

Între dreptate și realitate:

accesul la servicii de sănătate sexuală
și reproductivă în România



secs



SEXUL vs BARZA



Cu sprijinul:



În colaborare cu: COALIȚIA PENTRU EGALITATE DE GEN

Autoare: Monica Obreja

Între dreptate și realitate: accesul la servicii de sănătate sexuală și reproductivă în România

Cercetare realizată în cadrul proiectului “Sănătate pentru noi toate. Creștem accesul la servicii de sănătate a reproducerii și la serviciile furnizate de moașe”



SEXUL vs BARZA



Cu sprijinul:



În colaborare cu:



COALIȚIA PENTRU EGALITATE DE

Acest raport își propune să aducă în prim-plan barierele reale, adesea invizibile, cu care se confruntă femeile atunci când au nevoie să acceseze servicii de sănătate sexuală și reproductivă. Însă, dincolo de analiză, ceea ce îl face cu adevărat valoros sunt vocile celor care au trăit aceste realități.

Înainte de toate, le mulțumim din inimă femeilor care au avut încredere să ne împărtășească poveștile lor. Știm că a fost uneori foarte greu - multe dintre ele au vorbit despre experiențe dureroase, marcate de rasism, sărăcie, violență, rușine sau lipsă de sprijin. Ne-au oferit nu doar timp și cuvinte, ci o parte din viațile lor. Datorită lor, acest raport nu e doar o cercetare, ci o oglindă a unor experiențe reale. Putem doar spera că acest document reușește să le onoreze și să reflecte demnitatea cu care au fost împărtășite.

Le suntem recunoscătoare și celor câtorva furnizori de servicii care au acceptat să vorbească deschis despre provocările din sistem. Prin perspectiva lor, am reușit să înțelegem mai bine contextul în care aceste bariere apar sau se perpetuează.

Cu recunoștință ne îndreptăm și către femeile care au realizat interviurile cu profesionalism, grijă și respect. Știm că pentru ele acest proces nu a fost doar profesional, ci și personal. Această muncă dificilă a însemnat documentarea unor experiențe și situații dureroase pe care le cunosc deja prea bine.

Această cercetare le aparține, în primul rând, femeilor care au avut forța să vorbească despre experiențele lor. Sperăm ca vocile lor să fie auzite, luate în serios și să contribuie la schimbările de care este atâtă nevoie.

CUPRINS

Introducere.....	11
Obiectivul cercetării	
Context	
Metodologie.....	13
Cadrul teoretic	
Sfera cercetării și sursele de date	
Procesul de colectare și analiză a datelor	
Considerații etice și limitări ale cercetării	
Structura raportului.....	16
Rezultatele cercetării.....	16
Bariere de acces la serviciile SSR - vedere de ansamblu	
Servicii perinatale	
Monitorizarea sarcinii	
Medicul de familie	
Nașterea	
Sprijin după naștere	
Dificultăți în perioada post-natală	
Consimțământ	
Relația cu personalul medical	
Violența de gen	
Contracepție și educație sexuală	
Avort	
Sarcini în rândul fetelor minore și adolescentelor	
Bariere sociale și culturale	
Concluzii și recomandări.....	69
Referințe.....	82

CUVÂNT ÎNAINTE

Andreea Chiriac

Deși sunt femeie de etnie romă și vorbitoare nativă de limba romani, am avut norocul de a nu fi discriminată atunci când am mers să îmi fac controalele ginecologice anuale, pentru că pot trece cu ușurință ca ne-romă. În schimb, am fost martoră, atunci când în sala de așteptare mai erau alte femei de aceeași etnie ca mine, dar care erau mai închise la culoare, purtau fustă lungă sau care pur și simplu nu vorbeau bine limba română și erau puse la pământ doar din privirile pline de ură și judecată ale personalului spitalicesc, începând chiar de la paznici, și continuând cu infirmiere, asistente și medici.

Prin cercetarea de față ne propunem să arătăm barierele sociale, economice și culturale cu care se confruntă majoritatea femeilor din țară, dar mai ales cele care au vulnerabilități multiple, precum: femeile de etnie romă, femeile din mediul rural, femeile care aparțin comunității LGBTQIA+, minore și altele, atunci când accesează servicii de sănătate sexuală și reproductivă.

Deși avem un sistem public de sănătate care include diferite programe naționale, cum ar fi *Programul Național pentru Cancer sau Programul Național pentru Screening de Cancer de Col Uterin etc.*, menite să vină în sprijinul categoriilor mai sus menționate și nu numai, în realitate, acestea rămân doar la nivel teoretic, din cauză că numărul de persoane care le accesează este foarte mic. Și nu numai că aceste programe nu sunt accesate, dar foarte puține persoane știu de existența lor.¹ Infrastructura medicală avansată se află doar în anumite spitale, mai ales în cele private, situate în orașe mari, unde nu toți au acces. Totodată, medicii foarte bine pregătiți aleg să își practice meseria preponderent în zonele urbane sau chiar în alte țări, unde sunt mai bine plătiți.

În ceea ce privește accesul la servicii pentru sănătatea sexuală și reproductivă - acesta este un subiect dificil, pentru că dacă nu ești o femeie albă, măcar din clasa mijlocie, educată și care știe să se descurce, sistemul te mănâncă. Femeile care provin din categorii deprivantate sunt deseori reperate, ocărate și învinovățite când merg la un control ginecologic de rutină sau de monitorizare a sarcinii.

"Unii medici s-au comportat mai frumos, alții cu indiferență (...). Ne lăsa să ne chinuim." A., 46 ani, romă, Bacău

Ce am observat, în schimb, este că atitudinea discriminatorie dispare sau este ascunsă pe moment, cel puțin, atunci când asistentele și/sau medicii primesc diverse atenții. Cu cât "atenția" este mai mare, cu atât grija, sprijinul și respectul acestora crește. Însă, acest comportament care ar trebui să fie parte din rutina lor zilnică, revine la "normal" dacă atenția încetează chiar și pentru o zi.

"...o infirmieră, care m-a tratat cu nedreptate cred eu acum, după ce am trăit această experiență, fiind prima naștere, fiind neexperimentată, neștiind cu ce se mănâncă toate acestea, mi s-a părut normal la momentul potrivit, însă acum, după 4 ani, realizez că mi s-a făcut o nedreptate. Și anume, faptul că în momentul când m-a ridicat de pe patul de la terapie intensivă, nu a fost blândă cu mine, m-a ridicat pur și simplu ca pe un sac, iar în acel moment am făcut hemoragie, lăsându-mă acolo, spunându-mi să aștept pentru a duce o altă persoană pe salon, iar când s-a întors, s-a uitat la mine și a spus, "vai de mine, cum te îngrijesc eu, nici mă-ta n-o face". După ce m-a schimbat, după ce m-a ajutat să mă pun în scaunul cu rotile, mi-a spus, "cred că merit și eu un espresso și o ciocolată caldă". Și atunci am scos bănuții și i-am dat, și după mi-a fost adresată întrebarea, "nu ai dureri, nu simți nimic?" Și am zis, "ba da", "atunci poți să-i dai și colegei mele ceva pentru a-ți face un calmant". (...) toate aceste lucruri ar fi trebuit să fie de la sine, pentru că ele erau deja plătite pentru acest serviciu." B.O., 25 ani, romă, Bacău

¹ <https://e-romnja.ro/project/intersect-voices-in-europa/>

A merge la spital și la doctori pentru a verifica dacă ne confruntăm cu anumite afecțiuni ce țin de sănătatea noastră sau pur și simplu pentru un control de rutină, ține de responsabilitatea pe care o avem față de noi înșene. Majoritatea oamenilor din jurul meu cunosc teoria, dar când vine vorba de practică, lucrurile stau diferit. Le spunem rudelor, prietenilor sau chiar și oamenilor pe care abia îi întâlnim că trebuie să meargă la spital să "își verifice sănătatea", dar de multe ori, atunci când vine vorba de propria noastră sănătate, mergem pe principiul "las-o așa, că merge așa."

Deși am mers la școală și sunt mult mai deschisă la culoarea pielii, nu mă îmbrac în port tradițional și nu sunt o romă *tipică* în concepția multora, port cu mine un bagaj de principii adânc înrădăcinate, unele bune, altele mai puțin bune, precum: "fetele rome trebuie să fie virgine la căsătorie", "te duc la doctor să văd dacă mai ești fată mare, că nu mă faci tu pe mine de răs", "ce îți trebuie ție școală? Oricum te măriți și faci copii!" Toate acestea încă îmi răsună în minte, deși sunt foarte mulți ani de când mă lupt cu mine să le depășesc. Iar experiența mea nu este una singulară. Aceste preconcepții nu au venit către mine doar din familie, ci mai ales din partea oamenilor din jur, prieteni romi și ne-romi, colegi și profesori, pentru că ei "știu mai bine" că "așa e cultura noastră."

La liceu, într-o clasă cu 34 de elevi, dintre care doar 3 fete de etnie romă, printre care și eu, toți colegii au început să îmi spună doar mie că "tu nu ești ca ceilalți." Celelalte două colege rome, foarte deștepte, respectuoase și conștiincioase la școală, nu primeau același tratament din partea profesorilor și colegilor. Acestea având pielea închisă la culoare, imediat au fost catalogate drept "*****".

Dacă în sistemul educațional, unde ar trebui să regăsim un mediu incluziv și deschis diversității și unde ar trebui să putem învăța unii despre alții, să ne acceptăm și să ne îmbrățișăm diferențele, ne lovim de prejudecăți, descurajare și marginalizare, atunci când accesăm servicii sociale sau de sănătate, noi, ca femeile rome, ne lovim de și mai multe bariere, de și mai multă discriminare, de și mai multă marginalizare.

*"Păi n-aveai cum să fii la fel, tratată cu toate. Că și la nașteri la fel era. Când am fost la băiat, nu l-am avut cu mine în salon, te duceai la alăptat și acolo, la fel, erau saloane de românce și saloane de *****. Când se duceau româncele la control sau trebuia să naști seara, când naști cum era, la noi cei puțin, se ducea la spălături. Și când se ducea româncele, pe-alea le ținea. Deci ele știe ce le făcea acolo, le descânta. Știi? La noi, se mișca mai repede." V. D., 41 ani, romă, București*

Bărbații medici ginecologi, cu "mâinile lor reci", care nu știu să se comporte cu tine ca femeie, mai sunt pe deasupra și foarte expeditivi, dar și critici și acuzatori când vine vorba de propriul nostru corp, pe care noi îl cunoaștem cel mai bine și știm când ceva nu e în regulă.

"...mi-a spus că nu am nimic... "Nu ai nimic, că e o mică sângerare" și la mine nu era o mică sângerare, deci era ceva dezastru. După care i-am spus: "Domnule doctor, zic, vă rog frumos, dacă mi-ați făcut ceva, sau ați uitat ceva, nu m-ați făcut bine, eu sunt aici. Nu știe nimeni, eu nu vorbesc nimic, eu am venit ca să mă salvați. Eu nu vreau să mi se întâmple ceva, că am acasă trei copii. Eu sunt aici și puteți să mă chiuretați din nou sau să mă aspirați, să mă curățați și poate ați uitat ceva și a provocat în mine și din cauza asta se face așa." "A, nu, nu, nu, că nu e problema de asta! Nu, ești făcută bine, ești curățată cum trebuie." M. N., 35 ani, romă, Giurgiu/București

"Doamna doctor care m-a chiuretat mi-a spus: "Măi fetițo, cum să nu sângerezi? Tu puteai să dai în septicemie, să mori, Doamne-ferește." Dacă mai stăteai acasă 2-3 zile, nu mai stăteam de vorbă, amândouă, față-n față", mi-a spus dânsa. Și zic, "Păi cum așa? Că domnul doctor mi-a spus că sunt ok." "Nu ești ok. Doctorul ce ți-a făcut ție... decât a zgâriat copilul cum ar veni. L-a zgâriat puțin acolo, a scos foarte puțin din el, dar el trei sferturi e în tine. El nu ți-a făcut niciun chiuretaj." M. N., 35 ani, romă, Giurgiu/București

Sunt multe fete, femeile rome și nu numai, care cresc cu aceste "valori" toxice. Toate creștem cu ideea că rolul nostru este de a da naștere și de a avea grijă de copii. Gestionarea activităților domestice, dar și îngrijirea copiilor sunt responsabilitatea exclusivă a femeilor. În ceea ce privește copiii, femeile se ocupă de aceștia în toate privințele: îngrijire, hrănire, vizite la medici, educație, sfaturi, afecțiune etc. Iar dacă nu ai familia apropiată sau extinsă care să te ajute, creșterea copiilor devine o sarcină extrem de dificilă, care nu este recunoscută, ci mai degrabă normalizată și nevalorizată, întărind rolul stereotipic pe care ar trebui să îl aibă o femeie.

Cu toate acestea, sarcina și procesul de naștere sunt pictate atât de frumos și natural, încât și femeile care nu își doresc copii, ajung să ia în considerare ideea de a face unul doar pentru sentimentele de împlinire pe care le promite maternitatea.

Crescând, dar și acum, ca femeie la 30 de ani care nu are încă copii, dar își dorește, am auzit constant că a avea copii este cea mai mare împlinire pe care o poți avea ca femeie. Problematic pentru mine este că acest discurs nu vine doar din partea mamelor, ci vine din partea întregii societăți: familie, prieteni, biserică și din partea oricui îi place să își dea cu părerea despre corpul și rolul unei femei. Discuțiile pe care le-am avut cu femei care au recunoscut că maternitatea nu este o experiență perfectă, lipsită de provocări m-au făcut să reconsider ideea de a face copii. Sau să întârzi pe cât posibil acest proces.

Ca femeie romă, atunci când accesez sistemul public de sănătate, atât de birocratic și elitist, simt că îmi pun viața în pericol de fiecare dată când am nevoie de servicii medicale. Prin această cercetare, am putut participa indirect, la experiențele de viață și de sănătate ale femeilor intervievate. Am avut ocazia să ascult experiențele unor femei care au accesat astfel de servicii în spitalele publice de stat și unele mărturii sunt tulburătoare. Furie, dezamăgire, dezgust, teamă, compătimire, șoc sunt câteva din sentimentele pe care le-am trăit ascultând cum, în loc să primească sprijin și empatie, aceste femei au fost adesea tratate cu nepăsare, lipsă de respect sau chiar abuz.

Multe femei nu recunosc sau nu își dau seama că au fost în depresie post-partum, nu recunosc tratamentul discriminatoriu primit din partea cadrelor medicale și nici practicile violente și abuzive la care au fost supuse. Majoritatea adoptă, fără să conștientizeze, diverse mecanisme de apărare, în dorința de a se proteja în fața emoțiilor complexe.¹

"Nu, nu am avut probleme. Până înainte de Revoluție nu se știa de depresie. Păi că avem depresie. Noi când nășteam, luam copilul, îl îngrijeam, îl spălam, îl îmbrăcam. Nu erau pampers înainte. Spălam după ei. Cum e acum, cu alifii, cu alea." G.I., 46 ani, romă, lalomița

În ceea ce privește sarcina, au fost experiențe diverse, de la cele mai bune, în care medicii s-au implicat în tot procesul, au urmărit sarcina, au chemat viitoarea mămică la controale și au asistat la naștere, până la cele mai rele, în care femeile au fost lăsate să se chinuiască până în punctul în care mai aveau puțin să nască singure, fără sprijinul medicilor sau asistentelor.

"Am avut experiențe destul de diverse. În general, când am fost la medici, medicii m-au tratat foarte bine și am primit informații utile, dar am avut și situații destul de neplăcute, când nu am simțit că mi-au acordat suficientă atenție. La mine, în oraș, este dificil să găsesc specialiști, motiv pentru care prefer să merg la București sau într-un alt oraș mai mare, atunci când am nevoie de consultații mai aprofundate." C., 23 ani, româncă, lalomița

Mă întreb de ce, ca femeie romă, trebuie să intru în cabinetul medicului ginecolog, de cele mai multe ori bărbat, să-i zic "săru-mâna" și să las capul jos, în speranța că voi primi un tratament mai bun, lipsit de prejudecăți și stereotipuri, de tipul: femeile rome fac mulți copii, că ele au un corp care este bun pentru a da naștere, că nivelul lor de fertilitate este mai mare și că toleranța la durere este mai ridicată.

"Vorbeau și așa cu insulte. I-auzeam când vorbeau chiar cu alți pacienți care erau tot la fel de necăjiți ca mine. Tot la fel se comporta ca și cum s-ar comporta cu un câine, așa se comporta cu noi. Ne lăsa pur și simplu și stăm acolo în pat." A., 46 ani, romă, Bacău

Sunt femei care au peste 10 copii, dar nimeni nu își pune întrebarea "de ce?" De ce nimeni nu este interesat să afle contextul acestor femei, pentru care au atâtia copii? De ce nimeni nu își ridică niciun semn de întrebare dacă în spatele atâtor sarcini există niște abuzuri? Și în final, de ce cadrele medicale care au asistat la toate nașterile, nu s-au sesizat sau nu au sesizat autoritățile competente?

1 <https://psycnet.apa.org/record/2015-21876-005>

Sunt mult mai multe femei aflate în această situație și care trăiesc la limita subzistenței. Și poate alocațiile sunt singura lor sursă de venit, care le ajută să își trimită copiii la școală și să le pună mâncare pe masă. În aceeași măsură, sunt femei care fac munci agricole, unele fac și muncă sexuală, merg la vecini cu ziua sau ajung în alte țări să cerșească și fac toate aceste munci informale pentru a putea oferi o masă caldă copiilor lor. Dacă le-am trimite să se angajeze, nu le-ar angaja nimeni, pentru că nu au școală. În același timp, statul nu face prea multe să le ajute să își schimbe situația socială și economică, așa că nu știm dacă acest cerc vicios are vreun termen de expirare.

Faptul că multe femei ajung la spital doar când le vine sorocul, se datorează în principal, faptului că aceste femei nu au bani să plătească drumul până la spital, să plătească consultul și investigația, să își ia de mâncare pentru drum și să plătească și drumul de întoarcere acasă. Și de obicei, aceste femei stau în comunități marginalizate, cu o infrastructură dezastruoasă care nu le ușurează deloc acest proces. Și unde mai punem că spitalele sunt la câțiva zeci de kilometri distanță?! Ambulanța ar fi o soluție, dacă nu ar refuza să intre în anumite comunități.

"Nu, am... am o fetiță acasă. Înainte să vină ambulanța, am născut-o pe pat" O.E., 29 ani, romă, Bacău

"Mergeam de multe ori la urgență. Asta îmi dau seama despre copil, pentru că eu nu eram înscrisă la un medic de familie și nu aveam sarcina urmarită non-stop." G.K., 23 ani, romă, Mureș

Așa cum am spus mai sus, femeile nu au locuri de muncă formale și nu le putem spune să apeleze la beneficiile asigurării de sănătate. Cele care au noroc, beneficiază de indemnizația de Venit Minim Garantat și au acces la anumite servicii decontate de CNAS. În teorie, femeile însărcinate beneficiază de asigurare gratuită de sănătate,¹ dar în practică, investigațiile pe care le pot face sunt minimale. Ori sunt prea puține analize pe care le pot face în sarcină, ori multe dintre acestea nici măcar nu știu că au acest minim avantaj.

Femeile, de regulă, percep diferența de tratament atunci când accesează servicii de sănătate reproductivă și sunt tratate de un medic ginecolog bărbat sau femeie. O femeie medic ginecolog poate avea un nivel mai mare de empatie, iar femeile se simt mai sigure și își pot exprima toate îngrijorările.

*"Să se comporte și doctorii frumos cu noi, să ne întrebe, să ne asculte și pe noi, să nu mai fim tratați cu jigniri. Cum noi nu îi jignim pe ei, nici ei pe noi. De exemplu, mergi cu un copil, are copilul treaba asta, am mers și cu mine, că poate am și eu o problemă jos, ca orice femeie. "Dar așa sunteți voi ț*****i, plecați, lăsați că vouă acum vă e rău, dar dacă se suie bărbatul sau când îți face bărbatul, nu mai ți-e rău." Deci vrem ca să nu mai fim jignite, să vorbească frumos, de asta ești doctor, de asta ești medic. Cum mi s-a zis mie că noi ajungem să trăim pe spatele la doctor." C.I., 40 ani, romă, Bacău*

*"Eu cred că da, pentru că... Nu mi s-a întâmplat doar o singură dată. De mai multe ori. Și am fost la spital și... doctorii de la spital spun "ei, ț*****ii, fac copii sau pierd copii și vin pe capul nostru". Ceva prostii vorbesc, dar mi-e mie rușine să zic cum vorbesc." D.A., 41 ani, romă, Bacău*

Medicii de familie sunt prezenți în câteva comunități, nu în toate, dar chiar și acolo unde sunt, modul lor de lucru cu pacienții de etnie romă este dezastruos. Aceștia refuză să pună mâna pe pacientele de etnie romă și copiii acestora, refuză să dea trimiteri la medici specialiști sau rețete medicale, iar vizitele la domiciliu le "depășesc" atribuțiile.

"Mă împac bine cu el, dar atâta. Când mă duc la el, nu se uită la copii așa cum se uită la toți, așa... Nici nu îi consultă, să pună aparatul ăla pe ei." C.M., 43 ani, romă, Bacău

Toate acestea sunt câteva motive pentru care femeile ajung să nască în sistem de urgență de cele mai multe ori și care sunt văzute ca o anomalie a societății și blamate că nu se preocupă suficient de propria lor stare sau de binele copiilor.

1 <https://cnas.ro/>

În ceea ce privește accesul femeilor române la contracepție sau servicii de întrerupere a sarcinii, pot spune că nu există. Puținele cabinete de planificare familială pe care le aveam la nivel național, în timp au ajuns să dispară. Noroc cu banii din PNRR pe care i-au accesat câteva spitale pentru a moderniza sau redeschide acest tip de centre.¹

Prevenția este cea mai eficientă și accesibilă formă îngrijire medicală pe termen lung. Cu toate acestea, pentru multe femei, accesul la metode contraceptive moderne este limitat din cauza unor factori cumulativi ce țin de barierele financiare și cele birocratice, cum ar fi obținerea unei trimeri de la medicul de familie pentru un consult de specialitate. Mai mult de atât, lipsa de empatie a cadrelor medicale și episoadele de discriminare, descurajează femeile să solicite și să acceseze aceste servicii.² Medicii de familie ar putea să facă sesiuni de informare, educare, conștientizare, nu doar cu femeile, ci cu toți membrii comunității pe care o deserveste, pe diferite teme medicale și sanitare. Astfel, prin intermediul acestor sesiuni, femeile ar putea afla că există și alte metode de prevenire a unei sarcini sau că bărbații sunt în aceeași măsură răspunzători pentru femeile pe care le lasă însărcinate și pentru copiii rezultați. Dar, din păcate acest lucru nu se întâmplă sau este foarte rar întâlnit. Din cauza lipsei acestor informații, multe femei recurg la avortul chirurgical sau avort prin aspirație ca metodă de contracepție. Acest tip de avort afectează sănătatea femeilor, atât fizică, cât și mentală. Însă din păcate, este singura metodă care o cunosc sau li se recomandă. De foarte puțini ani, la noi în țară există și varianta de avort medicamentos³, care este garantată ca fiind foarte sigură și eficientă. Dar încă o dată suntem în impas, pentru că femeile nu știu de ea, iar medicii nu fac informare asupra ei și nu o recomandă. Într-adevăr, pastila avortivă este recomandată nu mai târziu de 63 de zile de la prima zi a ultimului ciclu menstrual, dar multe femei descoperă că sunt însărcinate mult prea târziu.

Un procent semnificativ de medici refuză să facă avorturi la cerere, invocând convingeri religioase sau motive de ordin etic. În același timp, medicii care refuză să facă avorturi în spitale de stat, unde costurile sunt suportabile pentru femei, le trimit pe acestea la clinicile private unde aceiași medici profesează, femeile plătiind sume exorbitante pentru acest serviciu. Cele care își permit, desigur.

Nimeni nu militează și nu susține avortul ca formă de contracepție, dar este o practică care se întâmplă chiar și astăzi. Limitarea posibilității efectuării avorturilor duce la moartea unui număr ridicat de femei sau la nașterea unor copii nedoriti. Avortul medicamentos poate fi o soluție pentru mamele minore⁴, care sunt clar victime ale abuzurilor sexuale. Dar sarcina trebuie depistată la timp și trebuie să dispui de suma minimă de 500 lei pentru acest tip de avort. Suntem frunțași în Uniunea Europeană, dar asta nu este un lucru de laudă, pentru că primim locul I în clasamente mai puțin favorabile. Cum este și numărul ridicat de mame minore la nivel național.

Căsătoriile timpurii⁵ din interiorul anumitor comunități române, care sunt o formă de sclavie modernă și care duc la "copiii care fac copii"⁶, sunt tot timpul motivate cultural, iar toate instituțiile închid ochii la aceste practici. Nu doar tinerele de etnie romă rămân însărcinate în adolescență, dar doar ele sunt stigmatizate și deseori învinovățite. Mai mult de atât, autoritățile competente care ar trebui să asigure protecția și siguranța victimelor, de cele mai multe ori nu semnalează cazurile de căsătorii forțate sau mame minore, deoarece asta ar însemna prea multă muncă pentru ei, așa că preferă să se spele pe mâini și să dea vina pe cultura comunității române.

Nimeni nu se interesează ulterior de soarta copilelor care sunt lăsate în relații sau familii abuzive și forțate să nască copii nedoriti, de la vârste fragede. Astfel că, un sistem care ar trebui să le protejeze, contribuie la perpetuarea unor astfel de practici.

1 <https://www.ms.ro/ro/de-interes/apeluri-pnrr-c12-sanatate/investi%C8%99Bia-specific%C4%83-i15-cabinete-de-planificare-familial%C4%83/>

2 <https://www.hrw.org/report/2025/04/07/its-happening-even-without-you-noticing/increasing-barriers-accessing-sexual-and>

3 <https://www.avort.md/avortul-medicamentos/>

4 <https://www.avort.md/avortul-medicamentos/>

5 <https://e-romnja.ro/project/reducerea-abandonului-scolar-in-randul-fetelor-romene/>

6 https://www.insmc.ro/wp-content/uploads/2021/02/Ghid-de-preventie_complet-6151-.pdf

Violența de gen a atins cote alarmante la nivelul țării noastre.¹ Tot mai des vedem și auzim în mass-media cum femeile sunt ucise în bătaie, înjunghiate sau traumatizate pe viață chiar de partenerii lor. Deși în interviurile din cadrul acestei cercetări, nu toate femeile au recunoscut că au trecut prin astfel de situații, consider că stigma asociată este atât de profundă, încât doar simplul fapt de a recunoaște că ai un partener abuziv, poate conduce la critici din partea persoanelor din jur.

"Pentru că cel puțin eu văd la mine în casă și în comunitate... era ceva normal femeile să mănânce bătaie. Și când mi-a venit și mie rândul, la fel s-a întâmplat. Adică până când n-am mai suportat eu ca să zic așa, nu s-a întâmplat nimica." V. D., 41 ani, romă, București

Toate aceste bariere sociale pe care le-am menționat până acum se împletesc foarte bine cu barierele culturale pe care femeile rome le întâmpină când merg la spital. Lipsa pregătirii în comunicare empatică în cadrul formării universitare a personalului medical afectează în mod semnificativ relația medic-pacient. Având în vedere că profesia medicală implică interacțiunea constantă cu oamenii, este important ca medicii să fie instruiți în transmiterea veștilor dificile, în explicarea clară și accesibilă a procedurilor medicale, diagnosticului sau tratamentului, întrucât majoritatea pacienților nu dețin cunoștințe de specialitate în domeniul medical.

"Să fie pacienții tratați corespunzători de medici, să nu mai facă diferență între unii bogați și unii săraci. Să-i trateze la fel pe toți." A., 46 ani, romă, Bacău

Consider că o abordare intersecțională în ceea ce privește îngrijirea femeii ne-ar permite să înțelegem mai bine modul în care identitățile noastre diferite ce țin de sex, gen, etnie, clasă, orientare sexuală, vârstă etc. se intersectează și ar influența pozitiv experiențele și nevoile medicale, dar și accesul la aceste servicii. Nu vreau să se înțeleagă că doresc ca toate cadrele medicale să învețe limba romani sau să știe întreaga istorie a minorității rome, însă ar fi de mare folos în relația medic-pacient o atitudine empatică, informată și adaptată contextului socio-cultural al fiecăruia. O abordare intersecțională contribuie nu doar la reducerea discriminării, ci și la creșterea eficienței actului medical și a încrederii pacienților în sistemul de sănătate.

"Și nu, în ultimul rând, și asta pot să o afirm cu toată responsabilitatea, ajutoarele sociale și alocațiile primite. Deci sunt foarte, foarte multe gravide, care acum nu neapărat minore, dar dacă ai ajuns la 18 ani și ai deja doi sau trei copii, nu mai contează că ești deja major. Fac copiii pentru același lucru. Sursa de venit." Dr. D.B., 58 ani, Mureș

Această privire de ansamblu asupra problemelor și barierelor sistemice cu care se confruntă femeile rome când accesează servicii medicale vine în urma experiențelor personale, mărturiilor din cadrul acestei cercetări și observațiilor de-a lungul activității mele profesionale. Majoritatea mărturiilor colectate în cadrul acestei cercetări au avut asupra mea un impact emoțional, însă anumite testimoniale vor rămâne mult timp în memoria și conștiința mea. Cu toate acestea, sunt cadre medicale care susțin că femeile nu se confruntă cu bariere semnificative în accesarea serviciilor de sănătate sexuală și reproductivă, considerând că în comunități acest proces se desfășoară adecvat.

"... întreruperea de sarcină nu. Acest lucru s-a întâmplat doar la urgențe medicale, dacă au fost probleme de sănătate. În rest, toate femeile din comunitate își doresc copii, îi cresc cu drag, deci e perfect. Totul merge bine prin colaborare și comunicare." AMC N.C., 62 ani, Bacău

"Aici, la nivel de comună, sincer, dacă există comunicare și informare, relaționăm perfect. Nu aș schimba nimic." AMC N.C., 62 ani, Bacău

1 <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2022/12/Barometrul-Violenta-de-Gen.-Romania-2022.pdf>

În același timp, sunt și voci din sfera medicală care îndeamnă la păstrarea unei sarcini, subliniind că este un păcat, deși sunt multe femei care nu își doresc să țină sarcina din motive personale sau medicale. Această alegere este extrem de personală și nu ar trebui justificată, din punctul meu de vedere.

"Educația în școli. Noi trebuie să facem educație de mici. De mici, pentru ca fetițele să știe că, în primul rând, este un mare păcat să faci un avort." AMG E.T., 50 ani, Bacău

Deși s-a încercat implicarea unui număr mai mare de medici în cercetare, doar o mică parte dintre aceștia au acceptat să participe la interviuri. Lipsa de timp și de disponibilitate au fost motivele pentru care au refuzat. De aici ne putem da seama de interesul scăzut al acestora de a îmbunătăți serviciile pe care le oferă pacienților.

Întrebate dacă au avut posibilitatea de a-și exprima părerea legat de cât de satisfăcătoare au fost serviciile medicale pe care le-au accesat, multe au răspuns că nu consideră relevant acest lucru, fiindcă situația oricum rămâne aceeași, nimeni nu o să țină cont de părerea lor. Mai mult de atât, unele dintre acestea au afirmat că le-a fost frică să dea feedback.

"Nu, nu am avut ocazia, că mi-a fost frică." A., 46 ani, romă, Bacău

Sigur că toate femeile se confruntă cu probleme din cele mai grave și mai diverse, însă problemele femeilor rome sunt deseori invizibilizate sau se vorbește prea puțin despre ele. Chiar și femeile rome vorbesc prea puțin despre problemele lor, fiind atât de obișnuite să fie discriminate și stigmatizate. Cu toate acestea, femeile rome își creează rețele de sprijin prin care se ajută reciproc cu informații legate de naștere, alăptare, contracepție etc.¹

"Femeile m-au învățat și pe mine cum să fac." I.M., 40 ani, romă, Ialomița

Experiența nașterii este diferită de la femeie la femeie. Nu depinde de cât de multă durere poți îndura, câtă stigmă poți trece cu vederea sau cât de mult poți să lași de la tine doar "ca să fie bine". Este un cumul de factori care poate duce la o experiență desăvârșită sau la o experiență traumatizantă. De aceea, medici, asistente, parteneri de viață, familie și societate suntem responsabili de cum vrem să fie această experiență pentru femeile din viața noastră care vor să facă copii. Ce am putut observa pe parcursul interviurilor este că femeile sunt extrem de reticente când vorbesc despre maternitate și tot ce presupune. Niciuna nu și-a exprimat nemulțumirile când s-a confruntat cu nedreptăți venite din partea personalului medical, de teamă să nu existe repercusiuni asupra copiilor lor sau să nu primească îngrijirea de care au nevoie. Dar chiar și dacă femeile tac din gură, rasismul sistemic și violența obstetricală sunt realități cu care femeile din medii vulnerabile, rasializate, sărace etc. se confruntă.

Ca posibilă viitoare mamă, sunt terfiată de ceea ce îmi rezervă „miracolul nașterii.” Deși este descris adesea ca un moment unic și emoționant, gândul la durerea, complicațiile și responsabilitatea imensă care urmează mă copleșește. Ascultând testimonialele din cadrul cercetării, îmi pun acum întrebări despre cum va decurge procesul, despre riscuri și despre cum mă voi descurca în fața necunoscutului, dar mai ales mă gândesc la persoanele care mă vor însoți pe toată această perioadă.

Este responsabilitatea noastră colectivă de a avea grijă de fetele și femeile din viața noastră și de a arăta că suntem lângă ele și că au tot sprijinul și suportul nostru. Consider că trebuie să le oferim un mediu în care să se simtă îngrijite și încurajate, și în care să-și poată exprima nevoile, temerile și insecuritățile. Destigmatizarea accesării serviciilor medicale trebuie să fie un efort comun, iar mersul la medic să nu mai fie privit ca un act rușinos sau de vulnerabilitate, ci ca un proces normal în menținerea unui nivel optim de sănătate. Nu în ultimul rând, trebuie să combatem și să depășim prejudecățile care înconjoară anumite afecțiuni medicale, astfel încât femeile să nu se mai simtă rușinate în a solicita aceste servicii când au nevoie. Aceasta este o muncă de echipă și de solidaritate, care presupune să fim alături de ele, să le oferim sprijinul emoțional și să le încurajăm să acceseze serviciile de care au nevoie, fără frică de stigmatizare.

Introducere

Obiectivul cercetării

Cercetarea de față își propune să identifice barierele cu care femeile din grupuri și comunități vulnerabile din România se confruntă în privința accesului la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii. Acest demers vine să suplinească lipsa unor astfel de analize în context local și să furnizeze autorităților, factorilor de decizie, societății civile și publicului larg, o înțelegere documentată a factorilor care contribuie la limitarea accesului la astfel de servicii, împreună cu un set de recomandări privind remedierea acestei situații pe termen scurt, mediu și lung.

În mod particular, cercetarea plasează în centrul analizei vocile și experiențele utilizatoarelor de servicii SSR, în special ale femeilor aflate în situații de vulnerabilitate socio-economică (femei rom, fără resurse financiare, din medii rurale sau urban-periferice). Este, până în prezent, primul demers de acest fel în România care documentează accesul la servicii de sănătate sexuală și reproductivă pe baza unui corpus calitativ atât de amplu, oferind o perspectivă detaliată asupra barierelor structurale și a modului în care acestea sunt trăite și percepute de femeile afectate.

Context

În contextul acestei cercetări, prin **servicii de sănătate sexuală și a reproducerii** se înțelege, potrivit viziunii Organizației Mondiale a Sănătății, o paletă extinsă de servicii menite să asigure dreptul la sănătate sexuală și reproductivă ca parte integrantă a dreptului la cel mai înalt standard posibil de sănătate mintală și fizică. Asigurarea accesului la un pachet divers de servicii privind, printre altele, planificarea familială, îngrijirea mamei și nou-născutului, servicii complete de prevenire și tratare a infecțiilor cu transmitere sexuală, servicii de screening (Papanicolaou, genotipare HPV, mamografii) sau servicii de medicină legală pentru victimele agresiunilor sexuale oferă multiple beneficii pentru sănătate, sociale și economice, inclusiv scăderea semnificativă a numărului sarcinilor neplanificate, avorturilor nesigure sau deceselor materne, constituind un fundament solid al demnității, capacității și autonomiei personale.

Accesul limitat la serviciile SSR și riscurile asociate sunt recunoscute la nivelul Uniunii Europene. Potrivit celei mai recente analize din cadrul Raportului Matic privind situația sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente în UE, în contextul sănătății femeilor, accesul este îngreunat de un complex de factori. Raportul evidențiază, printre altele, atât barierele de natură juridică, financiară, culturală și legate de informare în domeniul SDSR (de exemplu, accesul la servicii SSR universale, de înaltă calitate și accesibile, lipsa educației sexuale, lipsa metodelor moderne de contracepție disponibile, violența ginecologică și obstetrică, acces limitat la servicii de avort, obiecția pe motive de conștiință etc.) Raportul subliniază că persoanele și grupurile marginalizate se confruntă cu obstacole suplimentare în privința accesului la servicii SSR, punctând discriminarea structurală a experiențelor intersecționale cu urmări dintre cele mai nefaste în privința asigurării dreptului la sănătate, cum ar fi riscul crescut al mortalității și morbidității maternale, violența asociată procedurilor medicale pre, intra și postnatale, și, în general, cu privire la violența ginecologică și obstetrică.

“[...] persoanele și grupurile marginalizate, inclusiv minoritățile rasiale, etnice și religioase, migranții, persoanele care provin din medii socio-economice defavorizate, persoanele fără asigurare de sănătate, persoanele care locuiesc în zone rurale, persoanele cu dizabilități, persoanele LGBTIQ și victimele violenței, printre altele, se confruntă adesea cu obstacole suplimentare, discriminare intersecțională și violență în ceea ce privește accesul la asistență medicală, ca urmare a legilor și a politicilor care permit practici coercitive în materie de sănătate sexuală și reproductivă și neasigurarea unor condiții corespunzătoare în ceea ce privește accesul la îngrijire și informații de calitate; întrucât există o lipsă substanțială de date referitoare la problema violenței obstetrice împotriva femeilor care se confruntă cu discriminare rasială în Europa; întrucât această discriminare duce la rate mai ridicate ale mortalității materne și ale morbidității (de exemplu în rândul femeilor de culoare), la un risc mai mare de abuz și violență (pentru femeile cu dizabilități), la lipsa accesului la informații și la injustiție generală și inegalitate în ceea ce privește accesul la serviciile SSR”.

