

CADRUL DE POLITICI **pentru prevenirea sarcinilor și a** **consecințelor acestora la adolescenți**

Ianuarie 2022



AUTORI

Andreea Neculau,
Conferențiar Universitar, Medic de familie

Diana Neguț
Consultant juridic

Mihai Văcaru
Doctor în Sănătate Publică

Cristina Vladu
Expert Politici de Sănătate

Opiniile exprimate în acest document aparțin autorilor
și nu reflectă neapărat poziția UNICEF.

LISTĂ ACRONIME	6
Sumar executiv	8
1. METODOLOGIE	11
1.1. Explorarea literaturii	11
1.2. Analiza atât a statisticilor naționale, cât și a datelor secțiilor	12
1.3. Evaluarea legislației și politicilor naționale	12
1.4. Interviu cu părțile interesate	12
1.5. Aplicarea principiilor teoriei schimbării	12
2. DESCRIEREA FENOMENULUI MAMELOR ADOLESCENTE	13
2.1 Sarcina la adolescente în România – status quo	13
2.1.1 Sarcina la adolescente în România – schimbări în timp	13
2.1.2 Situația la nivel de județe	14
2.1.3 Situația la nivel local	16
2.2 Determinanți ai sarcinii la adolescente	19
2.2.1 Vârsta de debut a menarhei	19
2.2.2 Sărăcia	19
2.2.3 Educația	20
2.2.4 Structura și contextul familiei	21
2.2.5 Abuzul	21
2.2.6 Implicarea în comunitate	21
2.2.7 Minoritățile etnice	22
2.3 Impactul sarcinii asupra mamei adolescente	24
2.4 Impactul sarcinii la adolescente asupra copilului	26
2.5 Tații, partenerii mamelor adolescente și potențialul de abuz	27
2.6 Costul social al sarcinii la adolescente	29
3. DREPTURILE COPIILOR	30
4. CADRUL INSTITUȚIONAL	32
4.1 Sistemul medical	32
4.2 Asistența medicală primară	33
4.3 Asistența medicală comunitară	34
4.4 Asistența medicală școlară	34
4.5 Cabinetele de planificare familială	34
4.6 Asistența medicală din cadrul sistemului de asistență socială	35
4.7 Maternitățile	35
4.8 Alte servicii medicale	35
4.9 Sistemul social	35
4.10 Sistemul educațional	37
4.11 Abordarea intersectorială	38
4.12 Sistemul informațional	39

4.13 Ghiduri și protocoale	40
4.14 Resursele umane	41
4.15 Cercetarea	43
5. INTERVENȚIA PREVENTIVĂ	44
5.1 Intervenția prin educație	44
5.2 Practici curente	46
5.3 Practici dovedite	46
5.4 Intervenția prin consiliere	47
5.5 Intervenția prin contracepție	49
6. INTERVENȚIA PENTRU GRAVIDE, MAME ADOLESCENTE ȘI PARTENERII LOR	50
6.1. Intervenția pentru gravide, mame adolescente și partenerii lor în general	50
6.2. Intervenția pentru gravide, mame adolescente și partenerii lor în condiții de abuz	51
7. CAMPANIA DE COMUNICARE ȘI SCHIMBARE DE COMPORTAMENTE	54
8. DEFINIREA CADRULUI DE POLITICI PENTRU PREVENIREA SARCINILOR ȘI A CONSECINȚELOR ACESTORA LA MAMELE ADOLESCENTE	56
Principii ale Cadrului de Politici	56
Rezultat așteptat 1: Capacitate instituțională sectorială și intersectorială crescută	58
Output 1: Mecanisme de cooperare intersectorială și funcționare sustenabilă create	58
Output 2: Sistemul informațional integrat definit, congruent cu sistemele intersectoriale dezvoltate deja (MATE/ AMC/ AURORA/ AMCMSR.ro)	60
Output 3: Ghiduri și protocoale sunt definite, aplicate, monitorizate și promovate	61
Output 4: Capacitatea resurselor umane este asigurată	64
Output 5: Cercetarea este folosită pentru direcționarea și fundamentarea deciziilor – ex. a pașilor metodologici (din ghiduri și protocoale), a campaniei de comunicare/ schimbare de comportamente, a definirii de servicii noi etc.	65
Rezultat așteptat 2: Principalele audiențe țintă adoptă comportamente anti-stigmă, de relații sănătoase, de parteneri responsabili, de adoptare a metodelor contraceptive	67
Output 6: Campania de comunicare și schimbare de comportamente/ anti-stigmă bazată pe dovezi este implementată multianual	67
Rezultat așteptat 3: Minorii la nivel populațional și, cu precădere, minorii din comunități marginalizate au acces la servicii integrate PREVENTIVE inclusive, de calitate, adecvate cultural.	68
Output 7: Servicii educaționale preșcolare și de tip școală după școală sunt oferite tuturor copiilor, în special celor din comunitățile marginalizate	68

Output 8:

Materia "Educație pentru sănătate" este prevăzută în toate școlile aflate în zone de risc socio-economic 69

Output 9:

Servicii integrate preventive de calitate sunt furnizate tuturor minorilor, cu accent asupra adolescentelor aflate la risc de a deveni însărcinate 70

Output 10:

Minorii care au început viața sexuală, în special cei din comunitățile defavorizate au acces la servicii de MF/ anticoncepționale gratuite 71

Output 11:

Oportunități de participare civică sunt furnizate în general și cu precădere în comunitățile marginalizate 72

Output 12:

Oportunități de dezvoltare economică/ inițiative economice/economie socială sunt furnizate în comunitățile marginalizate 73

Rezultat așteptat 4: Gravidele/ Mamele adolescente și partenerii lor au acces la servicii integrate de calitate 74

Output 13:

Protocoale/ ghiduri de intervenție pentru servicii specializate și integrate adresate mamei/ taților adolescenți/ taților tineri sunt dezvoltate 74

Output 14:

Servicii integrate generale sunt implementate pentru gravidele, mamele adolescente și tații copiilor 75

Output 15:

Servicii integrate complexe sunt furnizate mamelor adolescente care trăiesc în relații abuzive cu partenerul/ familia 77

Bibliografie 79

Anexa 1. Exemple de date colectate și modalitatea de raportare 89

Maternitățile 89

Medicii de familie 89

Asistența medicală școlară 89

Asistența medicală comunitară 89

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului 90

Serviciile de Asistență Socială din cadrul Administrațiilor Publice Locale 90

Unitățile de învățământ 90

Anexa 2. Exemple de teme pe ani de studiu Cap. Sănătatea reproducerii (MECS) 91

Anexa 3. Beneficii sociale la care poate avea acces mama ADOLESCENTĂ prin reprezentantul ei legal 92

Anexa 4. Persoanele intervievate cu privire la problematica mamelor adolescente-tinerii tați 94

Anexa 5. Lista de verificare (checklist), ținte și indicatori 95

LISTĂ ACRONIME

AMC	Asistent medical comunitar
ANMDM	Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România
ANDPDCA	Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții
ANPDC	Agencia Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului
APL	Autoritate Publică Locală
CJ	Consiliu Județean
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului
DSP	Direcția de Sănătate Publică
EAC	Evenimente adverse în copilărie
HG	Hotărâre de Guvern
INS	Institutul Național de Statistică
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
ISJ	Inspectoratul Școlar Județean
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
ME	Ministerul Educației
MECTS	Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului
MF	Medic de familie
MMSS	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
MS	Ministerul Sănătății
MFTES	Ministerul Familiei, Tineretului și Egalității de Șanse
SAS	Serviciu de Asistență Socială
SDS	Școală după Școală
TFJ	Task Force Județean (grup de lucru județean)
TFN	Task Force Național (grup de lucru național)
UE	Uniunea Europeană

Echipa proiectului mulțumește pe această cale tuturor persoanelor care au acceptat să contribuie la dezvoltarea acestui material, prin oferirea de răspunsuri și informații deosebit de valoroase, care au permis descrierea situației actuale privind fenomenul sarcinii la mamele adolescente în România. Lista persoanelor reprezentative intervievate, se regăsește în Anexa 4. Numele lor nu este menționat din rațiuni de confidențialitate, însă contribuțiile acestora sunt notabile.

Mulțumim de asemenea celor care au acceptat să revizuiască acest document și să ne ofere feedback valoros și constructiv: dr. Cristina Isar, sociolog Mirela Parker, asistent medical comunitar Rusu Maria, dr. Sandra Alexiu, dr. Alin Stănescu.

Mulțumim echipei interdisciplinare UNICEF pentru îndrumarea ținută, feed back-ul consistent și capacitatea ideilor ce s-au decantat pe parcursul modelării acestui cadru de politici: Luminița Costache, Raluca Dinu, Ramona Pavel, Simona Torotcoi, Voichița Tomuș.

Mulțumim în mod deosebit doamnei Oana Motea pentru ghidarea imparțială pe tot parcursul dezvoltării acestui material, nu de puține ori aflat în impas datorită multiplelor dificultăți de acces la informație relevantă.

SUMAR EXECUTIV

Sarcina la adolescente în România reprezintă un fenomen social complex pentru care instituțiile statului nu sunt încă pregătite pentru a acționa eficient. Consecința o reprezintă persistența României pe primele locuri în Europa în ceea ce privește nașterile la adolescente, perpetuarea acestui fenomen într-un cerc vicios întrepătruns îndeaproape cu sărăcia, cu costuri sociale și individuale semnificative.

Complexitatea marcată a acestei problematice face ca abordarea ei cu succes să nu poată fi îndeplinită de către un singur sector (sănătate, social sau educație), ci să necesite o abordare multisectorială, proactivă, creativă, o cultură organizațională cu adevărat centrată pe beneficiar.

Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescente își propune să jaloneze intervenții necesare de a fi implementate la nivel local și județean, pentru a se ajunge la controlul fenomenului.

Capitolul 1 subliniază succint metodologia avută în vedere pentru definirea acestui Cadru de Politici, respectiv documentarea, analiza statisticilor și datelor disponibile, interviuri cu decidenți politici de la nivel național, județean, local, dar și cu profesioniști din prima linie, precum și cu organizații neguvernamentale activând în acest domeniu.

Capitolul 2 al documentului face descrierea fenomenului sarcinilor la adolescente, trecând prin descrierea fenomenului la nivel european, național, județean și local, analizând dovezile asupra determinantilor acestuia, a impactului fenomenului asupra părinților minori, a costurilor sociale ale acestuia. Aspecte notabile sunt reprezentate de: tendința de creștere a frecvenței nașterilor la adolescentele sub 15 ani, interconexiunea clară cu problematica sărăciei, aspecte etnice culturale specifice.

Capitolul 3 pune accent pe drepturile copilului, cu accent pe modul în care se respectă dreptul la viață sexuală și sănătatea reproducerii și, în speță, dreptul copilului de a fi informat cu privire la sănătatea reproducerii și necesitatea ca sistemul legislativ să asigure acest drept.

Capitolele 4, 5 și 6 trec în revistă descrierea principalelor sisteme – sănătate, social, educație, cu modalitatea de organizare referitoare la problematica mamei adolescente, sistemul informațional existent, resursele umane și modalitatea de funcționare a acestora în cadrul intervențiilor de prevenire a sarcinii la adolescente sau a celor de susținere a cuplului, în cazul asistării adolescentei odată devenită gravidă/ lăuză și a partenerului ei.

Capitolul 7 analizează modelul curent prin care instituțiile publice realizează campanii cu intenția de schimbare de comportament, fără a utiliza însă paradigma considerată eficientă în schimbarea de comportamente, ci vechea paradigmă de informare, comunicare, educare.

Principalele măsuri recomandate drept intervenții necesare limitării fenomenului sarcinilor la adolescente sunt identificate în cadrul **Capitolului 8**. Acestea respectă abordarea cadrului logic/ teoriei schimbării și sunt grupate în intervenții propuse pentru atingerea a patru rezultate așteptate, respectiv:

➔ Rezultat așteptat 1 (RA1):

Capacitate instituțională sectorială și intersectorială crescută

Obținerea acestui RA1 presupune:

- Dezvoltarea de mecanisme de cooperare intersectorială și funcționare sustenabilă: crearea unui grup de lucru (*task force*) național (TFN) și de grupuri de lucru județene (TFJ) în județe pilot, definirea de metodologii de management /protocoale de comunicare interinstituțională, evaluarea capacității instituționale la nivel național/ județean/ local pentru principalele sectoare implicate, dar și pentru organizațiile neguvernamentale specializate (ce intervin deja intersectorial, bazat pe dovezi, în cadrul acestor măsuri), realizarea unui manual de bune practici, definirea a 2-5 planuri județene de acțiune în județele pilot, definirea de planuri de acțiune la nivel local în localitățile cu numărul cel mai mare de mame adolescente din județele pilot, bugetarea planurilor de acțiune și asigurarea finanțării multianuale ale acestora, completarea și/sau modificarea cadrului legislativ pentru a permite lucrul intersectorial, a asigura sustenabilitatea instituțională și financiară multianuală a măsurilor, completarea și/sau modificarea cadrului legislativ pentru a permite furnizarea de anticoncepționale gratuite în comunitățile defavorizate/ identificate cu risc de sarcini la adolescente/ identificarea de formule de acces gratuit la contraceptive;
- Definirea unui sistem informațional integrat, congruent cu sistemele intersectoriale dezvoltate deja (MATE/ sistemul MS de raportare pentru AMC / AURORA etc.): identificarea și analiza sistemelor informaționale existente deja la nivelul sistemelor sectoriale (AURORA, sistemul MS de raportare pentru AMC , MATE etc.), definirea de indicatori comuni, intersectoriali, definirea unei baze de date pentru adolescente cu risc de a deveni gravide, adolescente gravide, a fișei de colectare a datelor, cu mecanism de alertare încrucișată, intersectorială, capacitarea furnizorii privați de a raporta serviciile acordate gravidelor/ mamelor adolescente în această bază de date (nașteri, avorturi etc.)
- Definirea de ghiduri și protocoale sectoriale și intersectoriale; completarea materiilor de „Dezvoltare personală” și „Biologie” cu dezvoltarea de materiale educaționale de suport pentru predarea la clasă a relațiilor sănătoase (clasele 0-VIII) și respectiv a contracepției (începând cu clasa a V-a)
- Asigurarea de resurse umane: alocarea resurselor umane pentru zonele de risc, formarea resurselor umane în utilizarea noilor ghiduri/ protocoale/ programe școlare, ajustarea fișelor de post ale profesioniștilor de primă linie, achiziționarea serviciilor de *mobilizare* a organizațiilor neguvernamentale, definirea unei politici de *mobilizare* cu echipe mobile în cazul lipsei personalului de specialitate în comunitățile identificate ca fiind critice în cadrul TFJ.
- Folosirea cercetării pentru direcționarea și fundamentarea deciziilor, a pașilor metodologici, a definirii de servicii noi, evaluarea beneficiarilor înainte și după intervenții, etc.; realizarea, bugetarea și implementarea unui plan multianual pentru cercetare pe subiectul sarcinii la adolescente.

➔ **Rezultat așteptat 2 (RA2):**

Minorii la nivel populațional și cu precădere minorii din comunități marginalizate au acces la servicii integrate preventive inclusive, de calitate, adecvate cultural.

Obținerea acestui RA2 presupune:

- Furnizarea de servicii educaționale preșcolare și de tip școală după școală tuturor copiilor (asigurarea capacității, a accesului financiar, transportului subvenționat, etc).
- Existența materiei „Educație pentru sănătate” în oferta educațională a tuturor școlilor aflate în zone de risc socio-economic.
- Furnizarea de servicii integrate preventive de calitate către toți copiii/adolescenții: analiza și reevaluarea curriculum-ului pentru materiile din trunchiul comun – „Dezvoltare personală” și „Biologie” - cu dezvoltarea de lucrări practice, ghiduri pentru profesori, materialele educaționale interactive ce pun accent pe formarea/ deprinderea de relații sănătoase pentru clasele 0-VIII, și înțelegerea noțiunii de contracepție, de boli transmise sexual începând cu clasa a V-a); identificarea factorilor de risc pentru sarcina la adolescente, alertarea intersectorială și consilierea minorilor aflați la risc.
- Furnizarea de servicii consiliere MF și anticoncepționale gratuite către minorii care au început viața sexuală, în special celor din comunitățile defavorizate.
- Existența de oportunități de participare civică, cu precădere în comunitățile marginalizate.
- Existența de oportunități de dezvoltare economică/ inițiative economice/economie socială în comunitățile marginalizate.

➔ **Rezultat așteptat 3 (RA3):**

Gravidele/ Mamele adolescente și partenerii lor au acces la servicii integrate de calitate.

Obținerea acestui RA3 presupune:

- Definirea de protocoale/ ghiduri de intervenție pentru servicii specializate și integrate adresate mamei/ taților adolescenți / taților tineri sunt redactate (dezvoltarea de ghiduri de intervenție pentru alertarea activă intersectorială a profesioniștilor de la nivel local în situația în care mama adolescentă se află în situație de abuz, dezvoltarea de ghiduri de intervenție pentru tată, definirea unui mecanism de disponibilizare /garantare de sume pentru a asigura accesul gravidei la analize de laborator;
- Furnizarea de servicii integrate generale sunt implementate pentru gravidele, mamele adolescente și tații copiilor (definirea unui mecanism intersectorial de alertare a situației adolescentei gravide, definirea unui mecanism intersectorial de alertare a lăuzei adolescente, respectiv crearea unui serviciu de management dirijat al externării mamei adolescente; asigurarea informațiilor necesare și consilierea motivațională pentru a facilita accesul la a doua șansă în educație, servicii de consiliere pentru creșterea stimei de sine/ evaluarea semnelor de depresie *post partum*, consilierea vocațională.

11. Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

- Furnizarea de servicii integrate complexe mamelor adolescente ce trăiesc în relații abuzive cu partenerul/ familia (alertarea intersectorială a DGASPC pentru alocarea activă a unui manager de caz, asigurarea accesului gravidelor și mamelor adolescente ce se află în relații abuzive în Centre pentru Mame Adolescente sau în asistență maternală/ familii maternale).

➔ Rezultat așteptat 4 (RA4):

Principalele audiențe țintă adoptă comportamente anti-stigmă, de relații sănătoase, de parteneri responsabili, de adoptare a metodelor contraceptive.

Obținerea acestui RA4 presupune:

- Definirea, implementarea, monitorizarea și evaluarea intersectorială a unei campanii multianuale de comunicare și schimbare de comportamente/ anti-stigmă bazată pe dovezi. Campania va fi precedată de analiza prin cercetare calitativă a narativelor din spatele situațiilor de stigmă, a barierelor în comportamentelor grupurilor țintă, a canalelor preferate de comunicare, a tipurilor de mesaje ce ar „prinde” la fiecare dintre grupurile țintă.
- Campania va fi de tipul marketingului social cu prezentarea informațiilor în modalități prietenoase, cu mesaje și canale de comunicare ajustate după nevoile grupurilor țintă (ex.: aplicații mobile prin telefoane dedicate minorilor); campania va prezenta aceleași mesaje și însemne / culori atât pe plan național, cât și pe cele județene, locale, la nivelul comunităților.

1. METODOLOGIE

Au fost întreprinse mai multe abordări metodologice în elaborarea acestui raport și recomandările acestuia:

1.1. Explorarea literaturii

Au fost efectuate recenzii de literatură pe dovezile naționale și internaționale referitoare la subiectul sarcinii la adolescente. Revizuirea a urmat mai multe direcții:

- a) Factorii determinanți ai sarcinii la adolescente, atât pe plan internațional, cât și în context românesc;
- b) Impactul sarcinii asupra mamei adolescente;
- c) Impactul sarcinii mamei adolescente asupra copilului;
- d) Impactul sarcinii adolescentelor asupra societății;
- e) Analiza de documente de politici, programe și strategii implementate în alte țări care au fost evaluate și s-au dovedit a fi performante pentru abordarea sarcinii la persoanele minore/adolescente.

Se remarcă faptul că majoritatea informațiilor care au fost obținute în urma acestui proces au provenit din surse internaționale – ca atare, aplicabilitatea lor în contextul românesc poate să nu fie întotdeauna posibilă. Cu toate acestea, având în vedere lipsa de date și informații locale, aceasta a fost cea mai bună opțiune disponibilă.

1.2. Analiza atât a statisticilor naționale, cât și a datelor secțiilor

Sursa primară de informare folosită în acest raport pentru statistica națională a fost Institutul Național de Statistică (<http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/ins-se-table>). Datele au fost, de asemenea, obținute de la agențiile locale (DGASPC, ANDPCA etc.) și de la maternități.

1.3. Evaluarea legislației și politicilor naționale

În vederea realizării analizei de față, au fost verificate normele juridice în vigoare incidente drepturilor copilului. În acest sens, prezentul document a fost organizat luându-se în considerare sistemul legislativ actual aferent domeniului educației, sănătății, socialului, dispoziții legale cu privire la atribuțiile și rolurile personalului implicat în asigurarea de servicii (educaționale, de sănătate, sociale) pentru copii (inclusiv adolescenți/tineri), dar și dispoziții cuprinse în acte internaționale și strategii naționale, dispoziții de ordin civil și penal, fiind cercetate și rapoarte, ghiduri, analize ale instituțiilor de profil naționale și internaționale.

