănătate în general? Cum te descurci cu recomandările medicale /medicamentele pe care le iai? Cine te ajută cu asistența medicală?			
Mediul de trai	Unde locuiești? Cine locuiește cu tine? Cum sunt relațiile acasă? Pe cine te poți baza când ai o problemă? Ai fost vreodată implicată în situații violente în cadrul familiei tale sau ai asistat la așa situații? Cine este persoana adultă apropiată în care ai încredere?			
Educația/ angajarea	Care este ocupația ta actuală? Cum îți merge (note, relații cu prietenii și profesorii, etc)? Care sunt planurile /scopurile de viitor referitor la educație, angajare?			
Activitatea (hobby-uri, în timpul liber)	Ce faci tu și prietenii tăi în timpul liber? (Cu cine, unde și când?) Ai un prieten /o prietenă "bun/ă" de încredere? Cât timp petreci în fața ecranelor/internet și cu ce scop?			
Alimentația	Câte mese pe zi servești în zilele obișnuite? Descrie ce ai mâncat ieri, de exemplu, în decursul zilei. Ce mănânci mai des?			
Droguri	Ai prieteni care fumează, consumă alcool sau alte droguri? Care este experiența ta cu fumatul, alcoolul, drogurile? Daca ai încercat – când și în ce condiții? Dacă continui – cum îți apreciezi gradul de risc la moment?			
Sexualitatea	Când a fost prima ta experiență sexuală? A fost benevolă sau forțată? Sarcina a fost una planificată sau nu? A survenit sarcina în urma unui contact forțat? Ce vârstă are partenerul tău? Care este atitudinea lui față de sarcină? În ce măsură o susține, se implică partenerul?			
Siguranța	Cât de în siguranță te simți acasă? la școală /muncă? Dacă nu te simți în siguranță, din ce motiv?			
Suicid/ Depresie	Cum te simți din punct de vedere emoțional? Ai probleme cu somnul? Ai poftă de mâncare? Îți pare că ți-ai pierdut interesul pentru lucrurile de care obișnuiai să te bucuri cu adevărat? Simți că petreci din ce în ce mai puțin timp cu prietenii? Te-ai gândit deseori la cum ar fi să te rănești pe tine sau pe altcineva? Te-ai gândit vreodată la sinucidere? Ai cumva planuri concrete de sinucid? (se poate aplica și scara de screening a depresiei)			

Resurse utile

Anexa 3
Scala Edinburgh de Depresie Postnatală

Scala Edinburgh de Depresie Postnatală[67] (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS) este utilizată atât în cadrul cercetării, cât și practică. A fost tradusă în 50 de limbi, este formată din 10 întrebări și necesită până la 5 minute pentru a fi completată. Include simptome de anxietate, care sunt caracteristice tulburărilor de dispoziție perinatale, dar exclude simptomele constituționale ale depresiei, cum ar fi modificările tiparelor de somn, care pot fi frecvente în timpul sarcinii și în perioada postpartum.

Instrucțiuni:

1. Respondenta este rugată să sublinieze răspunsul care este cel mai aproape de felul cum s-a simțit după naștere.
2. Trebuie să răspundă la toate cele 10 întrebări.
3. Nu trebuie să discute cu alte persoane cum să răspundă la întrebări.
4. Trebuie să răspundă la toate întrebările de sine stătător.

Instrucțiuni din partea persoanei care aplică testul pentru respondentă:

Am dori să cunoaștem cum v-ați simțit în ultima săptămână. Vă rog să alegeți răspunsul cel mai potrivit cu starea dumneavoastră din ultima săptămână.
Răspunsurile sunt evaluate cu 0, 1, 2 și 3 în funcție de creșterea intensității/severității simptomului.
Întrebările marcate cu asterix sunt evaluate în ordine inversă (de ex. 3, 2, 1 și 0).
Scorul total este calculat prin adunarea scorurilor tuturor întrebărilor.