Sursa: [Raport referitor la situația sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente în UE, în contextul sănătății femeilor](#), A9-0169/2021, Comisia pentru drepturile femeilor și egalitatea de gen, Parlamentul European, Alin. AB.

La nivel național, o serie de analize recente au indicat multiplele dificultăți cu care se confruntă femeile în România privind accesul la serviciile de SSR. Raportul “Plan International Worldwide Annual Review” din 2024 relevă o situație îngrijorătoare caracterizată de bariere legale, strategice, financiare, culturale și sociale cu un impact covârșitor asupra modului în care sunt proiectate, livrate și accesate serviciile SSR (educație sexuală, avort, îngrijirea prenatală și post-partum, nașterea, etc.)¹, a căror remediere necesită măsuri sistemice la nivelul guvernării centrale și locale, al politicilor în domeniu, al societății în ansamblul său. În particular, serviciile medicale de îngrijire ante, intra și postnatale sunt în continuare infuzate de forme de *violență obstetrică* caracterizate de nesiguranță, disconfort, desconsiderare, lipsa intimității, refuzul medicației analgezice, medicalizare excesivă, lipsa consimțământului, rasism, alte forme de abuz.² În plus, în privința accesului la îngrijire pe perioada sarcinii, sistemul medical public din România este dificil de navigat, cu informații netransparente sau inexistente privind serviciile medicale care pot fi accesate, conducând la o subutilizare a acestora, în defavoarea celor private.³

Accesul limitat la servicii SSR poate avea consecințe, de multe ori, dintre cele mai grave. Printre acestea se numără incidența crescută a sarcinilor în rândul minorelor și adolescentelor (de exemplu, pe fondul accesului limitat la informații sau contraceptive)⁴ sau mortalitatea maternă (în contextul îngrijirii prenatale deficitare în privința accesului, conținutului și a calității serviciilor acordate, în special la nivelul medicului de familie).⁵ În plus, o mare parte dintre unitățile medicale publice nu oferă servicii de avort, nu oferă informații sau nu îndrumă spre alte servicii unde avortul este real disponibil, în timp ce costurile avortului în spitalele și clinicile publice și private sunt, de multe ori, prohibitive.⁶

România nu mai are un cadru strategic unitar specific care să reglementeze modul de furnizare a serviciilor SSR din 2006. Recent aprobată Strategie Națională de Sănătate „Pentru Sănătate, Împreună” 2023- 2030 include totuși mai multe măsuri și indicatori specifici domeniului.⁷ Aceștia privesc, printre altele, extinderea și îmbunătățirea serviciilor de planificare familială și de sănătate a reproducerii, asigurarea îngrijirii postnatale prin servicii integrate la nivelul medicinei primare, prevenirea sarcinilor neplanificate, în special în rândul adolescentelor, asigurarea accesului la servicii de calitate privind îngrijire perinatală, asigurarea accesului la contraceptive gratuite sau pilotarea unor rețele formate din medici de familie, medici pediatri din ambulatoriul de specialitate, moașe, asistenți medicali comunitari, care să desfășoare integrat activități specifice monitorizării dezvoltării copilului, și utilizarea unui mecanism de plată bazat pe rezultat a acestora.

1 Plan International Worldwide Annual Review, 2024.

2 Neaga, D.E., Grünberg, L., Radu, C., 2024

3 Brînza, M.G., et al., 2022.

4 Roman, G., Burcea, S., 2024.

5 Stativă, E., et al., 2019.

6 Asociația Moașelor Independente, 2024.

7 https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf, https://ms.ro/media/documents/Anexa_2_-_Plan_Actiuni.pdf

Metodologie

Cadrul teoretic

Cercetarea de față are la bază noțiunea de *dreptate sexuală și reproductivă (DSR)*, introdusă și dezvoltată de mișcările feministelor de culoare din Statele Unite ale Americii în anii '90. Textul fondator elaborat de un grup de femei de culoare și-a propus să aducă pe agenda publică dificultățile privind accesul inegal la servicii de sănătatea reproducerii cu care se confruntă mai degrabă femeile sărace și de culoare în SUA, subliniind că "*libertatea reproductivă* e o chestiune de viață și de moarte pentru multe femei de culoare și merită recunoaștere egală cu a oricărui altor libertăți".¹ Într-o accepțiune succintă, DSR poate fi definită ca "dreptul de a avea copii, de a nu avea copii și de a crește copiii într-un mediu sigur și propice, fără constrângeri sau discriminare."²

Conceptul de DSR augmentează perspectiva privind drepturile sexuale și reproductive, introducând dimensiunea *echității sociale* ca un răspuns la inegalitățile structurale care afectează accesul la sănătatea sexuală și reproductivă. Astfel, în timp ce drepturile sexuale și reproductive ca drepturi fundamentale ale omului pot fi exercitate în contextul cadrului legal și politicilor publice care garantează și asigură libertatea de a decide asupra propriului corp, accesul la informații și servicii medicale sau protecția împotriva discriminării sau violenței,³ DSR subliniază că aceste drepturi pot fi exercitate efectiv doar în măsura în care sunt eliminate barierele sistemice sociale, economice și culturale care îngreșează accesul la resurse și servicii. De exemplu, lipsa infrastructurii medicale în zonele rurale sau distanța considerabilă până la cel mai apropiat serviciu, costurile prohibitive ale transportului și îngrijirii medicale sau stigma și prejudecățile rasiste, clasiste sau abilitiste, printre altele, limitează accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă cu precădere pentru persoanele din grupurile cele mai vulnerabile.

Dimensiunea de echitate socială a noțiunii de DSR privește necesitatea combaterii inegalităților structurale cu precădere prin recunoașterea *intersecționalității* acestora. Intersecționalitatea ca experiență trăită și totodată instrument critic, relevă modalitatea prin care multiple forme de opresiune "se suprapun și creează bariere specifice pentru anumite grupuri,"⁴ precum și experiențe unice de marginalizare. De exemplu, femeile cu dizabilități cu venituri mici din zone rurale se pot confrunta frecvent atât cu lipsa sau costurile prohibitive ale serviciilor medicale, cât și cu lipsa accesibilizării transportului până la acestea sau a adaptării modului în care sunt furnizate serviciile, inclusiv lipsa de pregătire a personalului de specialitate, a infrastructurii, echipamentelor sau informațiilor accesibile.⁵

Femeile rome se confruntă adesea cu experiențe unice la intersecția discriminării etnice, economice și de gen care limitează sever accesul la îngrijire medicală adecvată. De exemplu, în România, accesul la serviciile de sănătate, inclusiv cele SSR, rămâne limitat, în special pentru femeile rome din comunități marginalizate, din mediul rural, cu un nivel scăzut de educație sau din grupuri LGBTQ+.⁶ Femeile rome au parte adesea de un tratament umilitor, iar intersecția rasismului cu clasismul generează necesitatea plății „informale” către personalul medical, timpuri mari de așteptare și consulturi superficiale. Tiparele de acces la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii sunt modelate diferit pentru femeile rome comparativ cu cele nerome. Aceste diferențe sunt influențate atât de comportamentul și capacitatea sistemului medical de a oferi acces echitabil fără discriminare, adaptat nevoilor femeilor rome, cât și de modul în care femeile rome se adresează sistemului medical, influențat de experiențe anterioare de respingere sau umilință, de lipsa încrederii, de lipsa informațiilor disponibile sau de constrângeri financiare.⁷

1 Black Women on Health Care Reform, The Washington Post, August 16, 1994.

2 Ross and Solinger (2017: 9).

3 De exemplu, dreptul la educație sexuală cuprinzătoare, libertatea de a decide liber și informat asupra vieții sexuale, fără presiuni sau violență, dreptul de a-ți exprima identitatea și orientarea sexuală, dreptul de a decide asupra numărului și spațiului dintre nașteri, accesul la avort sigur, contracepție, îngrijire perinatală, protecția împotriva sterilizării forțat

4 Crenshaw (1989: 140).

5 Grigoraș et al. (2021); Casebolt, M. T., (2020).

6 Gheorghe și Mocanu (2021).

7 De altfel, tiparele restrictive de acces la serviciile de sănătate, în special cele reproductive, care afectează femeile rome în România, nu reprezintă o excepție, ci fac parte dintr-un fenomen mai larg în multe țări din Europa unde femeile rome se confruntă cu bariere similare – rasism sistemic, sărăcie persistentă, lipsa serviciilor medicale în zonele în care locuiesc și acces redus la informații esențiale privind sănătatea sexuală și reproductivă, Janevic, T., et al. (2011), Colombini, M., et al. (2011).

De altfel, erodarea sistematică a autonomiei sexuale și reproductive este una din expresiile *sui generis* a intersecționalității așa cum e aceasta trăită de femeile rome diferit de alte femei sau de bărbații rome.¹

Pe de o parte, valorile sau credințele de la nivelul familiei sau comunității care asociază rolul femeilor cu maternitatea, caracterul tabu al discuțiilor despre sexualitate și reproducere, credințele religioase pot crea presiuni asupra femeilor rome de a-și ascunde interesul pentru demersul de a obține servicii de planificare familială și avort.² Pe de altă parte, stereotipuri rasiste care portretizează femeile rome ca fiind „prea fertile” alimentează politici și practici socio-medicale care devin o *formă instituționalizată de control a fertilității femeilor rome*,³ de la facilitarea accesului gratuit sau recomandarea selectivă a unor metode contraceptive până la practici de sterilizare forțată.

Astfel, în contextul SDR, exercitarea libertății sexuale și reproductive necesită o serie de măsuri integrate care să aibă în vedere: (i) acoperire universală și acces egal la serviciile de sănătate a tuturor persoanelor, indiferent de venit, starea sănătății, statutul de angajat, vârstă sau locație; (ii) caracterul cuprinzător al serviciilor reproductive care să fie acoperite și tratate ca orice alte servicii medicale și să includă o paletă completă de servicii (cum ar fi, Papanicolau, mamografii, contracepție, îngrijire perinatală, naștere, avort, sterilizare, servicii privind infertilitatea, depistarea și tratarea infecțiilor și HIV/SIDA); cât și (iii) protecția împotriva discriminării a persoanelor de culoare, sărace, vârstnice, cu dizabilități sau pe baza orientării sexuale.⁴

Cercetarea este ghidată și de o înțelegere a accesului la servicii privind sănătatea sexuală și reproductivă (SSR) ca esențial pentru asigurarea dreptului la sănătate ca drept al omului, așa cum este recunoscut la nivelul Organizației Națiunilor Unite. Astfel, acest drept conferă femeilor dreptul la servicii, bunuri și facilități de îngrijire a sănătății sexuale și reproductive care să fie: (i) disponibile într-un număr adecvat, inclusiv prin asigurarea unui număr suficient de personal medical; (ii) accesibile fizic și economic, prin extinderea acoperirii în zonele care nu sunt deservite corespunzător și prin asigurarea unor costuri accesibile; (iii) accesibile fără discriminare, prin chestionarea și transformarea factorilor social, culturali, politici și legali care împiedică femeile, adolescenții sau alte persoane cu precădere din grupuri marginalizate să se îndrepte înspre astfel de servicii; (iv) de o calitate satisfăcătoare, care să contribuie la rezultate bune și la decizia de a apela sau nu la astfel de servicii.⁵

În acest context, adoptarea cadrului DSR în analiza de față nu este o opțiune arbitrară, ci o alegere teoretică și metodologică fundamentată, cu implicații practice și etice semnificative în formularea politicilor și intervențiilor în domeniul sănătății sexuale și reproductive. DSR oferă un instrument analitic capabil să identifice și să abordeze inegalitățile structurale într-un mod intersecțional și centrat pe justiție socială. Regândirea sistemului prin această lentilă permite orientarea serviciilor și politicilor publice astfel încât să răspundă nevoilor femeilor aflate în cele mai vulnerabile poziții, creând astfel condițiile ca întregul sistem devine mai just, mai accesibil și mai eficient pentru toate femeile, indiferent de statutul lor social, economic sau etnic. Prin urmare, utilizarea cadrului DSR nu doar că servește unei imperative de justiție socială, dar devine și un criteriu esențial pentru evaluarea funcționalității și echității sistemului de sănătate sexuală și reproductivă din România.

1 Oprea A. (2017).

2 European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2003, pp. 52-67).

3 Vincze (2006: 62).

4 Black Women on Health Care Reform, idem.

5 Națiunile Unite, 2006: Alin. 17.

Sfera cercetării și sursele de date

Cercetarea de față își propune să identifice atât dificultățile legate de accesul la serviciile de SSR, precum și posibile soluții cu privire la o gamă extinsă de servicii din sfera sănătății sexuale și reproductive, cum ar fi, printre altele, cele privind sprijinul și îngrijirea ante, intra și post-natală, planificarea familială și educație sexuală (inclusiv aspecte privind prevenirea sarcinilor sau educație despre violența de gen), servicii de avort sau educație sexuală.

Pentru a sprijini validitatea datelor, caracterul comprehensiv și rigurozitatea cercetării, aspectele enumerate anterior au fost analizate pe baza triangulării datelor colectate, atât prin recenzarea unui corp de literatură relevantă (studii și rapoarte de cercetare din domeniu, atât naționale, cât și internaționale, documente de politici, literatură gri sau literatură academică), cât și prin intermediul interviurilor semi-structurate desfășurate cu persoane utilizatoare de servicii SSR și furnizori de astfel de servicii din proximitate.

Interviurile cu utilizatoare de servicii SSR au fost realizate cu respondente cu precădere din grupuri sau comunități cu o vulnerabilitate semnificativ crescută la a se confrunta cu inegalități structurale de acces la servicii socio-medicale, inclusiv cele privind SSR, cum ar fi: femei din mediul rural, femei rome, mame tinere, singure, cu mai mulți copii. Datele astfel obținute au fost triangulate cu cele oferite de furnizorii de astfel de servicii (medici, moașe, mediatori) care își desfășoară activitatea profesională în proximitate și/sau lucrează direct cu persoanele utilizatoare intervievate.

Procesul de colectare și analiză a datelor

Colectarea datelor s-a desfășurat în perioada ianuarie 2025 – martie 2025 în 5 județe prin realizarea a 43 de interviuri semi-structurate, dintre care 34 cu femei utilizatoare de servicii de SSR și restul cu furnizori (medici, asistente medicale, furnizori de servicii sociale) din județele Bacău, Mureș, Ilfov/București, Ialomița, Giurgiu, Iași. Profilul femeilor intervievate este majoritar caracterizat de apartenența la comunități rome, preponderent marginalizate sau compacte, cu reședința în medii rurale și urbane. Vârsta participantelor variază între 19 și 48 de ani, iar nivelul educațional este în general scăzut (școală primară, gimnazială sau liceu fără bacalaureat). Majoritatea sunt căsătorite sau în parteneriate consensuale, au între unul și șase copii și se confruntă cu insecuritate economică, fiind casnice, șomere sau angajate cu normă redusă.¹

Ghidurile de interviu au fost în prealabil pretestate și modificate prin încorporarea rezultatelor pretestării. Toate interviurile realizate au fost transcrise, iar datele au fost analizate prin intermediul unei matrice de analiză tematică care a identificat temele cheie pentru întrebările de cercetare.

Considerații etice și limitări ale cercetării

Cercetarea de față se desfășoară într-un cadru delimitat de mai multe *considerații etice* privind: (i) confidențialitatea și anonimatul datelor personale, prin păstrarea și publicarea datelor colectate într-un mod care protejează identitatea respondentelor; (ii) consimțământul informat, care garantează că respondenții au fost informați și au înțeles scopul cercetării, metodele utilizate, condițiile de utilizare și accesare a datelor, precum și posibilele riscuri înainte de a decide să participe sau dreptul de a se retrage în orice moment din cercetarea desfășurată; (iii) minimizarea riscului de a aduce prejudicii, prin atenția acordată stării emoționale și confortul participanților în timpul interviurilor și evitarea prejudecăților și stigmatizării; (iv) implicarea femeilor rome în colectarea de date pentru a asigura o relaționare pozitivă și accesarea unor informații care pot fi sensibile în contextul discuțiilor despre subiectul cercetării.

Cercetarea comportă și o serie de *limite* inerente specificului metodologiei, cum ar fi: (i) consumul ridicat de timp și resurse, considerând că demersul de colectare și analiza datelor calitative de față necesită mult timp și efort, limitând astfel numărul de participanți sau durata cercetării și reducând astfel aria de aplicabilitate; (ii) capacitatea limitată de a explora complexitatea subiectului cercetării, având în vedere numărul limitat de interviuri, cât și aria geografică restrânsă și perioada scurtă de realizarea a acestora; (iii) natura subiectului, considerând că unele dintre temele abordate pot provoca anxietate sau jenă, aspect ce poate influența completitudinea sau autenticitatea răspunsurilor.

¹ Datele socio-demografice sunt prezentate în tabelul din Anexa 1.

Structura raportului

După prezentarea contextului general privind accesul la servicii de sănătate sexuală și reproductivă în România și Europa, a cadrului teoretic centrat pe noțiunea de dreptate sexuală și reproductivă (DSR), precum și a metodologiei calitative care a ghidat procesul de cercetare, secțiunea următoare este dedicată analizei rezultatelor. Pentru a reda în mod cât mai fidel complexitatea experiențelor trăite de femeile intervievate și pentru a reflecta barierele multiple care influențează accesul la serviciile SSR, analiza a fost structurată tematic, urmărind etape și aspecte cheie privind sănătatea sexuală și reproductivă, așa cum reies din narațiunile participantelor. Vocea acestora se află în centrul analizei: citatele ilustrative utilizate amplu nu doar susțin interpretarea datelor, ci aduc în prim-plan realitățile trăite, subiectivitatea, emoțiile și strategiile de navigare, rezistență și revendicare prin care femeile răspund interacțiunii cu un sistem adesea neprietenos sau discriminatoriu. Astfel, rezultatele sunt organizate în jurul unor teme majore – de la accesul general la servicii SSR și relația cu medicul de familie, până la monitorizarea sarcinii, naștere, sprijin postnatal și consimțământ medical – și includ dimensiuni critice precum violența obstetrică, accesul la contracepție, educație sexuală, avortul și maternitatea adolescentină. Raportul se încheie cu o secțiune de concluzii și recomandări care extrage implicațiile principale ale cercetării și formulează direcții concrete pentru politici publice mai incluzive și echitabile.

Rezultatele cercetării

Analiza interviurilor indică un acces inegal la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, influențat de statut socio-economic, norme culturale și discriminare. În special femeile din medii vulnerabile (femei cu venituri reduse, de etnie romă, care provin din sistemul de protecție al copilului) se confruntă cu dificultăți în demersul de a beneficia de servicii privind sănătatea sexuală și reproductivă, **în timp ce rasismul instituționalizat, clasismul, violența de gen, lipsa educației sexuale și stigmatizarea avortului continuă să fie probleme critice.**

Bariere de acces la serviciile SSR - vedere de ansamblu

Serviciile de sănătate sexuală și a reproducerii sunt esențiale pentru bunăstarea fizică și mentală a oricărei persoane, iar limitarea accesului la acestea poate avea un impact negativ sever asupra calității vieții femeilor pe termen scurt sau lung. Pe termen scurt, lipsa accesului poate duce la infecții cu transmitere sexuală nediagnosticate, sarcini neplanificate, avorturi nesigure și complicații perinatale, decesul mamei sau al copilului. Pe termen lung, aceste bariere pot provoca infertilitate, probleme de sănătate mintală, risc crescut de cancer și afecțiuni cronice ale sănătății materne. Aceste efecte sunt amplificate de lipsa accesului la screening și tratamente adecvate, subliniind necesitatea unor politici care să asigure accesul universal la servicii de sănătate sexuală și reproductivă. Pentru a fi cu adevărat eficiente, serviciile SSR trebuie să fie disponibile într-un număr adecvat, accesibile fizic și economic, oferite fără discriminare, și de o calitate satisfăcătoare. În lipsa acestor condiții, accesul la astfel de servicii rămâne fragmentat și inegal, afectând în mod disproporționat femeile din grupuri vulnerabile.

Accesul limitat la servicii de sănătate cu precădere în zonele rurale din România reprezintă o barieră semnificativă pentru femeile care necesită consultații de specialitate, inclusiv servicii de SSR. Din interviurile realizate rezultă că, în unele regiuni, lipsa infrastructurii medicale adecvate face ca serviciile de SSR să fie inaccesibile în proximitate, obligând femeile să călătorească distanțe mari pentru a obține îngrijiri medicale. Această barieră este adâncită de lipsa de personal medical specializat (de exemplu, ginecologi în zone rurale sau în spitale de stat din orașe mici), precum și de ineficiența serviciilor de transport, care nu permit femeilor să ajungă rapid la spitale sau clinici din orașe, conducând la situații în care femeile dau naștere acasă, fără asistență specializată sau situații în care nou-născutul moare. Pentru o parte din femeile intervievate, lipsa personalului specializat în proximitate a condus la nașteri riscante în situații de urgență sau chiar la decesul nou-născutului. De altfel, unul din profesioniștii intervievați în cadrul cercetării a menționat o inițiativă a autorităților locale de tip serviciu medical mobil (caravană) de screening care a inclus servicii ginecologice în comunități izolate sau predominant cu locuitori de etnie romă, furnizând cu această ocazie servicii medicale primare sau de specialitate pentru prima dată pentru o parte din locuitori.

Una dintre cele mai importante bariere identificate în accesul la serviciile SSR este sărăcia, care afectează semnificativ capacitatea femeilor de a beneficia de servicii adecvate. Femeile care nu pot beneficia de servicii publice gratuite sau subvenționate trebuie să apeleze la sistemul privat de sănătate, unde costurile sunt adesea prohibitive, femeile ajungând să se confrunte cu un dublu obstacol: imposibilitatea de a beneficia de servicii publice gratuite (chiar și atunci când au asigurare medicală de stat) și incapacitatea de a plăti pentru servicii private. În mai multe dintre interviurile realizate, femeile din mediul rural și urban periferic au subliniat costurile prohibitive fie ale serviciilor de SSR, inclusiv consultațiile ginecologice, investigații de rutină (precum testul Papanicolau și mamografiile) și serviciile de avort, prea mari pentru a fi acoperite, fie al transportului până în localitățile unde aceste servicii sunt disponibile. Aceste obstacole financiare sunt amplificate de lipsa unui sistem de asigurări de sănătate cu acoperire universală în România, care ar putea facilita accesul la aceste servicii pentru toți cetățenii, indiferent de statutul lor socioeconomic. În acest context, femeile sunt adesea forțate să aleagă între a accesa serviciile medicale esențiale și a face față altor nevoi de bază. Această situație reflectă problemele structurale de acces la servicii medicale în România: în 2023, mai mult de jumătate dintre persoanele care au avut nevoie de un medic specialist, nu au putut beneficia de acest serviciu fie pentru că nu și-au permis sau deoarece serviciile nu erau acoperite de asigurarea medicală, cu diferențe aproape nesemnificative între mediul rural și urban (INS, 2024).

Serviciile de sănătate sexuală și reproductivă din România sunt modelate pentru a deservi predominant un anumit tip de beneficiar: cupluri heterosexuale din populația etnic majoritară, cu venituri constante și statut socio-profesional stabil. Persoanele care nu se încadrează în această normă – queer, rome, cu statut economic precar – întâmpină bariere juridice și financiare, dar și alte forme de excludere, cum ar fi stigmatizarea sau lipsa de recunoaștere a nevoilor lor specifice, ceea ce le marginalizează și le forțează să caute soluții în afara sistemului. De exemplu, persoanele queer sunt excluse din programul național privind fertilizarea in vitro (FIV),¹ care, deși permite aplicarea femeilor singure, rămâne inaccesibil cuplurilor de același sex. Această excludere juridică este amplificată de barierele întâlnite în interacțiunea cu sistemul medical, unde normele heteronormative conduc la întrebări intruzive sau la lipsa informațiilor relevante privind sănătatea sexuală. Așa cum reiese din interviurile desfășurate, infertilitatea în rândul femeilor rome rămâne ignorată de sistemul medical, care operează adesea pe baza unor stereotipuri ce le asociază automat cu natalitatea ridicată. În același timp, femeile rome aflate în situații de precaritate economică se confruntă cu excluderea indirectă din programul de FIV decontat, din cauza condiției de a fi asigurat în sistemul public de sănătate – o cerință inaccesibilă pentru cele care lucrează informal sau nu au venituri stabile.² În acest fel, accesul la reproducere se transformă într-un privilegiu condiționat de factori sociali și economici, iar diferența dintre existența formală a unor drepturi și realizarea lor efectivă rămâne pronunțată.

1 Ministrul Muncii și Solidarității Sociale (2002). În prezent, cuantumul decontat este de 15.000 RON, dintre care 5.000 pentru medicamente și 10.000 pentru proceduri medicale acordate sub formă de vouchere, ajutorul acoperind doar parțial costurile parcursului FIV.

2 În cazul cuplurilor, condiția de a fi asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România la data înscrierii în Program se aplică ambilor parteneri.

Bariere de acces la servicii SSR

Femei utilizatoare de SSSR

Da, pot spune că am avut nevoie de un consult ginecologic, dar nu am putut beneficia din cauza lipsei unui medic specialist în apropiere. De asemenea, costurile pentru transport și consultații în mediul privat erau prea mari. *(Interviu 9)*

Când m-au luat durerile și m-am dus să nasc, m-am dus să nasc și nu era doctor. Erau decât asistente și mie-mi trebuia cezariană. Și s-a asfixiat copilul la naștere. Acum, ultima oară, da, a decurs bine [...]. M-am dus la control periodic. De câte ori îmi zicea doctorul să... Făceam ce îmi spunea doctorul, dar ultima oară el voia ca să-mi facă cezariana aici, la noi, la spital. La Gară, acolo, la spital. Și n-a fost anestezist, iarăși. Și a căutat anestezist și n-a găsit un anestezist. Și din cauza asta, m-a trimis la București. Și am născut-o pe A. la Filantropia. Că părinții mei au zis "nu mai vrem să se întâmple nimic, nu o mai țină nicio secundă aici. O dați când e bine, la București, unde e." *(Interviu 7)*

Nu am fost [să fac analize, investigații pe perioada sarcinii] că nu aveam bani, n-aveam cu ce să mă duc. N-aveam posibilitate de drum. [...] Nu [am născut toți copiii la spital], am... am [născut] o fetiță acasă. Înainte să vină ambulanța, am născut-o pe pat. [...] Cu mama. [...] Nu am putut să merg [la spital după naștere]. Aș fi avut și eu nevoie să îmi fac un control... Să mă duc cu un copil sau cu mine, poate, dar nu aveam posibilitate de bani. Știam unde să mă duc, dar nu aveam posibilitatea de bani. Cu ce să mă duc? Aș vrea să mă duc să-mi fac și un control când eram însărcinată, să știu ce aveam, dar nu aveam posibilitate, nu aveam deloc. [...] La noi în sat, aici vreau [un cabinet de ginecologie] [...]. Da, să nu mai trebuiască să mergem la Bacău, că aici, la noi, era altfel, era aproape. Cred că mă duceam de două ori pe zi, mă duceam, cred, mă duceam. *(Interviu 13)*

Doar la maternitate [am putut beneficia de servicii de sănătatea sexuală și reproducerii]. Pentru că [medicul nostru de familie] zicea că nu suntem asigurați, nu se uită la noi, doar spunea, du-te la Bacău. Atât. Altceva... nu ne făcea nimic altceva. Doar atât. *(Interviu 14)*.

Păi, unii sunt mai săraci și nu pot să ajungă [la doctor]. Adică, sărăcia, să zicem. *(Interviu 7)*.

Păi... Cine-ți oferă astea [servicii SSR] fără plată? [...] Chiar dacă ne plătim noi astea de sănătate, tot nu beneficiem de nimic. *(Interviu 32)*

În afară de analizele uzuale, nu am făcut restul ce ai enumerat [de servicii SSR], că sunt contra cost și nu ni le permitem. [...] că cele mai importante, cum ar fi Papanicolau, HPV, mamografie, sunt contra cost, iar la noi aici nu este nimic gratuit. *(Interviu 3)*

[Experiența cu avortul a fost] Foarte urâtă. [...] În primul rând, n-ai simțit empatia medicilor. Asta a fost cel mai mare dezavantaj. Și spitalul, că era foarte murdar. [...] Teamă de a nu lua virus, de a nu lua bacterii. (Interviu 33)

De exemplu, mă duceam cu copilul, că avea o... Nu știu, era răcit, era ceva. Mă duceam, stăteam câte cinci ore, mă și lipseam. Că doctorii nu se uitau pe tine, stăteam acolo, așa. Da. Cu copilul cu febră 40. [...] Că erau copii mai mulți și că... Nu știu ce, că nu știu. Da, nu era foarte mult personal, nu știu. (Interviu 32)

Furnizori de servicii SSR

Clar că există și întotdeauna au existat [diferențe din infrastructură medicală sau calitatea serviciilor în funcție de mediul rural sau urban al pacientelor]. Despre ce vorbim? Fetele de la țară, fetele din zone mai defavorizate și astea, nu-și permit, din cauza lipsei de bani, de salarii, de locuri de muncă, să-și, cum să spunem, facă consultații regulate. [...] Plus, păi dacă am o pacientă de la [nume comună], de la mama naibii undeva pe la vreo 10 km de [nume oraș], sau ce, mai mult de 10 km, aia îmi vine mai greu. În oraș, la doi pași, ai clinică, ai spitalul, ai asta, e normal. Normal că infrastructura e foarte importantă, foarte importantă. (Interviu 35)

Și unde am născut, la spitalul [...], nici acolo nu cred că este echipat pentru persoane cu dizabilități. Și mai ales la noi, având în vedere că vin persoane din toate mediile sociale, am avut și persoane cu handicap, sau diferite grade de handicap și mental și fizic și așa, nici cadrele nu sunt pregătite să facă față unor astfel de situații, nici personalul din sală, nici măcar medicii. Consider asta un mare, mare minus, pentru că sunt situații și situații. Oamenii ăștia există și nu putem să ne facem că nu. (Interviu 38)

Situația maternității și a spitalelor noastre în care nasc și femeile [limitează accesul femeilor la a naște în condiții sigure]... Multe cazuri care au primit o infecție la naștere, multe situații de care ai auzit femei care au mers de au născut, dar au contactat nu știu ce infecție. (Interviu 41)

Femeile queer nu au acces la sănătate reproductivă absolut deloc. Nu există niciun proiect de lege în momentul ăsta înaintat către parlament pe IVF la cupluri same sex. Iar majoritatea cuplurilor lesbiene ori își pierd speranța de a face copii în România, ori pleacă din țară, ori o fac în Bulgaria și în Ungaria. Dar asta înseamnă niște costuri suplimentare, nici măcar monitorizarea sarcinii nu și-o fac aici în România, pentru că nu pot să meargă la medicul de familie pentru monitorizarea sarcinii, cu partenera, spre exemplu, cum vine un cuplu heterosexual. [...] din frică de discriminare. [...] Și acum și despre sănătatea sexuală, din punctul ăsta de vedere este foarte multă frică de discriminare în rândul femeilor queer de a accesa servicii ginecologice pentru că chestionarul ginecologic presupune întrebările “ești activă sexual?” Adică cumva întrebările respective nu ar lăsa o altă posibilitate. Este foarte heteronormativ. Și da, într-adevăr, cred că poți, ca medic ginecolog, tu singur să-ți schimbi întrebările. [...] Dar femeile queer, ca feedback, după ce se întorc de la ginecolog, [spun că] sunt întrebate cum fac sex. Dar într-un mod invaziv, nu într-un mod medical, gen te protejezi în timpul sexului, ai acces la servicii. Și până și asta, adică există o metodă [de protejare împotriva ITS] pentru femei queer, care, acum mai nou, este accesibilă în [nume magazin]. Și multe femei queer nu știu de asta și, din punctul meu de vedere, ar trebui să fie responsabilitatea medicului ginecolog sau chiar celui de familie să informeze cu privire la asta. Deci, sunt resurse care sunt pierdute din cauza discriminării, din punctul meu de vedere. (Interviu 43)

Servicii perinatale

Serviciile perinatale acoperă întreaga perioadă de la debutul sarcinii până la un an după naștere și includ îngrijiri medicale, psihosociale și suport emoțional pentru mamă și copil. Acestea sunt esențiale pentru prevenirea complicațiilor, susținerea sănătății fizice și mintale a femeii și asigurarea unui început de viață sănătos pentru nou-născut. Serviciile perinatale includ consultații prenatale regulate, monitorizarea sarcinii, ecografiile, analize de laborator, educație pentru sănătate și consiliere nutrițională. În timpul nașterii, femeile beneficiază de asistență calificată, iar în perioada postnatală – care se extinde până la un an – pot accesa servicii de monitorizare a sănătății, sprijin pentru alăptare, consiliere privind îngrijirea copilului și sprijin pentru sănătatea mintală maternă. O astfel de abordare extinsă reflectă recunoașterea faptului că nevoile femeilor nu se opresc la externarea din maternitate, ci continuă într-o perioadă de tranziție fiziologică, psihologică și socială. În absența acestor servicii, crește semnificativ riscul de complicații neonatale și decese prevenibile, așa cum arată și cele mai recente concluzii UNICEF,¹ care evidențiază importanța îngrijirii perinatale în reducerea mortalității infantile globale.

Astfel, accesul echitabil la servicii medicale perinatale este esențial pentru prevenirea mortalității infantile și reducerea disparităților urban-rural. Datele privind mortalitatea infantilă din România arată o scădere semnificativă a numărului de decese în rândul copiilor sub un an între 2000 și 2023 cu aproximativ 79%.² Cu toate acestea, în 2023, diferența dintre mediul rural și urban rămâne semnificativă: numărul de decese înregistrat în rural este cu aproximativ 41% mai mare decât în urban.³ Această disparitate reflectă inegalități persistente în accesul la servicii medicale esențiale, inclusiv la îngrijirea postnatală și la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă. În zonele rurale, lipsa infrastructurii medicale, a personalului specializat și a intervențiilor preventive contribuie la o vulnerabilitate crescută a mamelor și nou-născuților, accentuând riscurile asociate nașterii și perioadei imediat următoare. În acest context, este esențial ca politicile publice să vizeze extinderea serviciilor de sănătate în comunitățile rurale și defavorizate, prin sprijinirea rețelei de asistență medicală primară, formarea personalului și garantarea accesului efectiv la îngrijiri de calitate pentru toate femeile, indiferent de mediul de proveniență.

Monitorizarea sarcinii

Femeile din mediul rural sau din zone urbane mărginașe întâmpină dificultăți majore în accesarea serviciilor de urmărire a sarcinii. Mai multe din femeile intervievate au avut rareori sau deloc ocazia să beneficieze de consulturi, analize sau alte investigații pe parcursul sarcinilor, uneori doar în ultimul trimestru sau la naștere. Principalele bariere includ lipsa serviciilor de specialitate în proximitatea reședinței, a resurselor financiare, a actelor de identitate, a indiferenței medicului de familie, precum și dificultatea de a parcurge distanțe mari pentru a ajunge în orașe unde există astfel de servicii. Lipsa monitorizării poate duce la identificarea târzie a unor complicații grave, cum ar fi preeclampsia, diabetul gestațional sau alte probleme care pot pune în pericol viața mamei și/sau a fătului, una dintre femeile intervievate menționând situații cunoscute în care lipsa îngrijirii prenatale sau întârzierile în accesarea serviciilor medicale au dus chiar la pierderea unor sarcini.

1 UNICEF (2024).

2 INSP (2024).

3 Ibid.

Deși lipsa resurselor financiare constituie o problemă centrală, lipsa informării constituie o altă barieră semnificativă. Lipsa informațiilor adecvate despre gratuitatea serviciilor perinatale pentru femeile care nu sunt asigurate în sistemul public, despre importanța monitorizării sarcinii pentru sănătatea mamei și a fătului sau despre serviciile disponibile, contribuie la efectuarea sporadică a controalelor sau la lipsa acestora, ceea ce face imposibilă o monitorizare adecvată a sarcinii. Din mai multe interviuri a reieșit că femeile nu au informații privind gratuitatea serviciilor sau a altor măsuri de care pot beneficia cu titlu gratuit gravidele sau lăuzele potrivit legislației în vigoare,¹ cum ar fi consultații și analize în fiecare trimestru de sarcină și pentru femeile care nu plătesc contribuții la sănătate² sau transport intra și interjudețean până la spital în vederea urmăririi sarcinii.³ Astfel, de multe ori, femeile din comunități marginalizate sau din zonele rurale sunt nevoite să renunțe la îngrijirile prenatale esențiale din cauza costurilor, ceea ce duce la riscuri semnificative pentru sănătatea mamei și fătului.

Deși, conform legislației în vigoare, femeile însărcinate beneficiază de gratuitate pentru serviciile de monitorizare a sarcinii chiar și în absența asigurării de sănătate, exercitarea efectivă a acestui drept este condiționată de mai mulți pași birocratici care, în practică, constituie obstacole semnificative pentru femeile aflate în situații de vulnerabilitate. Accesul la aceste servicii gratuite presupune ca sarcina să fie confirmată de un medic – de familie sau specialist – care să elibereze o adeverință medicală necesară pentru înregistrarea femeii însărcinate în sistemul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) ca persoană asigurată pe perioada sarcinii. Dacă adeverința este emisă într-un spital sau în afara rețelei medicului de familie, revine adesea femeii însărcinate sarcina de a o transmite personal către casa de asigurări – un demers dificil pentru cele care nu au acces facil la transport, informații sau sprijin administrativ. Astfel, deși monitorizarea sarcinii este teoretic decontată de sistem, în realitate, accesul la aceste servicii rămâne condiționat de infrastructura medicală, de sprijinul birocratic și de capacitatea individuală de a naviga un sistem complex, fapt care perpetuează inegalitatea și vulnerabilitatea femeilor care trăiesc în sărăcie, în izolare sau fără sprijin instituțional real. Această situație subliniază responsabilitatea sistemului de sănătate de a simplifica procedurile de acces și de a elimina barierele administrative care, în loc să protejeze, ajung să excludă femeile care au cea mai mare nevoie de îngrijire.