1.4. Interviu cu părțile interesate

Reprezentanți din mai multe ministere (Educație, Sănătate, dar și instituții precum ANDPDCA etc), organizații nonguvernamentale, autorități locale (DSP, ISJ, DAS, DGASPC, DPPD, maternități), reprezentanți ai universităților, precum și lucrători din domenii cheie (consilieri școlar, asistenți medicali comunitari, asistenți sociali, profesori etc.) au fost intervievați, pentru a obține părerile lor cu privire la subiectul sarcinii la adolescente în contextul românesc (*a se vedea **Anexa 4***).

Interviurile au urmat patru direcții principale:

- a) perspectiva lor asupra situației actuale,
- b) ce se face în domeniul lor pentru a rezolva problema,
- c) cât de bine funcționează măsurile actuale,
- d) ce trebuie îmbunătățit.

Interviurile au fost transcrise și analizate tematic. Rezultatele au fost folosite pentru a ghida direcțiile **Capitolelor 5 - 8** ale acestui document.

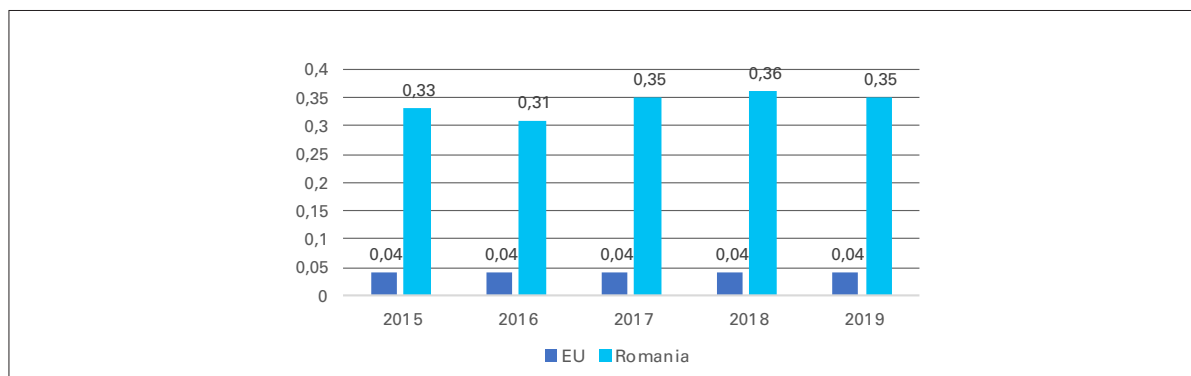
1.5. Aplicarea principiilor teoriei schimbării

Metodologia de lucru a urmărit principiile și abordarea teoriei schimbării definind 4 domenii pentru rezultate așteptate cu impact major asupra fenomenului sarcinii la adolescente și 15 outputuri aferente acestora. Intervenții specifice au fost definite pentru fiecare output, precum și indicatori de verificare, ținte sau indicatori simpli.

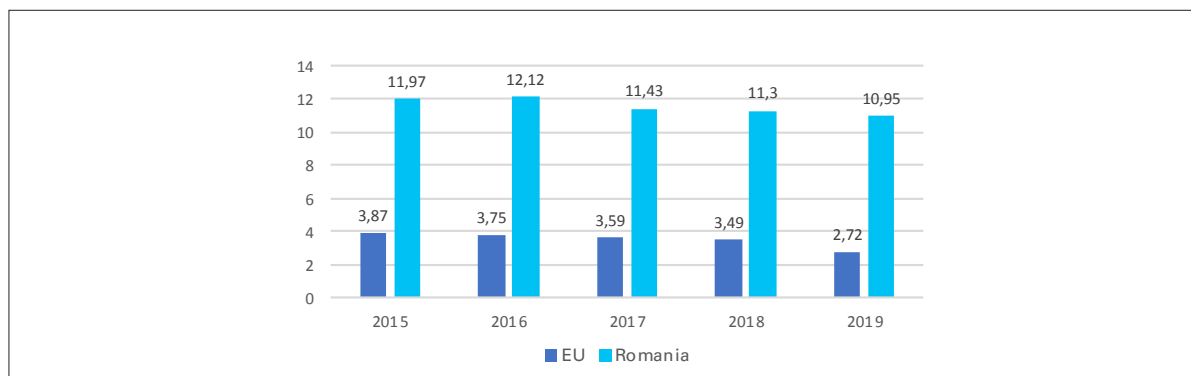
2. DESCRIEREA FENOMENULUI MAMELOR ADOLESCENTE

2.1. Sarcina la adolescente în România – status quo

Analiza datelor Eurostat privind sarcina la adolescente arată o tendință consistentă și îngrijorătoare: în 2015-2019, România a avut a doua cea mai mare rată a sarcinii la adolescente din Uniunea Europeană (UE), în timp ce Bulgaria a avut cea mai mare rată (Eurostat, 2019). În medie, rata natalității (exprimată ca procent din totalul nașterilor) la fetele române de 10-14 ani este de 8,5 ori mai mare decât media UE, în timp ce rata la 15-19 ani este de 3,4 ori mai mare decât media UE. Graficele de mai jos oferă o comparație între rata medie de sarcină la adolescente din România și rata medie din UE, pentru perioada 2015-2019:



Grafic 1: Nașterile la mame cu vârsta cuprinsă între 10 și 14 ani, ca procent din totalul nașterilor



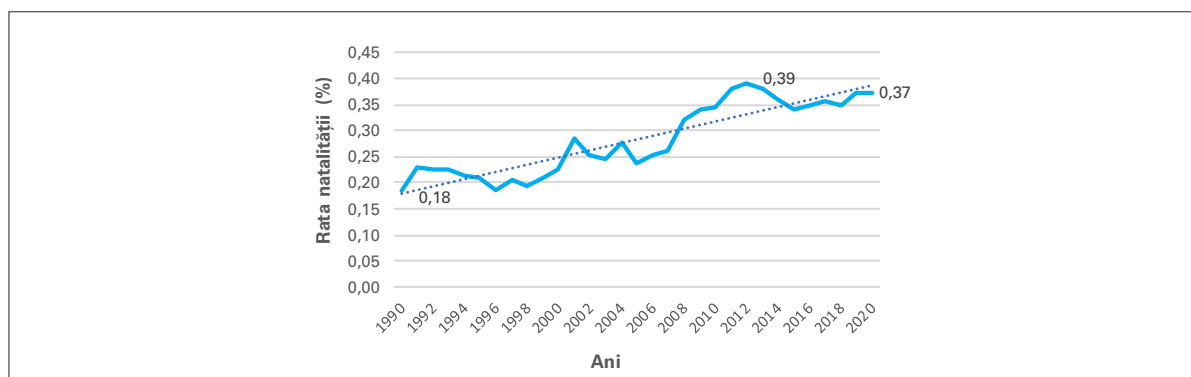
Grafic 2: Nașterile la mame cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, ca procent din totalul nașterilor

În timp ce rata natalității pentru fetele de 10-14 ani prezintă unele fluctuații, cu o ușoară creștere generală în perioada 2015-2019, rata natalității pentru grupul de vârstă 15-19 ani prezintă o oarecare scădere, în conformitate cu tendințele generale ale UE. 1 din 10 copii din România este născut de o mamă adolescentă și 1 din 6 adolescente care a avut un copil înainte de 15 ani, va avea al doilea copil înainte de 18 ani.

2.1.1 Sarcina la adolescente în România – schimbări în timp

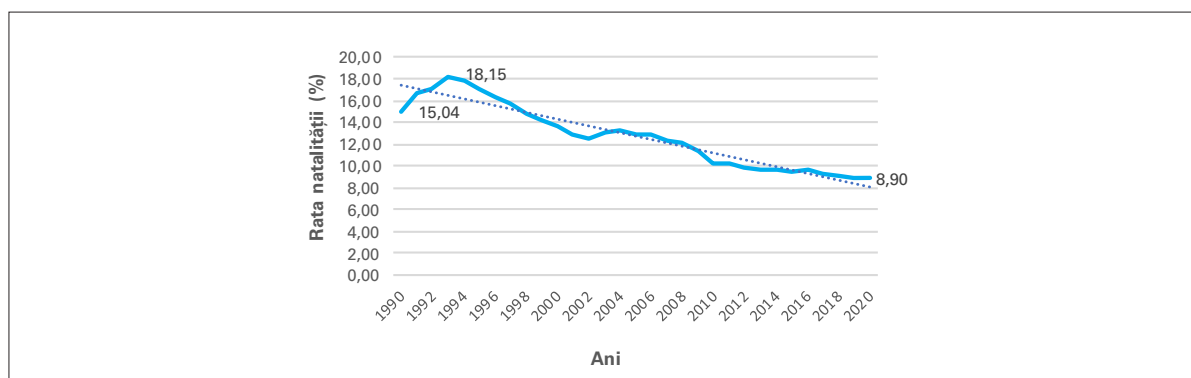
Când se evaluează ratele nașterilor la adolescente din ultimii 30 de ani în România, devine evidentă o tendință îngrijorătoare: rata natalității la fetele cu vârsta între 10-14 ani s-a dublat între 1990 și 2020, de la 0,18% (procent de nașteri la fete de 10-14 ani din totalul nașterilor din România) la 0,37% în 2020. Cea mai mare rată a fost observată în 2012, de 0,39%.

14 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți



Grafic 3: Rata nașterilor la mame de 10-14 ani în perioada 1990-2020

Simultan, rata nașterilor la adolescente de 15-19 ani a scăzut în ultimii 30 de ani, de la o rată a natalității de 15,04% în 1990, la 8,9% în 2020. Se observă unele variații în tendințe, observându-se un vârf în 1993, de 18,15%, iar o altă perioadă de ușoară creștere în 2003-2006.



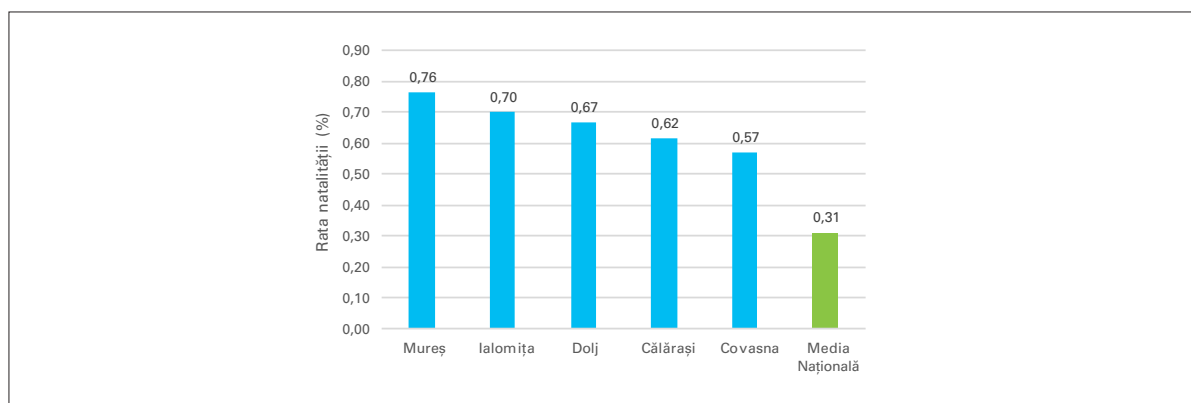
Grafic 4: Rata nașterilor la mame de 15-19 ani în perioada 1990-2020

În timp ce scăderea generală a ratelor de sarcină pentru fetele cu vârsta între 15-19 ani este o tendință încurajatoare, creșterea observată la grupa de vârstă 10-14 ani este excepțional de îngrijorătoare. Nu a putut fi găsită nicio explicație oficială pentru această tendință și există o nevoie evidentă de cercetare a acestui fenomen.

2.1.2 Situația la nivel de județe

La un nivel mai granular, se pot identifica diferențe semnificative în incidența sarcinii la adolescente între județele din România. Între anii 2011-2019, rata medie de nașteri la adolescente 10-14 ani a fost 0,31%; 23 de județe au avut o rată mai mare decât media națională în această perioadă (54,8%). Rata cea mai mare în ultimii zece ani se observă în județul Mureș, unde media nașterilor la adolescente cu vârsta cuprinsă între 10-14 ani reprezintă 0,76% din totalul nașterilor în județul Mureș din aceeași perioadă. Această rată este de 2,45 ori mai mare decât media națională și de 10,86 ori mai mare decât rata cea mai mică din România, în municipiul București (0,07%). Graficul 5 prezintă o comparație între cele 5 județe cu ratele de natalitate cele mai ridicate la mamele 10-14 ani, în perioada 2011-2019, și media națională de natalitate la același grup. Figura 1 prezintă rata medie a nașterilor la mamele 10-14 ani în perioada 2011-2019, la nivel județean.

15 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți



Grafic 5: Media procentului de nașteri la mame de 10-14 ani în perioada 2011-2019

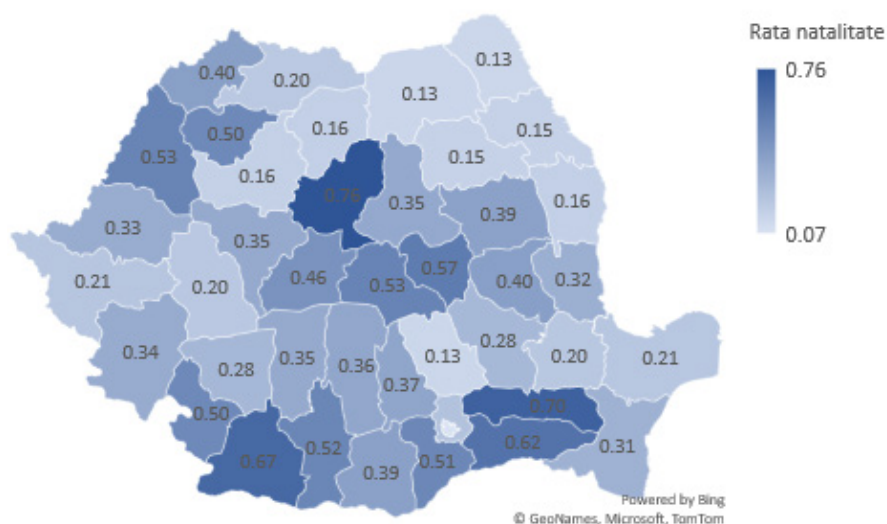
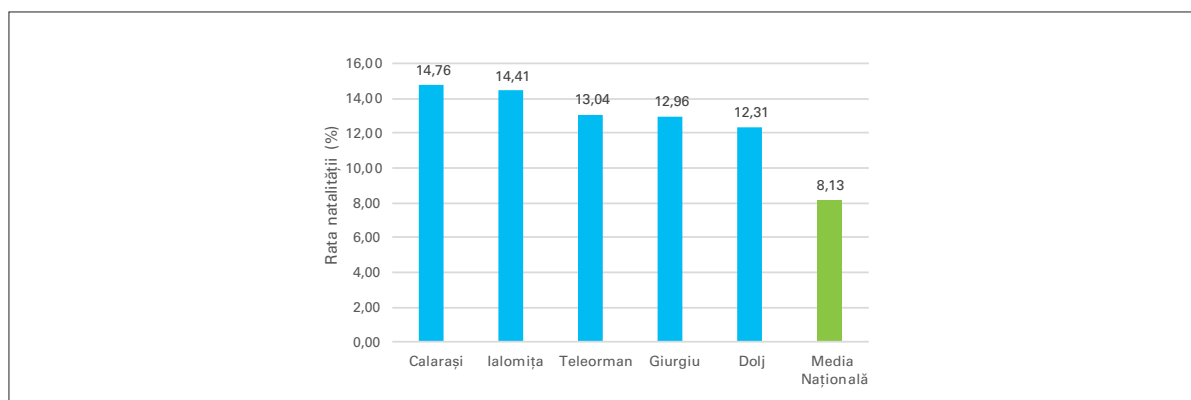


Figura 1: Media ratei natalității la mamele de 10-14 ani, 2011-2019

O situație similară se poate observa în legătură cu nașterile la adolescentele cu vârste cuprinse între 15-19 ani. În perioada 2011-2019, nașterile la adolescente 15-19 ani au reprezentat 8,13% din totalul nașterilor din aceeași perioadă. 26 de județe (61,9%) au avut o rată de natalitate la acest grup mai mare decât media națională. Rata cea mai mare se observă în județul Călărași, unde nașterile la adolescente 15-19 ani au reprezentat 14,76% din totalul nașterilor din acest județ, în perioada 2011-2019. Rata cea mai mică, din nou, se observă în municipiul București, unde doar 2,37% din totalul nașterilor au fost la mame 15-19 ani. Rata natalității la adolescente 15-19 ani din județul Călărași este de 1,82 ori mai mare decât media națională și de 6,23 ori mai mare decât cea din municipiul București. Graficul 6 prezintă o comparație între cele 5 județe cu ratele de natalitate cele mai ridicate la mamele 15-19 ani, în perioada 2011-2020, și media națională de natalitate la același grup. Figura 2 prezintă rata medie a nașterilor la mamele 15-19 ani în perioada 2011-2020, la nivel județean.

16 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți



Grafic 6: Media procentului de nașteri la mame de 15-19 ani în perioada 2011-2020

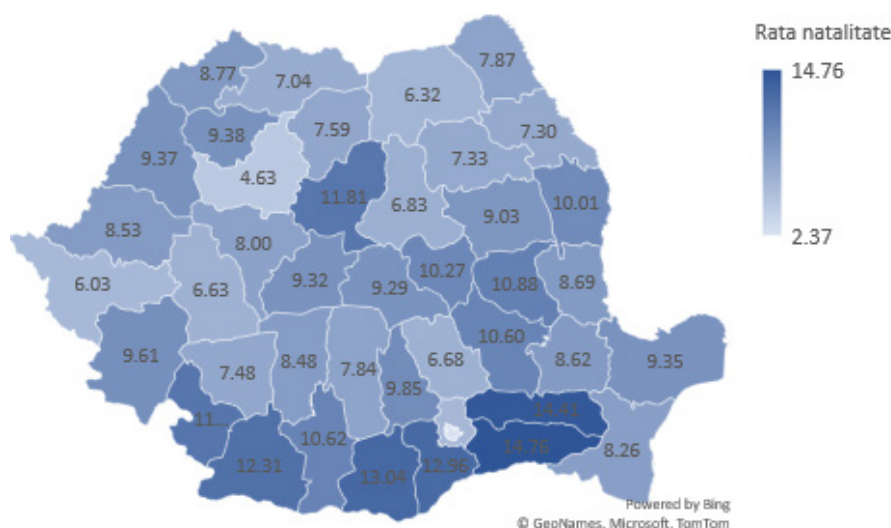


Figura 2: Media ratei natalității la mamele de 15-19 ani, 2011-2020

2.1.3 Situația la nivel local

Deși pot fi observate diferențe între județe, o situație similară este evidentă în cadrul județelor. Pentru a ilustra acest lucru, județul Brașov a fost folosit ca studiu de caz; alegerea acestui județ a fost aleatorie. Graficul de mai jos prezintă rata nașterii la adolescente în fiecare localitate din Brașov, pentru anul 2019. În conformitate cu abordarea Eurostat de analiză a sarcinii la adolescente, datele se bazează pe proporția nașterilor la adolescente din totalul nașterilor din fiecare localitate. Trebuie remarcat faptul că astfel de date nu sunt ușor de accesat și au fost oferite prin amabilitatea Centrului pentru Evaluarea Rezultatelor în Sănătate. *Graficul a fost oferit prin amabilitatea sociologului Marius Pleșcan.*

17 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

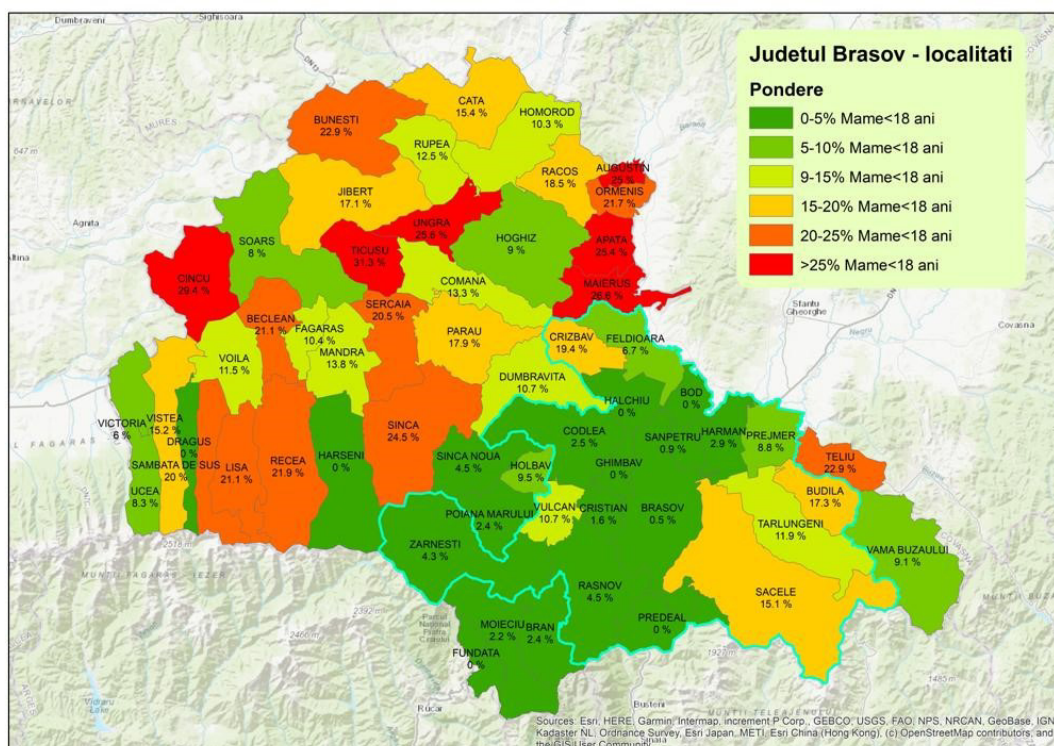


Figura 3: Proportia nasterilor la mame adolescente din totalul nasterilor în Judetul Brasov

Din cele 58 de localități din județul Brașov, șapte nu au raportat nașteri la adolescente în 2019. La celălalt capăt al spectrului, în 15 localități nașterile la adolescente au reprezentat 20% sau mai mult din totalul nașterilor.