67 Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente Protocol clinic standardizat, Chișinău 2024

Anexa 3
Scala Edinburgh de Depresie Postnatală

Nr.	Întrebarea	Variantele de răspuns
1	Am fost în stare să râd și să văd partea haioasă a lucrurilor:	a. La fel de mult ca de obicei b. Mai puțin ca de obicei c. Evident mai puțin d. Deloc
2	M-am bucurat de toate întâmplate	a. La fel de mult ca de obicei b. Mai puțin ca de obicei c. Evident mai puțin d. Deloc
3	M-am acuzat pe nedrept atunci când ceva mergea rău:	a. Da, aproape tot timpul b. Da, uneori c. Nu foarte des d. Niciodată
4	Am simțit anxietate și îngrijorare fără motive întemeiate:	a. Deloc b. Foarte rar c. Da, uneori d. Da, deseori
5	Am fost speriată sau panicată fără motive întemeiate:	a. Da, deseori b. Da, uneori c. Nu, rar d. Deloc
6	Lucrurile m-au depășit:	a. Da, practic tot timpul nu am fost în stare să le depășesc b. Da, uneori nu m-am descurcat la fel de bine ca înainte c. Nu, în majoritatea timpului m-am descurcat bine d. Nu, m-am descurcat bine ca întotdeauna
7	Am fost atât de nefericită, încât nu am putut să dorm:	a. Da, în majoritatea timpului b. Da, uneori c. Rareori d. Deloc
8	M-am simțit tristă și nefericită:	a. Da, în majoritatea timpului b. Da, uneori c. Rareori d. Deloc
9	M-am simțit atât de nefericită, încât am plâns:	a. Da, în majoritatea timpului b. Da, deseori c. Doar ocazional d. Deloc
10	Am avut gânduri să-mi fac rău mie:	a. Da, deseori b. Da, uneori c. Foarte rar d. Niciodată

Anexa 3
Scala Edinburgh de Depresie Postnatală

Calculează scorul:
Întrebările 1, 2 si 4:
a. 0
b. 1
c. 2
d. 3
Întrebările 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10:
a. 3
b. 2
c. 1
d. 0

Scorul maxim este de 30, iar un scor peste 10 sugerează o posibilă depresie; un scor peste 13 sugerează o depresie de severitate de la moderată spre severă. Evaluatorul este invitat să se uite totdeauna la întrebarea nr. 10 despre gândurile suicidare pentru a determina din timp un posibil risc. Studiile de validitate arată că scala identifică corect 92% dintre femeile care suferă de depresie postpartum.

Scala reușește să determine cazurile cu tulburări anxioase, fobice sau de personalitate. Scala EPDS s-a dovedit un instrument robust pentru decelarea femeilor cu risc de depresie postpartum și este folosită pe larg în screening.
Are o bună senzitivitate (86%), specificitate (78%) și valoare predictivă (73%).
„Dacă scorul obținut este ≥10 – posibil depresie ușoară
Scor ≥13 – posibil depresie moderată
Scor ≥15 – posibil depresie severă

Dacă la întrebarea 10 răspunsul este: a, b sau c - atunci indiferent ce scor a fost acumulat, este nevoie de ajutor medical specializat. Este necesar să îi fie recomandat mamei un psiholog sau psihoterapeut.

Sursa: Protocol Clinic de Intervenție în cazul mamelor minore, dar și site-ul.

Bibliografie

1. **Proiect Mame Adolescente, Asociația Art Revolution**, accesat in ianuarie 2025 https://mameadolescente.artrevolution.ro/

2. **Pagina web FDSC**, accesat în ianuarie 2025 - https://www.fdsc.ro/lansarea-studiului-intersectionalitatea-in-romania-o-perspectiva-esentiala-asupra-discriminarii/

3. **Penman-Aguilar A, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. Socioeconomic Disadvantage as a Social Determinant of Teen Childbearing** in the U.S. Public Health Reports®. 2013;128(2_suppl1):5-22. doi:10.1177/00333549131282S102 .