Monitorizarea sarcinii este esențială pentru identificarea și prevenirea timpurie a eventualelor complicații, însă informațiile privind importanța acestui proces nu ajung, în multe cazuri, la femeile însărcinate. Indiferent de statutul socio-economic sau de gradul de acces la servicii medicale, multe dintre participante au relatat că nu au primit informații clare sau consecvente despre rolul monitorizării sarcinii. În absența unei comunicări adecvate, unele femei nu percep urmărirea sarcinii ca pe o componentă fundamentală de prevenție, ci mai degrabă ca pe o intervenție rezervată situațiilor complicate. Mai multe participante au menționat că *nu au avut nevoie* să acceseze servicii medicale deoarece s-au simțit bine sau că, în cele din urmă, *au avut noroc*. Alte femei au explicat că au *descoperit* singure aceste informații trecând prin prima sarcină și că au utilizat această experiență de învățare și în sarcinile următoare.

Astfel, în absența unui sistem de sprijin coerent, consecvent și accesibil, îngrijirea prenatală nu este întotdeauna integrată în orizontul de așteptări sau de practici ale femeilor, fiind asociată mai degrabă cu o intervenție în caz de complicații decât cu o rutină necesară. Acest tip de poziționare poate fi înțeles atât ca o expresie a reprezentării sarcinii ca stare naturală care nu necesită intervenție medicală, cât și ca o strategie de adaptare la realități structurale marcate de inaccesibilitate, lipsa de continuitate a serviciilor și încredere limitată în sistemul medical. În acest context, lipsa monitorizării nu reflectă pasivitate sau neglijență, ci mai degrabă capacitatea femeilor de a naviga un sistem fragmentat, gestionând incertitudinea și riscurile cu resurse proprii.

1 Brînză et al. (2022) include o prezentare detaliată a cadrului legal care reglementează serviciile perinatale în România.

2 Ministerul Sănătății (2021).

3 Parlamentul României (2022).

Unele femei ajung să beneficieze de investigații pe timpul sarcinii doar în serviciul de urgență.

Pe fondul lipsei resurselor financiare, a accesului la medicul de familie sau la alți specialiști care să furnizeze informații și sprijin despre și pe perioada sarcinii, unele femei fac primele investigații pe perioada sarcinii (eventual chiar pentru confirmarea sarcinii sau pentru a afla sexul copilului) doar în unitățile de urgență, însă această soluție nu poate înlocui un program regulat de monitorizare a sarcinii, care include analize, ecografii și alte investigații esențiale. Utilizarea sistemului de urgență ca unică soluție pentru femeile care nu au acces la îngrijiri prenatale regulate, poate pune presiune pe sistemul de urgență și constituie o abordare insuficientă și potențial tardivă pentru gestionarea sănătății unei sarcini prin prevenirea și tratarea complicațiilor.

În plus, lipsa unei îngrijiri prenatale constante poate afecta profund starea emoțională a femeilor însărcinate, generând nesiguranță, anxietate și un sentiment de izolare în raport cu propriul parcurs al sarcinii. Aspecte aparent "banale" precum efectuarea ecografiilor la timp, posibilitatea de a înțelege ce se întâmplă în fiecare etapă a sarcinii sau aflarea sexului copilului nu sunt simple curiozități, ci elemente firești ale unei maternități trăite cu încredere, demnitate și liniște. Aceste experiențe ar trebui să fie accesibile tuturor femeilor, indiferent de statutul lor social sau de locul în care trăiesc. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, dreptul la sănătate sexuală și reproductivă nu înseamnă doar prevenirea riscurilor medicale, ci presupune și posibilitatea femeilor de a trăi sarcina ca pe o experiență pozitivă – sigură, însoțită, informată și sprijinită – o condiție esențială pentru bunăstarea fizică, emoțională și psihosocială a acestora.¹

În acest context, femeile se confruntă uneori cu comentarii sau atitudini din partea cadrelor medicale care sugerează că lipsa monitorizării sarcinii este rezultatul neglijenței personale.

În loc să exploreze cauzele reale – precum lipsa informațiilor, distanța față de servicii, absența sprijinului instituțional sau sărăcia – comentariile legate de lipsa testărilor sau a monitorizării sunt formulate uneori într-un mod explicit acuzator, iar alteori conțin, în subtext, o formă de culpabilizare a femeilor. Această atitudine, chiar și atunci când este exprimată indirect, contribuie la stigmatizare și poate accentua reticența femeilor de a se adresa sistemului medical, mai ales în contexte în care nu au nici resurse, nici sprijin. Pentru a construi un sistem cu adevărat accesibil și demn pentru toate femeile, este necesar ca îngrijirea medicală să fie însoțită de empatie, respect și o înțelegere profundă a vulnerabilităților sociale.

Experiențele femeilor intervievate în privința utilizării serviciilor antenatale confirmă probleme comune de acces identificate în România cu precădere în rândul femeilor din grupuri vulnerabile.

Un studiu important privind gradul de utilizare a îngrijirii prenatale de femeile însărcinate din România² indică o rată de 78% a femeilor însărcinate care raportează o îngrijire antenatală inadecvată, cu precădere mai crescută în rândul femeilor tinere, cu un statut socio-economic precar, de etnie romă, necăsătorite, cu un nivel scăzut de educație, din zone rurale sau cu mai mulți copii. Spre exemplu, conform studiului, 71% dintre femeile rome respondente s-au confruntat cu îngrijire antenatală necorespunzătoare, un procent semnificativ mai mare decât cel al femeilor de etnie maghiară (35%) sau română (41%) care au avut aceeași experiență.



1 OMS (2016).

2 Stativă et.al (2014).

Experiențe cu accesul limitat la servicii de monitorizare a sarcinii

Femei utilizatoare de SSSR

Nu, n-am făcut [investigații, ecografii, analize pe perioada sarcinii] pentru că nu aveam bani. Că dacă trebuia să merg la spital, trebuia să am bani. Și m-a ajutat Dumnezeu și i-am născut sănătos și normal. (Interviu 16)

Nu sunt înscrisă [la medic de familie] aici, în acest sat. [...] Nu am nicio relație cu medicul ăsta. [...] Normal că dacă nu ești asigurată, nu are cum să-ți dea nici biletele de trimitere. [...] Nu [sarcina nu a fost monitorizată], doar la spital, când am născut. (Interviu 20)

Mi-a făcut un control că nu știam că sunt însărcinată și m-a pus la ecograf și a zis de acolo că sunt însărcinată. [...] La particular, da. [...] Deci aici la mine nu [a fost urmărită sarcina]. Deci numai atunci când am fost la [numele orașului], atât mi-a zis acolo că [sunt însărcinată] Da, aici la noi nu am fost la medic. (Interviu 18)

Am fost odată, când aveam vârsta de 5 luni aici, la noi, la dispensar și a zis că e totul bine, copilul e bine, mi-a făcut control din ăla, cum se face. [...] Păi nu aveam posibilitate [să fac în timpul sarcinii analize, ecografii, investigații]. [...] Nu puteam să ajung [la Bacău], nu aveam bani, nu aveam ajutor social ca să putem să luăm de undeva bani, nu ne ajuta nimeni. (Interviu 12)

Nu, eu nu consider că au fost suficiente [investigații pe perioada sarcinii], pentru că nu au fost făcute aici în localitate, trebuia să merg la Constanța și de multe ori eu nu prea reușeam să le fac pe toate câte trebuiau. [...] Au există destul de multe situații în care s-a întâmplat lucrul acesta [femei care au avut de suferit pentru că nu au putut ajunge la medic pe perioada sarcinii]. Au și murit copiii în burcile mămicilor lor și multe alte cazuri. Și mămicile au avut de suferit în privința asta că n-au ajuns repede la medic. (Interviu 3)

Dar cunosc cazuri în care chiar poate nu au primit [informații pe perioada sarcinii] și chiar nu au știut. Și de aceea s-au ajuns la avorturi și sarcini nedorite și multe alte chestii. (Interviu 5)

Unul [fetusul] era mort și am avut nevoie să-l fac [avortul]. Era de trei luni de zile mort. Și când m-a apucat sângerarea, eu nu știam. Mi-a zis, "treci pe masă să te avortăm, că a dat în putrefacție copilul". Eu n-am știut. Reacția mea a fost, plângeam de frică, că n-am vrut să fie așa ceva. Mama mi-a zis, "mamă, trebuie să semnezi, să te urci pe masă, să-ți faci [avortul]". (Interviu 14)

[N]u am simțit că am suficiente informații [despre serviciile pre, intra și post-natale], pentru că nu am avut de unde să le primesc. Cum am mai spus, la mine, lipsește medicul ginecolog, nu avem în spital așa ceva și este mai greu pentru a primi aceste informații. Și am mai primit și noi de la medicul de familie. (Interviu 3)

Nu [am avut un carnet, un dosar în care să-mi trec lucrurile], nici hârtiile [de la urgență], pentru că nu aveam unde să le pun, dar țineam cont cum se dezvoltă [sarcina] și dacă mi se părea ceva neregulă, eu automat fugeam la spital, deci nu stăteam să pățescă copilul ceva. (Interviu 25)

N-am făcut tot [controalele de pe perioada sarcinii] ca la carte, dar ei îți cer analize foarte multe și sunt foarte scumpe. Da, unii chiar nu pot să le facă, pentru că sunt foarte scumpe. [...] Cu medicul [ginecolog] ... doar mă duceam să-mi dea ceva analize și cam atât. Nu prea e ce mare legătură să ai, că ei își fac treaba așa și cam atât. Nu prea își dau interesul foarte mult. Dacă nu îi finanțezi, ca să zicem românește. (Interviu 32)

Păi mă chema [medicul ginecolog] cam la 3 săptămâni, să spun așa, din ce- mi aduc aminte. Cam la 3 săptămâni, în general, așa. Depinde cum eram. Dacă mă vedea că nu sunt ok, mă chema și chiar și o dată pe săptămână în ultimul trimestru. [...] Chiar foarte multe [controale am făcut pe perioada sarcinii]. (Interviu 31)

Da, mai mergeam [la medic] aici [în localitate, pe perioada sarcinilor], mă lua în evidență, se mai uita, îmi zicea câte luni am, câți centimetri mai am, îmi zicea. (Interviu 12)

Am prietene care, nu știu, la fel au născut copii cu probleme pentru că în timpul sarcinii nu au beneficiat de ecografia și de ce ar trebui să beneficieze o femeie să vezi dacă copilul ăla e bine, nu e bine. (Interviu 28)

Eu nu am avut chiar orice drept. Când eram eu însărcinată cu copiii, n-am avut acte și nu prea i-am luat așa, nu știam, n-aveam niciun drept, nici la medic, nici nicăieri. [...] Păi n-am avut acte când am fost eu declarată. [...] Până la vreo 30 de ani. Mai luam și eu câte o adeverință de la primării [ca să nasc], precum că nu am acte, că n-am nimic, ca și ultima. Al treilea copil, când l-am născut, nu m-a luat salvarea, că spunea că "așa sunteți voi, Ț***ii, căutați să faceți copii și să-i lăsați prin spital." Și-am luat un buletin de la cumnată mea și m-am dus să nasc, să pot să declar și eu un copil. [...] Oriunde mă duceam, mi se zicea că nu e normal. "Cum? La anii tăi și să nu ai acte, să nu fii declarată, să nu ai buletin. Dar tu nu ești în rând cu populația, cu lumea, ești un extraterestru." Și de multe ori stăteam acasă, chiar așa, chiar am pierdut un copil înainte să nasc băiatul și am rămas acasă, pentru că nu mă primea nimeni. [...] [Nu am făcut analize, investigații pe perioada sarcinilor] Pentru că n-am avut acte. N-am avut bani cu ce să mă duc să umblu. Mi se vorbea urât. (Interviu 19)

Mi-aș fi dorit, da, și să-mi vorbească și pe termeni... adică nu neapărat pe termenii mei, adică îți vorbesc prea în termenii de medici și tu, mai ales când ești de la țară și n-am studii chiar multe așa, am decât școala generală și nu prea se face cine știe ce, ar fi trebuit să-ți vorbească în altfel, nu știu și dacă te vede că nu înțelege, nu-ți explică, nu încearcă să-ți explice și pe partea cealaltă, cum ai înțelege tu... [dacă] a văzut n-ai înțeles două-trei cuvinte [medicul îți spune] „a, ok.. sarcina e bine, tu ești bine, poți să te duci acasă nu e nicio problemă.” (Interviu 30)

Furnizori de servicii SSR

Păi [unele femei] nu beneficiază [de servicii de urmărirea sarcinii] că nu merg. Pur și simplu nu se duc la medic sau vin în urgență pentru ecografie. Nu au medic. [...] Păi și în urban, că sunt anumite cartiere mai mărginașe. Populație mai săracă, mai fără educație, fără informare. Și vin în urgență direct. Vin direct în urgență să li se confirme sarcina sau să afle sexul copilului. (Interviu 38)

Și știu un caz în care această femeie a fost chiar și judecată că nu s-a monitorizat pe perioada sarcinii, dar nici nu a știut mai acest drept, nici nu avea... locuia la periferia [numele orașului]. Nu a avut resursele necesare [...] Cred că, adică, medicii din preajmă [au judecat-o]. Adică nu că au judecat-o, dar erau întrebări din astea „De ce nu te-ai testat?”, „De ce nu te-ai făcut testele de pe perioada sarcinii?”, „De ce nu ai morfologia?” (Interviu 43)

Gravida, în schimb, prin lege, are gratuitate. Dar ca să beneficieze de gratuitate, casa de asigurări trebuie să fie înștiințată că e gravidă. Și atunci, pentru asta, noi trebuie să îi eliberăm o adeverință cu care ea trebuie să se prezinte la casă, la casa de asigurări, unde să fie luată în evidență ca gravida sau de multe ori medicii de familie le ajută, transmit aceste adeverințe pe mail și în momentul în care devin asigurate ca gravide și în evidența casei de asigurări, că n-are de unde să știe casa de asigurări când rămâne o femeie neasigurată gravidă. (Interviu 37)

[F]emeile nu sunt destul de informate, nici măcar femeile cu sarcini urmărite de medici nu sunt informate așa cum ar trebui să fie informate, de ceea ce înseamnă nașterea, de ceea ce presupune și multe, multe alte informații de care are nevoie o viitoare mamă [...] Dacă sunt la prima naștere, nu știu la ce să se aștepte, nu știu ce înseamnă nașterea, nu știu cum să se comporte în această situație. (Interviu 38)

Din păcate, există [femei care nu beneficiază de urmărirea sarcinii] și destul de multe, și nu beneficiază din cauză că nu apelează ele la serviciile medicale. Adică, în garda de azi noapte mi-a venit o gravidă de 15 ani cu o viroză respiratorie și cu o sarcină de 20 de săptămâni, deci jumătatea sarcinii, care nu a ajuns la nicio consultație până acum și probabil nu ajungea nici acum dacă, dacă nu se simțea rău din cauza afecțiunii respiratorii, a virozei și a venit adusă cu salvarea. [...] [L]a un moment dat cum am spus, după ani și ani de zile de servicii și gărzi și nopți pierdute, bineînțeles că devii oarecum iritat în momentul în care... și asta se întâmplă foarte frecvent în ultima perioadă, devii destul de iritat în momentul în care ești solicitat pentru un consult care nu reprezintă o urgență. Și de asta se plâng cam toți colegii pe care îi am în condițiile în care tu timp de șapte luni, opt luni, cinci luni n-ai apelat niciodată la un consult de specialitate, nu te-ai adresat medicului de familie să primești o trimitere către un medic specializat și vii cu niște lucruri banale într-un serviciu de gardă noaptea, de exemplu, nu e tocmai plăcut, nu pot să zic că le-am refuzat, dar nici că le-am acordat cu deosebit de mare interes neconsiderându-le urgențe. (Interviu 37)

Mentalitățile cred că sunt cele mai mari bariere. Mediul familial uneori. Am mai avut situații în care n-au fost lăsate de către parteneri, decât în situații extreme, să ajungă să apeleze la noi. Dar, în primul rând, mediul social și nivelul educațional pe care îl au. Deci își impun barierele singure datorită mediului precar în care trăiesc. Nu ajung decât, cum am zis, în situații extreme. Gravide care n-au fost la niciun control niciodată. Multe dintre ele spun că “n-am avut bani”. Ceea ce înseamnă... Nu știu dacă neapărat banii reprezintă o problemă fiindcă practic ar trebui să-și plătească exact doar deplasarea la spital, care nu implică costuri mari. (Interviu 37)

Medicul de familie

Lipsa accesului la serviciile unui medic de familie limitează sever monitorizarea sarcinilor.

Un aspect esențial în îngrijirea pe perioada sarcinii și după naștere este accesul continuu la un medic de familie – primul contact al unei femei însărcinate pentru evaluări regulate și pentru a preveni complicațiile sarcinii. Medicul de familie este responsabil pentru efectuarea primei consultații antenatale în primul trimestru de sarcină, eliberarea trimerilor către medicul ginecolog sau pentru efectuarea altor investigații, furnizarea informațiilor despre evoluția sarcinii, oferta de evaluări și intervenții medicale, drepturile și obligațiile gravidei sau completarea carnetului de monitorizare a sarcinii. Cu toate acestea, mai multe dintre femeile intervievate - cu precădere cele care locuiesc în mediul rural - nu au beneficiat de un medic de familie constant sau nu au avut parte de îngrijiri regulate din partea acestuia. În lipsa accesului la medicul de familie, în cazul unora dintre femei, monitorizarea a fost efectuată doar de medicul ginecolog.

Accesarea serviciilor unui medic de familie pe perioada sarcinii depinde atât de accesul la informații privind dreptul la acest serviciu, cât și de existența unui medic de familie în proximitate. Unele femei care nu au venituri și nu erau înscrise la un medic de familie în momentul în care au aflat că sunt însărcinate, nu au știut că au dreptul de a fi luate în evidență gratuit de un medic de familie. În alte situații, fie nu există un medic de familie în proximitate, fie accesul la medicul de familie depinde de disponibilitatea transportului și nu neapărat de proximitatea serviciului, una dintre respondente fiind nevoită să meargă la un medic de familie dintr-o localitate mai îndepărtată, dar în care putea ajunge cu un mijloc de transport în comun. În acest context, unele femei ajung să acceseze serviciile medicale furnizate gratuit pe perioada sarcinii doar ocazional, la spitalul public, eventual în ultimul trimestru de sarcină sau chiar doar în momentul nașterii.

Înscrierea la medicul de familie nu garantează accesul la servicii medicale adecvate și satisfăcătoare. Experiențele unora dintre femeile intervievate, cu precădere cele de etnie romă și cu un statut socio-economic precar, sugerează o implicare limitată și o comunicare deficitară a medicului de familie, în anumite cazuri, fiind indicată lipsa de disponibilitate a acestuia de a furniza tratament sau consultații adecvate sau o atenție insuficientă la problemele de sănătate de pe perioada sarcinii sau, ulterior, ale copiilor. Unele femei romă au declarat că nu au acces la medicul de familie ori de câte ori ar dori sau ar avea nevoie, fiind uneori nevoite să insiste pentru bilete de trimitere la medici specialiști pentru copii sau tratamente pe perioada sarcinii, în timp ce altele au punctat că nu și-au *permis* să îl deranjeze, considerând că pentru medici este *solicitant* să răspundă la astfel de programări, reflectând astfel realitatea relației medic-pacient ca inegală sau ierarhică. Femeile care nu beneficiază de îngrijire continuă sau care nu pot construi o relație de încredere cu medicul de familie au tendința de a nu solicita ajutor medical decât în cazuri de urgență. În acest context, femeile sunt nevoite fie să apeleze la servicii medicale private – dificil de susținut în condiții de precaritate economică – fie să se adreseze direct secțiilor de urgență din spitalele publice sau să achite costul medicamentelor care ar fi fost compensate prin asigurarea de sănătate.

De altfel, în România, recurgerea la serviciile de urgență este o practică frecventă în rândul populației generale, inclusiv pentru afecțiuni care ar putea fi tratate în cadrul asistenței medicale primare. Un raport recent al OCDE și Comisiei Europene¹ evidențiază că această tendință este susținută atât de organizarea structurală a sistemului, cât și de realitățile din teren: bugetarea predominantă a asistenței medicale spitalicești,² disponibilitatea redusă a medicilor de familie, în special în mediul rural,³ limitele impuse competențelor acestora, precum și posibilitatea pacienților de a accesa direct îngrijirea specializată. În particular, lipsa disponibilității medicilor de familie are implicații semnificative pentru rata mortalității care are cauze tratabile, în prezent, cea mai mare dintre țările UE.⁴ Acest dezechilibru structural contribuie la supraîncărcarea spitalelor și împiedică dezvoltarea unor servicii accesibile care să asigure îngrijire preventivă și continuă în comunități.

1 OCDE/Comisia Europeană & OECD (2023).

2 44% din bugetul destinat sănătății, reflectat și numărul mare de paturi (7.2 la 1000 de persoane în 2021) comparativ cu media la nivelul UE (4.8 per 1 000). (Comisia Europeană & OECD (2023).

3 Indică și de o altă analiză recentă a subutilizării serviciilor medicale primare în România (Lăcătuș et al. 2024).

4 OCDE/Comisia Europeană (2024). Potrivit aceleiași publicații, România are și a treia cea mai mare rată a mortalității care poate fi prevenită la nivel UE.

Medicul de familie și moașa pot furniza o îngrijire comprehensivă pe perioada sarcinii, nașterii și postpartum, rolul lor devenind cu atât mai important în situațiile în care accesul la servicii specializate ginecologice este limitat sau inexistent. Pentru anumite femei – cele fără venituri, din mediul rural sau de etnie romă – absența proximității față de spitale sau cabinete ginecologice, precum și barierele financiare, fac ca medicul de familie și moașa să fie adesea singurii furnizori accesibili de îngrijire maternală. Prin competențele lor în monitorizarea sarcinii fiziologice, consiliere, educație prenatală și îngrijire postnatală, aceștia pot acoperi o mare parte din nevoile de sănătate ale gravidelor,¹ reducând situațiile în care ar fi necesar accesul imediat la servicii de specialitate greu accesibile pentru aceste femei, din cauza costurilor sau distanței. Furnizarea acestor servicii în proximitatea comunităților defavorizate contribuie la prevenirea complicațiilor asociate lipsei de monitorizare prenatală și oferă un sprijin continuu pentru sănătatea mamei și a copilului, îmbunătățind accesul fizic și economic la îngrijire și reducând impactul barierelor geografice și financiare. În acest sens, sprijinirea activității medicilor de familie și a moașelor, inclusiv prin decontarea serviciilor pre și postnatale și simplificarea sarcinilor birocratice, este esențială pentru a le permite să se concentreze pe îngrijirea pacienților.

Experiențe cu medicul de familie

Femei utilizatoare de SSSR

Cu ultimul medic de familie am avut și eu probleme. Când mă duceam cu fetițele la control, fetița cea mai mică, cum e mai mică, adormea tot timpul în brațe, mai ales când mergeam și cu autobuzul, adormea în brațe. [Medicul îmi spunea], "Că nu mai consultă, că nu mai trezim, că nu știi ce.." și dădea medicamente din cap (Interviu 27)

Sunt din [numele localității], n-am locuit niciodată în alt oraș sau să mă mut în alt oraș sau să iau ceva de la școală să mă mut în alt oraș. Și eu nu am fișe la copii, doar la asta mică, asta de 5 ani. Dar ăștia mari, eu și... am băiatul de 18 ani și fata de 23 de ani, am fost de multe ori să-mi caute fișele și nu mi le-au găsit. Și se comportă foarte urât. [...] De multe ori am renunțat la doctorul nostru de familie și am plecat la [nume oraș], la Urgență, la [nume oraș], la Urgență. M-am dus la farmacie și am luat medicamente pentru noi așa, ca să nu merg la doctorul nostru de familie, pentru că... nu se comportă frumos și vorbesc foarte urât. [...] Acasă cât am stat, la toate sarcinile care le-am avut, n-am fost la doctorul nostru de familie, doar când am născut și acasă. (Interviu 15)

[Aș vrea] [s]ă am și eu un medic de familie, să mă duc și eu să văd ce am, să mă controlez, să zic ce probleme am. Eu la 30 de ani, să spun drept, eu n-am fost controlată de medicul de familie. N-am avut. (Interviu 20)

Am fost la domnul doctor de familie odată, am cerut, am avut nevoie de niște vitamine, eram foarte anemică, amețeam, și mi-a zis "nu, nu îți dau nimic, du-te la spital". Nici măcar medicamentele pentru vitaminele de sarcină nu mi-a dat. "Du-te, cumpără-ți Elevit 1, dacă vrei, până la 3, până în semestrul 3". Atât, nu mi-a dat absolut nimic. [...] [A]m fost nevoită [să merg la particular], am făcut la domnul doctor [numele medicului ginecolog], mi-a dat tratament, mă ține și în maternitate, în spital, m-o internat el de urgență (Interviu 14)

1 Ministerul Sănătății (2021), Ministerul Sănătății et al. (2021).

Adică comportamentul ei [medicului de familie] este foarte... Nu rezonăm. Adică orice, dacă vreau să cer ceva de la ea sau să iau o trimitere și așa, este foarte nervoasă. Chiar mă gândeam să o schimb. Nu e ok. [...] Nu [beneficiu de trimitere], adică de multe ori am preferat să nu mă duc să iau de la ea și pur și simplu am plătit, pentru că la orice chestie nu rezonăm. (Interviu 31)

Am apelat [la medicul de familie după naștere] pentru că eu am născut prin cezariană și acolo de la [nume oraș], de la maternitate, mi-a zis, ai câteva fire care nu... care trebuie să mai stai cu ele și la doctorul tău de familie poate să-ți scoată el. Și doctorul meu de familie, când am apelat, mi-a zis, "nu, du-te la [numele orașului]". (Interviu 15)

Furnizori de servicii SSR

Medicii de familie ar trebui să aibă un rol mult mai important, pe care nu prea și-l pot îndeplini din cauza birocrăției în care au fost îngropați. Fiindcă efectiv sunt îngropați în birocrăție și noi avem o vorbă așa, o glumă între noi, că de multe ori pacienții ne încurcă. Că nu mai avem timp să ne ocupăm de ei, de cât de multă birocrăție ne înconjoară. Și pur și simplu nu-ți mai ajunge timpul. (Interviu 37)

Nașterea

Nașterile trăite de femeile intervievate sunt diverse, reflectând atât experiențe pozitive, cât și o lipsă semnificativă de empatie și tratament abuziv din partea personalului medical. Mai multe femei povestesc despre **rasismul, umilința, indiferența și neglijența** cu care au fost tratate în timpul travaliului și nașterii, menționând situații în care au fost lăsate să se confrunte cu **dureri severe mult timp** fără ca medicii sau asistentele să intervină, sau au fost ignorate când au solicitat informații despre starea lor sau procedurile medicale. Astfel de tratamente sunt resimțite ca o diferență de tratament între femeile rome și femeile române, fiind văzute ca o expresie clară a discriminării și rasismului la adresa femeilor rome, agravat și de statutul socio-economic precar. În acest context, nașterea în serviciile private a fost o soluție pentru una dintre femeile care a fost tratată abuziv la o naștere anterioară într-un spital public, când a fost umilită verbal de personalul medical, fiind împinsă să mănânce împotriva voinței sale și jignită în momentul în care a încercat să se ridice din pat pentru a merge la baie. Această opțiune nu este însă disponibilă femeilor rome care se confruntă cu dificultăți economice.

Nașterea e un proces medicalizat și strict reglementat asupra căruia femeile au puțin control. Din experiența femeilor intervievate, nașterile sunt, de regulă, asistate de medici, asistenți medicali, infirmiere sau rareori moașe, în timp ce prezența familiei în timpul travaliului și nașterii este restricționată. Pe fondul procedurilor restrictive, unele femei se confruntă cu lipsa sprijinului emoțional în momentele critice ale nașterii. În plus, cu toate că beneficiile contactului timpuriu și continuu între mamă și copil atât pentru alăptare, cât și pentru dezvoltarea fizică și emoțională a copilului și pentru recuperarea postnatală a mamei sunt bine documentate, constituind deja îndrumări acceptate la nivel internațional,¹ experiențele din interviuri indică alte practici instituționale. Majoritatea femeilor au fost separate de copiii lor imediat după naștere, putând petrece timp cu ei doar în timpul hrănirii, și doar câteva femei au menționat că le-a fost adus copilul imediat după naștere și au putut sta împreună în salon. Modalitatea de hrănire a nou-născutului e un alt aspect care, în unele cazuri, este decis de personalul medical, unele femei menționând că nu au primit explicații de ce copilul lor primise lapte praf cu toate că ele ar fi dorit să alăpteze.

1 OMS & UNICEF (2009).

Experiențe cu nașterea

Femei utilizatoare de SSSR

Unii medici s-au comportat mai frumos [când am născut], alții cu indiferență, alții de treabă... Ne lăsau să ne chinuim. [Spunând] Că au o treabă cu alte paciente, că noi trebuie să mai așteptăm. (Interviu 16)

Când am fost acolo, m-au lăsat de când am plecat până a doua zi dimineață, nu m-a băgat nimeni în seamă. M-a lăsat toată noaptea cu dureri. Nu s-a uitat nimeni la mine. Au venit, doar mi-au luat tensiunea, au văzut că am tensiunea 20. Mi-au dat o pastiluță și m-au lăsat până dimineață, la ora 10, până am născut. [...] Nu, [doctorul n-a asistat la naștere], deci el [doctorul] a venit, m-a controlat și a zis că nu poate să mă bage prin cezariană, că n-am niciun control la ei. (Interviu 18)

Mai erau doctori din când în când [pe perioada șederii în spital la naștere], când veneau la vizită, sau să ne vadă cum suntem. Dar dacă întrebam ceva, ce am, sau cum sunt... Nu îmi dădea niciun răspuns. Ei, ce vrei să știi? Sau, ei, grija asta ai tu? Sau, ai grija asta a mea? Nu. Am tăcut și nu mai ziceam nimic. Numai dacă aveam bani și puneam bani în buzunar se uitau la noi, pentru că eram acolo, în spital, și vedeam fete, poate cu bani, cu avuții mai mari, și îi băgau în buzunar și erau căutate. Dar noi, nu. [...] Doar singurică țipam, și până în clipa când mai era un pic să nasc, doar atunci se uita. (Interviu 16)

Nu [a fost urmărită de nimeni sarcina], doar la spital, când am născut. Atât, da. [...] Când am fost în spital [la ultima naștere], m-a lăsat acolo pe patul de spital. Nu se uita niciunul la mine. Nu s-a uitat nicio asistentă. M-a lăsat acolo până am născut pe pat. [...] O infirmieră a țipat atunci în timpul când aia... Ce-i, domnule, că veniți de la discotecă, că cutare, pe dincolo și tu țipi? Nu mai țipa! Dacă nu mai puteam de durere, nu trebuia să țip? (Interviu 20)

[E]u am fost internată cu câteva zile înainte să nasc și nu mi-au mai dat să măncânc și să beau apă și mă tot certau să nu mai țip. (Interviu 3)

M-au lăsat 73 de ore cu dureri, nu s-au uitat absolut deloc la mine, a început să coboară copilul jos și au zis că „nu ești de naștere, te mutăm la menținere”. (Interviu 14)

Nu prea [am simțit că personalul medical știa sau era interesat să afle care sunt nevoile mele]. Adică dâșii făceau acolo, că practic, na, probabil erau obligați ”și hai, treci și tu, și tu, mai repede, ca să te vedem și pe tine, și gata, terminăm bălciul, știi?” Dar nu au fost chiar așa afectați de situație, să stea să te întrebe dacă te doare, nu te doare, ce nevoie ai... ”stai liniștită, nu se întâmplă nimic, te ajutam, te sprijinim, ești pe mâini bune.” Adică nu mi s-au spus vorbele astea, ce vrea să audă o gravidă când e cum e. (Interviu 30)

[Am ales să nasc la privat] Pentru că la stat am avut... am avut parte de rasism și chiar s-au purtat foarte urât când am născut. Eu, la prima sarcină eram un copil, să zic așa. Nu știam ce se întâmplă cu mine, și asistentele, nu pot să spun medicul, că medicul nu era acolo, eu pur și simplu îmi făceam travaliul cu ele și îmi spuneau să nu mai țip, să tac din gură. [...] După ce am născut, m-au obligat să mănânc, eu le spuneam că nu vreau să mănânc și după, am vărsat. Ridicându-mă din pat, noi, femeile, după ce naștem, ne curge... așa... sânge. Și eu neștiind, m-am ridicat să mă duc la baie să vărs și am căzut pe picioare, pe jos și m-au făcut vacă. Că sunt o vacă. Adică a fost o experiență foarte urâtă și grea. [...] Adică au trecut... 9 ani aproape și încă nu am uitat cum s-au comportat cu mine. (Interviu 31)

Faptul că eu țipam foarte rău, că mă durea, că toată lumea știe care trece într-o naștere, ce dureri poți ai, și faptul că eu țipam foarte rău, pe ei îi deranja, știi? Și venea tot timpul și mă certau, că de ce țip atâta, să nu mai țip atâta, că atunci când m-am f...t nu am mai țipat, că așa suntem noi, că "ia uite-o și pe asta, nici nu are organele dezvoltate și a venit să facă copii. Ho, fă, ce țipi așa?" Nu știu, cuvintele astea, jignitoare, urâte, știi? (Interviu 28)

Când mergeam să nasc, a început să-mi spună că "ești Ț*****ă, că așa sunteți voi Ț*****i, că dați naștere anul și cârlanul, că sunteți nespălate, că sunteți împuțite, că nu știți măcar să vă spălați jos și faceți copii." [...] Eu plângeam, spuneam că am dureri, că mă doare burta, că mă doare spatele. [Personalul îmi spunea] "Lasă, stai acolo pe pat, că mai ai, că nu naști acum." Mi-e și rușine să vorbesc vorbele care mi s-au zis. "Că când stai cu bărbatul și când se urcă bărbatul peste tine, atunci nu mai te doare, și acum te doare?" Deci, ne insultau foarte... foarte urât am fost tratată. (Interviu 19)

Și la al doilea copil, la băiețel, când eram internată în spital, lângă mine era o doamnă româncă, dânsa dacă era mai albă și probabil, nu știu, poate mai stilată, nu știu cum să mai descriu, era tratată altfel. Adică la dânsa venea, o mângâia pe spate "ești ok, mai ai dureri? dacă te mai doare.." că dânsa avea dureri la mijloc, [îi spunea] "putem să-ți mai facem ceva de dureri? să-mi spui." Dar pe mine nu prea mă întrebau. Pe mine nu m-au ajutat nici când am vrut să mă duc la toaletă și când m-am dus la toaletă am simțit, deja simțeam că dacă mă dau jos din pat că o să curgă iar foarte mult sânge, la al doilea copil spun. Dar voiam neapărat la toaletă, să fac pipi. M-am dat jos și când m-am dat jos... (Interviu 30)

Da, m-au afectat atât de tare încât nu-mi doresc să mai am o altă sarcină, să mai dau viață unui alt copil din cauza acestui fapt. Nu din cauza faptului că îmi este greu să-l cresc, să-l educ și așa mai departe. Doar din cauza faptului că eu am trecut prin această traumă, o pot numi traumă, pentru că în momentul actual, când mă gândesc, e ca și cum aș fi trăit ieri. Și da, n-aș mai alege să mai nasc în spital din cauza personalului spitalului, nu din cauza medicului ginecolog și al personalului său, ci din cauza personalului spitalului, n-aș mai alege să mai nasc din nou acolo, dacă ar fi, dacă o să trec peste această traumă, deși au trecut patru ani și nu-mi doresc încă o sarcină sau să dau viață unui alt copil, o să fiu nevoită să aleg un mediu privat, pentru că, sincer, la ce am trecut prin prima experiență, nu-mi mai doresc a doua oară. (Interviu 17)

Sincer, după ce am fost dusă pe salon, nerăbdarea aceea de a-mi vedea copilul, pentru că l-am văzut doar la momentul nașterii, și apoi abia a doua zi. Văzând copilul colegei de cameră, eram foarte nerăbdătoare să îl văd și eu pe-al meu, însă doamna asistentă care se ocupa de bebeluși era ocupată cu externări, iar eu trebuia să mă plimb pe hol, întrebând-o mereu când o să-mi aducă copilul. [...] A doua zi [mi-a fost adus copilul]. Pentru că după ce am născut, am fost dusă la terapie intensivă, am fost ținută acolo o noapte și a doua zi, după ora prânzului, după ora 12, am fost coborâtă în salon. (Interviu 17)

Da, au fost două zile [după ce am născut prin cezariană când am fost separată de copil], că nu puteam să mă mișc sau aia, că n-aveam voie să fac efort. Și după aia, a treia zi, mi l-a adus în cameră. (Interviu 12)

După naștere fiind cezariană, am fost 12 ore separată de copil și după 12 ore am fost lângă el. (Interviu 6)

Nu m-a întrebat [dacă să hrănească nou-născutul cu lapte praf], i-au dat ei direct. Și m-a pus să-l mai pun la sân. (Interviu 32)

Copilul au zis era foarte sănătos [după naștere], fetița, dar [personalul medical] mi-a zis "dacă poți tu să te dai jos [din pat, să stai cu copilul], depinde de tine. Dacă nu, nu." Dar fetița nu a stat la pat la mine decât după 3 zile. (Interviu 14)

Copilul ăsta, ultimul, care era fetița, nu mi l-a dat [după ce am născut-o], decât mă duceam să-i dau piept, atâta. Dar nu m-a lăsat să-i dau nici piept, că îi dădea lapte praf. Dar am întrebat „doamna doctor, de ce nu mă lăsați să-i dau piept?” Dar nu mi-a dat, n-am primit niciun răspuns. „Măcar spuneți-mi de ce nu pot”, și anume n-am primit răspuns. (Interviu 15)

Furnizori de servicii SSR

Poziția de naștere impusă, limbaj agresiv, jignitor, amenințări, intimidare, este o parte din ele [de manifestări ale violenței obstetrice], din spital de la naștere. (Interviu 40)

Știu că lipsește într-un totul acel *golden hour*. [...] Conectarea fătului la mamă post-naștere nu există. [...] După cezariană, îl vezi a doua zi. Asta știu din relatarea unor colege de-ale mele rezidente, care au născut în sistemul public. (Interviu 43)

Sprijin după naștere

Informațiile privind îngrijirea copilului după naștere sunt obținute mai degrabă ad-hoc, decât într-o manieră organizată prin sistemul medical. Doar câteva dintre femeile intervievate au primit informații substanțiale și consecvente despre îngrijirea copilului și mamei după naștere, fie în maternitate, la externare sau pe perioada imediat următoare nașterii. Multe femei au indicat că au aflat cum se îngrijește un copil ori din familie sau de la cunoscuți, ori din experiența lor directă cu nașteri anterioare, și mai puține au povestit experiențe pozitive în care au primit astfel de informații fie în maternitate de la medicul neonatolog sau asistente medicale, fie ulterior de la medicul ginecolog, medicul de familie, de la serviciile de asistență socială din localitate sau prin intermediul programelor desfășurate ocazional de organizații neguvernamentale (de exemplu, prin programul Cutia bebelușului al Asociației Samas).¹ În lipsa acestor informații, unele femei se simt copleșite, neîncrezătoare și nepregătite atunci când nu au acces la informațiile esențiale despre îngrijirea copilului și a propriei sănătăți imediat după naștere, într-un moment în care au nevoie de sprijin emoțional și practic pentru a face față unui nou rol.