În ceea ce privește modul în care este măsurat și evaluat fenomenul sarcinii la adolescente, se poate argumenta că abordarea Eurostat de calculare a proporției de nașteri la adolescente din totalul nașterilor pentru o anumită țară nu este poate cea mai utilă în identificarea amplitudinii fenomenului. Această metodologie depinde de ratele generale de fertilitate dintr-o țară – de exemplu, dacă ratele natalității în general sunt scăzute, fenomenul ar putea fi estimat ca fiind mai problematic decât este. Dacă rata natalității într-o țară/zonă geografică este ridicată, problematica sarcinii la adolescente poate fi subestimată. Acest aspect este deosebit de relevant, deoarece factorii care influențează sarcinile la adolescente și la adulți diferă semnificativ – informații suplimentare despre determinanții sarcinii la adolescente sunt furnizate în secțiunea 5 a acestui capitol.

Există alte două abordări care ar putea fi adoptate în ceea ce privește evaluarea sarcinii la adolescente în România, în special la nivel local – prima este numărul brut de nașteri (și deci mame adolescente). Această abordare ar permite autorităților locale/județene să estimeze mai bine care localități au nevoie de mai multe resurse pentru a fi alocate pentru sprijinirea mamelor adolescente și a copiilor acestora. Dacă se folosește abordarea Eurostat, alocarea resurselor ar fi diferită – de exemplu, în 2019 în localitatea Săcele din județul Brașov, 15,1% din nașteri au fost la mame adolescente, în timp ce în Ticușu 31,3% dintre nașteri au fost la mame adolescente. Abordarea Eurostat ar sugera că Ticușu are o nevoie mult mai mare de intervenție și resurse decât Săcele. Cu toate acestea, din punct de vedere al cifrelor brute, în Săcele au fost 70 de nașteri la mame adolescente, în timp ce în Ticușu au fost doar 5.

18 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

Această a doua abordare, însă, nu este deosebit de utilă în estimarea proporției populației care este afectată de fenomenul sarcinii și maternității la adolescente. O strategie mai utilă ar fi evaluarea proporției populației țintă care este afectată – adică numărul de adolescente care rămân însărcinate, din totalul populației de adolescente din fiecare localitate.

Fiecare dintre cele trei abordări de a analiza impactul sarcinii la adolescente ar da rezultate diferite. Tabelul de mai jos prezintă 10 din cele mai afectate localități din județul Brașov pentru anul 2019, pentru fiecare dintre cele trei abordări de analiză: coloana 1 prezintă rezultatele analizei mamelor adolescente ca proporție din total adolescente, coloana 2 prezintă rezultatele analizei nașterilor la adolescente ca proporție din totalul nașterilor, iar coloana 3 arată rezultatele analizei sarcinii la adolescente în ceea ce privește numărul brut de nașteri.

Nr. Crt.	Natalitate		Pondere		Nr. absolut de nașteri	
1	MAIERUS	9.50%	TICUSU	31.3%	MUNICIPIUL SACELE	70
2	RACOS	8.42%	CINCU	29.4%	MUNICIPIUL FAGARAS	29
3	UNGRA	7.63%	MAIERUS	26.6%	TARLUNGENI	25
4	TICUSU	7.35%	UNGRA	25.6%	BUDILA	23
5	TELIU	7.22%	APATA	25.4%	TELIU	19
6	SAMBATA DE SUS	6.78%	AUGUSTIN	25%	RACOS	17
7	BUNESTI	6.75%	SINCA	24.5%	MAIERUS	17
8	BUDILA	6.52%	TELIU	22.9%	APATA	15
9	SINCA	6.19%	BUNESTI	22.9%	CRIZBAV	14
10	CRIZBAV	6.14%	RECEA	21.9%	SINCA	13

Tabel 1: Top 10 localități în Județul Brașov afectate de sarcini la adolescente

Există doar patru localități, din primele 10, care sunt comune între coloanele 2 și 3; șase sunt comune între coloanele 1 și 2, și între coloanele 1 și 3. Cu toate acestea, nouă din cele zece localități identificate în coloana 1 pot fi găsite fie în coloana 2, fie în coloana 3, sugerând că abordarea evaluării sarcinii la adolescente, prin calcularea proporției de mame adolescente din totalul adolescentelor dintr-o anumită comunitate, poate oferi cea mai cuprinzătoare viziune asupra amplitudinii acestui fenomen.

➔ *Pentru dezvoltarea unei imagini precise a fenomenului mamelor adolescente din România, este necesară dezvoltarea unei înțelegeri a motivului pentru care există astfel de disparități atât între județe, cât și în interiorul județelor. Pentru a explora cu acuratețe situația, trebuie colectate date granulare, la nivel de comunitate, atât în ceea ce privește rata natalității la adolescente, cât și în ceea ce privește determinanții sociali ai acesteia.*

2.2. Determinanți ai sarcinii la adolescente

Cercetările internaționale au identificat asocieri puternice între sarcina la adolescente și o varietate de factori; în special, tinerele care cresc în sărăcie sau sunt dezavantajate în alt mod prezintă un risc mai mare de a avea o sarcină timpurie.

2.2.1. Vârsta de debut a menarhei

Unul dintre factorii determinanți ai sarcinii la adolescente poate fi vârsta menarhei. Pe plan internațional, în literatura de specialitate, a fost documentată o scădere a vârstei medii a menarhei (Morris et al., 2011; Okasha et al., 2001; Talma et al., 2013). De exemplu, o analiză a tendințelor seculare în ceea ce privește vârsta menarhei la femeile din Marea Britanie arată o scădere de la o vârstă medie de 13,5 ani, pentru femeile născute în 1908-1919, la 12,3 ani pentru femeile născute în 1990-1993 (Morris et al., 2011). Tendințe similare au fost observate și în România: analiza datelor secundare din evaluările antropometrice ale Institutului Național de Sănătate Publică a identificat o scădere statistic semnificativă a vârstei medii a menarhei, de la 13,83 și, respectiv, 13,33 ani pentru fetele din mediul rural și, respectiv, din mediul urban, în 1964, la 12,75 ani pentru ambele grupuri în 2013 (Pop, Tenenboun & Pop, 2021).

Relația dintre vârsta menarhei și sarcina la adolescente a fost, de asemenea, explorată în literatura de specialitate. O analiză sistematică privind menarha timpurie și rezultatele sănătății reproductive în țările cu venituri mici și medii a identificat asocieri cu inițierea sexuală timpurie, sarcina timpurie și unele infecții cu transmitere sexuală (Ibitoye et al., 2017). Relația dintre menarha timpurie și sarcina timpurie pare să fie mediată de vârsta la primul coit – în timp ce adolescentele pot experimenta maturitate fiziologică timpurie, este posibil să nu fie echipate cognitiv și psihologic pentru a-și gestiona sexualitatea în curs de dezvoltare, ceea ce duce la comportamente riscante, cum ar fi acte sexuale precoce și neprotejate (Deardorff et al., 2005; Talashek et al., 2000).

2.2.2. Sărăcia

Sărăcia este un factor de risc semnificativ pentru sarcina la adolescente (OMS, 2015). Datele studiului longitudinal ONS din Marea Britanie au identificat că fetele ale căror familii se află în clasa socială cea mai defavorizată au șanse de aproape zece ori mai mari de a rămâne însărcinate în copilărie/adolescență decât fetele ale căror familii se află în clasa socială cel mai puțin defavorizată (Bottling, Rosaro & Wood, 1998). Rezultate similare au fost identificate și în SUA (Quinlivan, Tan, Steele & Black, 2004) și în Africa Subsahariană (Yakubu & Salisu, 2018). O evaluare sistematică a 17 studii care raportează asocierile dintre determinanții sociali ai sănătății și sarcina la adolescente a concluzionat că sărăcia este cel mai adesea identificată ca un factor de risc în literatură (Maness & Buhi, 2016).

Mecanismul care leagă sărăcia și sarcina la adolescente este complex, iar literatura de specialitate oferă diverse explicații. La un nivel de bază, sărăcia poate duce la lipsa accesului la educație – în primul rând, familiile care trăiesc în sărăcie pot avea dificultăți în a achiziționa rechizite școlare, manuale sau a plăti taxele de școlarizare necesare pentru a avea acces la educație; în al doilea rând, copiii ar putea fi nevoiți să abandoneze școala pentru a intra în forța de muncă și a câștiga bani, pentru a-și putea ajuta familia (Mihai et al., 2015). Lipsa de educație, la rândul său, poate duce la o lipsă de conștientizare în ceea ce privește nu numai consecințele potențiale ale sarcinii la adolescente, ci și mecanismele biologice de bază ale sarcinii și utilizarea contraceptivelor.

Sărăcia poate duce, de asemenea, la lipsa accesului la contraceptive, acolo unde acestea nu sunt disponibile gratuit, ceea ce face ca prevenirea sarcinii sau controlul momentului sarcinii să fie dificil pentru adolescenții activi sexual (Oke, 2010).

O altă cale prin care sărăcia poate influența frecvența sarcinii la adolescente este lipsa modelelor de urmat – Wilson (1991) susține că zonele afectate de sărăcie nu au exemple care să mențină percepția că educația este semnificativă și că merită să fie continuată, că angajarea stabilă este o alternativă superioară ajutorului social și că stabilitatea familiei este norma, nu excepția (pagina 56). În schimb, având în vedere că sarcina la adolescente este mai frecventă în mediile defavorizate, acest fenomen poate fi perceput de copiii care trăiesc în aceste medii ca fiind normal sau comun, reducând astfel stigmatizarea asociată cu a fi părinte minor și, de asemenea, diminuând dorința de a preveni un astfel de eveniment (Azevedo et al., 2012).

În cele din urmă, sărăcia poate duce la o lipsă de autonomie pentru adolescenți. Interviu calitative efectuate în Ecuador ca parte a unui proiect al Băncii Mondiale privind sarcina la adolescente în America Latină și Caraibe, au constatat că, deși sarcinile nu erau planificate, de obicei, acestea le ofereau mamelor adolescente posibilitatea de a scăpa din mediul și de controlul exercitat de proprii părinți, și a avut ca rezultat oportunitatea de a-și stabili propriile case, propriile familii și, prin urmare, să obțină mai mult control asupra propriilor vieți (Azevedo et al., 2012). În același timp, constatările sugerează că fetele tinere au experimentat o lipsă de independență în ceea ce privește propriile decizii, evidențiată de puterea scăzută de negociere în utilizarea contraceptivelor cu partenerii lor. Acest lucru se datorează probabil normelor de gen care nu permit femeilor autonomie completă asupra corpului lor și le plasează într-o poziție de supunere pasivă, rezultând în asimetrii de putere în cadrul unui cuplu, care împiedică tinerele să-și impună propriile alegeri în ceea ce privește sexualitatea și contracepția (Azevedo et al., 2012).

2.2.3. Educația

Cercetările din Sri Lanka și Nigeria au descoperit că acele fete care nu au terminat liceul aveau un risc dublu și, respectiv, de nouă ori mai mare de sarcină în perioada copilăriei/ adolescenței, față de cele care terminau liceul (Pradhan, Wynter & Fisher, 2015). În Etiopia, fetele care au absolvit liceul aveau de șapte ori mai puține șanse de a rămâne însărcinate în timpul copilăriei/ adolescenței decât colegii lor care au urmat doar școala primară. O scădere a performanței educaționale între vârstele de 7 și 16 ani este, de asemenea, asociată cu un risc mai mare de sarcină, în comparație cu indivizii ale căror rezultate s-au îmbunătățit sau au fost ridicate între aceste vârste; absenteismul frecvent

sau exmatricularea de la școală sunt, de asemenea, asociate cu rate mai mari de sarcină la adolescente (Cabinet Office, 1999). Brahmbhatt și colegii (2014) au descoperit, într-un sondaj efectuat pe 2339 de adolescente din cinci țări, că acei respondenți care au fost înscriși la școală și care frecventau școala aveau un risc mai mic de a fi însărcinate (Risc relativ 0,1) sau a avea o parteneră însărcinată (Rata cotelor 0,4), decât colegile lor care nu frecventau școala. În mod similar, Maness și colegii (2016) au constatat riscuri mai scăzute de sarcină la adolescență pentru cei care primesc diploma de liceu (Risc relativ 0,72) și pentru cei înscriși în învățământul superior (Risc relativ 0,43).

Educația privind sănătatea sexuală și reproductivă, sau lipsa acesteia, este, de asemenea, asociată cu o creștere a riscului de sarcină la adolescente (Pradhan, Wynter & Fisher, 2015).

2.2.4. Structura și contextul familiei

Miller, Benson & Galbraith (2001) au explorat impactul relațiilor de familie asupra riscului de sarcină la adolescente, printr-o sinteză sistematică a literaturii de specialitate. S-a concluzionat că legătura parentală influențează riscul de sarcină la adolescente; sprijinul, apropierea și căldura au ca rezultat întârzierea actului sexual al minorilor, reducând astfel riscul de sarcină. S-a constatat, de asemenea, că supravegherea și monitorizarea părinților reduc riscul de sarcină la adolescente.

S-a observat și că structura familială a minorilor are un impact asupra riscului de a avea o sarcină. Într-un sondaj efectuat pe 2339 de minori din cinci țări, respondenții care nu au fost crescuți de doi părinți (adică crescuți de un singur părinte sau de către altcineva decât părintele lor) au avut un risc mai mare de sarcină (Rata cotelor 18,1). Maness și colegii (2016) au descoperit că adolescenții care locuiesc într-o casă cu doi părinți aveau șanse mai mici de 0,72 de ori de a raporta o sarcină în adolescență decât adolescenții care provin dintr-o casă monoparentală.

2.2.5. Abuzul

Experiența abuzului a fost identificată în literatură ca un factor de risc pentru sarcina la minori. Madigan și colegii (2014) au efectuat o meta-analiză PRISMA a literaturii pe acest subiect, incluzând 38 de eșantioane independente, totalizând 75390 de participanți. Au fost explorate impactul abuzului fizic, sexual și emoțional, precum și al neglijenței. Studiul a concluzionat că atât abuzul fizic (Risc relativ 1,48), cât și abuzul sexual (Risc relativ 1,73) au un impact asupra riscului de sarcină la adolescente. Apariția concomitentă a abuzului fizic și sexual a avut cel mai semnificativ impact asupra riscului de sarcină la adolescente (Risc relativ 3,83). În mod interesant, abuzul emoțional și neglijarea nu au avut un impact semnificativ asupra șanselor ca o adolescentă să rămână însărcinată (Madigan et al., 2014).

2.2.6. Implicarea în comunitate

O analiză a datelor din Studiul național longitudinal privind sănătatea minorilor și adulților din SUA a constatat că, participanții (N= 9204) implicați în comunitate au avut un risc mai mic de a avea o sarcină în copilărie/adolescență. Respondenții care au participat în mod regulat la servicii în folosul comunității sau care s-au oferit voluntari înainte de vârsta de 18 ani au avut șanse mai mici cu 0,72 de a experimenta o sarcină în copilărie/adolescență decât cei care nu au făcut-o, în timp ce sentimentul de apropiere față de colegii din școală a dus la un risc mai mic cu 0,28 (Maness et al., 2016).

2.2.7. Minoritățile etnice

Apartenența la o minoritate etnică a fost identificată ca un factor de risc pentru sarcina la adolescente – cauzele sunt variate, dar includ sărăcia și deprivarea economică, lipsa accesului la servicii sociale și de educație, excluziunea socială și, în unele cazuri, tradițiile culturale legate de căsătoria timpurie (Chandra-Mouli et al., 2013; Dumas et al., 2020).). Raportul privind natalitatea din SUA din 2019 a identificat că printre fetele cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, 2,92% dintre nativele americane/nativele din Alaska, 2,58% dintre afro-americane și 2,53% dintre hispanice au devenit mame, spre deosebire de 1,14% dintre fetele caucaziene (Martin et al., 2019). Datele de la recensământul din 2013 din Noua Zeelandă au arătat că adolescentele Maori au o rată a natalității de 53,1 la 1000 de femei cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, în timp ce media națională a fost de 31,14 (Pawar et al., 2014). Pe baza datelor obținute de la Biroul Australian de Statistică (<https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/births-australia/latest-release>), rata natalității pentru femeile adolescente aborigene și din strâmtoarea Torres în 2020 a fost de 45,2 nașteri la 1000 de femei cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani, în timp ce pentru femeile neindigene a fost de 6,4.

În contextul românesc, segmentul de populație care necesită o atenție specială în ceea ce privește acest fenomen îl reprezintă comunitățile de romi. Deși nu sunt disponibile statistici oficiale privind etnia mamei adolescente, interviurile cu părțile interesate indică faptul că o proporție semnificativă din aceste cazuri apar în comunitatea de romi. Acest fenomen poate apărea mai frecvent la această populație din două motive: în primul rând, supra reprezentarea acestora în segmentele cele mai defavorizate ale populației; în al doilea rând, tradiția culturală a căsătoriei timpurii practică în rândul unora dintre romi. Agenția pentru Drepturile Fundamentale a Uniunii Europene a efectuat un sondaj asupra comunităților de romi și a persoanelor ne-rome care trăiesc în zone cu o proporție ridicată de romi, în 11 state membre ale UE în 2011, inclusiv în România (FRA, 2012). În medie, 90% dintre participanții chestionați trăiau în gospodării cu un venit echivalent sub pragul național de sărăcie; mai puțin de unul din trei romi aveau un loc de muncă remunerat și doar 15% dintre cei chestionați aveau studii medii superioare sau profesionale.

În România, au fost chestionate 1857 gospodării de romi cuprinzând 8509 membri și 850 de gospodării de ne-romi cuprinzând 2478 membri. În ceea ce privește ocuparea forței de muncă, aproximativ 30% dintre membrii gospodăriilor de etnie romă chestionați cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 de ani aveau un loc de muncă remunerat, spre deosebire de 45% dintre membrii gospodăriilor ne-romi.

În ceea ce privește educația, 45% dintre copiii romi mergeau la grădiniță, față de 75% dintre copiii ne-romi. Peste 20% dintre copiii romi cu vârsta cuprinsă între 7-15 ani nu erau la școală, spre deosebire de 15% dintre copiii ne-romi. 10% dintre membrii gospodăriilor rome au absolvit studii medii superioare generale sau profesionale, spre deosebire de peste 60% dintre non-romi.

În ceea ce privește sărăcia, 85% dintre romi trăiau în gospodării fără cel puțin una dintre următoarele facilități de bază: bucătărie interioară, toaletă interioară, duș/cadă interioară, electricitate, spre deosebire de puțin peste 55% dintre ne-romi. Peste 80% dintre respondenții romi chestionați trăiau în gospodării expuse riscului de sărăcie, spre deosebire de 40% dintre respondenții ne-romi. Peste 90% dintre romi trăiau în gospodării cu lipsuri materiale severe, spre deosebire de 55% dintre non-romi.

În ceea ce privește contextul cultural al căsătoriilor timpurii, datele oficiale din 1998 analizate de Institutul de Cercetare a Calității Vieții au constatat că 35% dintre femeile rome au fost căsătorite înainte de vârsta de 16 ani, 31% între vârstele 17-18 ani, 26% între vârste de 19 și 22 de ani și 8% peste vârsta de 22 de ani. În mod interesant, compararea datelor oficiale a constatat că proporția femeilor rome care au avut o sarcină ca adolescente a fost în creștere, între 1992 și 1998, de la 30,6% la 37,1% (Surdu, 2004).

În 2004, a fost realizat un sondaj pe 473 de mame și bunici rome cu vârsta de 26 de ani și peste, în 11 județe (Surdu, 2004). Analiza datelor a constatat că 24,5% dintre respondenți aveau fiice cu vârsta sub 18 ani, care erau căsătorite; 13,3% au avut fete de 12-18 ani care au născut. Aproximativ 32% dintre respondenți au considerat că cel mai bine este ca o fată să se căsătorească înainte de vârsta de 18 ani; aproape 20% credeau că este cel mai bine pentru o fată să aibă primul copil înainte de 18 ani, iar 13% credeau că este cel mai bine ca o fată să aibă primul copil la vârsta de 18 ani (Surdu, 2004).

Un sondaj din 2005 efectuat pe 9700 de romi, dintre care 50% femei, a constatat că 44% dintre respondenții de sex feminin și 24% dintre respondenții de sex masculin, toți cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, erau căsătoriți la momentul colectării datelor. Având în vedere diferența specifică de gen în proporția tinerilor căsătoriți de 15-19 ani, datele par să indice că multe dintre fetele chestionate au fost căsătorite cu parteneri mai în vârstă; din păcate, acest aspect nu este explorat în mod specific de studiu și, prin urmare, nu se pot trage concluzii concrete. Dintre respondenții de sex feminin de 15-19 ani, 17% au avut cel puțin un copil, 1% având trei copii (Voicu & Popescu, 2006). Analizele de regresie au constatat că nivelurile mai scăzute de educație, nivelurile mai ridicate de sărăcie și traiul într-o gospodărie numeroasă au contribuit la generarea de căsătorii timpurii. Educația a avut cel mai semnificativ impact asupra vârstei respondenților la prima naștere. S-a constatat că numărul copiilor născuți de o femeie este influențat de nivelul de educație al femeii și de nivelul de sărăcie (Voicu & Popescu, 2006).