4. **Institutul Național de Statistică**, bază de date publicată la 31.05.2024, accesată în octombrie-decembrie 2024 - https://insse.ro/cms/ro/content/evenimente-demografice-%C3%AEn-anul-2023

5. **Pagina web Unicef** - https://www.unicef.org/romania/ro/documents/sumar-de-politici-prevenirea-sarcinilor-%C8%99i-consecin%C8%9Belor-acestora-la-adolescente

6. **Studiului Nevoile Tinerilor**, Friedrich-Ebert-Stiftung publicat în 2024 (FES, 2024, p. 22) - https://library.fes.de/pdf-files/bueros/bukarest/21471-20241212.pdf

7. Idem 4

8. **Salvați Copiii, comunicat de presă, 2024** - https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2024-03/cerem-educatie-sexuala_pentru-sanatate-in-scoli-modelele-din-ue.pdf

9. **Organizația Mondială a Sănătății, Health and well-being in Romanian adolescents, 2020,** p. 68: https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-behaviours-among-adolescents-in-romania--health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study-2018--research-report-(2020)

10. **Articol Unicef.org (2022)** - https://www.unicef.org/innocenti/stories/adolescent-girls-are-falling-through-cracks-violence-prevention

11. **Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: Quasi-experimental evidence**. Proc Natl Acad Sci U S A. 2022 Feb 22;119(8):e2113144119. doi: 10.1073/pnas.2113144119. PMID: 35165192; PMCID: PMC8872707, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8872707/.

12. **Lameiras-Fernández, M., Martínez-Román, R., Carrera-Fernández, M. V., & Rodríguez-Castro, Y. (2021). Sex Education in the Spotlight: What Is Working? Systematic Review**. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), 2555. https://doi.org/10.3390/ijerph18052555, https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2555

13. **Heels, Sonja W. (2019) "The Impact of Abstinence-Only Sex Education Programs in the United States on Adolescent Sexual Outcomes,"** Perspectives: Vol. 11, Article 3.
Available at: https://scholars.unh.edu/perspectives/vol11/iss1/3

14. **Coaliția pentru Egalitate de Gen, comunicat de presă, 2024**: https://ongen.ro/2024/02/05/ministerul-sanatatii-a-ratat-si-in-2024-sa-asigure-accesul-la-contraceptive-si-sa-protejeze-femeile-si-tinerii-de-peste-10-ani-populatia-din-romania-nu-are-acces-la-metode-de-contraceptie-si-protec/ și comunicat de presă 2023: https://ongen.ro/2023/11/16/acces-gratuit-si-universal-la-metode-de-contraceptie/

15. **Studiului Nevoile Tinerilor, Friedrich-Ebert-Stiftung publicat în 2024** (FES, 2024, p. 22) - https://library.fes.de/pdf-files/bueros/bukarest/21471-20241212.pdf

16. **Proiectul Mame Adolescente, Asociația Art Revolution**, accesat in ianuarie 2025 https://mameadolescente.artrevolution.ro/iulia/

17. **Coaliția pentru Egalitate de Gen, comunicat de presă, 2024:** https://ongen.ro/2024/02/05/ministerul-sanatatii-a-ratat-si-in-2024-sa-asigure-accesul-la-contraceptive-si-sa-protejeze-femeile-si-tinerii-de-peste-10-ani-populatia-din-romania-nu-are-acces-la-metode-de-contraceptie-si-protec/

18. **Mihai, Tudorina. Raport Egalitate de Gen în Educație, Art Fusion, 2023**, p. 40: https://artfusion.ro/wp-content/uploads/2023/11/Raport-TM-m.pdf

19. **Articol online Edupedu.ro**, accesat în ianuarie 2025 - https://www.edupedu.ro/bursa-pentru-mame-minore-elevele-primesc-700-de-lei-pe-luna-pana-termina-invatamantul-obligatoriu-chiar-daca-implinesc-18-ani-intre-timp-noile-reguli-de-acordare-din-septembrie-2024/