Vizitele medicale acasă după naștere nu sunt o practică răspândită, iar sprijinul pe care îl primesc femeile este limitat. Doar o parte dintre femeile intervievate au menționat explicit că au primit vizite acasă săptămânal sau lunar după naștere din partea medicului de familie, a asistentei medicale sau a mediatoarei sanitare, altele menționând că au fost nevoite mai degrabă să se deplaseze la medicul de familie sau la spital pentru diverse urgențe. Lipsa vizitelor la domiciliu este o experiență comună a femeilor din localități rurale, indicând o lacună semnificativă în accesul la îngrijirea postnatală în comunitățile respective. Pe fondul acestei lipse, unele femei menționează că s-au *orientat*, s-au *descurcat singure* sau că familia, cu precădere femeile din familie, au fost singurul sprijin după naștere.

Controalele după naștere sunt sporadice și nu vizează neapărat asigurarea îngrijirii mamei și copilului imediat după naștere. Puține femei au menționat că au beneficiat de controale regulate medicale imediat după naștere, controalele vizând mai degrabă nou-născutul, și rareori sănătatea mamei. De regulă, femeile care au avut sarcini și nașteri cu complicații sau femeile din mediul urban cu un statut socio-economic mai ridicat au menționat o frecvență mai mare a controalelor, decât femeile din localitățile rurale. Una dintre femeile române intervievate care locuiește într-o localitate mică din mediul rural nu a beneficiat de controale de rutină după niciuna dintre cele trei nașteri, doar la ultima fiind consultată la scurt timp după naștere, pe fondul unei complicații survenite la naștere. În unele cazuri, singurul contact după naștere cu serviciile medicale privește doar scosul firelor în cazul operațiilor de cezariană sau vaccinarea copilului, dar chiar și accesul la aceste proceduri este limitat de disponibilitatea unui medic de familie în proximitate sau de posibilitatea de a acoperi transportul până la cea mai apropiată serviciu medical pentru femeile din mediul rural.

Majoritatea femeilor intervievate au auzit de moașe și recunosc rolul esențial al acestora înainte, în timpul și după naștere. Moașele sunt menționate frecvent ca fiind cele care îngrijesc copiii, învață mamele cum să îi alăpteze, să îi schimbe și să îi îngrijească corect, însă foarte puține femei au beneficiat de sprijinul unei moașe în acest context. Având în vedere că numărul moașelor licențiate rămâne în prezent mic în România,² este neclar ce profesie au persoanele pe care unele dintre femeile intervievate le-au identificat drept moașele care le-au asistat la naștere sau care le-au vizitat în perioada imediat următoare. Una dintre moașele licențiate intervievate în cadrul cercetării a indicat că, în prezent, moașele licențiate sunt accesibile în general doar pentru femeile din medii sociale mai ridicate, care își pot permite să plătească pentru serviciile oferite, având în vedere că acestea nu sunt decontate.

1 <https://www.programsamas.ro/cutia-bebelusului-4/>

2 Conform datelor furnizate autoarele de Asociația Moașelor Independente, în 2023, erau 3073 de moașe cu drept de liberă practică (933 cu studii superioare și 2140 cu studii postliceale).

Experiențele cu serviciile moașelor profesioniste sunt puține și se regăsesc fie în cazul femeilor care-și permit să acopere costurile aferente sau care au născut în sisteme medicale din alte țări. Una dintre femeile intervievate a menționat că a aflat de serviciile moașelor licențiate de pe rețelele sociale și a solicitat servicii contra cost, în regim privat, pentru alăptat și diastază abdominală. În altă situație, una dintre femei a povestit despre experiențe pozitive substanțiale cu serviciile moașei în Spania, beneficiind atât de sprijin înainte de naștere prin monitorizarea sarcinii și pregătire pentru naștere, cât și după naștere, prin cursuri de puericultură. După cum reiese din analiza anterioară, pentru multe femei române care se confruntă cu dificultăți economice, accesul la serviciile unei moașe licențiate nedecontate în sistemul public de asigurări de sănătate nu este o opțiune.

Moașele joacă un rol esențial în furnizarea unei îngrijiri complete și sigure pentru femeile însărcinate, mamele și nou-născuții, promovând o abordare bazată pe respectul pentru autonomia și demnitatea umană, drepturile reproductive și diversitatea culturală, în parteneriat cu femeile și familiile acestora.¹ Moașele asigură o îngrijire continuă și personalizată prin competențe² care acoperă atât aspecte transversale (asumarea responsabilității pentru decizii și acțiuni, respectând autonomia și transparența în practică și menținând relații profesionale respectuoase cu femeile și alți furnizori de servicii de sănătate), cât și specifice care privesc: (i) sănătatea sexuală și reproductivă (educația și consilierea privind contracepția și planificarea familială, precum și susținerea femeilor și adolescenților în luarea unor decizii informate); (ii) îngrijirea prenatală (monitorizează progresul sarcinii și detectează complicațiile, asigurând intervenții rapide pentru a preveni riscurile); (iii) nașterea (sprijină procesul fiziologic al nașterii, reducând nevoia de intervenții inutile și gestionând eventualele complicații); și (iv) perioada postnatală (îngrijire continuă pentru femei și nou-născuți, sprijinind alăptarea și sănătatea mentală a mamei, promovând totodată recuperarea și integrarea în viața de familie).

Experiențe cu sprijinul după naștere

Femei utilizatoare de SSSR

Nu. Niciodată nu a fost medic de familie [în vizită, după naștere]. Dacă erau și ceva probleme, trebuia să mergem noi în [numele orașului unde era medicul de familie]. Sau dacă eram, de multe ori, ascultam mai bine leacuri băbești. (Interviu 27)

[M]ediatorul sanitar și asistentul medical comunitar, cât și familia, adică mamele din ambele părți [m-au vizitat după naștere]. [...] Din păcate, [medicul de familie], nu. [...] [Mediatorul sanitar și asistentul medical comunitar au făcut] o vizită la domiciliu, a fost monitorizat și cântărit bebelușul, am fost întrebată cu ce îl alăptez, cât și despre mine, cum mă simt, cum mi-am igienizat operația, informații de genul acesta. [...] De două ori pe lună. (Interviu 17)

M-a învățat doctora de acolo, asistenta, cum să-i dau lapte, cum să-i schimb, cum să-i schimb scutecul... M-a învățat. [...] Da, mi-a zis o femeie de acolo, deci asistenta mea, care era acolo, și mi-a spus "pe data de cutare ar trebui să vii la control, să vedem cum te simți" și doar atâta, mi-a zis. Mi-a spus de copil, că trebuie să am grijă, să mă uit la el noaptea, cum să-i dau lapte, câți mililitri, că-i dădeam lapte, că nu aveam sân. [...] Nu aveam posibilitate să plătesc mașina, să mă duc [la controale după naștere], iar să vin. Nu aveam bani. (Interviu 12)

1 Confederația Internațională a Moașelor (2014, 2017, 2024a).

2 Confederația Internațională a Moașelor (2024b).

Din păcate, în primele zile din spital, în primele trei zile, nu a fost nimeni care să-mi arate sau să mă îndrume. Însă, într-o seară, văzându-mă o doamnă asistentă de la Bebeluși, că mă chinui să alăptez copilul la sân, a venit și mi-a arătat. Mi-a pus bebelușul pe o pernă, mi-a arătat cum trebuie să țin sânul și cum trebuie să țin copilul pentru a sta la sân. [...] Mi-a fost dată o fișă de informare că trebuie să merg la o lună de zile cu copilul pentru ecografia la șold, iar la două luni de zile pentru controlul oftalmologic pentru bebeluși, cât și sfaturi pentru mine. Pentru că am născut prin cezariană, am fost nevoită să fac două săptămâni de zile anticoagulante și să respect tratamentul pe care domnul doctor l-a dat, cu antibiotice, pentru că aveam probleme cu operația. (Interviu 17)

[D]a, am fost la consulturi și am învățat cum să-l îngrijesc, să-i dau să mănânce. Și acasă venea în control de la medicul de familie săptămânal, venea o asistentă și ne monitoriza copilul. Adică venea cu un cântar, ne cântărea, vedea dacă e spălat, dacă e îngrijit și cam atât. [...] Da, copilul a fost monitorizat și la două săptămâni și tot a fost nevoie. Dar despre mine nu, nu a fost, nu m-a controlat nimeni. Și au fost făcute de neonatologul Spitalului [numele orașului] și cum am mai spus, teoretic, serviciile acestea sunt gratuite. (Interviu 3)

De exemplu, voiam să vorbesc cu doctora la copil. Eu nu puteam să dau de ea. Pur și simplu nu puteam să dau de ea. Venea, nu știu, când venea, că nu s-arăta. [M-a afectat] așa, că nu puteam să cer niște detalii, niște ce se întâmplă, cum se întâmplă. Și, într-un final, a vorbit soțul. (Interviu 32)

Este o diferență între stat și particular, ce-i drept. Chiar am avut și un psiholog după și care a stat cu noi, cred că două ore de vorbă, de două ori pe zi și vorbea despre cum suntem, să ne ridice moralul (...). Și chiar am avut și o moașă care ne-a învățat și cum să-l spălăm și cum să-l alăptăm și tot așa. (Interviu 31)

Medicul copilului îmi spunea cum să-i fac baie, cum să-l șterg, cum să-l înfăș, cum să-i dau să mănânce, poziția în care trebuie ținut, de câte ori să-l schimb, câte mese să-i dau, gramaj, cum să-i curăț nasul cu ser fiziologic, și ochisorii, de unde să încep, cum să fac toate lucrurile. Și medicul respectiv, ginecologul care m-a ajutat să nasc, la fel mi-a dat tot felul de indicații. Atât medicamente, cât și sfaturi, cum să mă recuperez, cât să stau în picioare, cât să mănânc, ce să mănânc, să fie bine. (Interviu 29)

La primul copil, după naștere, experiența mea a fost că plângeam foarte, foarte mult. Da, mi l-au adus. După ce m-au pus în pat, mi l-au adus la o jumătate de oră. Nu m-au învățat cum să alăptez copilul. Sâni mă dureau foarte rău, pentru că n-aveam mamelon, adică nu m-au ajutat să știu să mă mulg sau să pun pompița la sân. Nu! Practic m-au lăsat singură, mi-au dat și bebelușul, am dormit cu el în pat. Adică n-a venit nimeni să vadă dacă am luat copilul, să-l pun în pat cu mine, să mă păzească sau să vadă dacă suntem bine. [...] Nu, n-am primit nimic [informații după naștere despre îngrijirea copilului și mamei]. Nu mi-au spus absolut nimic. Doar mi-au îmbrăcat copilul și mi-au spus "la revedere, să fiți sănătoși." Atât. Nici la fetiță, că am născut acum, e recent, dar nu m-au îndrumat pe căile astea. Hai să zici că acum 14-15 ani era mai altfel. (Interviu 30)

Mi-era frică să mă spăl după ce am venit acasă, când am născut pe fii-me. Că de unde să știu dacă am voie să pun mâna acolo, dacă n-am voie, dacă mă doare, dacă... Asta zic. Că oricine are nevoie de un pic de educație în privința asta. (Interviu 28)

Mi-aș fi dorit.. adică să fie... [fiind] și la prima naștere, primul copil născut, mi-aș fi dorit să fie [personalul medical] cu mine altfel, să mă îndrume, să mă liniștească într-un fel, că m-a văzut că și plâng. (Interviu 30)

Am avut sprijin și din partea mamei și din partea asociației de la primărie. Mi-a venit de la prima zi cu cutia, nu mai știu cum. Cutia bebelușului. Am primit tot ce era necesar în ea și nu știu, am avut tot ce trebuie. (Interviu 14)

Da, am apelat și la medicul de familie și la ginecolog [pe perioada sarcinii], la moașă, nu vedeam care este rolul în perioada sarcinii să apelez. [...] Am auzit despre moașe, nu știu rolul lor pe parcursul sarcinii, dar după naștere și la naștere, știu că există medicul sau chiar dacă nu există medicul, te poate ajuta ea să naști și te mai ajută și cu îngrijirea bebelușului primele două, trei zile. (Interviu 3)

[Moașa] te ajută în spital, în timpul nașterii, când trebuie să naști, te ajută. Dar trebuie să plătești, trebuie să dai ceva. Și așa e normal la o moașă, din ce știm. (Interviu 15)

Am auzit ce trebuie să facă o moașă, să viziteze, să-i facă copilului ce trebuie, cam atât. (Interviu 20)

[Moașa] Îngrijește copii, învață mamele cum să îi îngrijească, o ajută să alăpteze, i-arată toate felurile, cum îmbraci copilul, cum să îl îngrijești, dacă are febră, îți dă de toate, te ajută. (Interviu 14)

Da, am aflat că moașele pot asista nașterea și pot oferi sprijin în îngrijirea postnatală. (Interviu 9)

[Moașa] e cea care te învață tot ce trebuie să știi despre sarcină, copil, îngrijire, despre tine. (Interviu 6)

Pe perioada sarcinii am avut o moașă, mergeam la două-trei săptămâni la cabinet, mă monitoriza, îmi asculta inima, mă măsura și așa mai departe. Iar nașterea a fost naturală. Și-am fost foarte, foarte mulțumită de tot, de absolut tot. [...] Se făceau și cursuri [după naștere], ne chema la cursurile respective să ne învețe cum să alăptăm, cum să le facem băiță, masajul [...] Moașa, așa se zice acolo în [numele țării din UE]... Mergeam la cabinet la moașă și acolo mă învăța toate cele. Se făceau și pe timpul sarcinii, ne învăța cum să respirăm, cum să împingem, se făceau anumite exerciții. Implica și pe tata. (Interviu 33)

Furnizori de servicii SSR

Eu nu consider că există latura asta la noi [de sprijin după naștere]. Femeia, dacă vrea să se informeze, se informează în privat, de pe internet, de unde găsește ea sau mai... Acum există niște moașe, mă rog... În sistem privat. [...] Din punctul ăsta de vedere, pot să fac o comparație că în Franța, după nașterea primului copil, era un fel de dispensar din ăsta unde mergeam săptămânal sau cred că la început mergeam de două-trei ori pe săptămână să cântăresc copilul, să vadă dacă ia destul în greutate. Și aveau și partea asta de informare, unde puteai, tu ca mamă, să stai de vorbă cu un consilier, cu cine voiai tu, consilier în alăptare. Aveau tot ce voiai. Tu, în sistem de stat, nu trebuia să plătești absolut nimic. Asta este un mare minus la noi și poate și în alte țări, că nu cunosc, eu zic, ce-am trăit și ce-am văzut și consider că este absolut necesar să existe. Pentru că în spital, normal, nu poți să... Femeia pleacă după două zile acasă, după două-trei zile, nu poți să oferi. (Interviu 38)

[D]at fiind faptul că, practic, doar în colaborare cu asociații pot oferi servicii, practic în privat, nefiind decontat, nu au acces [la serviciile unei moașe] decât femeile din mediul social ridicat, cu salariu, care plătesc pentru serviciile mele. Da, deci e bariera financiară. [...] [Consecințele limitării accesului la serviciile unei moașe licențiate] sunt rata crescută a mortalității materne, infantile, risc crescut pentru boli cu transmitere sexuală, sarcini recurente la minore, asta așa, la prima mână. [...] [În perioada imediat următoare nașterii] au nevoie de susținere, de informații corecte, de ajutor, de încurajare [pe care nu le au suficient în prezent]. [Această situație ar putea fi îmbunătățită] prin integrarea moașei în sistemul public de sănătate. Da, dacă se implementează îngrijirea continuă cu moașa, atunci ar avea constant sprijin, și astfel s-ar putea identifica mult mai devreme problemele asociate cu sarcina, nașterea și post-partum. (Interviu 40)

Din păcate, ajungi să te rutinezi [ca medic] după așa mulți ani de practică și ajungi să nu mai pui așa mare accent pe sfaturile astea [puericultură]. Poate că e și greșeala noastră. Lăsăm mai mult în... să fie un subiect pe care îl abordează cei de pe secția de neonatologie după ce naște gravida, dar întotdeauna am sfătuit când a fost cazul. (Interviu 37)



Dificultăți în perioada post-natală

Depresia post-natală rămâne o experiență comună și dificilă. Din interviuri reiese că multe femei s-au confruntat cu simptomele depresiei, însă nu au avut acces la servicii de screening sau nu au fost informate despre existența unor servicii de specialitate. O parte recunosc simptomele, însă în lipsa accesului la sprijin specializat, sunt nevoite să își gestioneze singure stările de tristețe, anxietate, neputință sau disperare. Alte femei însă trec prin depresie postnatală fără a-și da seama și ajung izolate și neînțelese. Accesul limitat la servicii specializate articulat cu lipsa sprijinului familial creează o povară dublă, contribuind la un cerc vicios al neputinței: femeile continuă să se simtă că nu sunt mame suficient de bune sau pregătite, întărind sentimentul de neputință și agravând depresia. Uneori depresia poate atinge un punct critic, ceea ce indică lipsa atât a unei intervenții timpurii, cât și a unui sistem de suport adecvat, cu efecte negative pe termen scurt sau lung atât asupra mamelor, cât și asupra copiilor.

Screening-ul pentru depresia postnatală nu este o practică frecventă în România. În prezent, responsabilitatea pentru identificarea riscului de depresie postnatală revine cadrelor medicale implicate în consultațiile postnatale (medic de familie și moașă), care pot orienta lăuza către servicii psihologice sau psihiatrice specializate.¹ Însă, în condițiile în care numeroase femei din mediul rural, din comunități rom sau aflate în situații de precaritate nu au acces constant la aceste cadre medicale, șansele de a beneficia de sprijin adecvat în perioada postnatală scad considerabil. Absența contactului cu sistemul de îngrijire în această etapă fragilă face ca simptomele depresiei postnatale să rămână adesea neidentificate și fără soluții, cu consecințe semnificative asupra sănătății mintale a mamei și asupra relației mamă-copil.

În acest context, un alt aspect critic care reiese din interviuri este absența unui sistem de evaluare a sănătății emoționale postnatale și lipsa accesului la sprijin specializat, sistemul medical fiind centrat mai degrabă pe sănătatea copilului după naștere, ignorând bunăstarea emoțională a mamelor. În absența serviciilor specializate, multe femei se bazează pe familie sau încearcă să își gestioneze singure stările de depresie, indicând că un sprijin mai mare din partea partenerului (menționat ocazional de câteva dintre femeile intervievate) și a familiei extinse poate reduce semnificativ riscul depresiei postnatale.

Majoritatea femeilor din interviuri fie exclud ferm posibilitatea unei noi sarcini, fie nu au menționat explicit acest subiect, dar experiențele lor sugerează că o sarcină viitoare nu este o prioritate. Principalele motive pentru această atitudine sunt lipsa sprijinului, experiențele anterioare negative și dificultățile financiare. Pe de altă parte, femeile care au avut o rețea de sprijin solidă sunt mai puțin afectate emoțional de maternitate și ar putea lua în considerare o altă sarcină, indicând că decizia de a face mai puțin copii e mai degrabă rezultatul lipsei unui sistem de sprijin, decât o expresie a unei presupuse forme de emancipare. În ansamblu, interviurile sugerează că decizia de a avea copii este o alegere profund influențată de factori economici, sociali și emoționali.

1 Ministerul Sănătății (2021).

Experiențe cu depresia postnatală

Femei utilizatoare de SSSR:

Am intrat oarecum într-o depresie postnatală. Când l-am văzut pe copil în fața mea, automat m-am gândit unde să stau cu copilul așa pe stradă și am avut de gând să-l abandonez. (Interviu 25)

Da, am simțit asta [depresia]. Am simțit-o la gemeni. Nu [n-am apelat la servicii specializate]. Nu, nu știu [să existe screening pentru depresie]. Nu știu, că ar fi așa binevenite! Chiar ar fi nevoie de un soi de urmărire a mamelor, cred că după. Că vine depresia și nu știi, nu recunoști, nu-ți dai seama. Eu am fost un caz fericit, îi înțărcașem pe gemeni în clipa aia. Ajunsesem că mă gândeam... am numărat într-o zi cred că de peste zece ori când m-am gândit să-l iau în brațe și să sar cu ei de la etajul nouă. Și am zis că nu, nu se poate așa. Deci ce fac? Nu știu. Ar fi tare binevenit așa. Nu știu, pus un cip mamelor și urmărite. Și screening-ul ăsta la timp, înainte să fie prea târziu. Sau să simtă mamele sprijin când ajungi acasă și trăiești cu copilul singură. Și ok, este tată, dar probabil, posibil, are un job, se duce bine și ești doar tu cu copilul. Și persoane anxioase sau cu teren depresiv. Acolo poate interveni orice. (Interviu 21)

Am stat vreo trei săptămâni, aproape patru, bolnavă cu depresia asta după naștere. [...] Nu am trecut așa ușor peste depresie. [...] În timpul ăla, au venit sora mea și cumnatul meu acasă, pentru că eu nu aveam atunci telefon să apelez, nu aveam cine să mă ajute. Și au venit sora mea cu cumnatul meu și mai repede ei m-au dus la [numele orașului]. Și acolo am fost tratată și văzută altfel, față de la noi de la [numele orașului de domiciliu]. [...] Mi-a dat o rețetă, atâta că mi-a zis „îi dăm un tratament mai puternic ca să poată să vindece mama și stop lapte”, că dădeam piept atunci. Și m-am făcut bine, da. (Interviu 15)

Am fost într-o mică depresie, așa. Da, după naștere, dar mi-au spus că așa e, că-i normal. Lumea, așa, neamurile, că așa e normal să plângi din orice, din astea. Da, [știam că există servicii specializate], dar n-am apelat. (Interviu 32)

Eu nu [m-am confruntat cu depresia], dar cunosc persoane care da, s-au confruntat cu chestia asta. Chiar am o cumnată care... Uneori, după ce am născut, aveam seri, momente în care o apuca plânsul degeaba. Și, efectiv, plângea. [...] Fratele meu și-a luat concediu. Perioada în care ea era după sarcină. A stat o lună de zile. A stat zi de zi acasă cu ea, cu copilul. Practic, el s-a ocupat mai mult de copil. (Interviu 29)

Da, la primul copil m-am confruntat cu asta [cu depresia]. [...] Soacră-mea stătea numai cu mine, adică se mutase cu mine în cameră. Mama toată ziua era cu mine, cu bebelușul și cu soacră-mea. Adică nu m-a lăsat niciodată singură în astea șase săptămâni cu copilul. Pe mine mă linișteau, m-au învățat cum să alăptez copilul, să-l spăl. [...] M-am gândit [să apelez la servicii specializate pentru depresie], dar cum e și la noi, și la țară, am avut-o pe soacră-mea, Dumnezeu să o ierte, care m-a liniștit mult. M-a liniștit ea foarte mult. Ea a dat naștere la 7 copii. (Interviu 30)

Am zis că momentan mi-ajung [3 copii]. Eventual dacă o să fac un viitor mai bun și să nu mai am probleme, atunci poate, dar până atunci nu mai. (Interviu 27)

Furnizori de servicii SSR:

Nu [există screening], deși multe trec prin situații și nu realizează și imediat sunt izolate, sunt neînțelese, atât de familie cât și... Deci chiar ar fi nevoie. (Interviu 41)

Ce informații oferim noi sunt cu privire la cascada hormonală, postnatală, la semnele de depresie postnatală, să fie cumva... și asta facem cu ambii părinți, iar simptomele depresiei postnatale le subliniem la adresa tatălui, pentru a le identifica mai degrabă și mai rapid la mamă. Adică punem foarte mult focus pe asta, dar nu vă pot spune că e o chestie general valabilă. Ține de educația propriului doctor în parte. (Interviu 43)

Consimțământ

Lipsa consimțământului în contextul îngrijirii medicale perinatale rămâne un aspect comun al experienței femeilor cu serviciile specializate din România. Un studiu recent privind violența obstetrică în România a evidențiat multiple situații în care femeile nu sunt întrebate sau nu consimt la manevre medicale, proceduri, administrare de medicamente în timpul nașterii sau imediat după.¹ Experiențele unora dintre femeile intervievate în cadrul cercetării de față prezintă o realitate asemănătoare în care femeilor nu li se explică ce presupun anumite manevre medicale sau sunt informate doar parțial cu privire la procedurile medicale care li se aplică lor sau copiilor lor, în care studenții și rezidenții asistă la nașteri fără acordul femeilor care nasc sau în care femeile sunt atinse în mod abuziv de cadrele medicale fără să fie întrebate. Toate aceste practici indică o abordare paternalistă în care deciziile medicale sunt impuse pacientelor fără ca acestea să aibă un rol activ în deciziile ce le privesc, contribuind la erodarea autonomiei femeilor în procesul de luare a deciziilor medicale.

Consimțământul informat este un drept fundamental al pacientului, reglementat de legislația medicală și de drepturile omului, însă acesta ori nu este asigurat, ori reprezintă o practică formală sau incorect aplicată. Din mai multe interviuri transpare o practică a consimțământului descris ca un proces în care femeile au fost nevoite să semneze rapid mai multe hârtii fără a li se explica ce semnează sau în care au fost informate în privința unei proceduri doar după realizarea acesteia. În astfel de cazuri, femeile nu au șansa să ia o decizie reală, iar consimțământul devine doar o „semnătura pe hârtie”. Această practică a informării superficiale sau tardive contribuie la percepția femeilor asupra consimțământului ca neimportant sau ca simplă formalitate care trebuie îndeplinită rapid fără o explicație detaliată a procesului. În general, consimțământul informat trebuie să includă informații privind natura, riscurile și beneficiile procedurii sau intervenției medicale, alternative rezonabile cu riscurile și beneficiile aferente, precum și o evaluare a gradului în care pacientul a înțeles informațiile furnizate. De altfel, standardele Organizației Mondiale a Sănătății recomandă dezvoltarea și asigurarea practicilor privind consimțământul informat în serviciile medicale pentru o experiență pozitivă a nașterii.²

1 Grünberg et al. (2023).

2 OMS (2018).

Consimțământul rămâne încă un termen și o practică neobișnuită pentru multe femei care accesează serviciile perinatale. Mai multe dintre femeile intervievate nu au părut familiarizate cu noțiunea consimțământului în practicile medicale sau au părut surprinse de întrebarea care viza dreptul lor de a putea decide ce doresc în relațiile cu personalul medical. Cu precădere femeile din grupuri vulnerabilizate care au fost intervievate – fără venituri, din medii rurale sau periferic urbane, de etnie romă, din sistemul de protecție al copilului – și care nu sunt obișnuite să fie informate sau să participe activ la deciziile medicale, consideră această întrebare ca fiind neobișnuită. Într-o societate în care respectul față de autoritatea medicilor și a personalului medical este foarte puternic sau în absența unei relații de încredere între pacient și medic, pacienții, în special femeile, pot percepe întrebările legate de consimțământ ca pe o provocare la autoritatea acestora. Într-un astfel de context, femeile pot considera că medicul știe mai bine ce este mai bine pentru sănătatea lor, iar întrebarea despre consimțământ poate părea neobișnuită sau chiar jenantă. Acest lucru se poate întâmpla mai ales în situațiile în care femeile nu-și cunosc drepturile ca paciente și nu sunt obișnuite să aibă un rol activ în luarea deciziilor medicale pe fondul practicilor paternaliste în care pacientele – în special din grupurile amintite –, nu sunt neapărat considerate capabile să înțeleagă și să își exprime consimțământul.

Femei utilizatoare de SSSR

Mi se spunea că urmează să se întâmple [o manevră medicală], dar nu ca și consimțământ, ca informare. Și, asta pe de-o parte, și pe de-alta parte au fost și momente în care s-au înfipt asistentele cu mâna în sânul meu să-mi arate că am lapte, să mă strângă. Că de ce zic că nu pot alăpta? Că uite că ai lapte. Dar mi-era sânul... Manevră de aia abuzivă, știi? La care nu poți reacționa. Pur și simplu vine și-i bagă mâna și ești pur și simplu în fața faptului, știi? Chestia asta cu alăptatul. (Interviu 21)

La fii-mea m-au chemat să-i dau să sugă, dar eu nu am știut. Și nici copilul, cred că nu te ia prea bine. Și a venit una, știu că m-a luat așa de țâță, și i-a băgat la copil în gură. Și eu ce să ..., eu nu puteam să stau nici în fund, că eram cusută, că mă rupsesse, mă făcuse varză, cât m-au lăsat să mă chinui. Și n-am putut să-i dau lui fii-mea să sugă, și n-am știut, nici nu mai aveam cum să stau. [...] La al doilea [...], pe vremea aia, deja, nu știu, tot cam același sistem a fost, mi-a luat țâța, i-a băgat-o în gură. (Interviu 28)

Da, mi-a cerut acordul [în maternitate], pentru semnătură, tot ce este nevoie pentru medicamente. Dacă este nevoie de radiografie [pentru copil], cu semnătură, tot pe acordul mamei. (Interviu 14)

[M]i s-a cerut consimțământul pentru manevrele medicale pe care se făceau asupra copilului, dar, de exemplu, asupra mea niciodată nu mi s-a zis ce mi se administrează când aveam perfuzie și toate celelalte lucruri. [...] Păi, ce putem face? Nu poți să faci nimic! Stai și rabzi! (Interviu 3)

Nu mi-au cerut [consimțământul], m-au pus să semnez, nu m-au întrebat. (Interviu 30)

Furnizori de servicii SSR

Se cere [consimțământul] într-un mod dubios. Adică mama, în momentul în care se internează, e pusă să semneze rapid-rapid un teanc de hârtii, fără să i se explice neapărat ce semnează. Și în ceea ce privește celelalte proceduri, uneori da, li se cere consimțământ explicit, uneori nu. Doar după ce se întâmplă, sunt informate, dar nu vorbim de consimțământ aici. (Interviu 40)

De multe ori, noi cum suntem un spital universitar, vin studenții să vadă o naștere sau o operație cezariană și n-am auzit nici măcar o dată ca pacienta să fie întrebată dacă își dă acordul ca studenții să intre în sală. Deci este luat de bun că femeile au venit la stat să nască și trebuie să se supună nouă. Pentru că noi suntem noi – ai statului. Și nu mi se pare ok chestia asta. Eu aș comenta pentru că știu că există drepturile omului. Nu știu dacă există în legislația medicală, dar și acolo există drepturile pacientului. Dar cine știe de ele? Cine le spune pacientelor? (Interviu 38)

Relația cu personalul medical

Relația cu personalul medical rămâne caracterizată de discriminare etnică și rasială. Unul dintre cele mai frecvente și vizibile comportamente descrise este discriminarea etnică la adresa femeilor rome. Mai multe femei intervievate au menționat practici și atitudini rasiste ale personalului medical exprimate prin segregarea etnică a femeilor rome în saloane de maternitate, injurii și tratament disprețuitor, refuzul îngrijirii medicale, atenție necorespunzătoare sau mai scăzută decât cea acordată altor paciente sau comentarii derogatorii și generalizări despre etnia romă. Discriminarea subminează încrederea femeilor rome în sistemul de sănătate, iar acest lucru le face reticente să mai solicite ajutorul medical de care au nevoie sau să urmeze recomandările oferite, ceea ce le poate pune în pericol sănătatea și viața. În același timp, confruntate cu nevoia de îngrijiri medicale și rasismul sistemului medical, femeile rome sunt nevoite uneori să nu reacționeze de teamă că vor fi judecate sau că li se va refuza acordarea serviciilor medicale, pentru ele sau copiii lor.

Limitarea accesului la servicii medicale este amplificat de intersecția dintre etnie și clasă. Din interviuri rezultă că șpaga sau plățile informale sunt o măsură la care multe femei rome sunt nevoite frecvent să recurgă, indiferent de statutul lor socio-economic, pentru a putea primi îngrijirea și serviciile medicale de care au nevoie. Unele dintre femeile rome consideră că șpaga e o practică universal aplicată în sistemul medical tuturor femeilor care doresc servicii de calitate, indiferent de etnie, menționând situații în care mai degrabă femeile sărace au fost umilite sau tratate cu neglijență pentru că nu au putut da șpagă. Alte femei punctează că personalul medical așteaptă mai degrabă plăți informale de la romi, pe fondul deja al prejudecăților rasiste. Pentru femeile rome sărace sau în situație de precaritate economică și care nu pot plăti suplimentar pentru serviciile publice la care au dreptul deja, discriminarea e potențată atât de disprețul medicilor atât față de romi, cât și față de persoanele sărace.

Experiența femeilor care au nevoie de îngrijiri perinatale e marcată în multe rânduri de forme severe de violență obstetrică. Mărturiile femeilor intervievate ilustrează multiple situații în care personalul medical a folosit limbaj agresiv, jignitor, amenințări, intimidări, lipsă de grijă, comentarii umilitoare sau o atitudine agresivă în timpul unei perioade vulnerabile cum e cea dinaintea sau din timpul nașterii. Din interviuri reies și situații în care personalul din maternitate e indiferent la nevoile și dorințele femeilor, nu le oferă suficiente informații și nu le explică procedurile sau în care se simt judecate pentru că provin din zone rurale. Experiențele cu precădere ale femeilor rome și sărace în interacțiunile cu personalul medical sunt adesea marcate de o violență extremă și de un tratament profund dehumanizant din partea personalului medical. Discriminare etnică și socio-economică se reflectă în acte de violență verbală severă sau indiferență și condescendență brutale care aduc atingere demnității umane și induc traume profunde. Femeile povestesc, printre altele, despre refuzuri directe de îngrijire, umiliri publice și comentarii răuvoitoare, precum și despre alte forme de violență verbală și emoțională cu un impact considerabil asupra sănătății fizice și emoționale, descurajându-le să acceseze din nou serviciile de sănătate și contribuind astfel la perpetuarea marginalizării și violenței structurale.

Nu există un cadru eficient care să le permită pacientelor femei să își exprime nemulțumirile și să contribuie astfel la îmbunătățirea calității serviciilor medicale. Din interviuri reiese că nu există mecanisme de feedback la nivelul serviciilor medicale sau că instrumentele existente, cum ar fi chestionarele care pot fi completate de pacienți la externare, sunt ineficiente – fie pentru că nu sunt accesibile persoanelor care nu știu să scrie și să citească, sau nu permit înregistrarea reacțiilor pacienților în timp real, ori pentru că nu generează o reacție instituțională. Mai multe femei au subliniat că nu au fost întrebate direct despre experiențelor lor cu personalul medical, ceea ce le-ar fi dat ocazia să se plângă de comportamente abuzive sau tratamente necorespunzătoare. Chiar și așa, de multe ori, nemulțumirile verbale nu sunt luate în serios, iar femeile se simt neputincioase să schimbe situația și își pierd încrederea într-o eventuală responsabilizare a sistemului. Discriminarea și tratamentele inechitabile care nu sunt investigate sau sancționate corespunzător conduc la o normalizare a comportamentului abuziv și la perpetuarea unui sistem în care drepturile pacientului nu sunt respectate.

În prezent, nu există în programa obligatorie a studenților la universitățile cu programe de studii în domeniul sănătății din România cursuri privind diversitatea și nediscriminarea, și nici ca cerință privind un număr specific de credite pe care personalul medical să-l realizeze ca parte a formării lor profesionale continue. Discriminarea poate fi combătută prin implementarea unor politici și strategii care să promoveze egalitatea de tratament și respectul față de diversitatea culturală în sistemele de sănătate. Educația și formarea continuă a personalului medical, precum și dezvoltarea unor politici care să asigure accesul echitabil la servicii de sănătate pentru femeile din grupuri vulnerabile, sunt pași importanți pentru a crea un sistem de sănătate mai incluziv, mai sensibil și centrat pe pacient. Cu toate că mai multe dintre respondentele din cadrul acestui studiu (utilizatoare și furnizori de servicii) au subliniat importanța și necesitatea acestor formări, expunerea la aceste informații survine în prezent, de regulă, doar în contextul participării voluntare la cursuri furnizate de organizații ale societății civile sau a profesării în sisteme medicale din alte țări cu o practică medicală mai incluzivă.