Un sondaj efectuat pe 652 de femei cu vârsta cuprinsă între 14 și 36 de ani din regiunea Oradea a constatat că impactul etnicității asupra comportamentului sexual este semnificativ statistic. A face parte din comunitatea de romi a redus vârsta de debut sexual cu 2,6 ani; a redus vârsta primei sarcini cu 3,2 ani; a crescut numărul sarcinilor cu 1,4 (Hatos, 2004). Având în vedere factorii determinanți ai sarcinii la adolescente descriși în secțiunile anterioare și supra reprezentarea romilor în mulți dintre acești determinanți, este clar că orice strategii implementate în România pentru a aborda sarcina la adolescente trebuie să aibă un segment specific dedicat comunităților de romi. Acest segment va trebui să fie adecvat cultural și să fie abordat în contextul sărăciei și discriminării comunităților vizate.

De asemenea, ar fi necesar să se includă strategii care să abordeze deprivarea materială și de educație, având în vedere relația dintre acești factori și sarcina la adolescente, precum și supra reprezentarea comunității de romi în secțiunile cele mai defavorizate ale populației românești. Un raport pe tema căsătoriilor timpurii în cadrul comunității de romi, realizat în colaborare cu UNICEF, a recomandat strategii de dezvoltare economică, în special pentru femei, promovarea educației și campanii de informare privind riscul căsătoriilor timpurii, pentru a aborda acest fenomen (Bitu & Morteau, 2009).

2.3. Impactul sarcinii asupra mamei adolescente

Datele despre mamele adolescente din România și efectele sarcinii asupra circumstanțelor lor socio-economice nu sunt, din păcate, disponibile.

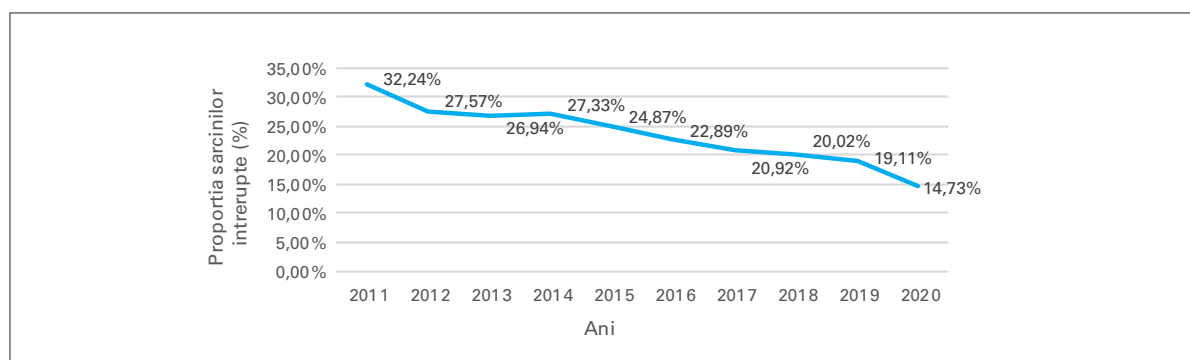
Literatura existentă conține o multitudine de studii care fac o paralelă între maternitatea la adolescente și efectele negative fizice, psihologice și sociale.

În ceea ce privește sănătatea fizică, sarcina la adolescente este asociată cu eclampsie, endometrită puerperală, infecții sistemice și naștere prematură (Ganchimeg et al., 2013).

În mod similar, un studiu de cohortă retrospectiv pe o perioadă de 8 ani în spitalele din România a evaluat 46.930 de nașteri și a constatat că, comparativ cu mamele cu vârsta cuprinsă între 20-24 de ani, cele sub 20 de ani au un risc mai mare de a naște prematur (<37 săptămâni), de restricție de creștere fetală, epiziotomie, APGAR <7 la 1 min, disproporție cefalopelvină și hemoragie postpartum (Socolov et al., 2017). Sarcina la adolescente poate avea, de asemenea, efecte negative asupra sănătății mai târziu în viață. O analiză a 4271 de participanți la Sondajul Național Longitudinal al Tineretului efectuat în Statele Unite ale Americii 1979 a constatat că mamele adolescente au avut scoruri de sănătate fizică mai scăzute decât adolescentele care au întârziat sarcina (Patel & Sen, 2012).

Un alt aspect de interes este întreruperea de sarcină, care poate apărea ca o consecință a sarcinii la adolescente. O evaluare a datelor despre avort din 21 de țări cu statistici complete și legi liberale privind avortul a constatat că, pentru perioada 2008-2011, 17-67% dintre sarcinile la adolescente s-au încheiat cu avort, Slovacia având cea mai scăzută rată, în timp ce Danemarca a avut cea mai mare (Segdh et al., 2015).

Conform datelor obținute de la INS, în perioada 2011-2020, în România întreruperea sarcinilor la adolescente (15-19 ani) a reprezentat 8,63-9,44% din întreruperile de sarcină înregistrate oficial. Mai mult, în ultimii 10 ani, în medie, 23,66% dintre sarcinile la adolescente și adolescente au fost întrerupte, rata întreruperilor variind de la 32,24% în 2011, la 14,73% în 2020. Cu toate acestea, este important de menționat că datele menționate mai sus sunt colectate de la sistemul de sănătate publică, în timp ce clinicile private nu trebuie să raporteze astfel de informații – ca atare, imaginea întreruperii sarcinii atât la adolescente, cât și la femei adulte este incompletă.



Grafic 7: Proportia sarcinilor la mame de 15-19 ani care sunt întrerupte

Dovezile cu privire la impactul avortului asupra sănătății fizice și mentale a adolescenților sunt neconcludente – de exemplu, o comparație a 3024 de avorturi la adolescente și 24006 de avorturi adulte în Finlanda în perioada 2000-2006 a constatat că incidența evenimentelor adverse după avort a fost similară sau mai scăzută în rândul coortei de adolescente (Niinimäki et al., 2011).

În ceea ce privește impactul psihologic al avortului, o evaluare americană a 289 de femei care au suferit o întrerupere a sarcinii, dintre care 69 erau adolescente, nu a găsit nicio dovadă de depresie sau stimă de sine scăzută la unul sau cinci ani după avort (Warren, Harvey & Henderson, 2010). Dimpotrivă, un studiu longitudinal pe 8005 femei din SUA cu vârste de 15, 22 și 28 de ani a găsit, pentru adolescentele care au întrerupt o sarcină, cote de risc relativ mai mari legate de o serie de tulburări de sănătate mintală față de adolescentele care au născut. În general, femeile expuse la avort au prezentat rate de probleme de sănătate mintală de 1,34 ori mai mari decât cele care nu au fost expuse la avort (Sullins, 2016).

Sarcina poate avea, de asemenea, efecte socio-economice semnificative pentru mama adolescentă. Un studiu longitudinal suedez pe 888044 de femei născute între 1941-1970 a constatat că mamele adolescente aveau mai multe șanse de a avea un nivel de educație scăzut, aranjamente de locuit singure, au mai multe șanse să încaseze o pensie de invaliditate și să sufere de dependență de asistență socială (Olausson et al., 2001). Autorii au controlat pentru situația socioeconomică a familiei în timpul efectuării analizelor, excluzând astfel unii factori de confuzie. Rezultate similare au fost găsite într-un studiu danez pe 200.105 bărbați și femei, născuți între 1968-1977 (Johansen, Nielsen & Verner, 2020). Diaz & Fiel (2016) au analizat datele rezultate din Sondajul Național Longitudinal al Tinerilor din SUA (N=3661), concluzionând că sarcina la adolescente a afectat nivelul educațional și veniturile respondenților. Mamele adolescente au avut aproximativ 15% mai puține șanse de a termina liceul, de a urma sau de a termina facultatea decât omoloagele lor. Acest efect a fost mediat de probabilitatea generală a participanților de a urma o facultate – sarcina la adolescente părea a fi cea mai dăunătoare pentru acele respondente care, altfel, aveau o probabilitate rezonabilă de a merge la facultate, în timp ce are un impact mai mic asupra celor cu caracteristici care au făcut absolvirea unei facultăți mai puțin probabilă (Diaz & Fiel, 2016). În mod similar, efectul este mediat asupra câștigurilor mai târziu în viață – în timp ce sarcina a dus la o reducere cu 23% a salariului în rândul femeilor care aveau o probabilitate elevată de a deveni mame în perioada copilăriei/adolescenței, a dus la o reducere cu 67% a câștigurilor în rândul femeilor care altfel aveau șanse slabe să devină mame în perioada copilăriei/adolescenței. Gorry (2019) a constatat, de asemenea, că impactul sarcinii în copilărie/adolescență asupra nivelului educațional, a veniturilor mai mici și a utilizării bunăstării este semnificativ pentru persoanele cu medii socioeconomice mai bune; pentru cei care provin din condiții socioeconomice mai proaste, nu au fost identificate efecte adverse semnificative.

Sarcina la adolescente poate duce, de asemenea, la un impact negativ asupra sănătății mintale. Mamele adolescente par să aibă un risc mai mare de depresie postpartum decât omologii lor adulți (Jeha et al., 2015; Siegel & Brandon, 2014). Patel & Sen (2012) au evaluat datele a 4271 de participanți la Sondajul Național Longitudinal al Tineretului din

1979 din SUA și au descoperit că mamele adolescente au avut scoruri mai mici de sănătate mintală (examineate printr-un chestionar de auto-raportare) decât omologii lor adulți. Cu toate acestea, nu este clar dacă rezultatele mai slabe privind sănătatea mintală rezultă din sarcină în sine, din schimbările circumstanțelor de viață rezultate din maternitate sau sunt înrădăcinate în contextul socio-economic care a făcut ca sarcina la adolescente să fie mai probabilă.

➔ *Este nevoie de cercetare longitudinală, de studii antropologice, sociale, atât la nivel național cât și județean sau local, pentru a obține o înțelegere corectă a impactului socio-economic al maternității asupra adolescentelor.*

2.4. Impactul sarcinii la adolescente asupra copilului

În timp ce sarcina la adolescente este asociată cu o varietate de efecte negative pentru mamă, este afectat și copilul rezultat din acea sarcină. O analiză a OMS a 124 446 de mame cu vârsta de 24 de ani sau mai puțin din douăzeci și nouă de țări a identificat riscuri mai mari pentru copiii mamelor adolescente în ceea ce privește nașterea prematură, greutatea mică la naștere și afecțiunile neonatale severe. În timp ce decesul neonatal precoce s-a dovedit a fi mai mare la copiii mamelor adolescente, supraestimarea efectului s-a diminuat odată ce mai mulți factori de confuzie (vârsta gestațională, greutatea la naștere, modul de naștere, malformații congenitale) au fost controlați (Ganchimeg et al., 2013). O meta-analiză a datelor publicate a constatat că riscul de defecte ale tubului neural crește pentru mamele sub 20 de ani sau peste 40 de ani (Vieira & Castillo, 2005). Mai îngrijorător, unele cercetări indică faptul că în cazul mamelor adolescente, copiii acestora pot fi expuși unui risc mai mare de deces. O analiză a 1.830.350 de nașteri din SUA în perioada 1995-1996 a constatat că, copiii născuți din mame sub 15 ani au avut de trei ori mai multe șanse de a muri decât cei ai mamelor peste vârsta de 23 de ani (Phipps, Blume & DeMonner, 2002). Cu toate acestea, acest lucru se explică cel mai probabil prin nașterea prematură și greutatea mică la naștere. Mortalitatea pentru copiii mamelor adolescente poate rezulta și din abuz – o evaluare a omuciderilor copiilor din 1983 până în 1991 a identificat un risc de pruncucidere de trei până la șase ori mai mare în cazurile mamelor adolescente; cel mai frecvent făptuitor a fost partenerul de sex masculin al mamei. Riscul a crescut dacă copilul în cauză nu era primul născut sau dacă mama avea sub 15 ani. Riscul este explicat probabil de rezultatele statutului socio-economic scăzut, care duc la creșterea factorilor de stres, abuz de substanțe, șomaj, educație scăzută a părinților și așteptări nerealiste privind comportamentul copilului (Elfenbein & Felice, 2003). Copiii mamelor adolescente pot fi, de asemenea, dezavantajați în contextul dezvoltării. O evaluare a 617 copii rezultați din sarcini la adolescente în Regatul Unit în perioada 2000-2001 a constatat că, la 5 ani, aceștia au avut scoruri cognitive semnificativ mai mici decât copiii rezultați din sarcinile adulte. Au fost examinate abilitățile verbale, non-verbale și spațiale; s-au constatat întârzieri de 11, 7 și, respectiv, 4 luni la copiii din sarcinile la mame adolescente. Cu toate acestea, atunci când factorii perinatali și socio-demografici au fost controlați, efectul vârstei materne asupra abilităților non-verbale și spațiale a fost atenuat, în timp ce o diferență în scorurile abilităților verbale a persistat (Morinis, Carson & Quigley, 2013). O analiză australiană a 5260 de copii născuți între 1981-1984 a constatat că în comparație cu copiii femeilor adulte, copiii de 14 ani ai mamelor care aveau vârsta de sau sub 18 ani în momentul nașterii aveau mai multe șanse de a avea un comportament psi-

hologic perturbat, performanțe școlare mai slabe, capacitate de citire mai slabă, contact cu sistemul de justiție penală, consum de țigări și alcool în mod regulat. Similar studiului menționat mai sus al lui Morisin, Carson și Quigley (2013), această cercetare a identificat că efectul vârstei materne a fost în mare parte atenuat de factorii socioeconomi, depre-sia maternă, structura familiei și fumatul matern (Shaw, Lawlor & Najman, 2005).

A fi copilul unei mame adolescente poate duce, de asemenea, la rezultate socio-economice mai slabe. Francesconi (2007) a analizat datele a 1183 de persoane din British Household Pa-nel Survey și a constatat o asociere cu șanse mai mici de a obține studii superioare, riscuri mai mari de șomaj, șanse mai mari de a fi în decilul inferior al distribuției veniturilor și riscuri mai mari de sarcină în perioada copilăriei sau adolescenței, pentru copiii ce au rezultat din sarcini la adolescente. Rezultate similare au fost obținute dintr-un studiu de cohortă retros-pectiv canadian (n = 32179) (Jutte et al., 2010). Aceste efecte sunt probabil atribuibile condiți-ilor socioeconomice ale familiei, și nu vârstei cronologice a mamei (Ruedinger & Cox, 2012).

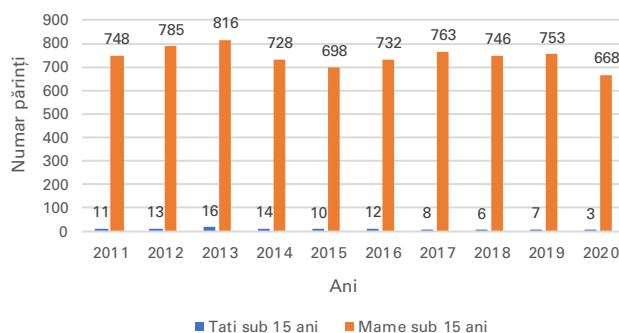
2.5. Tații, partenerii mamelor adolescente și potențialul de abuz

În timp ce majoritatea cercetărilor pe tema sarcinii la adolescente se concentrează pe mamă, se cunosc mult mai puține informații despre tații implicați în astfel de circumstan-țe. Puține studii pot fi identificate în literatura existentă care oferă informații demografice despre paternitatea sarcinii la adolescente și chiar mai puține pot fi găsite pentru ultimul deceniu. Cu toate acestea, datele existente identifică o tendință îngrijorătoare – o pro-portie semnificativă a sarcinilor la adolescente rezultă din relații cu adulți. O analiză a 46 500 de nașteri de mame californiene de vârstă școlară în 1993 a constatat că, pentru 85% din cazurile în care a fost identificată paternitatea, două treimi din copii aveau tați adulți. Diferența de vârstă dintre mame și tați a fost de 4,2 ani pentru mamele în anul 12 de liceu și de 6,7 ani pentru mamele în anul 11 de liceu (Males & Chew, 1996).

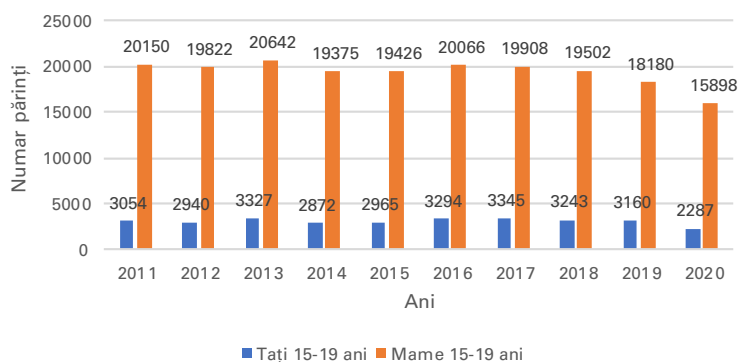
O analiză a datelor din 2002 privind 1838 de femei și 1426 de bărbați a găsit o asociere pozitivă între sexul cu un partener mai în vârstă și sarcina rezultată, indiferent dacă par-tenerul mai tânăr a fost femeie sau bărbat. În plus, într-un sfert dintre cazurile identificate în care partenerul mai tânăr avea vârsta sub 16 ani și a existat o diferență de vârstă de trei ani sau mai mult între partenerii sexuali (adică cazuri de viol legal), partenerul mai tânăr era bărbat (Manlove, Terry-Humen și Ikramullah, 2006).

În România, în contextul local, nu au putut fi identificate date oficiale care să lege sarcina și nașterea la mame adolescente cu vârsta tatălui. Cu toate acestea, au fost comparate datele oficiale ale Institutului Național de Statistică privind vârsta mamelor și a taților din ultimii 10 ani și s-a constatat o disparitate semnificativă între numărul mamelor tinere și cel al taților tineri.

28 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

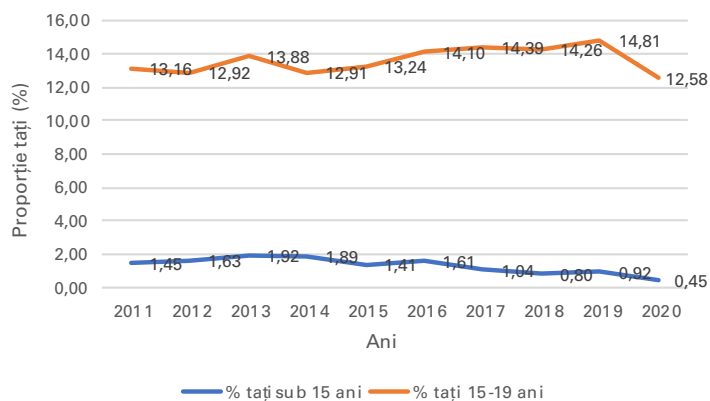


Grafic 8: Numărul părinților sub 15 ani 2011-2020



Grafic 9: Numărul părinților 15-19 ani 2011-2020

Pentru 2011-2020, în medie 1,3% dintre părinții raportați cu vârsta sub 15 ani erau bărbați, în timp ce 13,6% dintre părinții cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani erau bărbați. Deși nu există o explicație oficială pentru această disparitate, au fost identificate o serie de motive potențiale în timpul interviurilor cu părțile interesate. În primul rând, tatăl nu poate fi raportat pe certificatul de naștere, din cauza fricii de urmărire penală ca urmare a diferenței de vârstă. În al doilea rând, tatăl poate pur și simplu să nu fie cunoscut. În al treilea rând, mama poate alege pur și simplu ca tatăl să nu fie menționat în certificatul de naștere.



Grafic 10: Proportia tatilor adolescenți din totalul părinților adolescenți

Problema paternității în contextul sarcinii la adolescente este de o importanță deosebită, deoarece ajută la ilustrarea circumstanțelor în care apar aceste sarcini – în special, fie că sunt rezultatul experimentării adolescenților și al relațiilor consensuale, fie că sunt rezultatul unor relații cu parteneri mai în vârstă susținute de familie și comunitate sau, cel mai îngrijorător aspect, sunt rezultatul abuzului. Intervenițiile cu părțile interesate efectuate ca parte din dezvoltarea acestui document sugerează că situația din România poate fi rezultatul tuturor celor trei factori. Cu toate acestea, fără date clare, longitudinale, nu se pot trage concluzii. Acest lucru întărește și mai mult necesitatea dezvoltării unei metodologii sistematice de colectare și raportare a datelor în cadrul autorităților din domeniul sănătății, educației și serviciilor sociale din România. O înțelegere mai clară a paternității sarcinii la adolescente ar oferi informații suplimentare cu privire la direcția intervențiilor viitoare. De exemplu, dacă majoritatea sarcinilor la adolescente rezultă din relații consensuale între adolescenți de vârste apropiate, intervențiile viitoare ar trebui să se concentreze în mod clar asupra copiilor și adolescenților (educație, asigurarea contracepției etc.). Dacă sarcinile sunt rezultatul unor relații cu bărbați adulți, acceptate de familia adolescentei, intervențiile ar trebui să se concentreze și pe educarea părinților cu privire la potențialele consecințe ale sarcinii la adolescente. Dacă sarcinile sunt rezultatul abuzului, atât adolescentele, familiile lor, cât și lucrătorii în domeniile relevante (educație, sănătate, sistemul social) trebuie educați cu privire la identificarea potențialelor semne de abuz și despre prevenirea abuzului.