20. **Cora C. Breuner, MD, MPH, Gerri Mattson, MD, MSPH, Pediatrics (2016)** 138 (2): e20161348, https://doi.org/10.1542/peds.2016-1348

21. Alexandra, Ursache & Lozneanu, Lili-Gabriela & Bujor, Iuliana & Cristofor, Alexandra & Popescu, I.A. & Gireada, Roxana & Mandici, Cristina & Alexandru, Gaina & Grigore, M. & Matasariu, Roxana. (2023). **Epidemiology of Adverse Outcomes in Teenage Pregnancy—A Northeastern Romanian Tertiary Referral Center. International Journal of Environmental Research and Public Health**. 20. 1226. 10.3390/ijerph20021226, https://www.researchgate.net/publication/367071782_Epidemiology_of_Adverse_Outcomes_in_Teenage_Pregnancy-A_Northeastern_Romanian_Tertiary_Referral_Center

22. **Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, Protocol clinic standardizat, Republica Moldova, 2024, pag 7-8**- https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2024/06/Protocol-clinic-standardizat-%E2%80%9EConduita-integrant%C4%83-a-sarcinii-na%C8%99terii-%C8%99i-perioadei-post-partum-la-adolescnte%E2%80%9D-aprobat-prin-Ordinul-MS-nr.-439-din-20.05.2024..pdf

23. Idem 22

24. **Raport Institutul Național de Sănătate Publică, Mortalitatea infantilă, 2020**, p. 17, https://insp.gov.ro/wpfb-file/mortalitatea-infantila-2020-pdf/

25. **Institutul Național de Statistică, Evenimente demografice**, 2021, 2022, 2023 https://insse.ro/cms/ro/content/evenimente-demografice-%C3%AEn-anul-2023

26. **Raport Salvați Copiii, Sarcina la minore**, George Roman, Silvia Burcea, 2024, p. 31, https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2024-04/studiu-privind-mamele-minore.pdf

27. Idem 22

28. Idem 22

29. Tebb KP, Brindis CD. **Understanding the Psychological Impacts of Teenage Pregnancy through a Socio-ecological Framework and Life Course Approach**. Semin Reprod Med. 2022 Mar;40(1-02):107-115. doi: 10.1055/s-0041-1741518. Epub 2022 Jan 6. PMID: 34991169, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34991169/

30. **Raport Salvați Copiii, Sarcina la minore**, George Roman, Silvia Burcea, 2024, p. 31, https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2024-04/studiu-privind-mamele-minore.pdf

31. **Proiectul Mame Adolescente, Asociația Art Revolution**, accesat in ianuarie 2025 https://mameadolescente.artrevolution.ro/mara/

32. Philippine Statistics Authority (PSA) and ICF. 2018. **Key Findings from the Philippines National Demographic and Health Survey 2017.** Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and ICF - https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR253/SR253.pdf

33. **Global status report on preventing violence against children 2020**, WHO - https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191

34. **Adolescent Pregnancy, Fact Sheet,** WHO, 2024 - https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy .

35. **Proiectul Mame Adolescente, Asociația Art Revolution**, accesat in ianuarie 2025 https://mameadolescente.artrevolution.ro/cristina/

36. **Mental Health Romania**, pagina accesată în ianuarie 2025 - https://mentalhealthforromania.org/serviciu/ghid-pentru-a-beneficia-de-servicii-decontate-de-cnas/

37. Idem 35 https://mameadolescente.artrevolution.ro/flori/

38. Legea nr. 217/2023 - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/272051

39. **Articolul 219 din Codul Penal** - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/272051

40. **Legea nr. 95/2006** - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139

41. **Asociația Moașelor Independente, 2023, Report: The Response of Health Systems to Gender-Based Violence**, https://ongen.ro/2023/11/21/report-the-response-of-health-systems-to-gender-based-violence-2/