Experiențe cu personalul medical

Femei utilizatoare de SSSR

Cu mine [medicul de familie] se comportă foarte urât. Deci, când ne vede, face deosebire între romi și români. Deci, când mă duc, că am probleme de câteva luni de zile cu durerea de burtă, îmi spune, „nici nu trebuie să te văd”. Sunt asigurată, doar am pierdut cardul. „Nici nu trebuie să te văd. Ieși din ochii mei afară!” Eu mă rog de el, domnu’ doctor, măcar o rețetă să-mi dați cu bani. [Îmi zice] “N-aveți voie acum să intrați înăuntru. Fă-ți programarea în altă zi!” Când mă duc tot așa la fel. (Interviu 14)

[Personalul ar trebui] să aibă mai multă răbdare și dacă vede în momentul în care eu, de exemplu, când am fost cu copilul la două săptămâni [după naștere] la spital, în loc să se grăbească, să fie pe fugă, ar putea să stea să-mi explice de ce trebuie să-i dea perfuzie la copil, să-mi explice cauzele care ar putea să-l afecteze. (Interviu 25)

Nu mi-a plăcut un pic comportamentul [medicului în timpul nașterii]. Pentru că cu primul [copil] am fost, de fapt cu toți [copiii născuți] am fost ruptă. Cu primul, în timpul durerii, în timpul expulzării, când am tras aer în mine și am dat înapoi aerul, fără să-mi dau seama, că-n durerile alea nu mai realizezi... în timpul ăla mi-a ieșit saliva pe gură. Și s-a oprit medicul și a spus, ce faci, mă scuip pe mine. Și în timpul ăla am zis, iertați-mă, iertați-mă, nu mi-am dat seama, n-am vrut, au fost durerile. Și atunci moașa de lângă mine, având o vârstă, îi zice „Domnu’ doctor, e la prima naștere”. Și atunci s-a mai domolit doctorul. Și după ce am născut, în timp ce mă cosea, nu anestezie, nu nimic, groaznic. Și atât am întrebat cât timp durează cusătura. Și-o zis “cât vreau eu, până dimineața dacă e nevoie te țin!” Și n-am mai zis nimic ca să scap odată, să mă lase în pace. Deci pe doctorul acela nu l-aș recomanda la nicio naștere. (Interviu 24)

[În momentul când m-a ridicat de pe patul de la terapie intensivă, nu a fost blândă cu mine, m-a ridicat pur și simplu ca pe un sac, iar în acel moment am făcut hemoragie, lăsându-mă acolo, spunându-mi să aștept pentru a duce o altă persoană pe salon, iar când s-a întors, s-a uitat la mine și a spus, „vai de mine, cum te îngrijesc eu, nici mă-ta n-o face!”. După ce m-a schimbat, după ce m-a ajutat să mă pun în scaunul cu roțile, mi-a spus, „cred că merit și eu un espresso și o ciocolată caldă”. Și atunci am scos bănuții și i-am dat, și după, mi-a fost adresată întrebarea, „nu ai dureri, nu simți nimic?” Și am zis, ba da, „atunci poți să-i dai și colegei mele ceva pentru a-ți face un calmant”, ceea ce toate aceste lucruri ar fi trebuit să fie de la sine, pentru că ele erau deja plătite pentru acest serviciu. (Interviu 17)

Să vă dau un exemplu, scriam mai încet, că mă puneau să scriu asistentele de acolo și am zis să mă scuze un pic, eu scriu mai încet că n-am carte și... Mi-au zis „ce rușine!” Adică au fost, de fiecare dată, la oriunde, adică am mai fost și la... am mai fost la un control, așa, la particular, unde am născut ultima sarcină. Am avut niște contracții și m-am dus fără să fie medicul meu acolo. Și o doctoriță, tot așa, o rasistă, m-a controlat ea și era atât de nervoasă și se uita la mine. Îi era scârbă să pună mâna pe mine, pur și simplu. (Interviu 31)

Vorbeau și așa cu insulte. I-auzeam când vorbeau chiar cu alți pacienți care erau tot la fel de necăjiți ca mine. Tot la fel se comportau ca și cum s-ar comporta cu un câine, așa se comportau cu noi. Ne lăsau pur și simplu să stăm acolo în pat, bolnavi. (Interviu 16)

În momentul consultației, femeia este deja vulnerabilă, este temătoare, are o frică de medici. Mi s-a întâmplat de foarte multe ori să-mi spună, „N-am mai fost de atâta timp la control”. „De ce?” „Pentru că la ultima consultație am avut o experiență urâtă.” (Interviu 35)

Nu mi s-a întâmplat doar o singură dată [să se comporte personalul medical urât pentru că sunt de etnie romă]. De mai multe ori. Și am fost la spital și doctorii de la spital spun „ei, Ț*****i, fac copii sau pierd copii și vin pe capul nostru”. Ceva prostii vorbesc [doctorii], dar mi-e mie rușine să zic cum vorbesc. (Interviu 15)

Foarte urât. Foarte urât. Nu numai cu mine [a avut personalul medical un comportament rasist], mai erau fete de la noi din [numele comunei], din comuna [numele comunei]. Și erau vorbite și văzute foarte urât de toți medicii, de toți. [...] Sigur că ne afectează pe toate fetele, ne afectează și pe toată lumea. Pentru că dacă altcineva e văzut altfel și altul e tratat altfel. [...] De multe ori am refuzat [să merg la medic când aveam nevoie] pentru că știam că nu... nu suntem primite, nu. (Interviu 15)

Da, la spital ne făcea Ț*****i. Că Ț*****iăștia vin și fac numai tărașoi. [...] Nu am zis nimic, am tăcut. (Interviu 20)

Nu îmi ziceau pe față, dar simțai că ești, cum să zic, altfel decât pacienta de lângă tine, care era de alta etnie. [...] Am renunțat [uneori să apelez la servicii medicale], zic, „ei mai mă duc, iau o pastilă și stau în casă, [decât] să-mi zic aia cine ce, mai bine mă lipsesc. (Interviu 11)

Mă simt foarte jenată pentru că, de câte ori vorbim [cu personalul din maternitate], nu ne ascultă. Deci, vorbele noastre parcă le aruncă și ei ne spune „ei, da, lasă-mă acum, vorbește când este nevoie sau când te întreabă cineva”. (Interviu 14)

Unele cadre medicale au fost empaticе, dar au existat momente în care am simțit că sunt tratată fără respect. [...]Da, uneori am simțit că sunt judecată pentru că provin dintr-o zonă rurală. (Interviu 9)

Am mai stat cu fetele acolo, în spital, și da, au fost jignite. Din astea care veneau de la țară, care n-aveau, erau amărâte, rău. Alea chiar ... nu s-au uitat la ele, și mai și nășteau natural și le lăsau acolo să se chinuie. (Interviu 32).

Păi, discriminarea a existat și va exista în permanență. Asta este de când m-am născut și de când am avut contact. Dar am fost rezervată, nu m-a deranjat în așa fel încât să îmi fac să facă discriminarea asta vizavi de mine. [...] Despre discriminare am auzit multe. [...] [Femeile] N-au avut încotro și au acceptat situația având nevoie de serviciile lor [medicale]. (Interviu 5)

Am avut o perioadă cu copilul care s-a ars la mână și fiindcă, dacă n-am știut carte, dacă nu eram trecută atunci prin doctori să merg, să-ntreb, m-am dus și am întrebat pe domnul doctor. Deci domnul doctor mi-a spus "îți faci o poză și-mi aduci să-i văd mâna la copil." Și după aia l-am întrebat "domnu' doctor, vă rog frumos, ce înseamnă aia grefă?", că i-a spus la asistentă să ia o bucată de grefă și să-i pună la mână. Și eu atunci am întrebat ce înseamnă aia grefă? "Te duci pe piață, îți iei o grefă [grapefruit], o desfaci și i-o pui la mână." După aia, o asistentă, o doctoriță mi-a zis "nu, mama C., stai liniștită, că trebuie să-i ia de la picioruș și să-i pună la mână." Și atunci chiar m-am supărat, că am fost luată direct prea la mișto. Dacă-s mamă și stau cu copilul în spital, nu trebuie să-mi spună, dacă eu îl întreb "uite, măi, mamă, ce înseamnă, uite, asta, asta, asta (...)." Și după aia am început, am sunat, am vorbit cu fetele [de la organizația neguvernamentală], am vorbit cu ele, le-am spus în ce fel este tratat copilul meu și eu. Și după aia [personalul] a început să zică că "tu trebuia să suni în altă parte, să vorbești cu altcineva, tu, o *****ă care nici nu știi să-ți spui numele tău ca lumea, nu știi data la copilul tău când este născut și ai încercat să suni unde nu trebuia." Și atunci i-am zis "da, că am și eu drept și trebuie pentru copilul meu, e copilul meu și e dreptul la copilul meu!" Și după aia au început și i-au curățat mâna, palma, că i se umflase și de trei zile nu-i făcuse absolut nimic, nici calmant, nimic, nimic, nimic. Și când am făcut gălăgie, atunci au început. (Interviu 19)

Din păcate, am avut o experiență acum doi ani la spitalul [numele spitalului] cu un medic anestezist. Mi-a vorbit foarte urât. Și da, m-am simțit umilită, [ca] o persoană de nimic. [...] Am încercat să mă calmez eu singură, că eram pe mâinile lor, pe mâna ei ca anestezistă și că o să treacă. [...] Pentru că voiam să plec cât mai repede de acolo și să nu mai știu de spitalul respectiv. (Interviu 33)

Cunosc un caz în care nu medicul s-a purtat urât, ci femeia de serviciu, infirmiera. Eu eram internată și o doamnă de etnie română, amărâtă, foarte amărâtă, soțul ei venea tot timpul beat după ea la spital, nu avea decât o singură cămașă de noapte și una de la spital, și pe perioada cât a fost internată, spăla pe rând o cămașă, până se usca o pune pe cealaltă, și tot timpul așa. Și mi-aduc aminte că a cerut într-o seară soțului ei să-i aducă săpun și un Bic că urma să-i facă, să o ajute să nască. Acela, bineînțeles că n-a venit toată ziua, a venit seara târziu, când deja pe la 10 jumate seara a venit infirmiera să o ia s-o ducă la spital, să o ducă în camera de naștere, să nască. Și când s-a întors, reacția infirmierei la noi în salon a fost că, uite, am ajutat-o și pe jechoasa aia, și n-avea niciun ban, e săracă, e împruțită... Deci nu vrei să știi ce a fost la gura ei! Și am rămas așa un pic, că nu, încercam să înțeleg purtarea de dinainte, când a venit și a luat-o frumos, „hai mămica, hai că te ajut, hai că nu știu ce.” Și după aia, reacția aia dură, urâtă, când s-a întors la noi în salon să ne spună că era supărată, de fapt, că ea n-a primit niciun ban, că aia a văzut că era săracă, săracă, chiar n-avea săracă, femeia n-avea niciun ban. Și aia m-a durut foarte tare, dar așa eu niciodată n-am avut, n-am întâlnit, n-am avut probleme. (Interviu 29)

Păi n-aveai cum să fii [ca femeie romă] la fel tratată cu toate. Că și la nașteri la fel era. Uite, când am fost la [numele copilului] nu l-am avut cu mine în salon, te duceai la alăptat, și acolo la fel, erau saloane de românce și saloane de ț*****i. Când se duceau româncele la control, când ne duceam seara, când naști – cum era la noi, cel puțin – te duceai special la spălături. Și când se duceau româncele, pe-alea le țineau. Deci ele știu ce le făcea acolo, le descânta. Știi? Când intram noi, ne mișca mai repede. (Interviu 28)

Uite, femeile de etnie romă nu erau tratate la fel. Eu am văzut. Sau... femeile mai puțin educate sau din... Eu știu, din mediul rural care nu știau ce drepturi au. Se simțea lipsa de educație și atunci nu știau să ceară, să spună, să... (Interviu 21)

Din păcate, în România, încă nu s-a [schimbat percepția societății despre femeile rome care accesează servicii SSR]... Suntem tot în aceeași situație. Dacă te duci la un control și ești de etnie romă, ești tratat altfel. Mai ales dacă te mai și vede în portul [tradițional], să te duci în fustă, sau din astea, deja... (Interviu 28)

Cred că pe oriunde în spitalele în România, diferența între romi se face și mai ales dacă nu le dai șpagă. E ceva dezastru [...] Da [cred că romii trebuie să dea mai mulți bani decât românii], pentru că romii, așa cred ei... că romii n-au școală, sunt mai înapoiți, mai... ne fac furăcioși. (Interviu 30)

Iar eu ți-am zis, de câte ori am ajuns la doctor, pentru că la noi asta a fost, am știut-o de mici copii. Când te duci la doctor, trebuie să ai bani. Dacă n-ai bani, nu te duci la doctor, stai acasă. Și cum eu nu prea am avut bani, eu nu prea m-am dus la doctor, știi? Cam așa a funcționat. (Interviu 28)

[A]lte paciente erau tratate bine, că dădeau bani. Dar eu nu aveam bani și îmi dădeau o pastilă și atât tot. [...] Nu, nu am avut ocazia [să-mi spun nemulțumirile legate de personalul medical], că mi-a fost frică. [...] Pentru că tot timpul s-au comportat foarte urât. Nu ne-a întrebat nimeni nimic și nu făcea nimeni nimic pentru noi. (Interviu 16)

Pentru că, adică, eu încercam să, într-un fel sau altul, să le mituiesc, știi, ca poată se comporte cât de cât. Sau să-mi spună ceva, sau să... [...] Știi, bunica mea spunea așa, că... Bine, cred că am luat-o de la ea când spunea, "Dacă ești pe mâna lor [a personalului medical], taci din gură." Asta îmi spunea. (Interviu 31)

Nu [cred că faptul că sunt romă a influențat modul în care medicul s-a purtat cu mine]. Era o șpagă care aștepta bani. Pentru că credea că doar așa se fac lucrurile, doar cu bani. Și ca ea am mai întâlnit un spital în care am fost internată cu băiețelul pe care l-am născut primul. Am avut ocazia să asist la o conversație între o pacientă româncă și un medic care i-a spus pe față că dacă îmi dai atâția bani și vrei să naști cu mine, doar pe data de pot să te ajut să naști, dacă vii mai târziu de data respectivă, nu o să te asist la naștere și banii nu ți-i pot da înapoi. Adicăăștia sunt oameni care se rezumă doar la bani și nu neapărat la etnie, la culoare ... Pentru că sunt medici pe care îi cunosc în alte spitale, iau o grămadă de bani și nu-i deranjează că tu ești rom, român, ț***n sau ce mai ești. Important e să îți ia banii și să termine ceea ce e de terminat cu tine. (Interviu 29)

Nu, până acum nu [am avut ocazia să-mi spun părerea privind serviciile oferite de personal medical]. N-am fost de nimeni întrebată. Doar ce am discutat în familie, dar altfel, nu. (Interviu 5)

Nu mai aveai tupeu să-i mai întrebi „care este problema, cum este, cum mă simt și eu, cum e uterul meu, când să vin și eu la un control”. Dacă ei ziceau vorbele alea și te jigneau, lăsați capul jos și nu mai spuneai absolut nimic. (Interviu 19)

N-am mai zis [că asistenta se purtase urât cu mine] pentru că și domnul doctor... adică nu stau prea mult cu tine la discuții, nu te întreabă absolut nimic, decât te pun pe o masă, dacă te duci la un control sau și dacă stai internată în spital ”te simți bine, nu te simți bine, te doare ceva, nu te doare”, dar nu te-ntreabă „S-a purtat frumos cu tine personalul? E totul ok cu asistenta?”, adică nu-ți pun întrebări din astea. (Interviu 30)

Furnizori de servicii SSR

Grupurile dezavantajate au dublă, dacă nu triplă stigmatizare. Cred că sunt, din cât de știu eu, mult mai puține resurse pentru femeile rome și pentru femeile cu dizabilități. Cred că sunt discriminate și cred că nu ajung la calitatea serviciilor medicale completă, la calitatea maximă. Adică îmi imaginez că ar putea fi refuzate de către un doctor. Adică nu îmi imaginez, știu cazuri de [femei care] [a]u fost refuzate. Femeile rome au fost refuzate. Adică nu neapărat refuzate, dar pe principiul acesta de nu mai am loc. [...] La ginecolog. (Interviu 43)

Există o diferențiere foarte mare [între femeile rome, sărace, cu dizabilități și alte femei]. Există foarte multă discriminare și foarte multă ură. Eu așa o simt. Câteodată te identifici. Există și nu știu cum ar putea fi prevenită sau cum s-ar putea face, pentru că la noi avem o cultură pentru asta (Interviu 38)

Din păcate, atât în sistemul sanitar, cât și în sistemul acesta [al sănătății reproductive], discriminarea încă se poate vedea în modul în care sunt tratate femeile de etnie romă și efectiv, sunt lăsate cu dureri, sunt lăsate acolo, poate o zi și o noapte până nu mai au putere, până când cineva merge să se uite la ele. De exemplu, din nefericire la [numele orașului] am avut un salon unde erau numai femeile de etnie romă. (Interviu 41)

Am văzut din păcate în stagiile de ginecologie foarte mult, jumătate din medici erau empatici, știau cum să vorbească cu pacienta, să-i ceară consimțământul și așa mai departe, dar cealaltă jumătate se comportau ca și cum a venit un pachet de organe la ei, nu un om. Și chiar țin minte o naștere naturală, naștea o adolescentă romă și era foarte greu, era foarte obosită, era foarte greu să împingă. Și asistenta și cu doctora i-au urlat ”împinge că îți omori copilul!” și efectiv m-am cutremurat când am auzit. Eu eram studentă în anul I atunci, doar asistam și mă gândeam dacă eram eu în locul ei, păi nu mai împingeam, renunțam și gata. Mai ales că adolescenta probabil nici nu-și dorea acel copil. Și s-a mai întâmplat în alte ocazii, dacă vine o pacientă de etnie romă, doctorii între ei își spun că e de etnie, și așa mai departe. Și e așa un mediu foarte ostil de multe ori cu privire la femeile astea. (Interviu 42)

Foarte puțini cei [pacienții] care vorbesc, sunt foarte puțini și, da, majoritatea se conformează, deși este în detrimentul tuturor, și a lor, și a celor care vor veni după, că poate, poate dacă mai multă lume ar spune care este problema, s-ar face ceva. S-ar remedia. [...] [Nemulțumirile până acum au fost legate] de condițiile din spital, serviciile de masă și, câteodată, și de personal. La noi, puține cazuri, dar cazurile care ar fi trebuit reclamate nu au fost, care, din punctul meu de vedere, ar fi trebuit. Nemulțumirile verbale au fost transmise [...] Da, se primește un chestionar de satisfacție, care este anonim. Dar, în majoritatea cazurilor, deja după ce s-au externat, au și uitat. Și, acum, pacienții care nu știu să scrie, să citească, ce facem cu ei? Că verbal nu se face nimic. (Interviu 38)

Ar fi fost bine [să existe modalități de feedback]. Dar nu am auzit de niciun chestionar, nici online, la care să aibă acces pacienții, nici afară. Am văzut în alte clinici private, de obicei, că există un loc unde sunt chestionare pe hârtie. Și pacientul înainte să plece acasă poate să-și completeze chestionarul lor. Dar aici nu există. Probabil și pentru că este spital de stat și nu întreabă nimeni pacientul cum i s-a părut consultul. (Interviu 42)

Violența de gen

Prevenirea și intervenția în situații de violență de gen sunt componente esențiale ale spectrului serviciilor de sănătatea sexuală și a reproducerii. Acestea pot fi facilitate, de exemplu, prin (i) servicii de prevenire și screening pentru identificarea situațiilor de violență (furnizate de medicul de familie sau alte categorii de personal socio-medical ca medicii școlari, asistenții medicali comunitari, mediatori sanitari, moașe, psihologi școlari); (ii) referire către servicii specializate și eventual integrate de tip adăpost, consiliere psihologică și/sau sprijin juridic; (iii) îngrijire de urgență prin furnizarea contracepției de urgență, a profilaxiei post-expunere sau a tratamentului pentru ITS pentru victimele agresiunilor sexuale, servicii de medicină legală, consiliere psihologică; (iv) sprijinirea deciziilor privind sănătatea reproductivă prin facilitarea accesului la contracepție, servicii sigure de avort sau îngrijire prenatală sau (v) intervenția de lungă durată la nivelul comunității prin educație și conștientizare privind prevenirea și intervenția în cazuri de violență de gen, precum și sprijinirea grupurilor de sprijin și a rețelelor de supraviețuitoare. Rezultatele cercetării de față evidențiază bariere multiple privind accesarea acestui tip de servicii, atât prin prisma numărului mic de servicii dedicate la nivel local, a lipsei informațiilor privind existența acestor servicii sau a modului inefficient de intervenție a autorităților.

Violența de gen, cu precădere cea domestică, rămâne o experiență comună a femeilor, indiferent de mediul de proveniență sau statutul socio-economic. Din interviuri rezultă că abuzul fizic, verbal și psihologic sunt situații cotidiene și aparțin unui tablou al violenței normalizate în care abuzul nu este perceput ca fiind excepțional, ci ca parte a vieții de zi cu zi, ceea ce face uneori dificil ca femeile să conștientizeze gravitatea situației lor, să își perceapă experiențele ca fiind încălcări ale drepturilor și ale corpului lor sau să acționeze. Normalizarea violenței afectează mai departe felul în care tinerii se raportează la violență, în lipsa unui punct de referință care să le permită să distingă ce este acceptabil și ce nu în relațiile interpersonale, și poate duce la perpetuarea unui ciclu vicios, în care tinerii devin ei înșiși victime sau agresori în relațiile lor viitoare.

Experiențele cu violența de gen sunt marcate de neputință, lipsă de sprijin sau anxietate și pot avea un impact sever asupra femeilor care se regăsesc în asemenea situații. Din unele interviuri transpare ori lipsa de intervenție din partea comunității, sugerând o normalizare a violenței la nivel social, ori, acolo unde există, aceasta e punctată de lipsa unor pârghii necesare pentru intervenții semnificative în viețile femeilor care se confruntă cu astfel de situații. În multe situații, violența e considerată o problemă privată, iar comunitatea nu intervine prea des în cazurile de abuz, mai ales când abuzul provine din partea partenerilor. Această atitudine de non-intervenție este uneori motivată de dorința de a evita conflictele interne și de a menține coeziunea comunitară, chiar cu prețul ignorării unor situații grave – o atitudine criticată explicit de unele dintre femeile române interviuate. În acest context, unele femei au menționat că nu ar interveni într-o astfel de situație și nu *s-ar băga* în familia unei femei cunoscute care ar trece prin așa ceva, în timp ce altele au indicat disponibilitatea promptă de a *sări* să ajute o altă femeie din proximitate care ar trece prin violență fizică domestică.

Accesul la informații privind modalitățile de acțiune și formele de sprijin la care pot apela femeile în situații de violență de gen rămâne limitat. Mai multe femei au sugerat că nu au informații despre ce le-ar ajuta în situații de violență, pentru unele, *primul pas* fiind să *fugă* sau să *se ferească* din fața agresorului în caz de violență domestică sau să ceară sfatul familiei extinse. Informațiile existente sunt obținute ad-hoc prin prisma experiențelor repetate cu violența în viața de zi cu zi, din mediul online, de la prieteni sau familie, sau de la asistenta socială, mediatoarea sanitară, organizații neguvernamentale sau autorități locale care ori au servicii specializate, ori desfășoară inițiative dedicate în comunități din mediul rural, campanii naționale la televizor și rareori de la medicul de familie. Lipsa informațiilor accesibile despre serviciile disponibile le pune uneori pe femei în situația de a face eforturi extraordinare pentru a găsi ajutor în situații limită care le pot pune viața în pericol. Serviciul de urgență 112 rămâne cea mai cunoscută soluție la care femeile pot apela, în timp ce doar câteva dintre femeile interviuate au menționat ordinul de protecție ca măsură care poate fi aplicată în sprijinul femeilor în asemenea situații.

Este nevoie de servicii de sprijin accesibile și vizibile care să poată fi accesate rapid în situații de violență de gen. Din interviuri a reieșit un decalaj între nevoile reale ale femeilor care se confruntă cu violența de gen și sprijinul oferit de autorități prin informații sau servicii specializate, precum și importanța unei intervenții instituționale, sugerându-se că autoritățile au atât responsabilitatea, cât și capacitatea de a organiza sesiuni de informare privind violența de gen și modalitățile de intervenție. Acest lucru indică faptul că, în prezent, în unele locuri, astfel de inițiative încă lipsesc, sau, dacă există, ele nu ajung la persoanele vulnerabile, fiind evidențiată nevoia de universalizare a accesului la servicii, astfel încât fiecare femeie să știe unde poate apela în caz de violență domestică.

Intervenția și sprijinul autorităților în situații de violență de gen e privit când cu suspiciune, când ca primă soluție. Din interviuri au reieșit și experiențe alarmante de neglijare instituțională a supraviețuitoarelor violenței domestice și sexuale însoțite de o profundă neîncredere în sistemul de justiție și a capacității poliției de a oferi o protecție reală, unele femei temându-se că agresorii pot scăpa nepedepsiți datorită corupției sau a manipulării anchetei. Poliția nu este privită ca un serviciu care poate oferi sprijin real sau protecție în astfel de cazuri. Una dintre femeile interviuate a povestit un episod în care a fost nevoită să mintă că fusese supusă violenței din partea partenerului domestic, temându-se de violența care cel mai probabil avea să escaladeze după plecarea Poliției care nu luase vreo măsură, în timp ce în altă situație în care femeia avea nevoie urgent de intervenție, Poliția pur și simplu nu a venit. În același timp, mai multe femei au indicat că Poliția este prima instituție la care ar apela în astfel de situații și că, în primul rând, au încredere în cadrul legal existent ca formă de protecție.

Tinerii din comunitățile rurale sunt vulnerabili la abuzuri online, cum ar fi bullying-ul și alte forme de abuz digital. Una din femeile interviuate a subliniat că adolescenții sau copiii nu sunt întotdeauna conștienți de gravitatea acestor forme de abuz online și nu știu cum să se protejeze sau să solicite ajutor, putând deveni victime ale unor practici dăunătoare, cum ar fi „revenge porn” sau manipularea pentru exploatare sexuală. În România, există legi care protejează victimele de abuzuri online (Legea nr. 506/2004 privind protecția datelor cu caracter personal și Legea nr. 161/2003 privind combaterea infracțiunilor informatice), dar educația digitală care să evidențieze potențialele abuzuri din mediul online este insuficientă, mai ales în mediile rurale.

Experiențe cu violența de gen și informarea privind serviciile specializate

Femei utilizatoare de SSSR

Oarecum [am învățat despre formele de violență și cum să acționez, cum să cer ajutor] pe stradă. Pentru că, automat, când te expui ca fată pe stradă și în nopțile târziu, automat trebuie să-ți meargă mintea, că trebuie să stai undeva unde sunt camere, unde îi multă lume, să nu fii niciodată singură. Deci, eu [am învățat]. (Interviu 25)

Aici mă gândesc că ar fi o legătură între și cei de la Consiliu [Local] [...] Chiar m-am gândit azi, vara, că dacă aș fi avut puterea aia, la câte ședințe se fac.. O dată pe an, să zic, o dată la câteva luni, să se facă o ședință într-un cămin [organizată de autoritățile locale] sau unde se poate, pentru violența în familie. [...] Deci informația să ajungă la toate fetele care au nevoie. (Interviu 24)

Sincer, nu [am informații despre serviciile care pot fi accesate în caz de violență]. Singurul pe care îl știu e 112, dar niciodată nu poți să fii sigură cu 112, fiindcă nu știi dacă persoana respectivă [agresorul] are pile pe la poliție sau nu, și dacă are pile, normal că se scoate foarte ușor și poate să dea și vina pe tine, spunând că tu erai persoana respectivă care ai vrut să ai contact sexual și tu ai vrut să ai un sex așa mai tare, adică *hardcore*, cum ar veni. (Interviu 26)

Dar trăiesc în familii abuzive și disfuncționale. Unde tata chiar dacă nu îi lovește, dar îi abuzează verbal sau e foarte mult alcool în zona asta. Trăiesc în asemenea familii. Cred că abuzul a devenit ceva normal. (Interviu 21)

[...] Înjurături de față cu minorele, cu fetițele, bătaii multe. Sau mă amenință că mă dă afară din casă, că-mi taie capul cu drujba, că bagă cuțitul în mine. Și în seara când au fost, în ziua când am... m-a aruncat afară din casă și mi-a zis că dacă nu plec din casă, bagă cuțitul în mine. [...] De centrul ăsta am aflat eu că am zis "bă, hai să încerc să scriu pe internet, pe Google, să vedem ce găesc." Și am găsit că scria de adăpost fără adresă, că este loc secret, și-am încercat să sun. (Interviu 27)

Am sunat prima dată [la Poliție]. Am zis problema, că am geamurile sparte, sunt singură, fără bărbat, numai eu cu copiii în casă, și au zis [că] o să vină un echipaj de poliție. Dar nu a venit niciodată. Nu a venit. [...] Încerc să o ajut [dacă văd un bărbat că își bate soția]. Să sun la poliție sau să vorbesc. Alții spun [că] dacă este vorba de soț și soție și dacă noi primim răspunsul „nu vă băgați”, poate că nu ne băgăm. Dar dacă ea țipă după ajutor și strigă, poate că o ajută sau ar ajuta-o. (Interviu 15)

Făcând parte dintr-o comunitate în care predomină etnia romă, și aici mă refer la comunitatea din care provin, foarte mulți aleg să nu bage de seamă pentru că mai târziu să nu rezulte alte probleme între ei. Deși este un lucru foarte greșit. Eu una nu pot sta să privesc așa ceva. Nici nu am asistat și nici nu-mi doresc să asist. Însă din auzite, pot să vă spun acest lucru. (Interviu 17)

Da, [am] foarte mare încredere [în legi]. Acolo aș recurge [în situații de violență]. Noi nu avem nicio putere. Legea trebuie să hotărască. Și violență domestică și violență. [...] Da, am primit sprijin. Eu sunt în [această] situație, soțul mă bătea mereu, nu puteam să trăiesc. Și m-am dus la organele statului și i-au dat amendă și i-au pus restricție. (Interviu 1)

[Dacă văd că pe o femeie o bate partenerul] aş trimite-o la poliție, domnule, să ia măsuri. Să ia măsuri. Să nu stea să sufere, să plece! [...] Aş sari acolo s-o ajut. [...] Lumea doar se uită şi nu se bagă. (Interviu 2)

De multe ori, dacă este în familie, din partea partenerului, lumea nu prea reacţionează. Dar dacă este din jur, adică dacă cineva străin se leagă de o persoană, lumea se bagă, normal că se intervine. (Interviu 3)

Depinde cum e violenţa. Dacă e doar o violenţă doar pe "vorbim, ne certăm, ridicăm tonul unul la altul", se rezumă la asta... Dacă e o ceartă care, nu ştiu, implică scandal grav, bătaie sau aşa, n-am trecut prin asta, adică să fie extra... dar cred că-ţi dai seama, suni la poliție, pleci. Adică nu poţi să mai stai în acelaşi loc. Dacă partenerul este foarte agresiv şi nu se poate controla şi de fiecare dată agresiunile sunt mult mai intense şi mult mai dese, clar îţi iei un ordin de protecţie, te despaţi, divorţ, separare... [...] M-am documentat pentru ele [informaţii despre ce să faci în situaţii de violenţă], pentru că sunt multe prietene de-ale mele şi multe femei care sunt în astfel de situaţii şi atunci eu chiar le-am oferit aceste sfaturi. Inclusiv să meargă la un centru de adăpost pentru femeile în această postură, pentru că câteva dintre ele nu aveau unde să plece şi nici familie care să le susţină. (Interviu 29)

Pentru că cel puţin eu văd la mine în casă şi în comunitate... era ceva normal femeile să mănânce bătaie. Şi când mi-a venit şi mie rândul, la fel s-a întâmplat. Adică până când n-am mai suportat eu ca să zic aşa, nu s-a întâmplat nimica. [...] Păi da, eu reacţionez la toate. Mă bag peste tot. Când e vorba de orice, da. Agresiune şi verbală şi fizică. Că dacă e vorba de prietenele mele, a fost cazuri cum ţi-am zis, la noi în cartier toată lumea îşi bate nevasta, te duci peste ei în casă. Adică şi dacă, şi acum, dacă cineva, nu ştiu, are nevoie de ceva şi ştiu că cineva are vreo problemă, încerc să-i ajut, încerc să fac. (Interviu 28)

Nu, n-am vorbit niciodată [cu medicul de familie despre violenţă], pentru că nu ne-a întrebat şi nu ne-a zis nimeni nimic. Probabil că dacă m-ar fi întrebat, stăteam de vorbă cu el, dar dacă nu ne-a întrebat şi nu era interesat de treaba asta... (Interviu 16)

Furnizori de servicii SSR

Sunt puţine [femei] care deţin informaţii despre resurse [care pot fi accesate în situaţii de violenţă domestică]. Marea majoritate poate nu văd o problemă reală, ci aşa au avut şi bunica şi mama. Adică ce au văzut în familie li se pare normal. Iar cele care au anumită pregătire sau dintr-un cerc mai înalt, nu apelează la resurse. Le cunosc foarte bine, [nu apelează] din cauza imaginii. Pentru că sunt persoane publice. (Interviu 39)

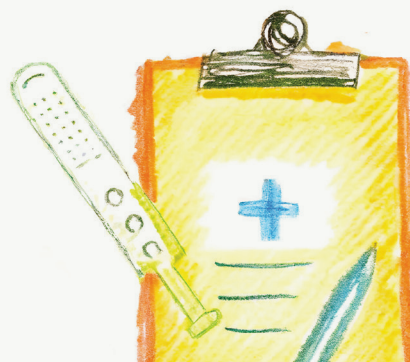
Nu [femeile nu au informaţii despre cum să procedeze în situaţii de violenţă]. Şi eu sunt medic deja, ar trebui chiar să ştiu eu în primul rând toate detaliile astea şi nu le ştiu eu, şi mi-e greu să cred că femeile care sunt în situaţiile astea cunosc procedurile. [...] În primul rând trebuie simplificată procedura în sine. O persoană care e victimă, spre exemplu, a violenţei sexuale trebuie să treacă printr-o mie de proceduri şi să se plimbe de colo încolo pentru că nu există niciun fel de coordonare între spital, poliție şi toţi factorii implicaţi. Deci, o coordonare mai bună şi o instruire mai bună a oamenilor care se ocupă cu asta. (Interviu 42)

Contracepție și educație sexuală

În România, educația sexuală este marcată de o serie de provocări și lacune semnificative. Deși prevăzută parțial de legislația națională ca parte integrantă a curriculumului școlar opțional,¹ educația sexuală în școli din România se confruntă cu provocări semnificative, inclusiv cu o implementare limitată și o legislație care condiționează participarea adolescenților de acordul părinților. Un raport recent² evidențiază caracterul limitat al educației sexuale furnizată în școli care vizează mai degrabă aspecte medicale sau științifice ale aparatului reproducător, și nu acoperă aspecte esențiale privind sănătatea sexuală și reproductivă cum ar fi contracepția sau consimțământul. Consecințele acestui sistem deficitar transpar sub forma informării inadecvate a tinerilor, care recurg adesea la surse nesigure, precum rețelele sociale sau internetul, pentru a învăța despre sănătatea sexuală și reproductivă. De asemenea, dezinformarea și miturile despre sex sunt frecvente, lipsa unei educații sexuale cuprinzătoare constituind o barieră importantă, printre altele, în procesul de planificare a sarcinilor, contribuind astfel la rate ridicate ale sarcinilor în rândul adolescentelor.

Accesul la informații despre contracepție din surse formale rămâne limitat. Din interviuri reiese că, în multe cazuri, femeile sunt insuficient informate despre opțiunile privind contraceptivele disponibile, iar informațiile pe care le primesc provin în mare parte din surse informale, cum ar fi prietenii sau alte femei sau de pe internet. Ocazional, femeile menționează informațiile primite de la organizații neguvernamentale sau de la asistentul medical comunitar sau mediatorul sanitar. Cu toate că medicul de familie ar trebui să joace un rol crucial în informarea pacienților privind acest aspect, din interviuri reiese că acest lucru nu se întâmplă de obicei, una dintre femei menționând chiar refuzul agresiv al medicului de familie de a îi explica modalitatea de utilizare a contraceptivelor. În lipsa accesului la informații, unele femei ori înțeleg contracepția ca pe o modalitate ireversibilă care nu le permite să mai rămână însărcinate sau sunt lăsate să navigheze singure în căutarea unor soluții, le *descoperă* pe măsură ce încep să le folosească și eventual se confruntă cu consecințele informațiilor greșite primite privind utilizarea contracepției, cum ar fi sarcinile.

Costul și disponibilitatea metodelor contraceptive sunt bariere semnificative pentru femeile care doresc să își controleze fertilitatea. Experiențele femeilor intervievate sugerează că barierele financiare pot juca un rol decisiv în alegerea metodei contraceptive și în utilizarea acesteia, limitând opțiunile disponibile pentru femeile din medii deprivat. Costurile ridicate ale unor metode (cum ar fi pastilele contraceptive sau prezervativele) sau lipsa lor în farmacii pot forța femeile să ia decizii care influențează semnificativ viața și sănătatea sexuală și reproductivă. În absența unui sistem public care să subvenționeze metodele contraceptive de bază și să asigure distribuția lor constantă, responsabilitatea este transferată exclusiv asupra femeilor, ceea ce afectează în mod direct cele mai vulnerabile categorii – femeile din mediul rural, cu venituri reduse sau de etnie romă – care nu dispun de resursele necesare pentru a-și exercita drepturile reproductive.



¹ În prezent, Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului prevede derularea sistematică în unitățile școlare, începând cu clasa a VIII-a, cu acordul scris al părinților sau al reprezentanților legali ai copiilor, de programe de educație pentru sănătate, în vederea prevenirii contractării bolilor cu transmitere sexuală și a gravidității minorelor (Art. 46, Alin. (3) i).

² Plan International (2024).

Accesul limitat la informații și resurse privind sănătatea sexuală și reproductivă poate întări presiunea socială și normele culturale privind utilizarea contracepției și planificarea familială.

Percepția unora dintre femeile de etnie română intervievate este că frecvența scăzută a utilizării contraceptivelor survine și pe fondul unei presiuni sociale semnificative asupra unora dintre femeile rome de a deveni mame, nașterea fiind percepută ca un rol esențial al femeii în cadrul familiei și a comunității. În timp ce experiența uneia dintre femeile rome intervievate indică într-adevăr rezistența (fără succes) a familiei la decizia ei de a folosi contracepția pentru controlul fertilității, alte interviuri desfășurate cu femeile rome în cadrul cercetării configurează o imagine în care influența normelor și valorilor sociale e potențată și de alți factori. Planificarea familială presupune adesea consultații medicale și acces la resurse financiare sau servicii publice, ceea ce poate fi dificil de obținut de femeile dintr-o comunitate unde accesul la sistemul de sănătate este deja limitat. În acest context – al accesului limitat la servicii de sănătate din cauza barierelor economice sau a discriminării deja evidențiate mai sus –, „planificarea familială” poate deveni o noțiune irelevantă și o practică inaccesibilă pentru multe femei rome.