➔ *Este nevoie să recunoaștem importanța adresării fenomenului sarcinii la adolescente și prin prisma direcționării intervențiilor către băieți/tații.*

2.6. Costul social al sarcinii la adolescente

Pe lângă riscurile fizice directe ale sarcinii timpurii, precum și implicațiile socio-economice pentru mama adolescentă și copilul ei, trebuie luate în considerare și costurile societății în general. În SUA, se estimează că sarcina la adolescente are ca rezultat costuri medicale directe de 1,5 miliarde de dolari anual (Han et al., 2014). Alte estimări ale costurilor totale, inclusiv impactul social și economic, duc cifra la 21 de miliarde de dolari (Miller, 2000).

O evaluare a șase țări din America Latină, realizată de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație în 2020, a constatat că, costul mediu al sarcinii la adolescente a fost de 1,242 miliarde USD pe țară, variind de la 136 milioane USD la 4,165 miliarde USD (UNFPA, 2020). În Regatul Unit, sarcina la adolescente a dus la costuri pentru sistemul național de sănătate de peste 63 de milioane de lire sterline în 2002 (Black, Fleming & Rome, 2012).

Din păcate, nu există astfel de estimări pentru România. Totuși, având în vedere ratele ridicate ale sarcinii la adolescente, o evaluare atât a costurilor directe (medicale, sociale, educaționale), cât și a costurilor indirecte (pierderea productivității, pierderea veniturilor fiscale, protecția socială etc.) ar oferi o imagine extrem de importantă a rentabilității programelor naționale de prevenire a sarcinii la adolescente.

3. DREPTURILE COPIILOR

Copiii trebuie să poată identifica drepturile de care se bucură și să acționeze în consecință, cerând sprijinul persoanelor abilitate (Chandra-Mouli & Venkatraman, 2019). În acest sens școala, dar și alte puncte de interacțiune cum ar fi sistemul/serviciile sociale sau de sănătate, comunitate (centre comunitare), trebuie să fie un loc sigur, unde copilul să se poată exprima liber, să poată cere ajutorul și să îl primească, în orice situație de risc. Deși cadrul legislativ cu privire la drepturile copiilor este aliniat la cel internațional, în conținut există programe specifice accesibile tuturor copiilor.

Educația copiilor cu privire la drepturile lor nu se realizează în mod sistematic în școli.

Resursa umană care să poată instrui copiii cu privire la cunoașterea, aplicarea și respectarea drepturilor lor nu este clar definită în unitățile de învățământ primar și gimnazial. Acestea ar putea fi cadrele didactice, consilierii școlari sau resurse externe cum ar fi reprezentanți ai Direcțiilor de protecția copilului sau reprezentanți ai organizațiilor non-guvernamentale cu activități în domeniu. Această resursă nu beneficiază de programe de formare specifică în acest sens și nici de un pachet educațional specific.

Sunt identificate organizații neguvernamentale care derulează astfel de proiecte, însă impactul lor nu poate fi național (vezi proiectul **Și noi avem drepturi** - Salvați Copiii).

Un exemplu relevant pentru lipsa de informare este legat de accesul minorilor la serviciile de contracepție. Chiar dacă legislația permite accesul adolescentelor peste 16 ani la servicii de specialitate pentru situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, fără acordul părinților, furnizorii medicali nu respectă aceste drepturi și nu oferă serviciile fără consimțământul reprezentantului legal al adolescenței cu vârsta peste 16 ani (sursa: *interviu Tineri pentru Tineri*). Suplimentar, domeniul accesului la serviciile de sănătate a reproducerii, este reglementat de către stat printr-o serie de acte normative.

Legea tinerilor nr. 350/2006, în vigoare de la 25 septembrie 2006, stipulează la art.24 că în domeniul protecției sociale statul acționează, cu prioritate, inclusiv pe direcția acordării de consultanță gratuită în domeniul planificării familiale, pentru tinerele familii.

Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, în vigoare de la 28 februarie 2003, menționează la Art. 27 că pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nicio discriminare.

➔ *Dreptul copilului trebuie să fie suveran în procesul de luare a deciziilor.*

➔ *Informarea precoce a copiilor în școli și în orice puncte de acces (sistemul medical, social) cu privire la drepturile lor poate preveni actele de abuz, recunoscute frecvent ca și factori favorizanți ai apariției sarcinii la adolescente.*

➔ *Personalul cu atribuții în domeniul respectării drepturilor copilului trebuie instruit în mod specific.*

Cadrul legislativ cu privire la dreptul copiilor la educația pentru sănătatea reproducerii există atât în sistemul de educație, cât și în cel social, dar este aplicat cu inconsecvență și în mod neunitar.

Este cunoscută scindarea societății cu privire la tema educației pentru sănătatea reproducerii în școli, un modul care se realizează ca opțional. Această temă este recunoscută de către **Federația Asociațiilor de Părinți** ca fiind o necesitate, încă din educația timpurie, însă cu teme adaptate fiecărei etape de vârstă și cu personal didactic pregătit (*vezi opinii în presă*). În societate, domeniul sănătății reproducerii este perceput ca fiind un domeniu de educație care aparține familiei, fiind o temă care se raportează la valori morale și culturale sensibile, care țin de valorile familiei de origine a copilului. Cu toate acestea, un studiu pe bază de chestionar efectuat pe un grup de 135 de mame de adolescente între 13-18 ani din România, publicat în 2021, arată că două treimi dintre acestea sunt de acord cu educația sexuală în școli. Sursa preferată de acestea pentru informarea fetelor tinere este familia (85.90%), urmează profesorii (33.30%) și medicii de familie (24.4%), două treimi dintre mame afirmând că au avut discuții cu fetele despre viața sexuală, sarcină și bolile cu transmitere sexuală (Iorga, et al., 2021).

Cu privire la justificările bazate pe valorile morale, trebuie subliniate însă afirmațiile Comitetului pentru Drepturile Omului cu privire la faptul că, în general, „*acest motiv nu ar trebui utilizat pentru a proteja modalitățile în care este înțeleasă moralitatea, care derivă exclusiv dintr-o singură tradiție socială, filozofică sau religioasă și orice astfel de restricții trebuie înțelese prin prisma caracterului universal al drepturilor omului, al pluralismului și al principiului non-discriminării*” (International Covenant on Civil and Political Rights, General comment No. 37 (2020), par 46).

Astfel, justificările legate de valorile morale nu pot fi luate în considerare cu privire la modalitatea de educație în domeniul sănătății reproducerii, atâta timp cât acestea nu sunt compatibile cu alte drepturi protejate de legislația internațională privind drepturile omului, cum ar fi drepturile copilului, dreptul la sănătate, principiul egalității.

Cadrul legislativ cu privire la educația pentru sănătatea reproducerii este supus unor amânări de aplicare și schimbări politice. Legislația în curs de modificare va prevedea necesitatea acordului părinților pentru participarea la aceste ore, fapt care ar putea induce o discriminare între copii.

Începând cu luna aprilie 2020, prin Legea nr. 45/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului s-a stabilit ca cel puțin o dată pe semestru, să fie organizate programe de educație pentru viață, inclusiv educație sexuală pentru copii, în vederea prevenirii contactării bolilor cu transmitere sexuală și a gravidității adolescentelor.

La data prezentei analize, pe ordinea de zi a plenului Camerei Deputaților (sub rezerva depunerii raportului) pentru ședințele Camerei Deputaților din zilele de 13 și 15 decembrie 2021 se afla PL-x nr. 457/2019 – „*Proiect de lege pentru modificarea și completarea Legii nr.272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului*”, prin care se dorea eliminarea obligativității organizării o dată pe semestru a derulării programelor pentru viață, termenul de „educație sexuală” înlocuindu-se cu termenul de „educație sanitară”,

iar participarea elevilor se **condiționa de acordul reprezentantului legal al elevului**.

Politica de exprimare a acordului de către reprezentantul legal - opțiune a părintelui (opt-in) pentru participarea copilului la orele de educație sanitară (rolul activ) este supusă unor riscuri de discriminare care poate afecta în special copiii cu vulnerabilități, ai căror părinți sunt mai puțin implicați în activitățile școlare (părinții care sunt plecați în străinătate, părinții care au un program de muncă prelungit, părinții cu un nivel de educație scăzut). Alternativa care facilitează accesul copiilor la ore este aceea prin care reprezentantul legal al copilului exprimă în mod explicit dezacordul (opt-out) participarea la ore fiind implicită dacă opțiunea părintelui de retragere nu este formulată.

➔ *Cadrul legislativ trebuie să asigure accesul nediscriminatoriu al copilului la educația pentru sănătate, respectiv la prevenția, promovarea sănătății și sănătatea reproducerii.*

4. CADRUL INSTITUȚIONAL

Prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescente, fenomen complex cu determinări multiple ce necesită intervenții intersectoriale, reprezintă un subiect care nu este pe agenda sistemelor de sănătate, social, educațional, judiciar etc. Deși în sectoarele de sănătate, protecție socială și educație există un cadru legislativ ce reglementează parțial și sectorial prevenția fenomenului sarcinii la adolescente, resursele umane și financiare sunt insuficiente și, drept consecință, prevederile existente nu sunt puse în aplicare la nivelul fiecărui sector sau sunt puse în aplicare parțial/necorespunzător.

4.1 Sistemul medical

Sistemul de sănătate nu are o strategie actualizată de prevenire a sarcinilor la adolescente.

Cadrul strategic național de sănătate prevede ca obiectiv reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței avortului la cerere, precum și a mortalității materne. Această strategie este în curs de actualizare și ar fi necesar să cuprindă măsuri specifice, intersectoriale, pentru prevenirea sarcinii la adolescente (Strategia Națională de Sănătate 2014-2021- HG nr. 1028/2014).

Tipurile de asistență medicală unde se acordă servicii legate de sănătatea reproducerii la copii sunt: asistența medicală primară, asistența medicală comunitară, asistența școlară, asistența de specialitate de obstetrică și ginecologie din spitale și ambulatorii de specialitate, asistența de planificare familială, serviciile medicale din sistemul de asistență socială și de protecție a copilului. Fiecare din aceste resurse are un cadru metodologic și legal care prevăd acordarea de servicii de educație, consiliere precum și servicii de planificare familială, dar și servicii specifice de asistare a evoluției sarcinii precum și de asistare la naștere.

Din interviurile cu actorii din fiecare segment al sistemului de sănătate analizat rezultă câteva aspecte importante care merită semnalate:

- ▶ Există cadrul legal care prevede acordarea serviciilor de prevenție sau de intervenție specifică la toate nivelurile de asistență medicală, însă resursa umană nu este suficientă și/sau nu are o pregătire specifică actualizată orientată de ghiduri de practică bazate pe dovezi. Aplicarea de recomandări medicale bazate pe dovezi asigură calitatea actului medical.
- ▶ Atestatul de studii complementare în planificare familială, un modul de educație post-universitară care acorda competențe celor care îl parcurg, a fost desființat. Actualizarea lui și organizarea în formate accesibile (cu durată mai scurtă) adaptat pentru diverșii profesioniști din sănătate, ar putea acorda competență unui număr mai mare de medici și asistenți medicali (de familie, școlari, comunitari, din sistemul de asistență socială) care să presteze aceste servicii și astfel să permită lărgirea bazei de acces a tinerilor la mijloace contraceptive adaptate, inclusiv contracepția de lungă durată. Pentru medicii de familie, în mod specific, în aliniere cu practici din alte țări, obținerea de competențe pentru aplicarea de metode contraceptive de lungă durată poate crește accesul minorilor la aceste metode, în special în zonele defavorizate.
- ▶ Comunicarea cu tinerii și copiii nu asigură un climat favorabil înțelegerii și apropierii acestora de sistemul de sănătate. În România există ghidurile specifice pentru consultația preventivă la copil, realizate de către INSP. Acestea sunt însă insuficient detaliate pe comunicarea cu tinerii în privința prevenirii sarcinii și sunt insuficient cunoscute de către profesioniști (Ghiduri medicale.ro). Frecvent, în sistemul de sănătate, minora însărcinată este însoțită de stigmă și lipsită de suport, empatie și continuitate (sursa: interviu moașă).
- ▶ Serviciile de planificare familială sunt gratuite, însă medicația contraceptivă sau dispozitivele medicale contraceptive nu sunt gratuite, acestei medicații lipsindu-i evaluarea tehnologiilor medicale.
- ▶ Adolescente înscrinate, de obicei, nu frecventează serviciile de asistență medicală (primul contact cu sistemul este la maternitate).
- ▶ Alerta generată de maternități vis-a-vis de externarea unei mame adolescente se face către DGASPC; un număr limitat de cazuri este urmărit prin asistența socială; nu există alertă subsecventă către sistemul medical, ceea ce face ca după naștere, adolescentele lăuze și nou născuții lor să nu primească servicii medicale, să nu fie consiliate pentru prevenirea sau spațierea corespunzătoare.
- ▶ În sistemul de sănătate, serviciile de obstetrică și ginecologie nu sunt ajustate pentru nevoile specifice copiilor și adolescenților.

4.2 Asistența medicală primară

Există cadrul legal de prestare a serviciilor de planificare familială de către medicii de familie, care include consilierea și prescrierea de contraceptive. Prescrierea unui mijloc de contracepție este la îndemâna medicului, însă nu este gratuită pentru beneficiari.

Cunoștințele medicilor pe această temă ar trebui actualizate. Au existat în istoric servicii de consiliere și distribuire de contraceptive, printr-un program național, dar acesta nu a mai putut fi implementat prin lipsa evaluării HTA a contraceptivelor. Medicii de familie implicați în program au considerat benefic proiectul (sursa: interviu medic de familie). Medicii de familie sunt o resursă cu distribuție națională, acoperind în general toată populația, însă în continuare există disparități, în special în zonele rurale defavorizate, unde în continuare există localități fără medic de familie (*a se vedea 4.7. Resursele umane*). Finanțarea serviciilor preventive în asistența medicală primară nu este motivantă, stimulantă (sursa: interviu medic de familie). Ar fi necesară implementarea de mecanisme stimulative de plată, de exemplu plata pe performanță pe un set de indicatori relevanți pentru sănătatea publică, în care ar putea fi încadrată și prevenirea sarcinii la adolescente.

4.3 Asistența medicală comunitară

Are ca atribuții specifice identificarea și intervenția asupra categoriilor la risc, în special în mediul rural. Distribuția rețelei de asistență comunitară este neuniformă și este insuficientă (vezi analiza capacității resurselor umane). Neclaritățile în ceea ce privește guvernanta Asistenței Medicale Comunitare (AMC) (angajarea acestora în cadrul Serviciilor de Asistență Socială ale Autorităților Publice locale) și prezumarea unei ierarhii față de primar/ asistent social) împiedică asupra calității actului medical oferit de AMC. În prezent nu există finanțare pentru necesarul de AMC, chiar dacă există cereri din partea primăriilor. Doar 90 de primării finanțează integral AMC (HG nr. 324/ 2019). Pentru AMC Ministerul Sănătății a pregătit în 2015 Programul de Formare Profesională Continuă de Specializare în Practica Asistenței Comunitare. În prezent acest program este în curs de actualizare fiind în pregătire noi module de formare a AMC, inclusiv în ceea ce privește gravida adolescentă (sursa- interviu cu reprezentant Ministerul Sănătății).

4.4 Asistența medicală școlară

Este reglementată prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Educației nr. 438/4629/ din 30.08.2021 și are ca atribuții, prin personalul medical angajat, medici și asistenți medicali, activități de promovare a sănătății cuprinzând educația pentru viața de familie, inclusiv profilaxia infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS). Această intervenție este de dorit în școli, însă doar 15,9 % din unitățile de învățământ au un medic școlar, iar 54,4% au o asistentă școlară (sursa: <http://www.ms.ro/2020/09/10/cresterea-bugetului-pentru-reteaua-de-asistenta-medicala-scolara/>). Distribuția acestor resurse este neconcordantă cu nevoile, majoritatea medicilor activând în școlile din mediul urban și nu în zonele rurale, unde nevoile medico-sociale sunt mai mari.

4.5 Cabinetele de planificare familială

Cabinetele de planificare familială, care au rămas în număr foarte mic în toată țara, nu mai au o finanțare corespunzătoare. Organizarea lor în structura spitalelor și a policlinicilor, unde nu există un interes pentru dezvoltarea de servicii nefinanțate de către CNAS, a determinat degradarea acestora și funcționarea în condiții de avarie. Distribuirea gratuită de contraceptive (orale, de lungă durată) a fost sistată din anul 2018 din rațiuni legislative, care nu permiteau achiziția centralizată a acestora (sursa: interviu moașă). Lipsa serviciilor de planificare familială gratuite reprezintă o barieră de acces semnificativă pentru tineri.

4.6 Asistența medicală din cadrul sistemului de asistență socială

Și în sistemul de asistență socială, unde fetele adolescente sunt urmărite de către cadrele medicale din instituții se identifică problema accesului la mijloace contraceptive, care nu sunt asigurate în mod gratuit de către Sistemul de Sănătate. Aceste contraceptive se achiziționează din sponsorizări, la recomandarea specialiștilor. Fetele sunt duse la maternitate sau la medicul lor de familie unde sunt consultate (sursa: interviu Director DGASPC).

4.7 Maternitățile

În maternități, nu există un interes pentru dezvoltarea serviciilor de planificare familială datorită faptului că serviciile nu sunt decontate de către Casa de Asigurări de Sănătate. Întreruperea cursului sarcinii în condiții spitalicești, care ar trebui să existe ca opțiune informată pentru adolescente, în contextul cântăririi riscurilor și a beneficiilor (mai ales întreruperile medicamentoase) nu este abordată în cadrul maternităților sau al cabinetelor particulare (sursa: interviu manager maternitate). Tot mai mulți medici obstetricieni obiectează, din motive de conștiință, pentru avortul la cerere. Avortul medicamentos poate fi o alegere mai puțin invazivă, dacă ar fi decontat de către Casele de Asigurări (Sursa: interviu medic OG). Pentru situația adolescentelor care se prezintă la maternități pentru naștere, sistemul de suport medico-social funcționează prin anunțarea atât a serviciilor de protecție a copilului, cât și la nivel de Poliție. În maternități există servicii de asistență socială care preiau cazurile de mame adolescente și este notificată telefonic Direcția de Asistență și Protecție a Copilului. În cazul lipsei asistentului social din unitatea medicală (cazul spitalelor mici) nu este proceduralizată metodologia de anunțare a serviciilor sociale și de aceea cazurile ar putea rata monitorizarea necesară.

4.8 Alte servicii medicale

În practica altor țări există și acordarea de servicii de contracepție la nivelul sistemului de urgență (centre de permanentă MF, camere de gardă spitale, UPU). Sunt studii care arată că această formă de accesare a serviciilor poate sprijini tinerii și adolescenții pentru prevenirea sarcinilor nedorite (Chernick, et al., 2015; Miller, et al., 2016).

➔ *Minorii din România au un acces scăzut la servicii critice de sănătate: consiliere și planificare familială, asigurarea cu produse contraceptive.*

4.9 Sistemul social

Sistemul social este subdimensionat în resurse umane, ceea ce limitează drastic capacitatea de intervenție.

Sistemul de protecție socială este compus din beneficii sociale și servicii de asistență socială. Beneficiile sociale ce pot fi oferite mamei adolescente, precum și condițiile necesare a fi îndeplinite pentru a fi accesate (ex.: atribuirea către reprezentantul legal al adolescentei) sunt prezentate sistematic în **Anexa 3**.

Serviciile de asistență socială care pot găzdui gravida adolescentă în situație de risc pot fi centrele de plasament, plasament în familia lărgită, rețelele de mame maternale profesionale, centre maternale etc.

Sistemul social urmărește indicatori în ceea ce privește mamele adolescente, prin intermediul unui sistem informațional realizat în cadrul proiectului Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (ANDPD) "Monitorizarea și evaluarea progresului tranziției de la îngrijirea în instituții la îngrijirea în comunitate" de exemplu:

- În cadrul centrelor maternale este identificat indicatorul număr total mame adolescente în cuplul mamă copil din centrele maternale, (pentru județul Brașov, acest indicator are valoarea de 2) sau
- La nivelul Centrelor de Plasament la descrierea cauzelor intrării copilului în SPSC în ultimele 12 luni, este identificat indicatorul: cauze sociale asociate cu abuzul, neglijarea sau exploatarea copilului – familii dezorganizate, mame/ părinți minori (pentru județul Brașov, acest indicator este de 54, neputându-se preciza dacă este vorba de mame adolescente, partenerii lor minori sau alte cazuri de copii din familii dezorganizate) (<http://comunitate.copii.ro/monitorizare-si-evaluare/>).

Deși legislația prevede posibilitatea găzduirii mamei adolescente abuzate în plasament familial sau în rețele de asistență maternală profesionistă, acest fapt reieșind și din interviuri, nu s-au regăsit indicatori care să urmărească acest parcurs.