42. **Pagina web Edupedu**, accesată în ianuarie 2025 - https://www.edupedu.ro/ligia-deca-sub-10-dintre-elevii-din-romania-fac-optionalul-educatie-pentru-sanatate-un-motiv-invocat-de-scoli-e-ca-nu-sunt-specialisti-care-sa-poata-sa-predea-aceasta-disciplina/

43. **Pagina web Europa FM**, accesată în ianuarie 2025 - https://www.europafm.ro/cursuri-educatie-sanatate-scoli-ministrul-sanatatii-ministrul-educatiei/

44. **Asociația Moașelor Independente, 2024, Harta Avortului în România** - https://moasele.ro/en/comunicat-de-presa/harta-accesului-la-avort-in-romania/

45. **Legea nr. 272/2004** - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/52909

46. Carmen Gheorghe (coord.), Cerasela Bănică, **Ghid de intervenție pentru cazuri de căsătorii între copii / căsătorii forțate. Metode de intervenție și recomandări**, Asociația E-Romnja, 2023, p. 12, 17, 19, https://e-romnja.ro/rapoarte/resurse/#flipbook-df_2958/1/

47. **Legea nr. 272/2004** - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/52909

48. **European Agency for Fundamental Rights - FRA, *Violence Against Women: An EU-wide Survey. Main results report***, 2015: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

49. **Eurobarometru special 449: Violența bazată pe gen, 2016** - https://data.europa.eu/data/datasets/s2115_85_3_449_eng?locale=ro

50. Sayed, M., Ibrahim, A. M., Ebrahim, S. S., Mohmed, G. A., & El-Mowafy, R. I. (2021). **Domestic violence against pregnant women and post-partum period: what are the solutions?.** Assiut Scientific Nursing Journal, 9(25.0), 90-99. https://doi.org/10.21608/asnj.2021.77663.1180

51. McCauley, M., Head, J. R., Lambert, J., Zafar, S., & Broek, N. v. d. (2017). "**Keeping family matters behind closed doors": healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy.** BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1). https://doi.org/10.1186/s12884-017-1520-4

52. **Mediafax, februarie, 2023**: https://www.mediafax.ro/social/cifrele-violentei-domestice-in-ultimii-8-ani-426-de-femei-au-fost-ucise-in-romania-de-parteneri-sau-de-membri-ai-familiei-21580477

53. Recomandările au la bază informații din ghidul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, **Consolidarea sistemelor de sănătate pentru a răspunde cazurilor femeilor supuse violenței din partea partenerului intim sau violenței sexuale,** OMS, 2024, p. 26

54. Idem 51, p. 34

55. Bute, J. J., & Russell, L. D. (2012). **Public Discourses About Teenage Pregnancy: Disruption, Restoration, and Ideology. Health Communication,** 27(7), 712–722. https://doi.org/10.1080/10410236.2011.636479, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2011.636479?scroll=top&needAccess=true

56. **Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, Protocol clinic standardizat, Republica Moldova, 2024**, https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2024/06/Protocol-clinic-standardizat-%E2%80%9EConduita-integrant%C4%83-a-sarcinii-na%C8%99terii-%C8%99i-perioadei-post-partum-la-adolescnte%E2%80%9D-aprobat-prin-Ordinul-MS-nr.-439-din-20.05.2024..pdf

57. Giesen, M. (2023). **Framing gender-based violence in multi-level contexts: a networked approach to studying adoption of the istanbul convention**. European Journal of Politics and Gender, 6(1), 76-91. https://doi.org/10.1332/251510821x16693059192022

58. Date de contact pentru **DGASPC-uri în România** - https://copii.gov.ro/1/date-de-contact-dgaspc-uri/

59. **Convenția de la Istanbul, 2011** - https://rm.coe.int/168046253e

60. Hyman, I., Vahabi, M., Bailey, A., Patel, S., Guruge, S., Wilson-Mitchell, K., … & Wong, J. P. (2016). **Taking action on violence through research, policy, and practice**. Global Health Research and Policy, 1(1). https://doi.org/10.1186/s41256-016-0006-7