Utilizarea contraceptivelor poate surveni într-un context în care nu sunt asigurate condițiile pentru o decizie informată.

Steriletul sau legarea trompelor au fost amintite de mai multe femei rome ca metode contraceptive recomandate de medici imediat după naștere sau de alte cadre medicale, cum ar fi asistentul medical comunitar. Din unele mărturii, e neclar dacă alegerea acestei metodei contraceptive a fost precedată de o discuție riguroasă în care au fost furnizate informații despre alternative contraceptive, beneficii și riscuri, pentru a garanta o decizie informată. De altfel, una dintre femeile intervievate chiar indică o practică întâlnită în care femeilor rome tinere care recurg la legarea trompelor mai degrabă nu li se explică ce presupune această intervenție, în timp ce altă femeie povestește o situație în care mama sa a fost sterilizată în spital într-o situație în care nu a putut consimți la procedură, aflându-se în stare de inconștiență. În acest context, și în special în perioada imediat următoare nașterii, influența autorității medicului care recomandă doar steriletul sau legarea trompelor poate cântări greu în luarea acestei decizii dacă femeile nu sunt încurajate să exploreze opțiuni multiple. Steriletul sau legarea trompelor necesită intervenție medicală atât pentru montare sau efectuare, monitorizare pe durata utilizării steriletului, cât și pentru extragere sau reversie, demersuri costisitoare în special pentru femeile care se confruntă deja cu precaritate economică.

Legarea trompelor poate funcționa ca soluție contraceptivă în lipsa altor opțiuni accesibile financiar pe termen lung sau în situații în care contracepția hormonală e contraindicată (așa cum reiese din unele interviuri), însă sugerarea exclusivă a acestor metode pentru femeile de etnie romă, ridică îngrijorări legate de încălcarea drepturilor reproductive și eradicare etnică. În același timp, recomandarea exclusivă a steriletului, în absența consilierii adecvate, a prezentării unor opțiuni alternative și a sprijinului pentru monitorizarea post-aplicare, poate fi percepută ca o formă de constrângere reproductivă, cu atât mai problematică în cazul femeilor rome, deja afectate de bariere multiple în accesarea serviciilor de sănătate. În multe cazuri, corpurile și fertilitatea femeilor rome pot fi văzute de personalul medical ca fiind mai „ușor de gestionat” prin astfel de metode de contracepție, fără a lua în considerare nevoile lor specifice, dorințele sau circumstanțele. Sterilizarea forțată, constrânsă sau influențată a femeilor rome face parte din istoria Europei din secolul XX în mai multe țări ca Cehoslovacia, Ungaria, Suedia, Norvegia, și chiar mai recent în Cehia și Slovacia după anii '90.¹ În plus, în Slovacia, femeile rome au fost în mai multe rânduri expuse practicii montării steriletului fără consimțământ, de exemplu, prin condiționarea externării imediat după naștere de montarea steriletului sau de refuzul medicilor de a extrage steriletul după perioada maximă de utilizare.²

1 European Roma Rights Center (2016); Center for Reproductive Rights (2003). Raportul din urmă a identificat 140 de cazuri de sterilizări fără consimțământ, dintre care 110 în perioada postcomunistă. În 2011 și 2012, mai multe dintre femeile în cauză au câștigat la CEDO procese împotriva Slovaciei pentru sterilizare involuntară.

2 Center for Reproductive Rights (2003: 63-4).

Fără o educație sexuală adecvată, tinerelor le este greu să înțeleagă și să aleagă metode contraceptive sigure și potrivite pentru ele. Lipsa furnizării educației sexuale oferită sistematic în școli creează un vid de informație care este adesea umplut de zvonuri și informații eronate. Chiar și atunci când există profesori care încearcă să compenseze această lipsă prin educație informală, nu toți elevii beneficiază de acest sprijin, iar cei care ar avea nevoie de el nu sunt întotdeauna deschiși sau capabili să solicite ajutor. Astfel, tinerii rămân vulnerabili în fața riscurilor legate de sarcinile precoce, infecțiile cu transmitere sexuală și alte probleme de sănătate. În același timp, mediul familial este de multe ori nepotrivit pentru discuții despre sănătatea sexuală și reproductivă: copiii evită să se îndrepte înspre părinții lor când au curiozități, iar părinții nu sunt întotdeauna pregătiți să discute cu copiii lor despre aceste subiecte nefiind informați despre importanța educației sexuale. Acest lucru accentuează sentimentul de izolare și confuzie al tinerelor, perpetuând un ciclu de ignoranță care poate afecta negativ dezvoltarea sănătoasă a adolescenților. În acest context, e cu atât mai importantă prioritizarea educației sexuale comprehensive, furnizată fără acord parental de personal medical, social sau didactic care să fie format, monitorizat și evaluat continuu, pentru a asigura interesul superior al copilului și adolescentului.

Experiențe și percepții privind utilizarea contracepției și educația sexuală

Femei utilizatoare de SSSR

Eu prima dată când am rămas însărcinată aveam 22 de ani, dar din păcate a fost un avort, pe care nu mi l-am dorit. A fost spontan, nici nu știam că sunt însărcinată. (Interviu 3)

La 19 ani [am auzit de metode contraceptive]. Eram aici la școală. Nu la școală, mi-a zis o colegă de școală, în Mureș. Și aia mi-a spus "vezi așa, faci așa." Și am zis "lasă-mă, tu." [...] De prezervative [mi-a zis]. Și am zis "lasă-mă tu, că nu știu încă. Văd eu pe viitor ce se întâmplă." Și cu prima [sarcină] s-a întâmplat că nici nu ne-am așteptat la așa ceva. [...] Mai știu eu iarăși un lucru de când am fost de am născut-o pe cea mică. M-au întrebat dacă vreau să-mi leg trompele. (Interviu 27)

Mi s-a spus [despre metode contraceptive] la spital, un medic [mi-a spus], fiind necăjită, să folosesc medicamente ca să nu mai rămân însărcinată, ca să nu mai fac prea multe avorturi. [...] Când aveam al treilea copil, la nu mai știu câți ani sigur. Dar n-am luat foarte mult timp pentru că-mi făceau rău și m-am oprit. Și a trebuit să apelăm la metodă să ne ferim. (Interviu 16)

Nu, nu aveam posibilitate de bani să le iau [pastile contraceptive], că nu știam atunci să țin pastile, cum să iau. Am zis dacă pătesc ceva, dacă dau într-o hemoragie, dacă ferească Dumnezeu și așa. Așa nu, lasă să fac copii cât o vrea Dumnezeu să fac, decât să pătesc altceva. (Interviu 13)

Primul copil l-am născut fără să știu și după ce am născut, am luat pastile [contraceptive] să nu-l mai fac pe al doilea. Și după aia nu mai aveam de unde să iau [pastile] și am rămas [însărcinată]. [...] Mi-am dorit eu, pur și simplu [să iau contraceptive], că știam ce-i chinul la un copil. Și după aia îmi era frică să mai fac al doilea copil. (Interviu 12)

Eu mi-am pus sterilet de la vârsta de 25 de ani. [...] Mulți mi-au spus să pun sterilet, ca să nu mai [rămân însărcinată]. Eu n-am niciun venit, să spun, n-am nimic, n-aveam unde să stau, să mai fac copii și să îi... N-am condiții. Și de asta m-am hotărât să-mi bag sterilet. (Interviu 20)

Am aflat la 19 ani [despre pastilele contraceptive], după ce am născut prima fetiță. Știam că se dă de la medic. Făceam o copie de buletin și mă duceam și eu gratuit, că nu aveam farmacie în sat. Nu știam. Eu fiindcă n-am întrebat la domnul doctor cât se ia, poate nici nu mi-a explicat, că ne dădea "ieși!".. așa cu piciorul. Eu luam câte 4-5 zile, apoi câte 3-4 zile nu luam nimic. Și am rămas la 6 luni cu fetița asta care are 16 ani acum. M-am trezit, „mamă, ce se mișcă în burtă, că țin pastile.” Când m-am dus la [numele orașului], că aici [în localitate] nu mi-a făcut nimica, am fost la maternitate să fac un control, m-am dus, mi-a zis, „da, ai boala cu ochii”. Și am zis să le folosesc [pastilele]... Am întrebat acolo în maternitate cum s-a făcut, cum să le iau și m-au învățat. (Interviu 14)

Disponibilitatea și costul metodei pot spune [că au influențat decizia de a folosi metode contraceptive], dar și informațiile primite de la medic. [...] Da, de exemplu, la farmacie nu aveau produsul pe care mi-l recomandase medicul. (Interviu 9)

Da, acum nu au fost [familia] de acord cu steriletul, [partenerul] mai voia un copil, dar [eu am decis că] nu. (Interviu 5)

Da, păi eu am avut sterilet, că așa mi-a spus doctorul, de probleme din astea medicale, că la cezariană trebuie să stai 2 ani ca să nu mai dai naștere. [...] Păi eu nu prea am folosit [metode contraceptive], dar eu atunci mi-am pus sterilet, că așa mi-a zis de la medic, să îmi pun sterilet. Dacă aveam copii mai mulți și aia, era cazul să folosesc, că nu mergeam să fac abort, decât să folosesc o metodă din asta contraceptivă. (Interviu 7)

Alți medici se bucură, să știți, că se bucură când vede pe cineva că vine sau că vrea să își lege trompele, că în general, când văd o romă de-a noastră... adică am mai auzit fete care... primul lucru [medicul] le spunea, "hai să naști cezariană și să-ți legăm trompele, că ai copii mulți," de la ei venea, pur și simplu. Și ele spuneau "bine." Adică știu foarte multe fete care și-au legat trompele, doar că le-a spus medicul, că ele habar n-aveau și au făcut-o. (Interviu 31)

Păi la mama clar au fost [tratamente abuzive din partea medicilor], [...] și la ultimul chiuretaj era să moară, eram noi destul de mari.. Și doctorul practic a luat decizia și i-a legat trompele, știi? Dar ea atunci intrase în comă sau ceva de genul, nu mai știu exact cum a fost atunci, dar ea n-a știut practic, nu și-a dat consimțământul, știi? (Interviu 28)

Nu, nu am primit astfel de informații [despre metode contraceptive], dar mai știam și eu câte ceva de pe internet, ce mai auzeam și eu la alte femei. (Interviu 3)

La noi este... că suntem o religie penticostală și alții nu ne dă chiar un "da" de a face un abort sau să ținem anti-concepționale. Ei ne zic "dacă este de la Domnul, să vină copiii". Dar fiind noi fetele mai așa, cu mintea... să nu mai avem atâta grijă pentru copii, chiar să avem și noi, pentru noi, am zis să ne mai oprim și noi din a da naștere. Mai ținem și noi anticoncepționale ca și așa am născut de mici. (Interviu 14)

Nu, nu au fost gratuite. Am plătit pe două cutii, 50 lei. Nu mai știu exact. Le-am luat de la farmacie, pur și simplu. [...] Știam că trebuie să iei câte una [pastilă contraceptivă] în fiecare zi să nu rămâi însărcinată, atâta tot. Dar nu știam ce reacție ai după ce le iei sau dacă îți priesc, nu îți priesc. Am zis că niște pastile care te protejează, că nu-ți face nimic rău. (Interviu 30)

Furnizori de servicii SSR

În primul rând, încă nu este predată educația sexuală în școli. Deci, încă găsești foarte multe fete care habar n-au că dacă ai un contact sexual, tu poți să rămâi însărcinată. [...] Multe din ele nu își permit să își cumpere planul sau pachetul de contraceptive, pilula de zi, nu își permit (...). Unele chiar au zis "Doamna [numele persoanei intervievate], vă rog frumos, ajutați-mă. Nu am bani cu ce să-mi iau" sau în ultima vreme, tot mai insistent și tot mai multe femei își doresc legarea trompelor. Nu mai își doresc copii "Doamna [numele persoanei intervievate], ajutați-mă că nu mai vreau să am copii, nu mai pot să fac copii", deci unele sunt conștiente. Dar, din lipsa resurselor și, oricum, subiectul de sterilizare e foarte fin și are o linie pentru că putem să trecem pe partea cealaltă în care spunem că e o eradicare din punct de vedere etnic. (Interviu 41)

Nu știu, dacă ar fi să o evaluez [informația privind contracepția] așa pe o scară de la 1 la 10, cred că aș zice că nu depășește nota 5. Fiindcă în continuare se apelează mult la avort. Nu atât de mult ca în urmă cu 15 ani sau cu 10 ani, dar în continuare se apelează mult și nu se folosesc [mijloacele contraceptive]. Deci nu știu dacă 30% din pacientele care vin să solicite avort apelează la o metodă de contracepție, deși sunt consiliate, constăți cu neplăcere că după 5 luni sau 6 luni de zile revin cu aceeași problemă. Deci nu este suficientă informare. (Interviu 37)

Marea majoritate a pacientelor își doresc copii. Cele care sunt la al șaselea, șaptelea, optulea nu își mai doresc, dar nu știu că au posibilitatea de a face ceva în sensul ăsta. Sau sunt îngrădite de familie, dacă știu. Cele care știu, nu sunt lăsate și vor, nu vor [trebuie să păstreze sarcina]. Vorbim aici mai mult de populația romă, care femeia de etnie [romă] trebuie să existe pe Pământul ăsta, să-i facă la bărbatul său atâția copii cât îi duce uterul. Din păcate. Și multe dintre ele și-ar dori [să nu mai facă copii], dar le e frică. Au mai fost și medici care, în funcție de vârsta pacientei, pentru că aveau o vârstă foarte tânără, au refuzat, deși pacienta a cerut, medicul a refuzat să facă legarea trompelor. Pe motive religioase, pe motive ..., nu știu care au fost motivele. (Interviu 38)

Au fost fete din comunitate care după nașterea a 2-3 copii au considerat faptul că este de ajuns. Atunci noi am încercat cu ajutorul Direcției de Sănătate Publică și prin ședințele pe care le-am avut referitor la reproducere și servicii de sănătate sexuală, să luăm legătura cu medici ginecologi care le-au implantat sterilet. Fetele, mergând acolo cu ajutorul programărilor, s-au planificat și au făcut ele exact cum trebuia planificarea de contracepție și planificarea familială. (Interviu 36)

Nu există informare de la medicul de familie [despre contracepție], care ar trebui să se ocupe de treaba asta. Din familie, mamele sau, mă rog, părinții, nu există. Din punctul meu de vedere, nu există. Dacă persoana în cauză se interesează, da, reușește să ajungă la un centru de informare sau la un medic sau cineva, oricine, un asistent medical, care poate să-i informeze. Dar dacă nu, nu i se pune în față informarea. [...] Trebuie lucrat cu medicii de familie, după părerea mea, care să-i informeze, așa cum au toate reclamele pentru pastă de dinți și ce știu eu ce mai au pe acolo, pe hol, să existe și asta. Pentru că este o parte foarte importantă din viața oricui. Și fetele trebuie să știe care sunt opțiunile pe care le au. Și să poată să aleagă. Pentru că și din familie, de multe ori, mie, mama, de exemplu, nu mi-a vorbit niciodată despre asta. Dacă nu aș fi avut prietene, nu aș fi știut că pot să iau un contraceptiv. Sau că există prezervative. Din păcate, la țară, oamenii nu prea vorbesc despre asta. Dar medicul, medicul... Mai demult erau dispensarele acelea unde te puteai duce. Acolo ar trebui să fie ... unde oricine să se simtă în siguranță și să poată... Deci ajunge informația la persoană mai ușor. (Interviu 38)

Avort

Accesul la serviciile publice de avort sunt semnificativ limitate fie de refuzul medicilor de a efectua avorturi, ori de costurile aferente. Sistemul public de sănătate din România oferă servicii de întrerupere de sarcină doar în anumite condiții, iar în multe spitale se refuză efectuarea procedurii din motive religioase sau morale.¹ Așa cum reiese din unul din interviurile realizate, în contextul unor politici restrictive sau neoficiale impuse de conducerea spitalelor,² unii medici recurg la codificarea avortului sub alte diagnostice – precum „sarcină oprită în evoluție” – pentru a putea asigura accesul femeilor la întrerupere de sarcină și a evita sancțiuni administrative. Astfel, deoarece majoritatea spitalelor publice au eliminat sau restricționat accesul la avort, multe femei sunt nevoite să apeleze la clinici private, unde procedura este mai rapidă și mai accesibilă, însă costurile sunt considerabil mai mari, ceea ce înseamnă că doar femeile cu resurse financiare își pot permite să acceseze aceste servicii fără obstacole. În același timp, interviurile au confirmat că întreruperile de sarcină se efectuează contra cost inclusiv în sistemul public, dar chiar și în această situație, sumele rămân prohibitive pentru femeile cu venituri mici sau necesită eforturi disproporționate. În plus, majoritatea femeilor intervievate nu au fost informate de medici sau nu le este cunoscută opțiunea utilizării avortului medicamentos ca metodă mai puțin riscantă și intruzivă față de cea chirurgicală, drept urmare nu ar ști să-l solicite în situația în care ar avea nevoie de întrerupere de sarcină. Singura experiență cu această metodă de avort este a unei femei care se afla în momentul respectiv în altă țară din Europa.

Accesul la avort este puternic influențat de factorii economici, iar femeile din medii vulnerabile sunt cele mai afectate. Costurile asociate unui avort variază în funcție de tipul unității medicale (publică sau privată), localizarea geografică, metodele utilizate și necesitatea unor consultații suplimentare. Pentru multe femei, costul procedurii de întrerupere de sarcină nu este singura barieră economică. Accesul la servicii de avort implică cheltuieli suplimentare: transportul către clinicile sau spitalele din alte orașe, eventuale consultații medicale obligatorii înainte și după procedură, și, uneori, costurile pentru medicamentele post-procedură. Femeile cu venituri reduse sau instabilitate financiară se confruntă cu o dilemă – fie duc sarcina la termen fără a avea mijloacele necesare pentru a crește un copil, fie fac eforturi mari pentru a plăti un avort –, aflându-se în fața unei decizii dificile. Femeile care nu își permit să plătească pentru un avort *nu au încotro* și sunt adesea forțate să ducă sarcina la termen, chiar dacă acest lucru le afectează profund calitatea vieții.

1 O cercetare recentă a indicat că 552 din 959 de unități medicale publice și private (57,5%) nu oferă servicii de întrerupere a sarcinii la cerere. În plus, 90% nu redirectionează pacientele către alte unități, contrar obligației prevăzute în Codul Deontologic al medicilor, iar dintre cei care susțin că o fac, peste jumătate indică instituții unde serviciul nu este, în realitate, disponibil. AMI (2024). Un raport recent al Human Rights Watch din 2025 prezintă o imagine complexă asupra barierelor de acces la servicii de avort în România, inclusiv motivele invocate de medici și spitale.

2 O investigație recentă a indicat că refuzul spitalelor din România de a oferi servicii de avort la cerere este rareori reglementat oficial: din 116 spitale analizate, 34 nu oferă astfel de servicii, iar doar două au emis o decizie administrativă scrisă în acest sens. (Oncioiu, D., et al. (2023).

În același timp, o altă percepție asupra avortului – împărtășită, de exemplu, și de unul dintre cadrele medicale intervievate în cadrul cercetării, dar recognoscibilă și în discursul public sau profesional mai larg despre avort – îl prezintă ca pe o procedură la care femeile, inclusiv cele cu mulți copii sau aflate în situații de precaritate, reușesc să apeleze chiar și în condiții financiare dificile. În această viziune – rezonantă cu un imaginar mai larg la nivel social privind responsabilitatea reproductivă – accesul la avort nu este văzut ca fiind obstrucționat de bariere economice, ci este pus în relație cu o presupusă lipsă de responsabilitate în utilizarea metodelor contraceptive. În unele cazuri (cu precădere legat de femeile rome, fără educație sau precare), avortul repetat este chiar interpretat ca o formă improprie de contracepție, ceea ce adâncește percepția că femeile aleg în mod conștient să evite metodele preventive și contribuie la construirea unei imagini stigmatizante. Femeile care întrerup sarcini în mod repetat sunt privite mai degrabă prin prisma deciziilor individuale, fără a fi luate în considerare cauzele structurale care limitează constant accesul la servicii de planificare familială: lipsa consilierii susținute, costurile metodelor contraceptive, lipsa personalului medical în proximitate, absența unei relații de încredere cu medicii, dar și experiențele anterioare de stigmatizare sau umilință. Această distanță între perspectiva profesională și realitățile trăite ale pacientelor riscă să transforme recursul la avort într-un indicator mai degrabă al eșecului personal, și nu al eșecului sistemic de a oferi opțiuni accesibile și sprijin continuu.

Procedurile de avort în serviciile publice pot conduce uneori la complicații grave. Câteva dintre femeile intervievate au povestit despre experiențe cu avorturi efectuate în unități publice, care au dus ulterior la complicații grave, fiind nevoite să apeleze la servicii medicale de urgență în capitală sau în alt spital municipal. Pe de o parte, femeile din mediul rural sau cele din familii sărace sunt, de obicei, mai vulnerabile în fața acestui tip de riscuri, deoarece au acces limitat la servicii medicale de calitate, iar costurile ridicate pentru clinici private sau tratament adecvat le pun într-o situație precară. În același timp, unele femei inclusiv din medii urbane mari au descris experiențe extrem de dureroase cu avortul chirurgical efectuat cu anestezie locală ca fiind traumatizante și abuzive. Astfel de experiențe sugerează inegalități structurale în accesul la servicii sigure de întrerupere a sarcinii, care afectează atât femeile din medii vulnerabile, cât și pe cele din medii urbane, atunci când sistemul public este marcat de lipsa resurselor, atitudini neglijente sau distante din partea personalului medical și intervenții realizate în condiții care ignoră nevoile fizice și emoționale ale pacientelor.

Accesul femeilor rome la servicii de avort este afectat și de discriminarea etnică. Câteva dintre femeile intervievate au subliniat dificultățile cu care se confruntă femeile rome care au nevoie de servicii de întrerupere de sarcină, lovindu-se inclusiv de refuzul personalului medical fie din cauza modului de exprimare, a portului tradițional sau a veniturilor mici. În aceste situații, femeile sunt nevoite să recurgă la insistențe sau plăți informale pentru a beneficia de servicii esențiale și a fi tratate corespunzător. Aceste situații reflectă manifestări ale rasismului instituțional, în care accesul femeilor rome la servicii medicale de bază este condiționat implicit de conformarea la norme majoritare de limbaj, înfățișare sau statut social.



Experiențe cu accesul la servicii de întrerupere de sarcină

Femei utilizatoare de SSSR

Pentru că la noi, în spital, când am fost maternitate, mi-a zis că nu se mai face [avort]. Și... fiind mai îndrăzneță, am căutat o clinică particulară. (Interviu 14)

N-am știut [de posibilitatea de a face avort medicamentos], că n-am fost informată, deși ambele sarcini erau foarte mici. (Interviu 33)

Mi-a făcut avortul, mi-a lăsat resturi în mine, am dat în septicemie, când nu m-a curățat bine. [...] A trebuit să mă rog de surorile mele de la București, ca să merg la un medic în București, de mi-a extras puroiul, m-a chiuretat și m-au băgat pe perfuzii ca ajunsese la 35 de kg din cauza asta. [S-a întâmplat asta pentru că] așteptau bani și n-am avut de unde să le dau bani. Nu aveam serviciu, nu lucram, n-aveam cu ce să... Abia mă întrețineam eu cu copiii. [...] Greutățile, necazul, sărăcia [m-au determinat să fac avorturi]. Asta m-a determinat. N-am vrut să fie copiii născuți și crescuți, chinuiți. (Interviu 16)

[Copilul] L-am pierdut aici, acasă. Și când m-am dus cu salvarea, cu ambulanța, la [numele orașului], nu mai știam nimic de dureri, de alea, cum era atunci și... Acolo, la [numele orașului], când m-am dus, mi-a făcut chiuretaj pe viu. (Interviu 15)

În primul rând, sărăcia. Sărăcia duce la avort. Acum, încă a mai evoluat. Mai au puteri puțin diferite oricât de pauperă ar fi pacienta. Mai are informație că mai există un contraceptiv, că mai există un prezervativ, că nu știu ce. Dar sărăcia... Ele când vin, veneau... Acum vin și la clinică, dar faptul că la recepție li se spune că nu se face, nu mai ajung la noi în cabinet. Înainte, da, sărăcia. Sărăcia, lipsa, lipsa unui serviciu, a unei locuințe. Asta determină avortul. (Interviu 35)

Am fost să avortez pe al patrulea copil. Dar nu s-a putut, din cauză că era mare. (Interviu 20)

De două ori am născut și mi-a părut bine să fac doi copii și la urmă am făcut întrerupere pentru că nu aveam posibilitatea să îi mai creștem, că mai voiam. (Interviu 1)

Păi, unele [femei] chiar nu au avut [bani să facă avort]. Păi, le-au dat naștere. Nu au mai stat să se gândească ce o să-i ofere aceluia copil. Au luat decizia în funcție de posibilitatea financiară. (Interviu 5)

Cred că da [unor femei rome le-a fost greu să găsească un loc unde să facă avort], din cauza modului de exprimare a noastră a romilor, din cauza portului nostru, cum ne îmbrăcăm. Cred că da, unora da. [...] Ca și soluții, insistă până reușesc. Se roagă de ei, le dau așa-zisa șpagă, ca să fie băgate în seamă și tratate corespunzător. (Interviu 33)

Da, în unele momente, da [a influențat identitatea mea de femeie romă cu venituri mici demersul de a găsi beneficia de avort]. Dar dacă ai bani, se comportă mai bine. Dacă nu, nu prea ești văzut cum trebuie. [...] Da, știu cunoștințe care n-au avut posibilitatea [să facă avort] și au rămas cu copii. [...] N-au avut bani, da, exact. (Interviu 32)

Deci, murdărisem cabinetul sus și dâșii mi-au pus pampers până să mă chiureteze. Doamna doctor m-a chiuretat. Mi-a spus, "măi fetițo, cum să nu sângerezi? Tu puteai să dai în septicemie, să mori, Doamne-ferește!" Dacă mai stăteai acasă 2-3 zile, nu mai stăteam de vorbă, amândouă, față-n față, mi-a spus dânsa. Și zic, "păi, cum așa? Că domnul doctor mi-a spus că sunt ok." "Nu ești ok." Domnul doctor ți-a făcut ție... decât a zgâriat copilul cum ar veni. L-a zgâriat puțin acolo, a scos foarte puțin din el, dar el trei sferturi e în tine. El nu ți-a făcut niciun chiuretaj. [...] Acum, la ultimul chiuretaj, pot să spun că am fost tratată abuziv pentru că m-a durut foarte rău, exagerat de rău. I-am și spus "opriți-vă, domnu' doctor, că dacă nu vă opriți, leșin acum!" Acolo a fost ceva abuziv. (Interviu 30).

Da, știam că din păcate cele care ieșim din sistem [de protecție a copilului] cam spre asta [avort] ne ducem. După un an, doi de la ieșirea din sistem, rămânem gravide, chiar dacă am făcut activități pentru protejare. Eu am îndrumat [alte tinere care au fost în sistem], eu am reamintit sfaturile [privind educația sexuală] primite de la doamne [angajatele din centrul rezidențial], unele au făcut avort, altele nu, care cum au ales. (Interviu 25)

Furnizori de servicii SSR

Nu sunt convinsă că în [numele județului] se mai fac întreruperi de sarcină în privat, pentru că au fost ceva probleme cu ceva infecții și nu sunt convinsă că mai au dreptul să facă, dar se fac în spital la cerere, și la noi, și la municipal contra cost. Acum, pentru unele [femei], poate este vitală și suma respectivă. [...] Destul de mare, din câte știu, nu știu nici eu exact. Bine, prețurile pot să difere, dar acum... Nu este o sumă foarte mare, dar pentru familii, adică, mă rog, pentru femeile care provin din familii sărace, suma este mare pentru ele. (Interviu 39)

În spitalele de stat nu se mai fac avorturi, doar medicamentoase și acelea până la o anumită vârstă gestațională. Am avut și cazuri cu feți morți din cauza că femeile au luat pastilele respective după vârsta indicată. Asta ar fi cea mai mare problemă. Din nou, și lipsa de informare. Pentru că, nu știu. Am avut persoane care m-au întrebat unde "pot să mă duc să fac avort? Și cum să fac?" [...] Da, [în practica privată] se plătește, contracost, orice se poate. Dar în spitalele de stat, nu. (Interviu 38)

Marea parte a medicilor ginecologi au refuzat în ultimul timp, și le permite această situație, să nu mai facă avorturi. Da. Datorită credinței, datorită... Da. S-a întâmplat. S-a întâmplat și nu o dată, ci de mai multe ori. (Interviu 35)

[Factorii care limitează accesul la avort sunt] Mentalitatea și valorile pe care le are medicul care decide dacă îți face sau nu avort, religia lor sau poate în multe spitale, deși medicul în sine ar vrea să facă avort, oferă acest serviciu, conducerea spitalului nu e de acord cu practica asta și sunt nevoiți - am auzit la diverse spitale publice din București, că sunt nevoiți să treacă un alt diagnostic sau un alt tip de tratament atunci când fac avort cuiva sau trec, spre exemplu, sarcină oprită în evoluție în loc de oprirea sarcinii medicamentos sau chirurgical. [Consecințele limitării accesului la avort sunt] În primul rând, femeile nu reușesc să aibă autonomie asupra propriului corp. Sunt obligate să aibă copii, să îi crească atunci când poate nu au resurse nici financiare, nici emoționale, mai ales când ești o mamă tânără, adolescentă, cât și consecințe mult mai grave. Femeile astea pot să-și provoace acasă avortul, pot ajunge în urgență cu diverse complicații și pur și simplu ai o țară cu femei oprite. (Interviu 42)

Nu limitează nimic [accesul la avort]. Deci, în momentul în care [femeile] nu vor [să păstreze sarcina], se descurcă. Indiferent cât costă, apelează la metodele de avort. [...] De unde fac rost, de finanțare pentru asta, nu știu. Problema mai mare e că sunt persoane care au doi-trei copii și care au și cincisprezece, șaisprezece avorturi în antecedente, dintre care, câte șapte, opt, făcute de mine. Și le-am întrebat “te-am chemat, ți-am spus să vii, să faci ceva, să îți prescriu ceva”. [Mi-au răspuns] “Da, mi-ați zis, dar..”. “Da. Până când a apărut următoarea sarcina și... Deci nu au neapărat bariere în a întrerupe sarcina. Nu. Problema e că ajung până acolo. [...] Eu întotdeauna le-am explicat și le-am spus. Și pe vremea când se făcea avortul clasic chirurgical, care sunt consecințele, care sunt repercusiunile, ce riscă dacă apelează la metoda asta de a întrerupe o sarcină, lucru pe care ar putea să-l evite dacă ar folosi o metodă de contracepție. Și de când a apărut avortul medicamentos, eu le consiliesc, dar foarte puține dintre ele revin ca să apeleze la o metodă contraceptivă. Cred că, nu știu, 20-30%, mai mult, nu. (Interviu 37)

Sarcini în rândul fetelor minore și adolescentelor

Numărul sarcinilor în rândul fetelor și adolescentelor continuă să rămână ridicat în România.

La nivelul Uniunii Europene, 45% dintre fetele sub 15 ani devenite mame provin din România.¹ Potrivit datelor INS, în ultimii 10 ani, rata sarcinilor în rândul fetelor minore și adolescentelor sub 19 ani a înregistrat doar o ușoară scădere - de la 10% din totalul nașterilor în 2013 (19.154 de nașteri) la 9% în 2023 (14.363 de nașteri)² cu numărul sarcinilor în rândul fetelor sub 15 ani scăzând de la 709 la 627. Sarcinile la minore și adolescente sunt asociate cu o serie de factori determinanți care favorizează apariția acestora. Sărăcia este cel mai frecvent identificat determinant în literatură care favorizează sau potențează alți determinanți, cum ar fi accesul limitat la educație³ sau lipsa accesului la contraceptive, pe lângă structura și contextul familiei, abuzul, implicarea în comunitate sau apartenența la o minoritate etnică.⁴

1 Salvați Copiii (2024).

2 Institutul Național de Statistică (2014, 2024).

3 Două treimi dintre minorele gravide sau mame au abandonat școala înainte de a rămâne însărcinate. (Salvați Copiii 2024: 27)

4 Neculau, A. et al. (2022).

Sarcinile precoce survin adesea pe fondul lipsei de educație afectând calitatea vieții fetelor și adolescentelor. Din interviuri reiese că lipsa informațiilor, a educației sexuale sau a modelelor familiale favorizează apariția sarcinii la o vârstă fragedă. În acest context, unele fete nu pot să își continue educația, iar stigma socială le face să se retragă din școală. Multe dintre ele nu au curajul să revină la școală după ce devin mame, din cauza rușinii sau a percepției că nu-și mai au locul în sistemul de educație. În același timp, nu există în prezent un răspuns la nivelul politicilor publice privind incidența crescută a sarcinilor în rândul fetelor și adolescentelor, sistemul de educație mai degrabă favorizând excluderea sau abandonul, prin lipsa programelor integrate și eficace care să sprijine mamele minore și adolescente să își continue educația.¹ Un studiu recent arată că doar o treime dintre gravidele/mamele minore (respectiv 39% dintre gravide și 24% dintre mamele minore) continuă școala, lipsa resurselor financiare și a sprijinului familiei reprezentând barierele cel mai adesea invocate.² De altfel, din interviuri reiese că în unele situații, părinții sunt de asemenea neajutorați, nu știu cum să sprijine educația fetelor lor, iar în unele cazuri, aceștia acceptă ca fetele lor să se căsătorească sau să plece cu bărbați mai în vârstă, pentru a scăpa de presiunile sociale sau economice.

Etnicizarea sarcinilor în rândul minorelor și adolescentelor poate avea efecte negative semnificative asupra felului în care sunt identificate problemele și proiectate soluțiile. În prezent nu există date oficiale în România privind etnia mamelor minore sau adolescente, însă câteva din interviurile realizate menționează, de exemplu, preponderența sarcinilor precoce în rândul adolescentelor și fetelor rome din unele comunități. Contextele în care apar aceste sarcini sunt caracterizate de aspecte multiple, printre care sărăcie și deprivare materială, acces limitat la educație sau la servicii de sănătate (inclusiv sexuală și reproductivă). Realitatea acestor sarcini trebuie analizată luând în calcul toți factorii structurali economici, sociali și educaționali, care afectează nu doar comunitățile rome, ci și alte grupuri vulnerabile, inclusiv pentru a preveni și a combate stigmatizarea fetelor și femeilor rome și perpetuarea stereotipurilor existente, în special în contextul în care sarcina adolescentelor este adesea văzută ca o “problemă culturală” specifică etniei rome.

Etnicizarea se intersectează adesea cu interpretări moralizatoare și economice ale maternității, care construiesc imaginea fetelor și femeilor tinere din medii precarizate ca fiind „beneficiare strategice” ale sistemului de ajutoare sociale. În această perspectivă, sarcina în rândul minorelor este adesea înțeleasă nu ca rezultat al poziției structurale socio-economice, ci ca un gest calculat de valorificare a propriei fertilități. Din unele interviuri cu furnizori de servicii socio-medice reiese un tip de discurs care plasează în special adolescentele sau femeile tinere cu venituri reduse în poziția de a recurge în mod conștient la maternitate pentru a accesa ajutoare sociale, asigurându-și astfel o formă de „venit constant” în absența altor resurse. Copilul este redus, în această viziune, la o valoare economică, iar fertilitatea este interpretată ca strategie de supraviețuire, nu ca rezultat al lipsei de acces la contracepție, al constrângerilor familiale sau al presiunii sociale. Această lectură a maternității timpurii ignoră dimensiunea structurală a fenomenului – lipsa locurilor de muncă, inegalitățile în educație, inaccesibilitatea serviciilor de planificare familială – și plasează responsabilitatea exclusiv asupra fetelor și adolescentelor. Această narațiune reflectă un imaginar colectiv în care maternitatea în context de sărăcie devine suspectă și lipsită de legitimitate, fiind tratată mai degrabă ca o tactică economică decât ca o alegere afectivă sau ca efect al unor constrângeri sistemice. Ea se regăsește nu doar în spațiul serviciilor socio-medice, ci și în discursurile publice dominante despre responsabilitatea reproductivă, contribuind la consolidarea unor stereotipuri rasiste și clasiste și la stigmatizarea femeilor aflate în cele mai fragile poziții sociale.

1 În prezent, mamele minore sunt considerate în risc de excludere școlară și au dreptul o bursă lunară în cuantum de 700 de lei odată reintegrate într-o unitate de învățământ, pe perioada desfășurării activităților didactice, cu condiția frecventării orelor de curs (Legii nr. 198 din 4 iulie 2023 a învățământului preuniversitar, Art. 108. Alin. 19 și Ordinului privind Metodologia cadru de acordarea a bursei nr. 5518/2024). Cu toate acestea, conform centralizatorului bursei școlare, până la 31 octombrie, 2023 au fost acordate doar 741 de burse, un număr foarte mic raportat la numărul nașterilor din același an din rândul minorelor și adolescentelor școlarizate. În plus, măsurile financiare nu sunt completate de prevederi privind destigmatizarea și discriminarea elevilor care rămân însărcinate.

2 Salvați Copiii (2024: 26).

Pe lângă această perspectivă, unele relatări ale furnizorilor de servicii propun o altă cheie de lectură a maternității timpurii, în care sarcina este percepută ca o formă de afirmare personală sau tranziție simbolică spre statutul de adult. Potrivit acestei interpretări, pentru unele fete, maternitatea poate reprezenta o formă de poziționare socială sau o cale de ieșire din contexte familiale dificile și un mod de a-și găsi un loc și un rol mai stabil în cadrul familiei sau al comunității – mai ales acolo unde lipsesc alte moduri prin care să fie sprijinite sau ascultate. Din acest unghi, maternitatea nu mai apare doar ca efect al vulnerabilității sau al lipsei de resurse, ci și ca un mod prin care fetele încearcă să obțină recunoaștere, siguranță și un sens într-un mediu în care alternativele sunt puține sau inaccesibile.