De asemenea, nu am reușit să identificăm cazuistica medie a unui manager de caz pentru a vedea măsura în care aceștia intervin asupra problematicei sarcinii la mame adolescente. Este cunoscut din legislație că încărcătura de cazuri pe un manager de caz trebuie să fie de maxim 30 de cazuri active (Ordin ANPDC nr. 288/2006). Am putut însă identifica numărul total de manageri de caz în județul Brașov, acesta fiind de 20. Doar în județul Brașov numărul mamelor adolescente este de 459 cazuri în 2019. La nivelul Serviciilor de Asistență Socială, Responsabilii de Caz pentru Prevenire din cadrul primăriei "trebuie să fie suficient, astfel încât nevoile clienților să fie satisfăcute și încărcătura per responsabil de caz prevenire să fie de maxim 30 de cazuri active" (Ordin ANPDC nr. 288/2006); lipsa de resurse umane limitează capacitatea de alertare în situații de copii vulnerabili, abuzați etc. Dacă pentru intervenția în situație de risc/ abuz a mamei adolescente există o paletă largă de servicii, chiar dacă nu la capacitatea necesară, intervențiile sociale preventive la nivel de comunitate pot fi considerate problematice.

Subordonarea Serviciilor de Asistență Socială față de Autoritățile Publice Locale și nu față de DGASPC, numărul scăzut al asistenților sociali și sarcinile lor birocratice extinse, fac cvasi imposibilă deplasarea acestora la nivel de comunitate. "De multe ori fac eu terenul pentru asistentul social, căci acesta are de rezolvat prea multe dosare la birou" (sursa: interviu asistent medical comunitar).

➔ *Este necesar să fie dezvoltate cu prioritate serviciile sociale preventive din comunitate și să fie asigurate resursele umane necesare.*

4.10 Sistemul educațional

Serviciile educaționale nu pătrund la nivelul păturilor defavorizate ale populației, situație ce duce la performanțe școlare slabe și la abandon școlar.

Cu toate eforturile de reformă, sistemul educațional nu se bucură încă de cele mai bune rezultate, multe din performanțele sale plasând România pe ultimele locuri din Europa atât în ceea ce privește performanțele școlare, dar și în ceea ce privește părăsirea timpurie a școlii. Pe baza rezultatelor PISA 2018 (Programul de Evaluare Internațională a Studenților), 42% dintre adolescenții din România în vârstă de 15 ani sunt analfabeți funcționali. (sursa: <https://www.edupedu.ro/rezultate-pisa-2018-romania-obtine-cel-mai-slab-punctaj-din-ultimii-9-ani-cea-mai-mare-cadere-fiind-la-matematika-analfabetismul-functional-la-apogeu/>)

Una din problemele cele mai importante rămase nesoluționate este inechitatea serviciilor educaționale și în consecință, lipsa de pătrundere a serviciilor educaționale la nivelul păturilor defavorizate ale populației, de aici rezultând performanțe școlare slabe și părăsirea timpurie a școlii.

Rata medie pe țară a părăsirii timpurie a sistemului de învățământ și de formare profesională este de 18,1% (versus 10,6% în UE), aproximativ 1 din 5 copii nu finalizează învățământul obligatoriu. Fenomenul este accentuat în comunitățile rurale (27,1%) și în rândul etniei rome (77%) (Monitorul educației și formării, 2018).

Accesul la grădinițe de la 4 ani, până la vârsta de școlarizare, ce reprezintă un indicator important pentru socializarea copiilor într-o cultură de învățare, a înregistrat o creștere, ajungând la 88,2% (ținta 95%), dar nu însă și în cazul copiilor din comunități de romi, la care accesul în forme educaționale de tipul grădinițelor este de 38% (Monitorul Educației și al formării, 2018).

Programul Școală După Școală (SDS) funcționează încă la capacitate foarte limitată prin finanțare de la bugetul național (HG pentru 150 școli care să intre în program), lăsând pe seama autorităților locale, a altor surse de finanțare ad-hoc posibilitatea de a oferi ore de pregătire școlară și o masă caldă la școală (Ordin MECTS nr. 5349/2011).

Încercările de politici pentru adresarea fenomenului de părăsire timpurie a școlii au fost inițial sectoriale, însă în ultima vreme au fost inițiate și mecanisme intersectoriale care să abordeze inegalitățile sociale legate de accesul la educație.

Un astfel de demers al Ministerului Educației, cu sprijinul Comisiei Europene, prin Programul de Susținere a Reformelor Structurale (SRSP), cu asistența tehnică a Băncii Mondiale, a dezvoltat și pilotează **Mecanismul de Avertizare Timpurie în Educație (MATE), un mecanism instituțional/ sistem informațional menit să colecteze date cu privire la factorii de risc privind părăsirea timpurie a școlii**. Factorii de risc semnalati sunt absențele școlare, corigențele, repetenția, performanța slabă la clasă, comportament nepotrivit la școală legat de abuz, neglijare, violență. Programul va fi direcționat către copiii de gimnaziu, copii de 10-14 ani din afara școlii și copii migranți (Sursa - interviu cu reprezentant ME).

Acest mecanism este cu atât mai interesant pentru fenomenul mamelor adolescente,

cu cât factorii de risc pentru părăsirea timpurie a școlii se suprapun în mare măsură cu factorii de risc pentru sarcina la adolescente. Este necesară creșterea capacității instituționale de a aborda problematica structurat și intersectorial prin dezvoltarea și aplicarea de instrumente de management cum sunt fișa de identificare a riscurilor, soft pentru înregistrarea informațiilor, cadre didactice formate pentru utilizarea softului au fost pilotate/ testate și aprobate prin Ordin de Ministru. Astfel, aceste elemente de învățare organizațională pot constitui un punct de reper important pentru intervențiile referitoare la fenomenul mamelor adolescente.

- ➔ *Este necesară îmbunătățirea accesului la educație timpurie pentru că factorii care duc la abandonul școlar crescut, mai ales în mediul rural și în comunitatea romă, sunt factori care se suprapun în mare măsură cu riscul de apariție a sarcinii la adolescente.*

4.11 Abordarea intersectorială

Sistemele de sănătate, educație și protecție socială nu au o abordare integrată, sinergică

Complexitatea situațiilor în situația adolescentelor la risc sau cu sarcină identificată implică intervenții sinergice de la mai multe instituții. În prezent comunicarea între sectoare și lucrul în echipe este inconstantă.

Nevoia de coordonare a resurselor este recunoscută și de către MS care desfășoară un proiect comun cu Ministerul Muncii și Ministerul Educației: proiectul va contribui la creșterea numărului și calității serviciilor sociale, educaționale și de sănătate furnizate persoanelor afectate de sărăcie, și/sau excluziune socială sau aflate în risc de sărăcie, și/sau excluziune socială dintr-un număr de 139 de comunități rurale și mic urbane cu grad de marginalizare severă și peste medie, ce vor beneficia de sprijin în dezvoltarea serviciilor sociale integrate, adaptate nevoilor identificate ale fiecărui beneficiar, de la cele sociale, de sănătate sau educație, până la ocupare, locuire și emiterea documentelor de identitate. Fiecare caz social va fi evaluat de o echipă mixtă, formată din specialiști în domeniul social, medical și educațional, care vor trebui să lucreze coordonat, astfel încât fiecare persoană să fie îndrumată și ajutată să acceseze toate serviciile de care are nevoie pentru a depăși situația de vulnerabilitate.

La fel, mecanismul MATE dezvoltat de MEC este un mecanism intersectorial, abordând problematica părăsirii timpurii a școlii și din punct de vedere social.

- ➔ *La nivel național, județean și local este necesară coordonarea resurselor instituționale implicate în gestionarea problematicii sănătății reproducerii la copii/adolescenți și a prevenirii sarcinilor.*

4.12 Sistemul informațional

Datele colectate cu privire la sarcina la adolescente provin de la mai multe instituții. Aceste date nu sunt integrate și, mai ales, nu sunt folosite pentru dezvoltarea de proiecte locale, intervenții și sistem de alertă.

Dovezi:

- **Pentru a putea documenta politicile de reducere a sarcinilor la adolescente sunt necesare date de calitate, colectate cu prioritate, care să cuprindă toți factorii de risc implicați în apariția sarcinii la adolescente, inclusiv statutul de apartenență la grupul minoritar (Aspinall & Hashem, 2010)**

Informarea politicilor integrate socio-medico-educative pentru prevenirea sarcinii la adolescente, amânarea sarcinilor subsecvente, limitarea abandonului școlar necesită date specifice și detaliate pe regiuni, localități, etnie, statut de deprivare socială precum și alte date legate de factorii de risc recunoscuți ca fiind implicați în creșterea probabilității de apariție a sarcinii la adolescente.

Aceste date sunt în prezent colectate fragmentat, sectorial (*a se vedea Anexa 1*).

Datele urmează de obicei calea sectorială și chiar intra-profesională (ex.: medicul de familie nu are acces la datele asistentului medical comunitar decât în situațiile în care există relații interpersonale bune și acest lucru se realizează spontan).

Analiza acestor date provenind de la diferite instituții în modalități care nu permit extragerea cu ușurință de rapoarte (colectare pe hârtie, tabelar) este dificilă, consumatoare de timp și adesea nerelevantă prin lipsa caracterului constant, sistematizat. (ex.: nu se colectează sistematizat și constant datele necesare pentru a se realiza analize de cost-beneficiu cum ar fi de exemplu urmărirea traseului profesional/ social al părinților minori) (Sursa: interviu Tineri pentru Tineri).

Astfel:

- INS nu oferă acces facil la date populaționale la nivel de comunitate (ex.: date pe grupe de vârstă și sexe).
- Nu există o bază de date comună/cross- sectoare cu numărul sarcinilor la adolescente (sub 18 ani).
- Nu există un set de date care să permită identificarea unei distribuții pe localități, relația cu tatăl copilului, precum și factorii de risc asociați cu riscul crescut de sarcini .
- Asistenții medicali comunitari (AMC) colectează date referitoare la noile cazuri de mame adolescente, mame adolescente cu referate de asistență socială și numărul total de mame adolescente care sunt monitorizate de către asistenții medicali comunitari (ex.: în 2020 au fost 1928 de mame adolescente monitorizate de către asistenții medicali comunitari, adică doar aprox. 10% din mamele adolescente). Datele nu conțin informații etnice care ar putea sprijini particularizarea intervențiilor în funcție de specificul cultural al comunității.

Cu toate acestea, în ultima vreme se fac eforturi susținute pentru a identifica și utiliza baze de date comune, trans sectoriale pentru abordarea grupurilor vulnerabile: AURORA, MATE etc., eforturi necesar a fi integrate/ adecvate, urmării mamelor adolescente și a factorilor de risc pentru sarcina la adolescente, scalate la nivel național.

4.13 Ghiduri și protocoale

Standardizarea serviciilor, atât a celor preventive, cât și a celor acordate mamelor adolescente și partenerilor acestora, ca prim factor pentru asigurarea calității serviciilor la nivel sectorial și intersectorial nu este realizată.

La nivel sectorial, profesioniștii au fișe de post, iar unii dintre ei funcționează și pe baza unor protocoale sau ghiduri de practică. De exemplu, pentru medici și asistenții din asistența medicală primară există Ghiduri de prevenție, însă aceste ghiduri nu abordează problematica sarcinii la adolescente (www.ghidurimedicale.ro).

Medicii, asistenții medicali, moașele nu au suficiente programe de instruire specifice pentru sănătatea reproducerii la nivel de formare continuă.

Aplicarea de recomandări medicale bazate pe dovezi asigură calitatea actului medical. În România există ghidurile specifice pentru consultația preventivă la copil, care sunt insuficient detaliate pe comunicarea cu tinerii în privința prevenirii sarcinii și sunt insuficient cunoscute de către profesioniști (www.ghidurimedicale.ro).

Atestatul de studii complementare în planificare familială a fost desființat. Acesta ar putea acorda competență unui număr mai mare de medici (de familie, școlari) care să presteze aceste servicii și astfel să permită lărgirea bazei de acces a tinerilor la mijloace contraceptive adaptate, inclusiv contracepția de lungă durată.

MS pregătește module de formare a AMC, inclusiv în ceea ce privește gravida adolescentă (sursa: reprezentant AMC din MS).

Astfel, resursele umane simt nevoia existenței unor ghiduri și protocoale care să le ajute la sistematizarea activității, precum și de organizarea unor module de formare pentru a utiliza corect aceste instrumente (interviuri AMC, învățător, profesor).

La nivel intersectorial, nu există protocoale **pentru lucrul în echipe interdisciplinare/ formarea de echipe interdisciplinare de lucru.**

Instituțiile nu au în acest moment implementat un sistem de alertă cu privire la posibile încălcări ale drepturilor copilului, ridicarea suspiciunii de abuz sau chiar a comiterii unui abuz.

„Nu se cunoaște foarte bine cine are atribuția de a denunța abuzul față de un minor (medicul școlar, medicul de familie, ginecologul?)” (sursa: Interviu SAMAS)

„Asistenții sociali din maternități sunt persoane cheie, ar trebui să anunțe DGASPC și Poliția, în cazul unei mame adolescente” (sursa: Interviu SAMAS)

„Nu se cunosc procedurile de externare ale mamelor adolescente: cine le externează (ce reprezentant legal), cine notifică DGASPC, Poliția, cum se raportează – date care nu se cunosc” (sursa: Interviu SAMAS).

- ➔ *La nivel de instituții abilitate în protecția și educația copilului trebuie să existe planuri de intervenție specifice. Aceste planuri trebuie armonizate între instituții astfel încât intervențiile să aibă un caracter standardizat, integrat.*
- ➔ *Profesioniștii de la firul ierbii, părinții și copiii au nevoie să cunoască îndeaproape prevederile legale, mecanismele de intervenție pentru putea acționa proactiv la fiecare nivel și pentru ca rezultatele obținute să fie notabile.*

4.14 Resursele umane

Distribuția resursei umane în toate sectoarele este inadecvată realizându-se în funcție de receptivitatea autorităților locale și județene, și nu după nevoie/ nivelul de marginalizare al comunităților.

În sistemul de sănătate, resursa din asistența medicală primară ridică din ce în ce mai mult probleme de acoperire cu resursele umane necesare. Medicii de familie, un grup profesional care prin definiție asigură contactul cu toate grupele de vârstă, oferind servicii preventive dedicate copiilor, sunt în continuă scădere, prin îmbătrânire, 37% au vârsta peste 60 de ani (sursa: Colegiul Medicilor din România), prin lipsa atractivității specialității și prin migrație. Din numărul total de 12 424 de medici de familie (sursa: INSS 2020), doar 10 452 au încheiat un contract cu CNAS, contract care permite oferirea de servicii gratuite din pachetul de bază și minimal care acoperă serviciile preventive (sursa: Raport de activitate CNAS 2020). Multe localități (700 din sursa Colegiul Medicilor din România), dintre care majoritatea încadrate în categoria zonelor defavorizate, nu au medic de familie. Nu există mecanisme de atragere și retenție a resursei medicale în zonele defavorizate. Acest fapt atrage de la sine lipsa accesului la servicii medicale din pachetul de bază pentru copii.

Asistența medicală comunitară, o resursă dedicată acordării de servicii grupurilor vulnerabile, este subreprezentată și mecanismele de atragere a acestei resurse în comunități nu sunt suficient cunoscute de către autoritățile locale. În prezent, la nivel național există 1754 AMC (statistici ale MS). Într-o analiză publicată în anul 2020 de către Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate (CPSS) se arată că aproximativ 50% dintre asistenții medicali comunitari sunt concentrați într-un sfert din județele țării. 8 dintre județele cu gradul cel mai mare de marginalizare nu beneficiază de resurse suficiente la nivelul asistenței medicale comunitare (Asistența Medicală Comunitară- UNICEF 2021). Există un proiect al Ministerului Sănătății cu Banca Mondială care are ca obiectiv identificarea unui mecanism de corelare a nevoilor comunităților și nevoia de asistență medicală comunitară (sursa: interviu persoana cheie AMC).

Asistența medicală școlară este și ea subreprezentată, în special în mediul rural. În anul 2020 pe site-ul MS sunt menționate 1302 medici școlari (788 cu specialitatea medicină generală și 514 cu specialitatea stomatologie) și 3630 asistenți medicali (3262 cu specialitatea medicină școlară și 368 cu specialitatea stomatologie). Recunoscând nevoia

de asistență medicală școlară, mai ales în contextul pandemiei, Ministerul Sănătății a suplimentat bugetarea pentru 264 de medici școlari și 534 de asistenți medicali. (<http://www.ms.ro/2020/09/10/cresterea-bugetului-pentru-reteaua-de-asistenta-medicala-scolara/>). Aceste cifre, raportate la numărul total de unități școlare menționate de către INSS în anul 2020, 6970, arată că doar 15,9 % din unitățile de învățământ au un medic școlar, iar 54,4% au o asistentă școlară. Distribuția acestor resurse este neconcordantă cu nevoile reale la nivelul întregii țări, majoritatea medicilor activând în școlile din mediul urban. Consilierii școlari și mediatorii școlari sunt sub normativul necesar de 1 consilier la 800 de elevi. Acest fapt face ca un consilier școlar să aibă arundate mai multe școli și în acest fel este prezent mai puține zile într-o școală. Este necesară crearea de posturi în întreaga rețea școlară pentru acest tip de resurse, care reprezintă un sprijin pentru copii, dar și un liant între școală și părinți (sursa interviu director CJRAE, interviu consilier școlar). Nevoia de consilieri școlari este identificată de către Ministerul Educației care implementează în prezent un program de extindere a resursei de consilieri școlari și a mediatorilor școlari.

Asistenții sociali sunt resursa umană aproape absentă în furnizarea de servicii proactiv în comunitate. Numărul lor redus și încărcătura mare birocratică face ca aceștia să rămână la birou ("De multe ori facem teren și în locul asistentului social", interviu AMC). Programul național "Din grijă pentru copii", aprobat prin OUG nr.105/2021, precum și proiectul implementat de Ministerul Muncii și Protecției Sociale, în care Ministerul Educației este partener, numit "Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale, cod SMIS 122607, au ca obiectiv general creșterea incluziunii sociale și combaterea sărăciei prin dezvoltarea și pilotarea serviciilor comunitare integrate în 139 de comunități rurale și mic urbane cu tip de marginalizare peste medie și severă". În cadrul proiectului, la nivelul anului școlar 2020-2021 s-au constituit și sunt funcționale 40 de Unități Județene de Suport și Supervizare (UJSS) și s-au semnat protocoale cu 116 UAT-uri, în care își desfășoară activitatea ca membri în Echipa Comunitară Integrată (ECI) 80 de consilieri școlari și 72 de mediatorii școlari, urmând ca până la sfârșitul anului 2020, prin apel de selecție, echipele să fie completate cu un număr de 80 de membri" (OUG 105/2021).

- ➔ *În sistemul de sănătate, social și de educație trebuie asigurată o distribuție echitabilă a resursei umane, raportată la nevoile comunităților.*
- ➔ *Numărul posturilor trebuie crescut.*
- ➔ *Este necesară furnizarea de protocoale standard de lucru și de programe de formare a resurselor umane pentru a sprijini furnizarea de servicii de calitate.*

4.15 Cercetarea

Cercetarea în domeniul prevenirii sarcinii la adolescente este insuficientă și nu servește pentru documentarea politicilor publice.

Dovezi:

- **Colectarea de date specifice, granulare, semnificative statistic cu privire la fenomenul maternității care pot fi analizate în cercetare, facilitează documentarea politicilor de sănătate publică (Shulman et al., 2018)**

Având în vedere nevoia de date complexe, care să informeze cu privire factorii de risc cei mai frecvent incriminați în apariția sarcinii la adolescente, sunt necesare sisteme de colectare a datelor, cu caracter informativ pentru cercetare, care să constituie o bază reală pentru politicile de sănătate publică.

În prezent, în România, cercetarea în ceea ce privește sarcina la adolescente se limitează la date din clinicile de specialitate, precum și la analizele diferitelor organizații neguvernamentale și agenții care documentează fenomenul și încearcă intervenții specifice prin proiecte la nivelul unor comunități.

Un exemplu de astfel de intervenție sunt registrele de supraveghere a riscului de sarcină. PRAMS, the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, este un proiect al Centers for Disease Control and Prevention (CDC) și al departamentelor de sănătate din SUA. Acest proiect, început din anul 1987, colectează date populaționale cu privire la atitudinile femeilor cu privire la maternitate, datele cuprinzând perioada dinaintea sarcinii, în timpul acesteia precum și după naștere. Colectarea de date se face pe eșantioane semnificative statistic, anual, prin email sau interviuri telefonice. Datele sunt standardizate pentru a putea fi comparabile între regiuni. Femeile din grupurile aflate la risc (cum ar fi și mamele adolescente) sunt eșantionate în număr mai mare pentru a se putea analiza corect fenomenul (Shulman et al, 2018).

Cercetarea trebuie să cuprindă direcții variate atât la nivel de identificare a factorilor de risc, impactul socioeconomic al sarcinii la adolescente, impactul asupra evoluției școlarizării mamei, precum și documentarea a tipului de programe, a volumului de resurse ce trebuie implicat la nivel local și monitorizarea impactului.

- ➔ *Cercetarea operațională asupra progresului obținut în implementare este esențială pentru fundamentarea pașilor de ajustare a politicilor intersectoriale necesare pentru a controla fenomenul sarcinii la adolescente.*

5. INTERVENȚIA PREVENTIVĂ

Sistemele de sănătate, de educație, de protecție socială și de reglementare penală nu au o abordare preventivă, proactivă pentru prevenirea sarcinii la adolescențe, au resurse umane insuficiente și insuficient pregătite.

5.1. Intervenția prin educație

Dovezi:

- ▶ **Lipsa de cunoștințe privind educația sexuală este un factor de risc cheie pentru apariția sarcinii la adolescențe (Wellings, 2001)**
- ▶ **Copiii care învață despre relații sexuale la școală devin mai puțin probabil sexual activi decât cei care primesc această informație de la familie sau prieteni (Kirby et al., 1994)**
- ▶ **Educația pentru sănătatea reproducerii de bună calitate și comprehensivă nu îi face pe tineri să devină activi sexual mai devreme. În fapt, ar putea chiar să îi determine să întârzie debutul relațiile sexuale și să utilizeze mijloace contraceptive (Atkins & Bradford, 2021).**
- ▶ **90% din părinți și copii privesc școala ca fiind locul preferat de dobândirea a educației contraceptive și sexuale (HEA and National Foundation for Education Research In England and Wales, 1994)**
- ▶ **Un aspect important care rezultă din experiența internațională este centrarea intervențiilor de educație și pe băieți. Studiile arată că tinerii sunt de acord cu formule care să implice și responsabilizarea băieților în prevenirea sarcinilor (Lohan et al., 2018).**
- ▶ **Modalitatea agreată de tineri pentru transmiterea de cunoștințe și ghidarea deciziei în privința contracepției sunt aplicațiile informatice (Tebb et al., 2019).**

Tema educației pentru sănătatea reproducerii și a familiei este abordată pe tot parcursul școlarizării, atât în curriculum de bază (trunchiul comun - la disciplinele "Biologie" și "Dezvoltare personală"), cât și în cel opțional, la disciplina "Educație pentru Sănătate" de la clasele I-XII. Acestor demersuri li se pot adăuga și activități extrașcolare și extra-curriculare care pot fi desfășurate în școli, tematica fiind stabilită de către acestea, "în funcție de problemele identificate și de prioritățile la nivel local" (sursa: interviu MECȘ). Materiile din trunchiul comun „Dezvoltare personală” (cls 0-clsl și cls II) și „Biologia” menționează elemente de relații sănătoase, respectiv contracepție (biologie clasa a-VII-a), fără a se exemplifica mai departe din punct de vedere practic modalitatea în care să fie predată și fără ca mențiuni despre contracepție să mai apară în ghidul metodologic al profesorului (ex.: Diaconu I, Ghid metodologic pentru disciplina biologie) .

Programa școlară pentru disciplina opțională "Educație pentru sănătate", aprobată prin OMENCȘ cu nr. 4496/2004, cuprinde o serie de referiri la "educația pentru sănătatea reproducției", prin teme specifice. Câteva exemple: „Planuri de viitor: familie, relații sociale, impactul vieții sexuale asupra viitorului”; „Sarcina nedorită și avortul: riscuri, planificarea familială”; „Sănătatea reproducției și a familiei” (Comportament sexual responsabil; Infecții cu transmitere sexuală; Planuri de viață – familie, relații sociale, impactul vieții sexuale asupra viitorului; Concepția și sarcina – riscurile sarcinii în pubertate și adolescență pentru mamă și copil; Sarcina nedorită și avortul - servicii sociale: planificare familială, consiliere; Violența în sexualitate, abuzul sexual etc.); Forme ale violenței în familie (fizică, socială, economică, emoțională, sexuală); Sănătatea reproducției și a familiei (Diagnoza prenatală; Legislația privitoare la sexualitate; Pornografia și prostituția) (sursa: interviu reprezentant MECS).

Reprezentanții MECS consideră că aspectele curriculare sunt comprehensive și bine structurate.

„Abordările de conținut precum și cele metodologice propuse de această disciplină școlară promovează o perspectivă științifică, pedagogică, legislativă etc. asupra problemicii educației pentru viață și inclusiv a educației sexuale” (Sursa: interviu MECS).

Accesul la opționalul educație pentru sănătate este însă foarte limitat: deși educația pentru sănătate este materia opțională cu cel mai mare succes, aceasta oferă acces numai unui procent de 5% din copiii din sistemul de învățământ (sursa: interviu cercetător Institutul de Cercetare a Educației). Mai mult decât atât, chiar acolo unde există acces, acesta este discontinuu - educația pentru sănătate are diferite module anual (vezi tabel din **Anexa 2**), iar dacă o clasă are acces într-un an școlar la materia opțională „Educație pentru sănătate”, aceasta implică faptul că în mod cert, acest opțional nu va fi reluat în anul următor pentru acea clasă.

Totuși, în urma analizelor tendințelor de întinerire a vârstei la care apare menarha (*a se vedea Cap.2, subcapitol 2.2.1.*) și a documentării evoluției altor sisteme (UK, USA), analiza temelor repartizate pe ani de studiu pentru sănătatea reproducției arată că unele subiecte prevăzute ar necesita o abordare mai timpurie (ex.: Prietenie: factori care influențează deciziile; valori importante în decizii legate de implicare / neimplicare în relații interpersonale (respect, limbaj afectiv, maniere) - în clasa a V-a, Metode contraceptive: eficiență, avantaje, dezavantaje sau infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, pentru clasa a XI-a.

Este important ca încă din educația timpurie (clasele 0-IV) în curriculumul privitor la dezvoltarea personală din trunchiul comun să fie abordate/ accentuate noțiuni cu privire la relațiile sănătoase, a competențelor copiilor de a dezvolta relații sănătoase, a recunoașterea relațiilor abuzive. Recunoașterea de către copii a modului de relaționare corectă poate duce la recunoașterea și semnalarea timpurie a formelor de abuz emoțional, abuz fizic, a *bullying*-ului. Autorii acestui document au consultat o serie de manuale pentru profesori din Marea Britanie, care constituie ghiduri pentru transmiterea de cunoștințe și abilități specifice. Aceste manuale conțin temele propuse, planuri de lecție și metode educaționale propuse cum ar fi: învățarea prin joc, lucru în grup, creație artistică, materiale audio-video.

„Clar, eu sunt pentru dezvoltare personală, încurajarea stimei de sine și autocunoaștere - astfel de ghiduri ar fi de mare ajutor, fără ca să existe ceva impus, fiecare având libertatea de a alege cât, ce și cum abordează din respectivul manual în funcție de specificul clasei. Cred că, în multe clase din mediul rural sau unde sunt mulți adventiști, abordarea temei de sexualitate va fi ferm respinsă” (sursa: interviu învățătoare mediu rural).

În interviurile cu experți din domeniul educației a fost identificat faptul că a fost finalizat un ciclu complet de implementare a noului Curriculum Gimnaziale (2017-2021), ocazie cu care devine oportună posibilitatea de revizuire/ actualizare a acesteia. O soluție pentru a crește, dar în special infuzarea în disciplinele de trunchi comun (dezvoltare personală, biologie) a informațiilor critice dezvoltării de competențe în domeniul relațiilor sănătoase și a sănătății reproducerii (ex.: metode contraceptive: eficiență, avantaje, dezavantaje sau infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA atât cele din trunchiul comun, cât și la nivel de opționale și de organizare de TOT-uri pentru profesori în vederea implementării acestuia (sursa: interviu expert cheie Institutul de Științe ale Educației).

5.2 Practici curente:

Deși această tematică este bine structurată de către Institutul de Științele Educației, din interviurile cu profesorii și învățătorii rezultă că ea nu a fost distribuită în școli, iar aceștia nu beneficiază de instruire specifică și constantă în acest sens, deși resimt această nevoie.

„Am căutat informații pentru orele de dirigenție... dar nu am o formare specializată pentru educație sexuală” (sursa: interviu profesor mediu rural).

„Programa de educație sexuală trebuie realizată de specialiști și să fie predată și către ceilalți profesori” (sursa: interviu profesor mediu rural).

În general profesorii afirmă că se simt mai confortabili cu noțiunile de anatomie și fiziologie, mai puțin cu aspecte legate de relații. Aceste aspecte necesită, în opinia celor intervievați, o formare specifică.

Având în vedere reticența unora dintre părinți cu privire la abordarea subiectului educației sexuale în școli, precum și lipsa unei formări specifice a personalului didactic, opinia atragerii în școli de proiecte de educație non-formală, organizate de către ONG-uri cu activități în domeniu este îmbrățișată de către unele cadre didactice.

„Opțiunea de a derula educația sexuală prin proiecte, spre deosebire de «obligatoriu», în programa școlară, poate aduce mai puțină reticență” (sursa: interviu Inspector Școlar).

5.3 Practici dovedite

Organizația Mondială a Sănătății militează pentru focalizarea atenției și pe educația băieților, cu scopul reducerii sarcinilor la adolescente. Orientarea politicilor spre includerea bărbaților în problematica reproducerii este o abordare practică, transformativă, acceptabilă atât de către bărbați, cât și de către femei. Un studiu efectuat în Marea Britanie care a focalizat atenția pe educația băieților a demonstrat că intervenția a fost acceptată de către școli, elevi și profesori.

- ➔ *Accesul în învățământul de formare generală la noțiuni de bază pentru sănătate trebuie întărit prin predarea adecvată a materiilor din trunchiul comun.*

5.4. Intervenția prin consiliere

Consilierea școlară poate juca un rol important în identificarea precoce a factorilor de risc pentru performanța școlară scăzută sau a riscului de abandon școlar, însă consilierea școlară este o resursă subreprezentată la nivel național. Consilierea medicală pentru contracepție nu este oferită în sistemul de sănătate.

Dovezi

- ▶ Este cunoscut din literatura de specialitate că performanța școlară scăzută reprezintă un factor de risc pentru sarcina la copii. Studiile au arătat că observarea unui declin în performanța școlară la fete, între 7 și 16 ani corelează cu riscul apariției sarcinii (bibliografie date din 1958 National Child Development Study-UK).
- ▶ Factorii de risc recunoscuți ca fiind asociați cu riscul de sarcină sunt abuzul în copilărie, comportamente de tip delicvent, abuzul de substanțe, istoric de părinte în copilărie/adolescență, familii disfuncționale (Fasula et al., 2019).
- ▶ Minorii care prezintă evenimente traumatice în copilărie sunt mai probabil expuși la inițierea timpurie a relațiilor sexuale, la angajarea de relații sexuale cu parteneri multipli, la practicarea sexului neprotejat și stă la apariția sarcinii (Song & Qian, 2020).
- ▶ Capacitatea tinerilor de autocontrol, menținerea conexiunii cu școala, lipsa absenteismului școlar și buna performanță academică sunt asociate cu o probabilitate mai scăzută de inițiere a relațiilor sexuale și a comportamentelor la risc (Song & Qian, 2020).
- ▶ Una dintre motivațiile pentru apariția sarcinii la adolescente este perspectiva limitată a copiilor asupra viitorului (Teenage Pregnancy 1999).
- ▶ În cadrul vizitei preventive de sănătate dedicată minorilor este o bună practică întrebarea despre probleme legate de sexualitate, cu identificarea posibilelor abuzuri sexuale (Crawford-Jakubiak et al., 2017).
- ▶ Centrele de consiliere pentru contracepție dedicate minorilor trebuie să fie prietenoase, centrate pe nivelul de dezvoltare cognitivă a minorului, influența prietenilor și a familiei, preferințele și valorile tinerilor (Berlan et al., 2020).

- **În vederea reducerii sarcinii la adolescente și a promovării stării de sănătate, profesioniștii din sănătate trebuie să consilieze și băieții minori (Vargas et al., 2017).**
- **Promovarea contracepției cu dispozitive intrauterine, post avort sau post sarcină la adolescente, este benefică (Peterson & Goldthwaite, 2019).**

În cadrul școlilor activează serviciile de consiliere școlară care au ca atribuții principale asistența psihopedagogică, consilierea, orientarea, reorientarea școlară și profesională (consiliere vocațională), activități de consiliere a copiilor, părinților și cadrelor didactice, refacerea legăturilor copil-familie, copil-școală etc. În fișa postului consilierilor școlari apare în mod specific menționat "Asigurarea, prin intermediul metodelor și tehnicilor specifice, a prevenirii și diminuării factorilor care determină tulburări de comportament, comportamente de risc sau disconfort psihic".

O barieră identificată de acces la consiliere adaptată riscului o reprezintă numărul redus al consilierilor școlari (numai 2500 consilieri școlari în întreaga țară), precum și distribuția lor inechitabilă (aceștia fiind mai bine reprezentați în cadrul școlilor și grădinițelor urbane, pe când în mediul rural, un consilier școlar este arondat mai multor școli).

În același timp, nu există un curriculum specific dezvoltat pentru consilierii școlari, aceștia organizându-și activitățile în mod independent. (sura: interviu consilier școlar)

Lipsa de perspectivă asupra viitorului afectează în special copiii din medii sociale defavorizate care nu au imaginea posibilităților accesului la piața muncii prin educație, motiv pentru care abandonează școala.

Abandonul școlar este frecvent asociat cu sarcina la adolescente însă nu poate fi documentată o relație directă între sarcină, ca motiv de abandon sau invers abandonul școlar înainte de apariția sarcinii. În școli nu există încă implementat un sistem de identificare a factorilor de risc pentru părăsirea timpurie a școlii, majoritatea acestor factori suprapunându-se cu cei a riscului de sarcină; un astfel de sistem a fost pilotat și este în prezent în curs de implementare MATE, vezi capitolul 4.3)

Cadrele didactice intervievate relatează că, în lipsa unui sistem coerent de identificare a riscurilor, se implică punctual în cazurile pe care le consideră ei cele mai dificile. De exemplu, monitorizează familiile cu părinți plecați în străinătate, află date despre persoanele care rămân responsabile pentru minori, pentru a putea avea o legătură cu îngrijitorii copiilor. La fel, au în monitorizare familii monoparentale. Aceste informații sunt comunicate și la ISJ.

Acte normative în vigoare din mai 2020 prevăd obligația unității de învățământ de a crea posibilitatea consultării prompte a unei persoane specializate în psihologia clinică a copilului sau a psihiatriei pediatrice, în cazul în care există suspiciunea că un copil este victimă a *bullying*-ului. Normele conțin informații și despre semnele evocatoare de violență asupra unui copil și simptomele care pot fi observate de către un profesionist avizat și care pot ridica un semnal de alarmă, mai ales când nu pot fi explicate sau justificate de către copil și de către părinții săi/persoana de îngrijire/reprezentantul legal, printre aceste semne fiind și cele cu privire la prezența unei sarcini nedorite (Ordinul MEC nr. 4343/2020).

Propunerile cadrelor didactice merg și către o educație mai bună a părinților, chiar în relație cu școlile "școala părinților".

Un aspect important de luat în calcul este intervenția părinților și a comunității în gene-

ral în procesul de educație cu privire la sănătatea reproducerii. Studii recente arată că implicarea familiilor în proiecte, cu impact local, de creștere a conexiunii cu minorii și transmiterea de cunoștințe legate de viața sexuală poate avea beneficii pe termen lung în prevenirea sarcinii la adolescente (Brown et al., 2021). Influența părinților poate determina tinerii să facă alegeri responsabile și informate (Shegog et al., 2021). Soluții inovative de comunicare între părinți și copii pot îmbunătăți acest proces și să îl facă mai adaptat nevoilor actuale ale copiilor și tinerilor.

➔ *Consilierea trebuie să fie disponibilă la toate palierele: școală, sistem de sănătate, sistem social și în familie.*

5.5. Intervenția prin contracepție

Metodele de intervenție pentru prevenirea sarcinii prin metode specifice, la nivelul sistemului de sănătate, sunt greu accesibile și nefuncționale. Mijloacele contraceptive nu sunt accesibile în mod gratuit minorilor.

Dovezi:

- ▶ Creșterea accesului la contracepție hormonală și la contracepție de lungă durată cu caracter reversibil este foarte eficientă în prevenirea sarcinilor la adolescente (Francis & Gold, 2017; Robbins & Ott, 2017).
- ▶ Identificarea de noi locații de acordare a serviciilor de contracepție și educație pentru contracepție (camere de gardă spitale, centre de permanență) poate ridica barierele de acces ale tinerilor la contracepție (Chernick et al., 2015; Miller et al., 2016).

Studiul Sănătății Reprodusei din România din anul 2016 arată că un procent de 36,8 % din fete își încep viața sexuală sub vârsta de 16 ani, cu un procent de 9% de la 15 ani. Până la vârsta de 18 ani 2/3 din fete au avut deja un prim contact sexual. Acest aspect sugerează necesitatea existenței de servicii accesibile de consiliere și intervenție de specialitate în sistemul de sănătate cu privire la contracepție încă de timpuriu.

Nivelurile de intervenție pot fi de la nivel de comunitate, unde pot interveni asistenții comunitari, medicii de familie și asistenții acestora, maternitățile prin ambulatoriile de specialitate și sistemul de urgență. Fiecare dintre acești specialiști trebuie instruit cu privire la aplicarea metodelor de contracepție de urgență, precum și a celor de lungă durată, iar mijloacele contraceptive trebuie să fie disponibile în mod gratuit. ***Este recunoscut de către toate persoanele din sistem, care au fost intervievate, că aceasta reprezintă o nevoie stringentă.***

Contracepția de lungă durată este recunoscută ca fiind cea mai eficientă pentru prevenirea sarcinilor la adolescente și ar trebui oferită atât pentru prevenirea primei sarcini, cât și pentru spațierea unei sarcini ulterioare (Robbins & Ott, 2017).

Persoanele intervievate relatează un aspect foarte important, și anume că modalitatea de abordare a copiilor aflați în aceste situații, este însoțită de stigmă și este lipsită de suport, empatie și continuitate (sursa: interviu moașă). Acest fapt descurajează tinerii să abordeze aceste servicii. *“Tinerii nu beneficiază de servicii prietenoase” (sursa Tineri pentru Tineri)* Facilitarea accesului la servicii contraceptive este soluționat în alte state și prin oferirea contraceptivelor în locații mai puțin tradiționale din sistemul de sănătate cum ar fi la nivelul sistemului de urgență (centre de permanentă MF, camere de gardă spitale, UPU) nivel la care se poate acorda consiliere și se pot administra contraceptive de urgență (Chernick et al., 2015; Miller et al., 2016).

➔ *Accesul facil al minorilor la mijloace contraceptive este esențial pentru prevenirea sarcinii.*

6. INTERVENȚIA PENTRU GRAVIDE, MAME ADOLESCENTE ȘI PARTENERII LOR

Cadrul legislativ cu privire la minorii aflați în sistemul de protecție socială sau a copiilor din comunitate cu nevoie de protecție socială nu este întotdeauna pus în aplicare sau este aplicat parțial/necorespunzător.

6.1. Intervenția pentru gravide, mame adolescente și partenerii lor în general

În comunitate sunt mai multe tipuri de resurse umane dedicate acestui tip de intervenție, resurse care trebuie să acționeze sinergic. Acestea sunt serviciile de asistență socială, serviciile de medicină școlară, asistenți medicali școlari, asistență comunitară, mediatorii sanitari și mediatorii școlari precum și consilierii școlari. Fiecare specialist trebuie să își cunoască bine atribuțiile și să poată iniția *sistemul de alertă pentru protejarea copilului*. (<https://www.sts.ro/ro/comunicate-de-presa/119-numar-unic-de-telefon-la-nivel-național-pentru-cazurile-de-abuz-impotriva-copiilor>)

Copilul astfel identificat poate beneficia de servicii de specialitate: înregistrare la medicul de familie și implicit servicii de sănătate la nivel primar/ secundar, consiliere psihologică. Gravida adolescentă luată în evidență poate fi monitorizată de MF/ AMC fapt ce ar duce la scăderea riscurilor de sănătate pentru ea și fătul ei; mai mult decât atât, aceasta învață să aibă încredere în sistemul de sănătate, să construiască în jurul ei o rețea de încredere de adulți ce o pot sprijini. Din datele culese, numai 10% din gravidele adolescente sunt monitorizate de AMC la nivel național.

Multe gravide adolescente au primul contact cu sistemul de sănătate odată cu internarea în maternitate pentru naștere. În afară de asistentul social (prezent în 73 din maternități pe plan național), mama adolescentă nu primește nici un serviciu specializat pentru întâmpinarea nevoilor psiho-medicale a situației ei. Mai mult decât atât, situația frecventă de pauperitate duce câteodată la neglijență din partea personalului medical. Dat fiind că trecerea prin maternitate este un moment de grație în care sistemele pot înregistra și analiza situația, acest moment este important să fie exploatat din punct de vedere al intervențiilor ulterioare (ex. Acordarea de servicii psihologice, aflarea identității/ vârstei tatălui, externarea dirijată la domiciliu și evaluarea rapidă a condițiilor în care mama adolescentă va trăi cu copilul său).

Pentru identificarea situațiilor de risc în comunitate un rol important îl au asistenții medicali comunitari (AMC), mediatorii sanitari, asistenții sociali.

AMC cunosc în principiu factorii de risc ai mamelor adolescente, însă aplicarea măsurilor de prevenire este afectată de modelele familiale. (sursa: interviu reprezentant AMC din MS). Nu există însă un instrument/ grilă cu listarea acestor factori de risc care să sprijine empirice ale AMC. AMC/ mediatorii sanitari organizează grupuri de discuții cu mame adolescente pe care le monitorizează.