O înțelegere intersecțională a sarcinilor și maternității timpurii permite depășirea acestor narațiuni simplificatoare, oferind un cadru analitic în care maternitatea este înțeleasă ca răspuns situat la intersecția constrângerilor de clasă, gen, etnie, vârstă și acces inegal la resurse și oportunități. O astfel de perspectivă nu caută o cauză unică sau o explicație liniară, ci examinează felul în care inegalitățile se suprapun și se multiplică pentru a evidenția posibilitățile reale de decizie ale adolescentelor. Ea ține cont de absența accesului la educație sexuală, de discriminarea din sistemul medical, de presiunea normelor de gen, de marginalizarea etnică și de lipsa sprijinului instituțional – nu ca elemente separate, ci ca factori care acționează simultan și modelează profund alegerile reproductive. Astfel, intersecționalitatea nu doar clarifică realitatea complexă a maternității timpurii, ci oferă și o direcție pentru intervenții care să fie echitabile, nediscriminatorii și adaptate contextului de viață al fetelor și adolescentelor. Aceasta implică politici publice care să garanteze acces universal și echitabil la educație sexuală comprehensivă și la servicii de sănătate sexuală și reproductivă, indiferent de etnie sau statut socio-economic. Totodată, este esențială formarea personalului socio-medical într-o abordare nediscriminatorie și empatică, pentru a evita blamarea și a încuraja o înțelegere mai profundă a realităților fetelor și adolescentelor. Nu în ultimul rând, o perspectivă intersecțională implică eliminarea clișeele rasiste: de la „problemă culturală” sau “fac copii pentru alocație”, la recunoașterea maternității timpurii ca fenomen social și sistemic, care reflectă adesea un eșec instituțional de a crea alternative reale, demne și accesibile.

Legislația laxă sau pasivitatea organelor judiciare poate contribui la fenomenul sarcinilor la minore. Una dintre femeile intervievate a subliniat deficiențele sistemului de justiție în privința reacției la posibilele infracțiuni care conduc la sarcini în cazul minorelor, evidențiind că, deși cazurile sunt raportate la poliție, autoritățile nu au o reacție eficientă și transparentă, gravitatea situațiilor fiind adesea minimizată. Din această perspectivă, absența unei legislații mai severe și lipsa de reacție a autorităților contribuie la normalizarea inegalităților de putere și relațiilor neconsensuale dintre minori și adulți. Spre exemplu, un raport recent al Inspecției Judiciare¹ indică multiple hotărâri ale instanțelor care au fost favorabile făptuitorilor în cazuri în care din actul sexual neconsimțit a rezultat o sarcină dusă la termen sau în care victima depindea financiar de inculpat sau dacă minora era de etnie romă. În această din urmă situație, raportul menționează, de pildă, lipsa probatoriului privind posibilele constrângeri exercitate asupra victimei privind actul sexual sau privind existența unui acord valabil legat de conviețuirea cu inculpatul. Mai multe dintre aceste dosare s-au finalizat prin clasarea cauzei, renunțarea la urmărirea penală sau schimbarea încadrării juridice în altă faptă decât violul. Raportul invocă “tradiția romă” pentru a explica de ce persoanele de etnie romă aleg să încalce legea penală, fără însă a prezenta o analiză a premiselor și a consecințelor acestor decizii ale instanțelor în acest context. Invocarea culturii rome devine astfel un argument pentru lipsa de intervenție sau aplicarea diferențiată a legii, și o expresie a rasismului instituționalizat al sistemului de justiție.

1 Inspecția Judiciară (2022).

Perspective privind sarcinile la fete minore și adolescente

Femei utilizatoare de SSSR

Asta e, au luat decizia de a se mărita de mici, nu știu. Și cred că nu au nici informația asta așa. Cred că e din familie să zici, asta e, faci un copil, ai rămas... Nu știu, cred că e tot așa vorba despre lipsa de informație și tot așa. (Interviu 31)

De exemplu, sunt fete care sunt tinere, despre care părinții nu știu că ele au o viață sexuală. Cunosc un caz în care am fost rugată de un prieten să mă duc să mă dau drept sora sau mătușa la o fată, ca să o ajut să facă avort, pentru că ea fiind minoră la liceu, nimeni fără părinți nu putea să o ajute. Și n-am făcut chestia asta, dar nu știu să spun dacă, în final, a mers cineva cu ea din familie sau a găsit o persoană care să se ducă și să se dea drept familia ei. (Interviu 29)

Când am născut-o pe fii-mea aveam 15 ani jumate. Eu nu știam absolut nimic. [...] Eu nu am aflat când a trebuit multe chestiuni, am aflat mare, după ce am ajuns să cunosc alți oameni, să ies din comunitatea mea și să cunosc și altceva. Dar nu am auzit și nu am avut parte de educație sexuală. După ce am născut, să mă învețe și pe mine cineva - că eram un copil cu alt copil - ce ar fi trebuit să fac, cum ar fi trebuit să mă comport... Nu să mă comport, ce ar fi trebuit să fac eu copilul. Eu n-am avut nicio treabă. Eu știu că pe fii-mea mi-au crescut-o tata și cu mama. (Interviu 28)

Oamenii, mai ales oamenii ăștia mai bătrâni sau poate mai sunt tineri, adolescenți, dar mai ales la tineretul ăsta, li se pare o glumă. Li se pare că [e ușor să faci un copil], dar un copil nu doar se naște, se face, se crește ușor. Bătrânii spun "lasă să facă, că e copil", dar nu, nu. Nu-i așa [...] părerea mea. Am ales să fac un copil la 16-17 ani, nu-i normal cum am fost noi înainte... care nu avea cine să ne învețe, să poți să dai o naștere. Deci un copil ajunge să crească pe alt copil. (Interviu 19)

Păi nu-l au [accesul la informații]. Uneori mi se pare că singura deschidere spre lume și spre informații pe care o au, suntem doar noi, profesorii care mergem acolo. În rest, nu. Nu au. Și din media nu știu să-și selecteze informația potrivită. Iau ce li se dă și nu, nu caută. Nu au. Și la fel, părinții sunt legați de mâini și de picioare, se trezesc cu fetele însărcinate la 12, 13, 14 ani. Poate că nici ei nu știu. Și o școală a părinților, ce bun ar fi. Să știe și părinții. Nu știu ce să facă cu proprii copii. Îmi spun "doamna, da, dar eu nu știu ce să fac cu ea, nu știu ce să-i mai zic. Dar eu nu pot să, cum să-i zic, să-și facă temele sau cum să, cum să-i interzic să fugă de acasă, că pleacă de acasă. N-am ce să-i fac." (Interviu 21)

Aș face școala părinților cu, nu știu, cu o stare de bine a comunităților, cu toți oamenii de acolo au nevoie să fie văzuți, și auziți, și înțeleși, că e mult analfabetism, și multă sărăcie, și asta naște, nu știu ce naște, naște copii la 14 ani. Copii cu copii. Deja sunt burse pentru mame tinere. Anul ăsta când am făcut dosarele, au apărut bursele pentru mame cu copii. Și la anul o să trebuiască să le reînscriu. Fetele astea o să fie date la abandon. Deci am trei cazuri în clasă, de exemplu. Și o să trebuiască să le reînscriu, doar după trei ani ies din sistem. Deci timp de trei ani o să tot fie reînscrise în cataloage. Și ar mai fi o șansă, dacă n-ar rămâne gravide, să vină înapoi spre școală. Dar după ce ies, nu mai au curajul să vină, că le e jenă. Se consideră ori că ele sunt prea mari și ele duc o viață de adult și nu mai au ce căuta la școală. Ori le e de-a dreptul jenă. (Interviu 21)

[N]oi facem sesizare la poliție pentru toate cazurile de minore gravide care ne intră în evidență. Indiferent că minora are 13 ani sau 17 ani, nu este atribuția mea să stabilesc din birou dacă acel act sexual a fost consimțit sau nu, dacă reprezintă o infracțiune sau nu, motiv pentru care toate cazurile sunt raportate la IPJ. În 1% din situații, primim notificări despre stadiul demersurilor în ceea ce privește partea, nu știu, polițienească, să zic. Din cele 1%, în foarte multe situații, se concluzionează faptul că cei doi s-au iubit, că au avut o relație liber consimțită, că bărbatul intenționează să-și recunoască copilul, așa că nu avem de ce să ne opunem dragostei lor. Și atunci să trăiască toată lumea fericită. Cred că dacă legislația ar fi mai aspră și ar începe să existe consecințe vizibile în anumite comunități, cred că incidența sarcinilor la minore ar fi mai mică. (Interviu 22)

Furnizori de servicii SSR

În afara de câteva campanii făcute de sănătate publică, educație sexuală nu avem. Asta ar fi fost cea mai bună ca prevenție [a recurenței sarcinilor la fete/adolescente], dar nu avem. Mi se pare că orice încercare a direcției de sănătate publică de a scădea nivelul adolescentelor însărcinate eșuează. (Interviu 42)

Am întâlnit puține adolescente cu sarcini... adolescente care să nu fie de etnie [romă], cu sarcini nedorite sau întâmplătoare. Sunt puține cazuri. Dar, din păcate, la cei de etnie [romă] de la 12 ani, în preadolescență există sarcini. Dar acum asta e cultura lor. E cu două tăișuri. Nu te poți băga peste... Adică nu știu cum ar putea fi. Numai din interiorul comunității, eventual, să vină o schimbare. Pentru că, din afară, nu poți să faci. Fetele știu, săracele... [...] Un copil care naște un copil. E groaznic. Este dureros. Mai ales că, prin comparație, noi ne jucam cu păpușile la vârsta aia. Nici nu știam ce înseamnă viața sexuală. Și ele, săracele, vin să nască. E emoționant. (Interviu 38)

În ultimul timp am avut destul de puține cazuri, adică gândindu-mă în urmă cu câțiva ani, ne chemau pe secții, nu numai la minore, și la femei mature, în care își exprimau că doresc să abandoneze copilul sau fugeau din spital. Foarte rar se întâmplă lucrul ăsta, extrem de rar. Deci chiar s-a redus foarte mult. ... Bine, nu la populația de etnie romă. Acolo sunt cele mai multe minore gravide, cele mai multe lăuze minore. De ce? Pentru că asta e cultura lor. Ele la 13 ani se mărită, la 12-13 ani automat rămân gravide. Automat rămân gravide și atunci nu ai ce să le faci. (Interviu 39)

Am identificat în comunitate [cu locuitori de etnie romă] și faptul că foarte multe minore au deja copii, minore care sunt poate la școală, care nu au educația și nu au informația necesară și ajung deja copiii să-și crească copii. [...] În unele cazuri, dacă a avut o relație sexuală, a rămas însărcinată, "Uite, m-am măritat", acesta e gata. Unele o văd ca și o cale de ieșire din situația, poate, dificilă pe care o au acasă și atunci o sarcină le dă deja un alt statut în comunitate, că deja e femeie, va urma să aibă un copil și deja statutul ei se schimbă, atât în familia ei, cât și în comunitate. Asta am observat. Acum, normal că majoritatea sarcinilor sunt nedorite și din păcate sunt comunități în care aleg să facă copii doar pentru beneficiile sociale. Din nefericire, copilul și o sarcină au devenit ca un fel de venit pentru mulți dintre ei. (Interviu 41)

Noi am ajuns să glumim, dar e așa un umor sinistru că noi și cu secția de pediatrie deservim aceeași categorie de vârstă, de paciente. Eu azi, în garda de azi-noapte, am avut două gravide. Una de 15 și una de 16 ani. Deci avem gravide care nasc al treilea copil sau al patrulea copil la 18 ani. [...] Cred că totul pleacă de la nivelul de educație, nivelul de sărăcie, lipsa de școlarizare. Astea, în general, sunt copile care cred că după șase clase abandonează, fiindcă nu au... Deci nivelul de școlarizare se rezumă la patru clase, la șase clase. Nu prea ajunge nimeni mai departe și atunci... Sunt și anumite obiceiuri la anumite etnii, dar nu astea sunt cele care predomină. Acolo, da, acolo există anumite tradiții, că de la 13 ani fata e dată la măritat, cum se spune. Promisă și căsătorită forțat. Dar nu astea sunt majoritatea. Deci astea, cred că din totalul gravidelor minore, nu știu dacă acestea reprezintă mai mult de 20%, care au niște obiceiuri și niște tradiții de genul ăsta pe care le știm. Nu. Deci în marea majoritate nu prea. Sunt cu un nivel precar, mult sub limita pe care un om poate să o ducă. Și de educație, și de nivel de trai, și toate, toate la un loc. Și atunci, nu știu, cred că e singura preocupare. Și nu în ultimul rând - și asta pot să o afirm cu toată responsabilitatea - ajutoarele sociale și alocațiile primite. Deci sunt foarte, foarte multe gravide, nu neapărat minore, dar dacă ai ajuns la 18 ani și ai deja doi sau trei copii, nu mai contează că ești deja major. [...] Pentru multe, reprezintă singura sursă de venit, fiindcă în momentul în care îi spui că trebuie să-și iei anticoncepționale sau trebuie să-și insereze un dispozitiv intrauterin, răspunsul e "vin după data de 15, când intră alocația". Sau multe, multe cheltuieli le fac numai în momentul în care, deci depind de alocație, și atunci eu, noi ce putem înțelege din asta? Că de fapt alocația este sursa lor de venit. Și în momentul în care ai zece copii, cum mi-a venit în urmă cu patru zile, o gravidă cu al zecelea copil, la zece copii, dacă stăm să facem o înmulțire, nu mai știu cât se primește, dar e o sursă devenit, care pentru ele reprezintă o avere. Și din asta trăiesc. (Interviu 37)

Bariere sociale și culturale

Discuțiile privind sănătatea sexuală și a reproducerii continuă să rămână tabu în anumite medii. Mai multe dintre femeile rome intervievate, preponderent cele din comunități rurale sau urban marginalizate, au indicat că discuțiile despre sănătatea sexuală și reproductivă sunt mai degrabă tabu sau înconjurată de rușine și reticență, fie în familie, ori în comunitate. Cu toate acestea, femeile continuă să se informeze și să găsească soluții făcând abstracție de presiunea socială și de felul în care sunt percepute. Lipsa discuțiilor poate afecta și expunerea la informații corespunzătoare despre sănătatea sexuală și reproductivă. Chiar dacă există o schimbare în ceea ce privește educația sexuală, mai ales în rândul tinerelor, continuă să lipsească accesul suficient la informații corecte despre contracepție și planificare familială. De exemplu, tinerii din rândul unei generații mai tinere sunt mult mai bine informați despre contracepție și prevenirea sarcinilor neplanificate, dar acest lucru nu se întâmplă uniform în toate grupurile de vârstă sau în toate regiunile.

Percepțiile și normele sociale privind maternitatea și fertilitatea femeilor din anumite grupuri sunt încă răspândite. Din interviuri reiese că femeile din anumite categorii sociale, cum ar fi femeile rome, eventual din comunități tradiționale, sau femeile tinere care au crescut în sistemul de protecție al copilului sunt percepute ca având o fertilitate excesivă. Astfel de reprezentări, de regulă, pe fondul stereotipurilor rasiste și clasiste care asociază persoanele sărace sau rome cu lipsa educației și cu un comportament irațional sau necontrolat, perpetuează imaginile negative ale femeilor rome care au mulți copii, deseori într-un context de sărăcie sau comportament iresponsabil, eventual al căsătoriilor timpurii. În plus, generalizarea privind „cultura” colectivă caracterizată de sau care încurajează fertilitatea excesivă ignoră diversitatea experiențelor femeilor rome în privința sănătății reproductive și reduce la tăcere dificultățile, de exemplu, privind infertilitatea menționată de mai multe dintre femeile intervievate.

Transformarea normelor împărtășite social privind aspecte specifice sănătății sexuale și reproductive este transgenerațională. Câteva dintre femeile rome intervievate au subliniat schimbarea generațională a practicii privind vârsta căsătoriei sau a maternității, femeile adulte de astăzi trăindu-și viața altfel decât bunicile sau mamele lor. Toate femeile rome intervievate - inclusiv cele care au avut prima sarcină ca minore - au indicat o vârstă de cel puțin 18 ani ca fiind potrivită pentru a naște un copil, în timp ce în câteva situații această părere nu coincidea cu cea împărtășită de comunitatea sau familia lor. În plus, rușinea resimțită de fetele minore care nasc copii fără a avea un partener s-a diminuat în prezent, odată cu acceptarea mai largă a diversității situațiilor familiale. Pe de altă parte, transformarea transgenerațională survine și pe fondul altor factori, cum ar fi dificultățile financiare. De exemplu, o parte dintre femei au subliniat că stigma asociată cu anumite proceduri sau alegeri, cum ar fi avortul sau decizia de a nu face copii s-a estompat mai degrabă pe fondul lipsei resurselor considerabile necesare pentru a crește un copil, astfel de decizii fiind înțelese ca o alegere nedorită, dar responsabilă în fața unor provocări financiare și personale.

Bariere sociale și culturale

Femei utilizatoare de SSSR

[O] să zic că nu cred că mai sunt chiar atât de tabu [discuțiile despre sănătatea sexuală și reproductivă], că... acum mai toată lumea știe despre de toate, știi? Ce pot să zic? Nu cred că mai sunt. Încă nu este educație, dar cunoștințe sunt, știi? Asta nu înseamnă că nu e nevoie de educație, că să [facem sex] învățăm repede, știi? Dar după aceea, mai greu e când trebuie să îți schimbi un pic modul de viață după ce începi viața sexuală, știi? (Interviu 28)

Bine, adică în perioada asta în care trăim noi acum, nu e nimic grav. Nu mai e nimic cu rușine sau frică. Adică nu cred că mai sunt... Eu am aflat de pastila de a doua zi acum vreo cinci ani, de la o fată de 14 ani. Adică copiii care sunt cu vârstele astea între, hai să nu zic 10 ani, că parcă sună prea mic, dar 14-20 ani, deja știu mult mai multe decât știm noi. Știu cum să se ferească, știu ce au de făcut, știu și ce să ia ca să prevină, și ce să ia în caz că au rămas gravide, ce să facă, cum să facă. Adică nu mai e nimic. [...] Dacă mă întrebai asta acum 7-8-10 ani, poate era cumva o rușine să mai faci copii de la 15-16 ani sau dacă mai erai și mamă singură, te-a părăsit bărbatul, mai ales când erai însărcinată... Acum lucrurile s-au schimbat, nu mai e atât de apăsătoare chestia asta. Multe fete, care chiar dacă sunt părăsite, unele au puterea de a continua, de a merge mai departe. Și rămân cu copilul și asta e. (Interviu 29)

În comunitatea noastră, lumea nu se bagă și nu sunt păreri în niciun fel [despre contracepție, avort, sarcină, naștere], cred. Nu știu ce să vă spun la această întrebare. Cu toate lucrurile astea se rezolvă și se discută în familie. [...] Nu prea se discută în comunitate și nici în familie despre aceste lucruri, dar pot spune că este un subiect tabu. [...] În comunitate, cam de pe la vârsta de 18 ani s-ar spune că o femeie trebuie să aibă copii. Părerea mea personală este că cea mai ideală vârstă este 25 de ani. (Interviu 3)

[Societatea se uită] urât [la fetele din sistemul de protecție al copilului]. Pentru că fiind din casa de copii, toată lumea gândește astfel: „Când ele ies din sistem, oricum o să rămână însărcinate, ele fac copii de la vârste mici”. Deci suntem luate în ochi răi de anumite persoane [...] Pentru că asta e mentalitatea lor (Interviu 25)

Oamenii vorbesc [despre femeile care vor să facă avort, utilizează contraceptive etc.], dar noi [nu] ne luăm după ei, ce vorbesc. [...] Da, sunt contra, că de ce facem asta, că de ce aia... (Interviu 12)

Unii le înjosesc [pe femeile care vor să facă avort, utilizează contraceptive etc.], alții le învață să meargă mai departe așa. Dar ar fi bine să le învețe cineva ce este bine pentru ele. (Interviu 16)

Cred că încă există prejudecăți legate de femeile care accesează servicii de sănătate sexuală și reproductivă, mai ales în comunități mai mici, cum este orașul meu, spre exemplu. Uneori oamenii consideră că contracepția sau discuțiile despre contracepție sunt subiecte rușinoase. Totuși, atitudinea se schimbă treptat, mai ales în rândul generației tinere. Adică oamenii mai tineri, adolescenții în principal, sunt mult mai deschiși față de oamenii ușor trecuți de 30 de ani. [...] Cred că este esențial să normalizăm, să facem, să spunem cât mai normal, cât mai deschis discuțiile despre sănătatea sexuală și reproductivă, astfel încât femeile să nu se mai simtă jenate, judecate, când au nevoie de ajutor (Interviu 10)

Ne-ar considera femei descreierate [dacă ne-ar interesa să știm despre sexualitate, contracepție] [...] Da, [ar zice că] la vârsta asta le arde de sex. (Interviu 1)

[Ș]tii cum se zice, într-o familie e o bunică, capul. Și bunica mea s-a măritat la 12 ani și ea ne susținea pe noi ca să nu ne mărităm. Având în vedere că suntem neam mare și cam toate ne-am măritat la 20-21 de ani. Nu prea ne-am măritat de mici. (Interviu 31)

Ne chinuim aici să îi facem să înțeleagă [pe cei din familie/comunitate] că nu e bine [să faci copii] la o vârstă destul de fragedă, ci puțin mai târziu, dar, adică, e binevenit. (Interviu 33)

După părerea mea, deși nici eu nu am pus-o în practică, dar așa a vrut Dumnezeu și nu regret absolut deloc, cred că o femeie ar trebui să se gândească la acest lucru [sarcină] în momentul când își finalizează studiile, și aici mă refer până la facultate, master, până obține un serviciu, până devine un pic independentă și mai apoi să se gândească să dea viață unui copil pentru că, mă repet, un copil are nevoie de multe lucruri pentru a crește frumos. (Interviu 17)

Fizic, cred că o vârstă potrivită pentru a avea copii este în jurul vârstei de 30 de ani, între 25-30 ani, pentru că atunci consider eu că corpul unei femei este suficient de matur și poate duce o sarcină sănătoasă până la final, dar spiritual, cred că atunci când tu știi că ești pregătită, este cel mai bine să o faci. (Interviu 10)

Păi, vârsta la care o femeie poate să aibă copii nu este o vârstă implementată și o vârstă standard. Vârsta, eu consider și noi considerăm, este atunci când își creează o familie ca să poată oferi acelui copil stabilitate, îngrijire, educație și tot ce are nevoie. (Interviu 5)

Păi nu mai e cum era înainte, cum eram noi, de ne măritam de mici. Acum fetele se căsătoresc mai mari și au copii la o vârstă mai înaintată. (Interviu 1)

În familia mea nu se mai pune problema [de sarcini la vârste minore] că la noi, deja copiii noștri au crescut așa și nu au luat-o pe urmele noastre să zic, să facă copii de mici. (Interviu 28)

În comunitatea mea, bine, noi suntem și romi romanizați, adică nu suntem din ăia cu fuste lungi, nu-i condemn, Doamne-fereste! Dar la noi, în etnia mea romă, nu e neapărat "trebuie să fac copii la 15 ani." Nu! Chestia asta la noi e interzisă. Adică eu, cum am făcut copilul la 19 ani a fost ok. 19, 20, 21 de ani, adică să ai și tu puțin timp. Pentru că, practic, dacă fac un copil de la 13 ani, și eu sunt copil, adică nu știu nimic. Nu știi la 20 de ani ce să faci, darămite mai... La mine, în comunitate, e ceva interzis să faci copil de mică. (Interviu 30)

E, [românii zic că] Ț*****i fac copii mulți. Dar alții care judecă și știu cum e situația [zic] lasă să-și mai facă un copil sau să se ducă să facă un avort. (Interviu 15)

Din perspectiva mea, dacă până acum era o rușine să te afirmi cu faptul că te duci să avortezi sau că nu vrei să mai faci un copil, cred că în zilele noastre, acum, nu ar mai fi o problemă atât de mare pentru că timpurile devin din ce în ce mai grele și copiii, într-adevăr, au nevoie de multe lucruri. Pentru [că] a crește un copil nu este tocmai ușor. (Interviu 17)

Furnizori de servicii SSR

Cred că dacă ne uităm la ce măsuri se iau pentru aceste femei [care vor să acceseze servicii SSR] ca să le ajutăm, lipsa lor denotă faptul că în societate, gândirea e... "Dacă ești femeie, tu trebuie să fii pură. De ce te interesează sexul? De ce te interesează contracepția?" E așa o rușine națională. [...] Cred că [femeile rome, cele cu dizabilități, cu venituri mici] sunt pur și simplu împinse la marginea societății. Mi se pare că societatea noastră în sine e una care vrea să se bazeze pe meritocrație, dar realitatea e că nu există meritocrație atunci când nu pornim din același punct toți. Ne place să dăm vina pe câte ceva. Prin urmare, cine e cel mai vulnerabil? E vulnerabilă o femeie romă, o persoană cu dizabilități și așa mai departe. Și decât să ne uităm la noi și la felul în care îi percepem noi, preferăm să dăm vina pe ei că sunt ca un impediment în funcționarea eficientă a lumii. (Interviu 42)

În primul rând, aș merge mult, foarte mult, și dacă aș putea să fac, pe prevenție. Pe prevenție, controale regulate, dar într-un fel, pentru că sunt, într-adevăr, oameni, medici care au anumite stări. În momentul consultației, femeia este deja vulnerabilă, este temătoare, are o frică de medici. Mi s-a întâmplat de foarte multe ori să-mi spună, „N-am mai fost de atâta timp la control.” De ce? „Pentru că la ultima consultație am avut o experiență urâtă.” (Interviu 35)

Concluzii și recomandări

Rezultatele cercetării de față conturează o realitate socială în care accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă rămâne un drept aproape imposibil de exercitat, limitat de o rețea complexă de bariere structurale care afectează în mod diferit femeile din diverse medii și grupuri sociale. În special femeile din mediul rural, rome sau cu un statut socio-economic scăzut se confruntă cu obstacole severe care le împiedică să beneficieze de sprijin și îngrijiri esențiale: infrastructura medicală deficitară, costurile prohibitive, lipsa de informații și discriminarea etnică și rasială.

Lipsa serviciilor și infrastructurii medicale adecvate rămâne un obstacol major, mai ales în zonele rurale sau localitățile urbane mici caracterizate de lipsa accesului la medici de familie, ginecologi, moașe și alt personal specializat, cât și de absența unor unități medicale adecvate în proximitate. Absența serviciilor medicale din zonele rurale și cu locuitori rome este efectul unei politici recurente de distribuire inegală a resurselor care conduce la concentrarea predominantă a serviciilor de sănătate în zone urbane. Pe fondul lipsei stimulentei financiare, a condițiilor de muncă precare și a infrastructurii deficitare, personalul medical preferă să lucreze în orașe sau regiuni mai dezvoltate. Acest dezechilibru contribuie la o distribuție inegală a resurselor de sănătate, în care comunitățile sărace sau periferice rămân fără acces la îngrijire medicală specializată. Fenomenul este accentuat de o devalorizare sistemică a mediului rural în raport cu cel urban, atât în discursul politic și instituțional, cât și în alocarea fondurilor și în strategiile de dezvoltare. În acest context, accesul la servicii de sănătate - inclusiv la cele de sănătate sexuală și reproductivă - devine profund inegal, perpetuând cicluri de excluziune și vulnerabilitate structurală.

Femeile care trăiesc în aceste zone se confruntă astfel cu dificultăți majore în a obține îngrijiri medicale de calitate din cauza distanțelor mari până la spitale sau clinici și a lipsei de personal medical specializat în apropiere, ceea ce poate conduce la nașteri riscante acasă, fără asistență medicală sau chiar la pierderea sarcinii sau la decesul nou-născutului. De exemplu, în multe localități rurale, femeile nu au acces la un medic de familie care să le monitorizeze sarcinile și să le ofere îngrijire prenatală sau postnatală și astfel pot ajunge la medic doar în caz de urgență sau, adesea, în ultimul trimestru de sarcină, când complicațiile deja se pot fi agravat. În absența unui medic de familie, a unei moașe sau a unui medic ginecolog, multe femei sunt nevoite să călătorească pe distanțe mari pentru a beneficia de îngrijire, ceea ce le poate descuraja să solicite ajutorul necesar la timp.

Mai mult decât atât, lipsa de ginecologi, moașe și alte cadre medicale specializate în zonele defavorizate face imposibilă accesarea unor servicii esențiale, cum ar fi screening-ul pentru cancerul de col uterin, monitorizarea sarcinii, examenele ginecologice de rutină sau consultațiile pentru planificarea familială. Acest lucru afectează direct sănătatea sexuală și reproductivă a femeilor, expunându-le riscului de depistare tardivă a unor afecțiuni grave sau de a nu beneficia de tratamente medicale adecvate. În plus, numărul scăzut de servicii în caz de violență de gen – gestionarea integrată a cazurilor, adăposturi, consiliere psihologică, asistență juridică sau intervenție în criză – contribuie la perpetuarea unui climat de tăcere, teamă și impunitate. În absența unei infrastructuri de sprijin adecvate, violența devine o realitate cotidiană și, adesea, imposibil de evitat pentru multe femei care se regăsesc în astfel de relații, fără alternative reale. Pentru femeile rome, cele din mediul rural sau cele aflate în precaritate economică – rasismul, sărăcia și izolarea geografică amplifică obstacolele existente și reduc considerabil șansele de a beneficia de protecție și sprijin reale și egale în fața violenței.

Lipsa informațiilor privind serviciile existente și dimensiunile sănătății sexuale și reproductive este unul din factorii importanți care împiedică accesul femeilor la astfel de servicii, punându-le în pericol sănătatea și siguranța. În lipsa informațiilor corecte și accesibile, multe femei nu știu ce drepturi au sau cum pot accesa servicii esențiale, și astfel nu își pot exercita în siguranță drepturile sexuale și reproductive. Pe fondul accesului limitat la informații privind educația sexuală, contracepție, sprijinul disponibil în situații de violență sexuală și de gen sau servicii socio-medicale specifice, multe femei se confruntă cu sarcini neplanificate sau nedorite, expunere prelungită la violență de gen sau tratamente medicale efectuate fără consimțământ. În cazul sarcinilor, de exemplu, multe femei din medii vulnerabile nu știu la ce controale și analize au dreptul gratuit, unde și cum pot avea acces la acestea, sau nu sunt informate în privința importanței serviciilor prenatale, ceea ce poate duce la identificarea târzie a unor complicații grave care pot pune în pericol sănătatea mamei și copilului.

Sărăcia limitează accesul la servicii esențiale de sănătate sexuală și a reproducerii, influențând atât capacitatea femeilor de a accesa îngrijiri medicale de calitate, cât și de a lua decizii informate în privința sănătății lor, reproducând astfel o stare de vulnerabilitate continuă. Pe fondul lipsei serviciilor în zonele rurale care concentrează de multe ori populație săracă sau în risc de sărăcie, femeile sunt puse în situația fie să călătorească pe distanțe lungi până la servicii publice din alte localități, fie să suporte costurile serviciilor în unități medicale private, alternative care nu sunt opțiuni reale pentru femeile fără sau cu venituri mici. Mai mult, sărăcia afectează în cascadă accesul la servicii SSR: absența educației sexuale sau a informațiilor despre contracepție, a contraceptivelor subvenționate și a serviciilor accesibile pentru întreruperi de sarcină afectează negativ femeile care sunt nevoite să păstreze sarcini cu toate că se confruntă cu lipsuri financiare considerabile pentru a asigura îngrijirea unui copil. Pentru multe dintre aceste femei, costurile ridicate ale avortului într-un sistem medical privat sau chiar în spitalele publice, unde serviciile nu sunt subvenționate, devin o barieră insurmontabilă.

Rasismul instituționalizat caracterizează și serviciile SSR din România ca formă sistemică de discriminare care afectează în mod disproporționat femeile rome. Cercetarea de față a evidențiat mai multe tipuri de practici, politici sau atitudini instituționale care depășesc caracterul ocazional sau individual al discriminării etnice și rasiale. De exemplu, din interviurile realizate reiese imaginea unui sistem al serviciilor medicale dedicate îngrijirii perinatale marcat de abuzuri fizice și verbale sau tratamente umilitoare și dezumanizate la adresa femeilor rome, refuzul îngrijirii sau îngrijire superficială, neglijență în acordarea serviciilor sau segregarea femeilor rome în saloane separate. Reproducerea rasismului instituționalizat este reflectată de lipsa măsurilor sistemice privind formarea personalului medical sau asigurarea unui cadru sigur în care aceste experiențe să poată fi semnalizate de femeile rome fără frica repercusiunilor și care să responsabilizeze în mod real instituțiile. În acest context, mai multe dintre femeile rome intervievate au preferat să nu mai folosească serviciile medicale sau să nu sesizeze experiențele negative cu care s-au confruntat, temându-se de o eventuală escaladare, de tratamente neglijente sau de refuzul îngrijirii medicale, pentru ele sau copiii lor.

Practicile și atitudinile rasiste sunt agravate și trăite diferit de femeile rome cu un statut socio-economic precar, nivel scăzut de educație, eventual din comunități tradiționale sau cu pielea mai închisă la culoare, indicând o intersecție a discriminării pe bază etnică, rasială și de clasă care comportă costuri mult mai mari pentru aceste femei. La intersecția acestor identități, amplificarea discriminării vine la pachet cu șanse mai puține de a atenua tratamente și atitudini rasiste pe care educația sau o culoare mai deschisă a pielii le poate eventual furniza. De exemplu, șpaga sau plățile informale sunt un cost pe care femeile rome sunt nevoite să îl suporte suplimentar pentru a contracara efectele rasismului instituționalizat și care funcționează ca un stimulent sau compensație pentru medici pentru a le trata corespunzător pe femeile rome pe care altfel le-ar refuza sau le-ar neglija. În acest context, femeile care nu-și permit să ofere plăți informale personalului medical continuă să se confrunte cu excluderea sau marginalizarea.

Limitarea exercitării libertății sexuale și reproductive este un efect al intersecției unui complex de factori structurali. Autonomia sexuală și reproductivă are valențe diferite pentru femei din grupuri diferite. Deși drepturile sexuale și reproductive garantează, în teorie, posibilitatea fiecărei persoane de a lua decizii informate și libere cu privire la propriul corp, în practică, pentru femeile rome și cele din mediul rural sau aflate în sărăcie, aceste drepturi sunt adesea golite de conținut, iar alegerile devin constrângeri. Accesul la avort sau la contracepție devine un privilegiu atunci când costurile sunt prohibitive, iar lipsa informațiilor și propensiunea rasistă de a limita fertilitatea femeilor rome dă naștere la practici impuse, cum ar fi utilizarea constrânsă sau forțată a steriletului (pe fondul lipsei alternativelor, a accesului la informații și la servicii medicale în proximitate care ar facilita monitorizarea). Mai mult, decizia de a păstra o sarcină nu este întotdeauna rezultatul unei opțiuni reale, ci al unei necesități dictate de precaritate. Astfel de dinamici evidențiază cum libertatea reproductivă nu este doar o chestiune de voință individuală, ci și de acces echitabil la drepturi și resurse. **Aceasta este esența distincției dintre drepturi și dreptate: prima presupune existența unor norme care protejează libertatea sexuală și reproductivă, în timp ce a doua implică condițiile reale care permit tuturor femeilor să beneficieze de aceste drepturi în mod egal.** Fără o recunoaștere a acestor inegalități și fără măsuri care să elimine constrângerile economice, sociale și culturale, drepturile sexuale și reproductive rămân inaccesibile pentru femeile cele mai vulnerabile, perpetuând astfel o injustiție profundă.

Din interviuri rezultă și o serie de **recomandări** propuse care reprezintă pași concreți pentru crearea unui sistem de sănătate sexuală și reproductivă mai accesibil și mai echitabil, în special pentru femeile din comunități vulnerabile. De la sprijinul activ al medicilor de familie și educația sexuală până la integrarea moașelor și eliminarea discriminării, fiecare măsură vizează îmbunătățirea accesului și a încrederii femeilor în serviciile de sănătate. Implementarea acestor schimbări ar contribui la construirea unui sistem mai echitabil, mai incluziv și mai respectuos, care să sprijine femeile sub toate aspectele sănătății lor sexuale și reproductive.

1. Sprijinul activ al medicului de familie

Un aspect central al recomandărilor participantelor la cercetare este importanța medicului de familie ca primul punct de contact pentru femei, mai ales pentru cele din comunități vulnerabile. Medicul de familie nu ar trebui să ofere doar consultații periodice, eventual la domiciliu, dar ar trebui să devină acel sprijin constant pentru pacientele sale, care le însoțește pe parcursul sarcinii, oferind informații clare despre schimbările care apar în timpul sarcinii, pregătirea pentru naștere și îngrijirea postnatală. Medicul de familie trebuie să ofere nu doar informații despre consultațiile și investigațiile necesare pe perioada sarcinii, cât și despre disponibilitatea și accesibilitatea acestora. În plus, medicul de familie este prima sursă de informații privind contracepția și planificarea familială, cât și privind depistarea situațiilor de violență de gen și îndrumarea înspre serviciile specializate.



Cred că aici [pentru ca femeile să aibă încredere în SSSR] vine sprijinul din partea medicului de familie. Întâi de acolo se pornește. Pentru că, de exemplu, dacă este o gravidă, neavând pe nimeni, neavând cine să-i ofere o informație, e foarte important să-i ofere medicul de familie. Ca să știe ce are de făcut. Și să-i fie alături. [...] Să o îndrume, să-i spună ce are de făcut, să o pregătească pentru naștere, să-i spună pe timpul sarcinii de schimbări, când treci de la o stare la alta...De aici pornește totul, mi se pare. (Interviu 24)

Să avem mai multă informație, să ne sprijine, să ne ofere medicul de familie. Că, de exemplu, eu n-am știut de moașe, că avem moașe în România. Deci eu n-am știut până acum jumătate de an. Și la fel am aflat de la o cunoștință, nicidecum de la medicul meu de familie. Să ne informeze mai exact medicul de familie de toate aceste servicii. Să nu mai zic că mi le poate oferi și dânsul sau dânsa. (Interviu 38)

Cred că cel mai bine informat ar trebui să fie medicul de familie, pentru că de obicei el e primul care este contactat, e primul care ar trebui să facă screening-urile în comunitate, ar trebui să își cunoască pacienții și să le ofere primele informații unde se pot adresa sau să le ajute să identifice că de fapt este un abuz, că poate unele nu-și dau seama că este un abuz sau cât e de grav sau că poate escalada. (Interviu 39)

Eu una aș aduce cadrele medicale, chiar și cele de familie, cineva care să vină și acasă la fiecare familie, cel puțin o dată pe lună. Mai ales la familiile mai fără situație, familiile mai neinformate. (Interviu 5)

Pentru ca medicii de familie să își poată îndeplini eficient rolurile, este esențial ca accesul pacienților la aceștia să fie facil, iar organizarea serviciilor – inclusiv acoperirea echitabilă a zonelor, un număr gestionabil de pacienți per medic, precum și evidența și atenția acordată cazurilor vulnerabile – să susțină acest obiectiv. De asemenea, este important ca medicii de familie să poată colabora eficient cu sistemul de asistență socială și comunitară, precum și cu specialiști din domeniul sănătății sexuale și reproductive sau din domenii conexe. Doar astfel poate fi asigurată o îngrijire multidisciplinară și profesionistă pentru toate pacientele, mai ales pentru cele aflate la intersecția mai multor vulnerabilități. Accesul, colaborarea și integrarea cu celelalte servicii, construirea unei relații de încredere cu pacientele, informarea și educarea într-un mod empatic și adaptat nivelului de înțelegere al fiecărei paciente, precum și actualizarea constantă a cunoștințelor în acord cu medicina bazată pe dovezi și bunele practici recomandate pot contribui semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate sexuală și reproductivă.

2. Educație sexuală cuprinzătoare și accesibilă

Un alt aspect important subliniat în cadrul interviurilor este educația sexuală pentru tineri, care trebuie să fie recurentă, clară și accesibilă prin dezvoltarea unor programe educaționale interactive, accesibile prin canale mass-media, internet sau școli, care să ajungă la un număr cât mai mare de tineri și care să ofere informații clare și corecte despre consimțământ, contracepție, sarcini și responsabilitatea față de propria sănătate sexuală și reproductivă.

Este important să vorbești deschis anumite probleme cu fetele, cu tinerii din ziua de astăzi, pentru că ei iau de pe internet lucruri mai puțin folositoare pentru ei. Și poate ar trebui să fie informați prin anumite programe și prin internet sau prin televizor să fie captați, să fie ca niște seriale care să deruleze ce se poate întâmpla la o fată dacă își începe viața sexuală și să le explice pe înțelesul lor. Poate să vadă și pericolul, nu numai o anumită latură a vieții, când își începe viața sexuală, să știe ce se poate întâmpla. (Interviu 23)

Un palier esențial, alături de educarea directă și constantă a tinerilor pe teme legate de educația sexuală – prin conținut livrat în școli, în comunități, prin campanii publice, precum și prin surse și canale adaptate diferitelor categorii de vârstă – este educarea și responsabilizarea părinților privind importanța educației sexuale. Părinții pot fi ajutați și ghidați prin campanii și cursuri care îi echipează atât cu moduri concrete de abordare a temei sănătății sexuale și reproductive, cât și cu necesarul de cunoștințe. Acestea pot fi adaptate în funcție de vârsta copiilor și pot include subiecte conexe relevante, riscurile lipsei de informare, precum și implicațiile și semnele care indică nevoia de servicii medicale specifice.

3. Formarea continuă a personalului medical

Formarea continuă a personalului medical în abilități de comunicare empatică și înțelegerea diversității culturale este un aspect crucial pentru îmbunătățirea relației dintre pacienți și personalul medical. Formarea ar trebui să acopere teme legate de prevenirea discriminării etnice și rasiale sau a violenței de gen, putând contribui astfel la reducerea practicilor și atitudinilor discriminatorii prin furnizarea unui tratament echitabil și demn tuturor pacienților indiferent de etnie sau statutul socio-economic.

[Personalul medical implicat în furnizarea de servicii de sănătate sexuală și reproductivă] ar trebui să participe la cursuri de comunicare empatică cu pacientul, cursuri să înțeleagă cultura diferită, cursuri pentru prevenirea și combaterea violenței de gen, pe lângă cele de specialitate, desigur. (Interviu 40)

În primul rând, [...] în facultate [...] ar trebui să nu se mai trateze medicina doar pentru partea ei științifică pentru că medicina e și umană până la urmă, că doar lucrăm cu omul. Avem noi un curs de un semestru de comunicare cu pacientul sau de un fel de psihologie, dar este așa foarte impersonal, foarte arid și pur și simplu, mă uitam la colegi foarte mulți rasiști, inclusiv fasciști. Deci mă întrebam cum naiba ajung oamenii ăștia să termine facultatea de medicină și să ajungă medici. Și poate ar trebui de la admitere, elevii care vor să dea la medicină sau asistente sau moașe să susțină și un examen psihologic care să arate până la urmă dacă au empatie, dacă au compasiune față de... Dacă sunt rasiști sau nu și așa mai departe. [...] Cred că ar trebui să se facă în spitale și chiar și pentru medicii de la privat să se organizeze training-uri la care să fie obligați pur și simplu să participe, să nu fie cu doar mă înscriu și mă duc dacă vreau. Training-uri despre incluziune, despre diversitate și despre cum să implementezi asta în munca ta de medic. (Interviu 42)

Depinde cine, din partea cui ar putea veni această comunicare sau acest sistem de educare [a personalului medical privind empatia, diversitatea, comunicarea cu pacientele], dar da, acum și legat de personal, ca în orice alt domeniu, sunt persoane care înțeleg mai ușor, care au un anumit nivel de a se exprima, de a vorbi cu pacientele. Nu întotdeauna e chiar cel mai ortodox, să spunem, și asta probabil că pleacă și de la nivelul școlilor pe care le-au făcut, dar, nu pot să zic, sunt și medici care nu întotdeauna adoptă tonul cel mai normal, ca să spunem așa. Da, n-ar strica [formarea personalului medical]. (Interviu 37)

Pe lângă responsabilitatea proprie și conștiințioasă a fiecărui practician din domeniul sănătății sexuale și reproductive, instituțiile care reglementează aceste profesii ar trebui să condiționeze practica de o actualizare și îmbunătățire constantă și reală a cunoștințelor - prin procese constructive, monitorizate și aliniate la standardele internaționale. Este esențială asigurarea unor cursuri de specializare și formare care să fie accesibile, de calitate, aliniate la recomandările de bune practici, bazate pe dovezi și însoțite de materiale informative și surse de specialitate în limba română. Acestea sunt necesare nu doar pentru îmbunătățirea calității îngrijirilor din domeniu, ci și pentru dezvoltarea profesională continuă. Totodată, standardele de practică ar trebui să fie adaptate și revizuite astfel încât să includă și abilitățile non-tehnice necesare la fiecare nivel de practică. Atât în formarea inițială, cât și în cea continuă a cadrelor medicale este nevoie de un accent mult mai clar pe importanța și dezvoltarea acestor din urmă competențe.

4. Accesibilitatea și integrarea serviciilor de moașă

Moașele nu sunt doar un element esențial în îngrijirea maternă; ele sunt o resursă care, din păcate, este prea puțin valorificată în România. Moașele joacă un rol esențial în sprijinirea femeilor în timpul sarcinii, nașterii și post-partum, mai ales în zonele rurale sau izolate, unde accesul la servicii medicale este limitat. Recomandările subliniază necesitatea modificării legislației pentru a permite decontarea serviciilor de moașe și integrarea acestora mai eficient în sistemul de sănătate. Înființarea și susținerea cabinetelor de moașe în comunități ar îmbunătăți considerabil îngrijirea materno-infantilă, prevenind complicațiile și facilitând accesul femeilor la îngrijire de calitate în apropierea locuinței lor.

[Pentru a face mai ușor accesul la serviciile unei moașe licențiate, aș schimba] Legislația care se permite în primul rând decontarea serviciilor cu moașă, în primul rând, integrarea moașei, deschiderea cabinetelor de moașă. (Interviu 40)

Conform recomandărilor internaționale, este esențială definirea rolurilor moașelor și integrarea acestora ca experți în sănătatea sexuală și reproductivă, ca practicieni cu autonomie ridicată, cu posibilitate de completare a echipei de îngrijiri și prezență la toate nivelele de activitate din domeniu. Moașele pot colabora eficient cu ceilalți membri ai echipei multidisciplinare de îngrijiri, iar această integrare poate contribui semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate, prevenirea complicațiilor, precum și la reducerea mortalității și morbidității materno-infantile. Este necesară reînființarea programelor de formare de moașe în cadrul facultăților de medicină din țară, precum și crearea de posturi pentru moașe licențiate pe fiecare palier de îngrijire a sănătății sexuale și reproductive atât în spitale, precum și în afara acestora, cu prioritate în comunitățile vulnerabile, unde accesul la servicii este adesea limitat. Cu resurse minime, moașele pot oferi servicii esențiale acolo unde este cea mai mare nevoie. Decontarea serviciilor oferite de moașele care lucrează în afara spitalelor - fie în colaborare cu acestea prin ambulatorii mobile, fie în cadrul cabinetelor de practică independentă - ar putea asigura accesul real la servicii SSR de calitate pentru comunitățile vulnerabile.



5. Asigurarea accesului la servicii SSR gratuite în comunitate

Lacunele privind disponibilitatea serviciilor SSR în proximitatea reședinței subliniază nevoia urgentă de a îmbunătăți distribuția și accesibilitatea serviciilor medicale în zonele care nu sunt deservite deja de astfel de servicii, atât prin suplimentarea medicilor specialiști, a medicilor de familie, asistenților comunitari și moașelor în localitățile mici sau rurale, cât și prin asigurarea unui pachet de servicii gratuite din sfera SSR. O recomandare importantă privește suplimentarea serviciilor de SSR și prin înființarea unor clinici sau dispensare, precum și cabinete de practică independentă în comunități, care să ofere asistență medicală continuă și accesibilă tuturor. Pentru asigurarea unui acces echitabil, serviciile ar trebui să fie gratuite sau la costuri minime, pentru a evita ca femeile să fie puse în situația de a renunța la îngrijiri esențiale din cauza lipsei resurselor financiare. Crearea unor servicii gratuite sau subvenționate, în special în comunitățile vulnerabile, poate reduce semnificativ riscurile legate de sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv mortalitatea materno-infantilă.

În primul rând, aș asigura toate femeile măcar cu minimul asta de bază. Chiar dacă sunt asigurate, chiar dacă nu sunt asigurate, să facă un control [ginecologic] pe an, să beneficieze orice femeie de el. [...] (Interviu 28)

Aș face mai multe clinici... nu știu, dispensare, așa cum erau pe vremuri, nu știu. [...] Da, o rețea de servicii medicale. În comunitate. Da. Care să fie disponibile tuturor. Și să fie gratuite. Pentru că, până la urmă, asta e cel mai important, să fie gratuit. (Interviu 38)

[Ar trebui] să existe mai mulți medici specializați, cum sunt și în orașele mari, să existe și în orașele mai mici, și mai multă educație și pentru pacienți, nu doar pentru personalul spitalelor sau medici. Ar fi util să existe mai multe campanii de informare și servicii gratuite pentru cei care nu își permit neapărat costul unei consultații, sau chiar rezolvă o anumită problemă mai gravă decât un control, sau să se ofere mai multe resurse pentru consultații și nevoi legate de sănătatea sexuală. (Interviu 10)

Ar fi foarte interesant să existe un centru de psiho-educație pentru femei. [...] Cumva, clinici pentru sănătate. Clinici care să lucreze cu statul. Clinici și policlinici, da. Cu, nu știu, consilier pentru alăptare. Cu consilier pentru... Da, și să nu fie privat. (Interviu 43)

Astfel, creșterea numărului asistenților medicali comunitari și utilizarea moașelor în comunitate ar putea contribui semnificativ la îmbunătățirea accesului la servicii medicale din domeniul SSR. Furnizarea gratuită a acestor servicii ar facilita accesul și ar permite implementarea unor măsuri centrate pe prevenție, monitorizare eficientă, recunoașterea timpurie a complicațiilor și intervenție promptă. Toate acestea ar conduce nu doar la reducerea numărului cazurilor severe și a complicațiilor multiple și avansate, ci și la reducerea morbidității și mortalității materno-infantile, contribuind în același timp la utilizarea mai eficientă a resurselor din sistemul de sănătate.

6. Accesul la informații corecte privind SSR și serviciile aferente

O temă constantă a recomandărilor propuse de femeile intervievate este asigurarea furnizării informațiilor corecte și accesibile privind sănătatea sexuală și a reproducerii, cu precădere femeilor din comunități marginalizate și celor care nu au acces la educație formală. Fără informații corecte, femeile nu pot ști ce drepturi și ce opțiuni au, ce se întâmplă cu corpul lor și cum să se protejeze de riscuri. Informațiile pot fi furnizate atât prin intermediul unor programe de informare susținute și repetate în cadrul comunităților, cât și în cadrul serviciilor medicale care furnizează servicii de SSR (medicul de familie, ginecologi, personalul medical din cadrul maternităților, etc.). Informațiile trebuie să fie nu doar teoretice, ci și practice, explicate într-un limbaj accesibil și oferite de personal calificat care pot ghida femeile prin etapele importante ale vieții lor sexuale și reproductive. În plus, procedurile și analizele medicale esențiale ar trebui să fie clar standardizate și prezentate într-un mod transparent, pentru a evita confuzia și întârzierile în accesul la îngrijire.

Prezența și popularizarea informațiilor esențiale privind SSR, într-o formă accesibilă, unitară și actualizată ar trebui să fie un obiectiv comun al tuturor canalelor de informare. Este important ca aceste mesaje să facă o trimitere clară spre surse oficiale și de încredere, nu doar pentru a combate lipsa de informare, ci și pentru a contracara în mod activ dezinformarea.

Cred că ar fi informația asta [ar face mai ușor accesul la servicii SSR] ... Că multe femei nu știu despre multe lucruri și, cum nici eu n-am știut, a trebuit să trec prin trei nașteri ca să înțeleg ceva. Și tot de la medici. (Interviu 31)

Sunt mulți tineri care nu cunosc prea multe opțiuni. Atunci când vrei să rămâi însărcinată, nu-ți spune niciun medic, și asta am descoperit-o prima dată când am rămas însărcinată. Niciun medic, când te duci, nu te ia cap-coadă să-ți spună ce analize trebuie să faci ca să obții o sarcină. Încep să-ți spună tot felul de chestii, doar după ce ai pierdut una-două sarcini și după ce ai mai căutat tu câțiva medici sau ai schimbat vreo două-trei spitale. Cred că ar trebui o serie de analize clare, bine punctate, stabilite, afișate în fiecare cabinet ca să știe exact fiecare om. Te duci să faci acele analize și în funcție de rezultatul lor, ce alte analize să mai faci. Pentru că, de exemplu, eu n-am știut că trebuia să fac histeroscopie, salpingografie, analize pe care nimeni nu ți le spune. Toată lumea te îndoapă doar cu pastile, cu Duphaston sau eu știu, cu acid folic ca să rămâi, să faci o sarcină. Dar până am găsit medicul care să cunoască cu totul și care să știe și meserie, am schimbat și eu două spitale, să știi. (Interviu 29)

[Personalul medical ar trebui] Să aibă mai multă răbdare și dacă vede ... în momentul în care eu, de exemplu, când m-am dus cu copilul la două săptămâni la spital, în loc să se grăbească, să fie pe fugă, ar putea să stea să-mi explice de ce trebuie să-i dea perfuzie la copil, să-mi explice cauzele care ar putea să-l afecteze. (Interviu 25)

Cred că nevoia cea mai mare de informare și de implementare de programe este în comunitățile vulnerabile, în special la acele persoane care nu mai frecventează o formă de învățământ, care nu au acces la informații [...] cred că dacă s-ar putea face programe susținute, repetate, cu consecvență, cu stimulente, în comunitățile vulnerabile, ar fi un foarte mare succes. Deci să ajungă informația și educația în comunitate. Noi am avut aceste programe, doar că consider că la amploarea acestui fenomen noi am fost o fărâamă de nisip într-un ocean. (Interviu 22)

Păi mă gândesc că ar trebui cumva să aibă un acces la informații nu numai teoretice, cumva să li se prezinte toate problemele astea și, practic, să fie specialiști în domeniu. Să fie oameni care să poată să le explice în termeni medicali, în cadrul spitalelor, maternităților, să fie și personal auxiliar, nu numai medic - niște specialiști care să poată să discute liber, să le pregătească pe femei înainte de a începe o viață sexuală sau de a naște un copil sau după naștere. Mi se par că astea lipsesc totuși. (Interviu 23)

[Este nevoie de] mediatizarea acestor servicii și către femei din mediul rural ... adică mediatizare în masă. Sincer, nu mi-ar dispăcea nici să aud un anunț la televizor: "Fetele între 20 și 30 de ani sunt invitate la Institutul Regional de Oncologie pentru testare gratuită HPV." Și atunci știm că majoritatea oamenilor au acces la televizor și pot beneficia de asta. (Interviu 43)

7. Eliminarea discriminării și asigurarea unui tratament echitabil pe baza consimțământului informat

Multe dintre schimbările recomandate care ar facilita accesul femeilor la servicii SSR indică nevoia unui sistem medical echitabil, în care fiecare pacientă să fie tratată cu respect și fără discriminare, indiferent de etnie, statut social sau nivel de educație. Eliminarea rasismului și a prejudecăților din relația medic-pacient ar permite accesul real la servicii de calitate pentru toți, inclusiv pentru femeile rom și cele din medii defavorizate. Empatia și o atitudine umană din partea cadrelor medicale rămân esențiale, mai ales pentru pacienții vulnerabili, cum ar fi femeile însărcinate sau mamele tinere, care se confruntă adesea cu lipsă de sprijin și indiferență. Creșterea reprezentării romilor în profesii medicale ar putea îmbunătăți accesul la îngrijire și ar oferi pacienților din comunități marginalizate încrederea necesară pentru a apela la sistemul medical. Într-un sistem de sănătate mai incluziv și mai uman, respectul, empatia și tratamentul egal ar trebui să devină norme, nu excepții.

Un pas important în direcția respectării drepturilor pacienților ar fi dezvoltarea unor mecanisme clare și accesibile de feedback, prin care femeile să poată semnaliza abuzuri, discriminare sau dificultăți întâmpinate în interacțiunea cu personalul medical. Aceste canale ar contribui la creșterea transparenței, la monitorizarea practicilor discriminatorii și la responsabilizarea instituțiilor medicale. Totodată, una dintre soluțiile propuse în cadrul cercetării este construirea unor parteneriate între asociațiile studențești și cele profesionale din domeniul medical, pe de o parte, și organizațiile care apără drepturile minorităților, pe de altă parte. Astfel de colaborări ar putea juca un rol esențial în formarea unei culturi medicale incluzive, în prevenirea discriminării instituționale și în promovarea tratamentului echitabil pentru toate pacientele, indiferent de etnie, orientare sexuală, dizabilitate sau statut social.

Aș schimba chestia asta de rasism. Adică să fim toți egali. Atât. [...] Oricâte studii ai avea ca rom, ca bărbat rom, ca femeie romă, tot rom ești înaintea lor. (Interviu 30)

Să fie pacienții tratați corespunzător de medici, să nu mai facă diferență între unii bogați și unii săraci. Să-i trateze la fel pe toți. [...] Aș fi bucuroasă dacă s-ar schimba medicina, medicii să se ocupe de lume. Măcar copiii noștri să aibă un trai mai bun. Destul că noi am fost tratați cu indiferență. (Interviu 16)

Aș schimba viața, respectul, comunitatea noastră, lumea, medicii. Aș schimba ceva ca să fie respect. Oriunde intrăm și noi, să avem respect. (Interviu 15)

Umanitatea. Să devină sistemul mai uman. [...] Aici, [în sistemul medical din Germania] nu contează că ești alb, negru, femeie de serviciu, rector, ai aceeași mâncare, același tratament, vine cu același zâmbet pe buze la tine, te întreabă de 100 de ori dacă te doare, cât de tare, cum ești, cum... Aici, un asistent are trei pacienți la terapie intensivă pe toată tura. 8 ore stă pe trei pacienți. La noi, în România, un asistent are o secție întreagă. (Interviu 28)

Mi-aș dori din suflet, dacă ar fi să fac această schimbare, ca persoanele în cauză [din serviciile medicale] să pună mai mult suflet în momentul când un om neajutorat, neexperimentat, ajunge în mâinile lor și să fie un pic mai amabili, un pic mai călduți, să se pună un pic în situația omului în cauză și să se gândească un pic la omul care trece prin stările respective și mai ales la faptul că eu am trecut prin chestia asta, mă refer aici la fetele tinere, pentru că este inevitabil ca fetele tinere de 20-21 de ani sau chiar și mai devreme să devină mămici, fiind prima experiență. Mi-aș dori să schimb acest lucru la ele, gândirea lor, adică să vină la muncă cu sufletul, nu să vină doar pentru bani și să treacă timpul și persoanele care sunt pe mâinile lor să fie ca niște saci de gunoi pe care îi aruncă la toberon. (Interviu 17)

*Aș vrea [...] să nu ni se mai vorbească urât, să ne insulte că "sunteți ț*****i, că sunteți țărani, că sunteți jegoși." N-aș crede că poți să te duci într-un spital, la un dispensar, chiar murdar, chiar să miroși... Că este apă... Este dero. Ne spălăm. Asta e cea mai mare jignire posibilă, cum poate să te jignească un doctor, un medic, mai ales când te duci cu un copil bolnav, mai ales când te duci cu tine... Asta aș vrea să se schimbe, să fim și noi tratați ca orice om, să nu se mai facă diferență între noi. [...] Să se comporte și doctorii frumos cu noi, să ne întrebe, să ne asculte și pe noi, să nu mai fim tratați cu jigniri. Cum noi nu îi jignim pe ei, nici ei pe noi. De exemplu, mergi cu un copil, are copilul treaba asta, sau merg cu mine, că poate am și eu o problemă jos, ca orice femeie. "Dar așa sunteți voi, ț*****i! Plecați, lăsați! Că vouă acum vă e rău, dar dacă se suie bărbatul sau când îți face bărbatul, nu-ți mai este rău." Deci vrem ca să nu mai fim jignite, să ni se vorbească frumos, de asta ești doctor, de asta ești medic. Cum mi s-a zis mie că noi ajungem să trăim pe spatele la doctor. (Interviu 19)*

*Păi, de exemplu, părerea mea este că dacă noi am avea un cadru medical și de etnie romă, altfel ar sta situația. Altfel ar fi accesibilitatea oamenilor. Oamenii de la mine din comunitate nu prea îndrăznesc, nu au informații. Pentru că oamenii sunt plafonați, oamenii sunt mai în vârstă, oamenii nu au avut acces.... un om în vârstă nu are acces la informații ca unul mai tânăr. [...] Să fie cineva care să vezi că își dorește să îți ofere ajutorul și încrederea de care ai nevoie atunci când apelezi la el. Nu să te privească de la un nivel înalt, nu să te privească că vezi, doamne, cine ești tu, ai venit tu ăla, romul, ț*****i, să ceri ajutor. Nu! Cineva care să fie de încredere, căruia să poți să îi spui ce probleme ai. (Interviu 5)*

Una din soluții ar fi stabilirea unui raport destul de bun între asociațiile studențești, asociațiile de medici cu asociațiile minoritare, care apără drepturile minoritare. (Interviu 43)

[Ar fi nevoie de] crearea unei legături mai intense între doctor și pacient. Adică un sistem de feedback, un sistem de follow-up. O modalitate prin care pacientul ăla să poată să adreseze întrebări suplimentare. (Interviu 43)

Pe lângă implementarea unor modalități facile de feedback privind îngrijirile și experiența accesării sistemului medical, este esențial să se pună accent și pe calitatea îngrijirilor, dintr-o perspectivă holistică și umană, cu standarde clare de calitate și măsuri bine definite pentru situațiile în care atitudinea personalului sau îngrijirea acordată sunt sub standard sau neconforme. Publicarea obligatorie a statisticilor privind calitatea îngrijirilor, inclusiv a celor generate de feedbackul pacienților, ar putea contribui constructiv la menținerea unui standard ridicat al serviciilor.

Este imperios necesară conectarea eficientă între diferitele paliere ale echipei de îngrijiri multidisciplinare, specialităților conexe și diferitelor profesii implicate. La fel de importantă este organizarea unui sistem de debriefing, follow-up și monitorizare, în special pentru cazurile cu multiple vulnerabilități prin management de caz integrat. Toate acestea ar trebui susținute prin elaborarea și implementarea unui protocol clar de integrare și colaborare între serviciile, autoritățile și instituțiile implicate, atât la nivel local, cât și la nivel central, pentru a interveni prompt, eficient și responsabil în sprijinul asigurării dreptului fundamental la sănătate.

Anexa 1a. Femei utilizatoare de servicii SSR - profil socio-demografic

Nr. interviu	Reședință	Vârstă	Educație formală	Ocupație	Statut civil	Nr. copii	Etnie	Medic de familie	Comunitate compactă
1	Urban	46	Primară	Angajată cu normă parțială	Singură	2	Romă	Da	Da
2	Urban	41	Liceu neterminat	Casnică	Căsătorită/parteneriat	2	Romă	Nu	Da
3	Urban	33	Gimnazială	Casnică	Căsătorită/parteneriat	1	Romă	Da	Da
4	Urban	40	Primară	Casnică	Căsătorită/parteneriat	2	Romă	Da	Da
5	Urban	36	Liceu	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/parteneriat	2	Romă	Da	Da
6	Urban	24	Liceu absolvit (fără bacalaureat)	Angajată cu normă parțială	Căsătorită/parteneriat	1	Română	Da	Nu
7	Urban	35	Liceu neterminat	casnică	Căsătorită/parteneriat	1	Romă	Da	Da
8	Urban	42	Liceu neterminat	Casnică	Căsătorită/parteneriat	2	Romă	Da	Da
9	Urban	23	Universitară	Angajată cu normă parțială	Căsătorită/parteneriat	0	Romă	Da	Da
10	Urban	23	Universitară	Angajată cu normă parțială	Singură	0	Română	Da	Nu
11	Urban	40	Învățăământ profesional	Casnică	Căsătorită/parteneriat	3	Romă	Da	Da
12	Rural	19	Gimnazială	Casnică	Căsătorită/parteneriat	2	Romă	Nu	Da
13	Rural	29	Primară	Casnică	Căsătorită/parteneriat	5	Romă	Nu	Da
14	Rural	34	Gimnazială	Casnică	Căsătorită/parteneriat	6	Romă	Da	Da
15	Rural	41	Gimnazială	Casnică	Singură	3	Romă	Da	Da
16	Rural	46	Liceu neterminat	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/parteneriat	3	Romă	Da	Da
17	Urban	25	Liceu	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/parteneriat	1	Romă	Da	Da

Nr. Interviu	Reședință	Vârstă	Educație formală	Ocupație	Statut civil	Nr. copii	Etnie	Medic de familie	Comunitate compactă
18	Rural	44	fără	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	14	Romă	Da	Da
19	Rural	40	fără	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	4	Romă	Da	Da
20	Rural	30	fără	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	2	Romă	Nu	Da
21	Urban	45	Universitară	Angajată cu normă întreagă	Divorțată	5	Română	Da	Nu
22	Urban	43	Universitară	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/ parteneriat	1	Română	Da	Nu
23	Urban	48	Universitară	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/ parteneriat	4	Română	Da	Nu
24	Rural	35	Învățământ profesional	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	3	Romă/ Maghiară	Da	Nu
25	Urban	23	Învățământ profesional	Fără ocupație	Singură	1	Romă	Nu	Nu
26	Urban	23	Universitară	Studentă	Singură	0	Maghiară	Da	Nu
27	Rural	37	Învățământ profesional	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/ parteneriat	3	Română	Da	Nu
28	Urban	42	Primară	Casnică	Singură	3	Romă	Nu	Nu
29	Urban	39	Liceu (fără bacalaureat)	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/ parteneriat	3	Romă	Da	Nu
30	Rural	35	Gimnazială	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	3	Romă	Da	Da
31	Urban	32	fără	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	2	Romă	Da	Nu
32	Urban	34	Primară	Casnică	Căsătorită/ parteneriat	2	Romă	Da	Nu
33	Urban	38	Liceu	Angajată cu normă întreagă	Căsătorită/ parteneriat	1	Romă	Da	Nu
34	Rural	44	Primară	Pensionară	Căsătorită/ parteneriat	1	Romă	Da	Nu

Anexa 1b. Furnizori servicii SSR - profil socio-demografic

Nr. Interviu	Profesie	Reședință
35	Asistent medical generalist, spital public	Urban
36	Asistent medical comunitar, primărie	Rural
37	Medic primar obstetrică-ginecologie, spital public	Urban
38	Asistent medical generalist, spital public	Urban
39	Asistent social, spital public/furnizor servicii sociale	Urban
40	Moașă	Urban
41	Furnizor public de servicii sociale (Direcția de Asistență Socială)	Urban
42	Medic rezident medicină de familie, spital public	Urban
43	Medic rezident medicină de familie, cabinet individual medicină de familie	Urban

Referințe

Asociația Moașelor Independente (2024). *Raport privind accesul la avort în siguranță.*

https://moasele.ro/wp-content/uploads/2024/03/RO_Raport-AMI_Accesul-la-Avort-in-Romania.pdf

Brînza, M.G., Nemeș, D., Pinteș, L.M., Mateescu, I., Rotar, I.C., Mara, M., Ungureanu, M.I., & Florea, D. (2022). *Îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijire antenatală și a rezultatelor obținute pentru făt. UNICEF România.*

Casebolt, M. T. (2020). *Barriers to reproductive health services for women with disability in low- and middle-income countries: A review of the literature.*

Sexual & Reproductive Healthcare, 24, 100485. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100485>

Center for Reproductive Rights & Poradňa (2003). *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom.*

Disponibil la: <https://reproductiverights.org/body-and-soul-forced-sterilization-and-other-assaults-on-roma-reproductive-freedom/>

Colombini, M., Rechel, B., & Mayhew, S. H. (2011). *Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia.*

Global Public Health, 7(5), 522–534. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.641990>

Confederația Internațională a Moașelor (2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care.*

<https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/>

Confederația Internațională a Moașelor (2017). *Bill of Rights for Women and Midwives.*

https://internationalmidwives.org/resources/?resource_type=core-document-en

Confederația Internațională a Moașelor (2024a). *International Definition and Scope of Practice of the Midwife.*

<https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>

Confederația Internațională a Moașelor (2024b). *Essential Competencies for Midwifery Practice.*

https://internationalmidwives.org/resources/?resource_type=core-document-en

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics.*

University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-167.

European Roma Rights Center (2016). *Coercive and Cruel: Sterilisation and its Consequences for Roma Women in the Czech Republic (1966–2016).*

ERRC: Budapest. https://www.errc.org/uploads/upload_en/file/coercive-and-cruel-28-november-2016.pdf

European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2003). *Breaking the barriers: Roma women and access to public health care.*

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/180-ROMA-HC-EN.pdf

Gheorghe, C., & Mocanu, C. (2021). *Challenging intersectionality: Roma women's voices and experiences. Experiences of discrimination of Roma women in housing, education, health and employment.*

Raport de cercetare. <https://e-romnja.ro/en/download/2393/?tmstv=1742197065>

Grigoraș, V., Salazar, M., Vladu, C.I., & Briciu, C. (2021). *Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități din România. Banca Mondială.*

[https://documents1.worldbank.org/curated/en/099010012102132743/pdf/](https://documents1.worldbank.org/curated/en/099010012102132743/pdf/P16861203469f40520a0b50526101445ee5.pdf)

[P16861203469f40520a0b50526101445ee5.pdf](https://documents1.worldbank.org/curated/en/099010012102132743/pdf/P16861203469f40520a0b50526101445ee5.pdf)

Inspekția Judiciară (2022). *Raport de control tematic privind investigarea și soluționarea cauzelor privind infracțiuni la viața sexuală cu victime minore. Direcție de Inspekție pentru Procurori.*

Disponibil la: <https://www.inspectiajudiciara.ro/sitewebservice/Resources/Rapoarte-de-control-2022/21JTvia%C8%9Ba-sexual%C4%83-cu-victime.pdf>

Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) (2024). *Mortalitatea infantilă în România 2023. București: INSP.*

Disponibil la: <https://insp.gov.ro/download/mortalitatea-infantila-in-romania-2023/>

Institutul Național de Statistică (2024). *Condițiile de viață ale populației din România. INS.*

Disponibil la: https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/conditiile_de_viata_ale_populatiei_din_romania_in_anul_2023.pdf

Janevic, T., Sripad, P., Bradley, E. et al. (2011). *“There’s no kind of respect here”: A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. Int J Equity Health, 10, 53.*

Disponibil la: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-53#citeas>

Lăcătuș, A. M., Atudorei, I. A., Neculau, A. E., Isop, L. M., Vecerdi, C. A., Rogozea, L., & Văcaru, M. (2024). *Inappropriate Use of Emergency Services from the Perspective of Primary Care Underutilization in a Local Romanian Context: A Cross-Sectional Study. Healthcare, 12(7), 794.*

Disponibil la: <https://doi.org/10.3390/healthcare12070794>

Lee, S. A. (2025). *“It’s Happening Even Without You Noticing”: Increasing Barriers to Accessing Sexual and Reproductive Health Care in Romania. Human Rights Watch.*

Disponibil la: <https://www.hrw.org/report/2025/04/07/its-happening-even-without-you-noticing/increasing-barriers-accessing-sexual-and>

Ministerul Educației (2023). *Situația burselor școlare la 31 octombrie 2023.*

Disponibil la: https://www.edu.ro/sites/default/files/Centralizare_situatie_burse_scolare_31_octombrie_2023.pdf

Ministerul Educației (2024). *Ordin privind Metodologia cadru de acordarea a burselor nr. 5518/2024.*

Disponibil la: https://www.edu.ro/sites/default/files/_fi%C8%99iere/Legislatie/2024/OME_5518_Burse_2024-2025.pdf

Ministerul Muncii și Solidarității Sociale & Ministerul Tineretului, Familiei și Egalității de Șanse (2022). *Norme metodologice din 22 noiembrie 2022 de aplicare a Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității.*

Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/261732>

Ministerul Sănătății (2021). *Protocol privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale documentate în carnetul gravidei (aprobat prin Ordinul nr. 1617/2021). București: Monitorul Oficial al României, nr. 889 din 16 septembrie 2021.*

Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/246408>

Ministerul Sănătății, Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului, Societatea Națională de Medicina Familiei & Asociația Moașelor Independente din România (2021). *Metodologia efectuării consultației prenatale, în cadrul proiectului „Dă o șansă vieții!”. București: Program Operațional Capital Uman 2014-2020.*

Disponibil la: <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2021/09/Metodologia-monitorizarii-sarcinii.pdf>

Națiunile Unite (2006). *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur. A/61/338.*

Disponibil la: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n06/519/97/pdf/n0651997.pdf>

OCDE/Comisia Europeană (2023). *Romania: Country Health Profile 2023. State of Health in the EU.*

Disponibil la: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/2023_chp_ro_english.pdf

OCDE/Comisia Europeană (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Neaga, D.E., Grünberg, L., Radu, C. (2024) *Experiența nașterii în spitalele din România. Raport de cercetare privind violența obstetrică. Asociația Moașelor Independente*. Disponibil la: https://moasele.ro/wp-content/uploads/2024/11/Raport-privind-violenta-obstetrica_AMI_2024_oct.pdf

Neculau, A., Neguț, D., Văcaru, M., & Vladu, C. (2022). *Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți*. UNICEF România. Disponibil la: <https://www.unicef.org/romania/media/8336/file/CADRUL%20DE%20>

Oncioiu, D., Gheorghiu, A., Tofan, A., & Țone, I. (2023). *La noi e o cutumă: Zeci de spitale publice din România refuză să facă avorturi*. Jurnalul Decretului. Disponibil la: <https://jurnaluldecretului.ro/la-noi-e-o-cutuma/>

Oprea, Alexandra (2017) *Toward the Recognition of Critical Race Theory in Human Rights Law: Roma Women's Reproductive Rights*. *Realizing Roma Rights*, edited by Jacqueline Bhabha, Andrzej Mirga and Margareta Matache, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, pp. 39-56.

Organizația Mondială a Sănătății (2016) *Recomandările OMS privind îngrijirea prenatală pentru o experiență pozitivă de sarcină*. Geneva: World Health Organization. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409110/>.

Organizația Mondială a Sănătății (2018) *Recomandări OMS: îngrijire intrapartum pentru o experiență pozitivă a nașterii*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

Organizația Mondială a Sănătății & UNICEF (2009) *Inițiativa pentru spitale prietenoase cu nou-născuții: revizuită, actualizată și extinsă pentru îngrijire integrată*. Disponibil la: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf

Parlamentul României. (2022). *Lege nr. 65 din 22 martie 2022 pentru completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*. Capitolul VI, Art. 140¹⁸, punctul 2. Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/253114>

Parlamentul României (2023) *Legea nr. 198 din 4 iulie 2023 învățământului preuniversitar*. Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/public/DetaliuDocument/271896>

Plan International (2024) *Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România. Situația actuală și traiectorii viitoare*.

Roman, G., Burcea, S. (2024) *Studiu privind mamele minore și gravidele minore. Salvați Copiii*.

Ross, L., & Solinger, R. (2017). *Reproductive justice: An introduction*. University of California Press.

Stativă, E., Mihăilescu, G., Stănescu, A., Novak, C. (2019) *Studiu despre mortalitatea infantilă și mortalitatea maternă. Raport de cercetare*. Institutul pentru sănătatea mamei și copilului și UNICEF România.

Stativa, E., Rus, A. V., Suci, N., Pennings, J. S., Butterfield, M. E., Wenyika, R., & Webster, R. (2014). *Characteristics and prenatal care utilisation of Romanian pregnant women*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(3), 220–226. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.907399>

UNICEF (2024) *Levels and trends in child mortality 2024*. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Disponibil la: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>

Vincze, E. (2006). *Social exclusion at the crossroads of gender, ethnicity and class: a view through romanian women's reproductive health*. Budapest: Open Society Institute. Disponibil la: http://policy.hu/studydocs/Magyar_Vincze_PS_July2006.pdf