Mamele adolescente sau copiii aflați în situația de risc pot fi identificați și la nivelul sistemului de educație (să observe eleva la școală) și cel de sănătate (inclusiv prin medicul familie, care poate anunța asistentul social/referent social de la Primărie sau Poliția în cazuri de violență), nu doar prin specialiștii din social (sursa: interviu DGASPC). Este important de cunoscut și stabilit un set de factori de risc care pot predispune copiii la riscul de apariție a sarcinii. Acești factori de risc sunt de multe ori comuni cu cei ai riscului de abandon școlar.

6.2. Intervenția pentru gravide, mame adolescente și partenerii lor în condiții de abuz

Există practici de evitare a pedepselor pentru situația sarcinii la adolescente în condiții de act sexual neconsimțit.

Instrumentul sectorial folosit de sectorul social în astfel de cazuri este evaluarea complexă. Problema constă în faptul că prea puține din cazuri ajung să sesizeze echipele de asistenți sociali (responsabil prevenire și manager de caz) pentru a iniția procesul de evaluare și astfel de a permite diagnosticul unei situații abuzive.

Rezultatul pozitiv al evaluării poate determina decizia scoaterii mamei din mediul familial în care trăiește și asigurarea cazării ei și a copilului ei în Centre Maternale ("Casa Mamei") pe perioadă determinată, centre de plasament sau plasamente în familie lărgită/ în rețele de asistenți maternali profesioniști. În cazurile de violență domestică, există locuințe protejate și centre de urgență pentru victime (sursa: interviu DGASPC).

Pentru astfel de alerte, în cadrul DGASPC, există o echipă mobilă, disponibilă 24/7; orice caz de asistență socială ajunge la DGASPC în timp util, indiferent de sesizare (poliție, un cetățean, victimă). Cu toate acestea, acest mecanism nu este cunoscut suficient de către instituțiile care gestionează minorii cu risc de sarcină sau cu sarcină identificată.

Un aspect important sesizat este faptul că diferiții profesioniști din sistem, care lucrează cu copiii aflați la risc, nu au protocoale comune de acțiune, ci unele sectoriale. Modul de lucru în situațiile de risc identificate nu este proceduralizat și nu toți actorii implicați în managementul de caz sunt informați cu privire la pașii de urmat. (sursa- interviu DGASPC). Un alt risc legat de mamele adolescente este abandonul copilului în maternitate. Pentru prevenirea abandonului copiilor în maternitate există reglementare prin HG nr. 1103/2014 pentru aprobarea metodologiei privind realizarea obligațiilor ce revin autorităților administrației publice locale, instituțiilor și profesioniștilor implicați în prevenirea și intervenția în cazurile de copii aflați în situație de risc de părăsire sau părăsiți în unități sanitare.

Asistentul social din maternitate are obligația de a contacta serviciile de asistență socială din zona de domiciliu a mamei adolescente. Din studiul Salvați Copiii (Salvați copiii, 2014) rezultă că numai 73 de maternități au asistent social angajat; nu este clar cum sunt îndeplinite funcțiile de alertare a DGASPC în absența asistenților sociali din maternități.

- ➔ *Mecanismul echipei mobile, disponibilă 24/7 din cadrul DGASPC trebuie să fie cunoscut suficient de către instituțiile care gestionează minorii cu risc de sarcină sau cu sarcină identificată.*
- ➔ *Trebuie să existe proceduri intersectoriale care să prevadă rolul fiecărei instituții în gestionarea minorilor cu risc, lipsesc procedurile intersectoriale care să asigure promptitudinea și armonizarea intervențiilor.*

Majoritatea cazurilor de relații sexuale între o adolescentă și un adult sunt încadrate arbitrar de către justiția din România în cazuri de "abuzuri sexuale" și nu de "viol", pentru încadrarea în pedepse mai mici pentru adulți. Pentru a evita pedepsele, tatăl nu este declarat.

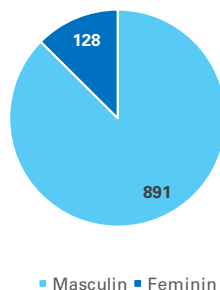
Conform datelor centralizate la nivelul Inspectoratului General al Poliției Române (IGPR), pentru anul 2020 au fost 129 de victime adolescente ale infracțiunilor de viol sesizate; 104 victime adolescente ale infracțiunilor de agresiune sexuală sesizate; 216 bărbați ca autori, reprezentând 94,73% dintre autorii infracțiunilor de viol sesizate (HG nr. 592/2021). Așa cum a reieșit din graficele 6, 7 și 8, diferența dintre cazurile centralizate de mame adolescente și numărul de tați sub 18 ani este foarte mare, ceea ce este consistent cu existența unor relații abuzive și a violului.

Conform statisticilor legate de abuz, neglijare și exploatare publicate de Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA), între 1 ianuarie – 30 septembrie 2021, au fost identificate 1019 cazuri de abuz sexual, și 40 de cazuri de exploatare sexuală. Pentru anul 2020, s-au raportat 1045 de cazuri de abuz sexual, și 34 de cazuri de exploatare sexuală – așadar, au fost identificate aproape de 5 ori mai multe cazuri de abuz sexual de către ANDPDCA, față de cazurile sesizate către IGPR. Pentru perioada 1 ianuarie – 30 septembrie 2021, din 1019 cazuri de abuz sexual a minorilor, s-au inițiat urmăriri penale pentru agresori în 795 din cazuri (78%). Din 40 de cazuri de exploatare sexuală a minorilor, s-au inițiat urmăriri penale pentru 36 din cazuri (90%). În ceea ce privește distribuția victimelor pe sexe, 891 din cazurile de abuz sexual (87.4%) au fost comise împotriva fetelor; totodată, 34 (85%) din cazurile de exploatare sexuală au fost comise împotriva fetelor.

În ceea ce privește distribuția pe grupe de vârstă, marea majoritate a victimelor abuzului sexual (58.5%) și a exploatării sexuale (62.5%) se încadrează între 14-17 ani.

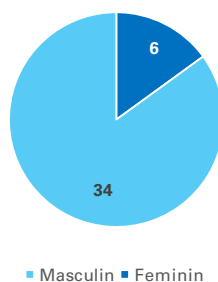
53 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

Abuzul sexual la copii, pe sexe (N)



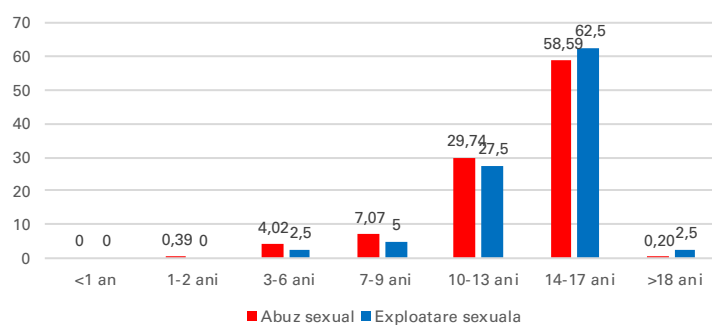
Grafic 11: Distribuția pe grupe de sex, a abuzurilor sexuale la copii 2021
(<http://andpdca.gov.ro/wp-content/uploads/2022/01/Situatie-ANE-IAN-SEPT-2021.doc>)

Exploatarea sexuala la copii, pe sexe (N)



Grafic 12: Distribuția pe grupe de sex, a exploatării la copii 2021
(<http://andpdca.gov.ro/wp-content/uploads/2022/01/Situatie-ANE-IAN-SEPT-2021.doc>)

Abuzul și exploatarea sexuală la copii, pe grupe de vârstă (%)



Grafic 13: Distribuția pe grupe de vârstă a abuzului și exploatării sexuale la copii 2021
(<http://andpdca.gov.ro/wp-content/uploads/2022/01/Situatie-ANE-IAN-SEPT-2021.doc>)

Totodată, jurisprudența a arătat că, dacă există urme ale constrângerii fizice, de multe ori fapta este încadrată ca infracțiune de viol, iar dacă nu, în lipsa unor date care să probeze constrângerea morală, ca act sexual cu minor. În puține cazuri se iau în considerare factori secundari, precum posibilitatea existenței constrângerii psihice sau inabilitatea victimei de a înțelege în întregime consecințele deciziilor sale.

Poliția nu poate interveni fără plângere din partea “victimei” sau a familiei cu privire la abuz. Începând cu luna iulie 2021, Codul penal a fost completat cu o nouă prevedere, respectiv: „Fapta persoanei care, luând cunoștință de comiterea unei fapte prevăzute de legea penală, de trafic și exploatare a persoanelor vulnerabile ori contra libertății și integrității sexuale, săvârșite față de un minor, nu înștiințează de îndată autoritățile se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani” (Art. 266 alin. (1¹)), prin care se dorește sancționarea pasivității persoanelor care au cunoștință despre infracțiuni săvârșite față de un minor, inclusiv situații de abuzuri sexuale sau violuri.

→ *Actul de justiție trebuie aplicat în interesul superior al copilului cu instituirea de măsuri mai ferme care să controleze fenomenul.*

7. CAMPANIA DE COMUNICARE ȘI SCHIMBARE DE COMPORTAMENTE

Campaniile de informare, educare, comunicare nu utilizează instrumentele marketingului social și cercetarea audiențelor țintă.

Dovezi

- Pentru a avea efect în schimbarea de comportamente, Campaniile de comunicare au nevoie să fie în paradigma Behaviour Change Communication (BCC).
- Modalitatea agreată de tineri pentru transmiterea de cunoștințe și ghidarea deciziei în privința contracepției sunt aplicațiile informatice. (Tebb et al., 2019)

Fiecare dintre instituțiile sectoriale MS/ INSP, ANPDC, ME, MAI au asumat sarcini de comunicare pentru copii aflați în diferite situații: violență sau abuz asupra copilului, trafic asupra copilului, sănătatea copilului, abandonul școlar, etc. Subfinanțarea cronică a acestor demersuri de comunicare a ținut instituțiile din România în imposibilitatea de a explora metodologii mai eficace pentru a se atinge comportamentul dorit la nivelul diferitelor audiențe țintă. Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) a făcut un progres important arătând dezvoltarea capacității sale instituționale în acest domeniu, definind recent o metodologie de elaborare a campaniilor de comunicare, însă această metodologie rămâne în paradigma IEC. (Metodologie pentru proiectarea, monitorizarea, evaluarea și raportarea implementării campaniilor IEC cu teme stabilite pe baza unor priorități de sănătate publică) Astfel, majoritatea “campaniilor de comunicare” sunt campanii de informare/ educa-

re/ comunicare, nefăcându-se pasul necesar spre paradigma de campanie Behaviour Change Communication Campaign (BCC), sau Social Behavior Change Campaign (SBCC), singura eficace în adoptarea de comportamente dorite la nivelul audiențelor țintă. Acest tip de campanie (BCC sau SBCC) utilizează cercetarea calitativă pentru investigarea și profilarea audiențelor țintă, funcționează pe principiile marketingului social, utilizând în același timp multiple canale de comunicare cu mesaje și sloganuri similare, adaptate fiecărei categorii sau subcategorii de audiențe țintă. Campaniile de comunicare sunt văzute drept exerciții mediatice.

Astfel, Campania va adresa minorii - fete și băieți, părinți, profesioniști (profesori, consilieri școlari, asistenți sociali, medici de familie, medici școlari, asistente medicale școlare, asistente medicale comunitare, mediatori sanitari și educaționali etc.) și decidenții la nivel local, județean, național, urmărind schimbarea de comportamente în cadrul fiecăreia din aceste audiențe țintă.

Campania va fi un instrument definit inter-instituțional, intersectorial, răspunzând nevoilor de informare către public existente ca responsabilități în cadrul instituțiilor publice (SGG, MS, MMSS/MFTES, MEdu, MAI/ Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane etc.), va avea la bază cercetarea audiențelor țintă.

Exemple de comportamente dorite pentru copii sunt: să-și cunoască drepturile, să știe să promoveze relații sănătoase, să știe să recunoască relațiile abuzive, să cunoască metodele de contracepție și de prevenire a bolilor cu transmitere sexuală, să aplice aceste comportamente pozitive inclusiv în cazurile în care în preajma lor apar situații de mame adolescente. Exemple de comportamente dorite pentru tații majori: va fi urmărită responsabilizarea, conștientizarea consecințelor sociale, financiare, penale. Comportamente dorite: să nu se angajeze în relații cu adolescente, să înțeleagă că angajarea în relații cu adolescente presupune riscuri financiare și penale, după caz.

Exemple de comportamente dorite pentru profesioniști: atitudine proactivă de recunoaștere a riscurilor, atitudine anti-stigmă, empatică, fără judecată etc.

Exemple de comportamente dorite ale decidenților: lucru în echipă intersectorială, identificarea de dovezi, recurgerea la cercetare pentru documentarea pașilor de campanie, a mesajelor și canalelor adecvate pentru diferite audiențe ținte, alocarea de resurse acolo unde acestea fac o diferență.

➔ *Campania de comunicare pentru schimbarea comportamentelor este necesar să însoțească principalele intervenții din cadrul politicilor, să crească încrederea audiențelor țintă că se îndreaptă în direcția dorită.*

8. DEFINIREA CADRULUI DE POLITICI PENTRU PREVENIREA SARCINILOR ȘI A CONSECINȚELOR ACESTORA LA MAMELE ADOLESCENTE

Principii ale Cadrului de Politici

- Leadership integrator la nivel guvernamental - asumarea problematicei sarcinilor la adolescențe ca prioritate de politici publice.
- Abordarea integrată, trans-sectorială, proactivă în domeniul prevenirii sarcinii la adolescențe și organizării de servicii de suport integrat intersectorial pentru mamele și tații minori (inclusiv în etapa prenatală).
- Crearea de echipe/ grupuri de lucru transsectoriale la nivel național, județean și local – MS-ME-MMSS/MFTES- MAI; DSP/ ISJ/ CJ/DGASPC/Politie.
- Integrarea principiilor și practicii teoriei schimbării.
- Aplicarea de politici bazate pe dovezi.
- Definirea unui sistem integrat de management al informațiilor pertinente în domeniul MS/ INSP/ MMSS/MFTES/MEC/ ISJ/ INS/.
- Abordarea mixtă, atât populațională (ex. educație pentru relații sănătoase și educație pentru sănătate pentru toți copiii), cât și abordare țintită pe populația aflată la risc.
- Abordarea coerentă cu politicile și programele naționale existente, prin integrarea noilor propuneri de dezvoltare cu referire la riscul de sarcină la adolescențe cu inițiativele deja existente (ex AURORA, MATE, AMCMSR.ro etc.)
- Participarea efectivă și creșterea stimei de sine a tuturor audiențelor țintă - copiilor și adolescenților, dar și a profesioniștilor din linia întâi, a funcționarilor publici din instituții județene și centrale.
- Definirea de obiective clare, măsuri, rezultate așteptate, a responsabilității instituționale clare în cadrul măsurilor/ acțiunilor de intervenție.
- Sustenabilitatea măsurilor propuse - asigurarea unui cadru de finanțare cu sursă multisectorială și multianuală pentru proiecte / intervenții locale de prevenire a sarcinii la adolescențe (localitățile identificate funcție de gradientul nevoii, din analiza unui set agreat de indicatori).

OBIECTIV GENERAL: scăderea natalității la mame minore în România cu 50% până în 2027	
Rezultate așteptate	Outputuri
1. Capacitate instituțională sectorială și intersectorială crescută	→ Mecanisme de cooperare intersectorială și funcționare sustenabilă create → Sistemul informațional integrat definit, congruent cu sistemele intersectoriale dezvoltate deja → Ghiduri și protocoale sunt definite, aplicate, monitorizate și promovate → Capacitatea reusurselor umane este asigurată → Cercetarea este folosită pentru direcționarea și fundamentarea deciziilor
2. Principalele audiențe țintă adoptă comportamente dorite	→ Campanie de comunicare și schimbare de comportament/anti-stigmă bazată pe dovezi este implementată multianual
3. Minorii la nivel populational și cu precădere minorii din comunități marginalizate au acces la servicii preventive, de calitate, adecvate inclusiv cultural	→ Servicii educaționale preșcolare și de tip școală după școală → Materia Educație pentru sănătate este prevăzută în toate școlile aflate în zone de risc socio-economic → Servicii integrate preventive de calitate sunt furnizate tuturor copiilor → Servicii de MF/anticoncepționale gratuite sunt oferite adolescenților care au început viața sexuală → Oportunități de participare civică sunt furnizate → Oportunități de dezvoltare economică sunt furnizate
4. Gravidele/mamele minore și partenerii lor au acces la servicii integrate de calitate	→ Protocoale/ghiduri de intervenție pentru servicii specializate/complex → Servicii integrate generale sunt furnizate gravidelor, mamelor minore și taților copiilor → Servicii integrate complexe sunt furnizate mamelor minore aflate în situații de abuz

Obiectiv general: scăderea natalității la mame adolescente în România cu 50% până în 2027

Rezultat așteptat 1: Capacitate instituțională sectorială și intersectorială crescută

OUTPUT 1: Mecanisme de cooperare intersectorială și funcționare sustenabilă create

Insuficienta dezvoltare a mecanismelor de colaborare și cooperare intersectorială (a se vedea **Cap. 4**) impune crearea de *novo* a unor mecanisme clare, structurate de colaborare intersectorială cu descrierea responsabilităților fiecărui tip de instituție și a fiecărei categorii de profesioniști din cadrul acestor instituții, cu focus pe problematica mamei adolescente. Crearea unui mediu inter-instituțional de colaborare, cu desemnarea de persoane responsabile din cadrul fiecărui tip de instituție reprezentativă, inclusiv ONG-uri de resort, va presupune realizarea de mese rotunde la început cu prezentarea dovezilor existente în domeniu, facilitarea lucrului în echipă, a procesului de definire în comun (de către toate instituțiile) a unor planuri de acțiune la nivel național, județean, local pentru județele și localitățile pilot, de bugetare a acestor planuri, de identificare a modificărilor necesare cadrului legislativ existent, astfel încât planurile definite să poată fi implementate. Toate acestea creează din start premisele unei abordări instituționale integrate, trans-sectoriale, singurul tip de organizare eficace în rezolvarea problematicei complexe, multisectoriale cu care se confruntă mamele adolescente.

Intervenții necesare

- ▶ Crearea unui grup de lucru (*task force*) național (TFN) cu grupuri de lucru pe diferite teme (ex. sistem informațional integrat/ dezvoltarea de ghiduri și protocoale etc.)
- ▶ Crearea de grupuri de lucru (*task force*-uri) județene (TFJ) în 5-7 județe pilot (ex.: județe cu număr crescut de mame adolescente în ultimii 10 ani, județe pilot - Mureș, Brașov, Călărași, Dolj, Ialomița, Bacău).
- ▶ Achiziționarea de asistență tehnică pentru facilitarea colaborării interinstituționale.
- ▶ Definirea de metodologii de management/ protocoale de comunicare interinstituțională - orizontal și vertical; de exemplu, TFN și TFJ sunt implicate/ lucrează activ pentru obținerea tuturor rezultatelor așteptate; soluțiile sunt propuse de profesioniști de la firul ierbii, discutate în TFJ; soluții comune ale mai multor TFJ-uri sunt identificate și propuse TFN pentru asigurarea sustenabilității financiare, legislative.
- ▶ Evaluarea capacității instituționale la nivel național, județean, local pentru principalele sectoare implicate, dar și pentru organizațiile neguvernamentale specializate (ce intervin deja în cadrul acestor măsuri - intersectorial, bazat pe evidențe, etc.)

- ▶ Realizarea unui manual de bune practici.
- ▶ Organizarea de mese rotunde cu TFN și TFJ pe diferitele subiecte.
- ▶ Definirea a 2-5 planuri județene de acțiune în județele pilot.
- ▶ Definirea de planuri de acțiune la nivel local în localitățile cu numărul cel mai mare de mame adolescente.
- ▶ Bugetarea planurilor de acțiune și asigurarea finanțării multianuale ale acestora.
- ▶ Completarea și/sau modificarea cadrului legislativ pentru a permite lucrul intersectorial, pentru a asigura sustenabilitatea instituțională și financiară multianuală a măsurilor.
- ▶ Completarea și/sau modificarea cadrului legislativ pentru a permite furnizarea de anticoncepționale gratuite în comunitățile defavorizate și identificate la risc de sarcini la adolescente/ identificarea de formule de acces gratuit la contraceptive.

Indicatori Output

- ▶ TNF și TNJ create.
- ▶ Protocoale de comunicare interinstituționale definite.
- ▶ Număr ședințe coordonare/ mese rotunde în cadrul acestor TF.
- ▶ Rapoarte de evaluare instituțională definite.
- ▶ ONG-urile cu competență cheie în domeniile de interes- identificate.
- ▶ Manual de bune practici realizat.
- ▶ Plan național ce cuprinde planurile județene pilot – definit și bugetat.
- ▶ Număr de planuri județene pilot/ planuri locale pilot realizate și bugetate pentru prevenirea sarcinilor la adolescente și a consecințelor acestora.
- ▶ Demersurile pentru finanțare adecvată, multianuală realizate și aprobate/finanțare asigurată.
- ▶ Cadru legislativ completat și/sau modificat în mod corespunzător.

OUTPUT 2:

Sistemul informațional integrat definit, congruent cu sistemele intersectoriale dezvoltate deja (MATE/ AMC/ AURORA etc.)

Eforturile sectoriale de colectare a datelor de multe ori ad-hoc, fără asigurarea continuității (*a se vedea Capitolul 4.5*) comasarea și direcționarea acestora către nivelul național face imposibilă luarea de decizii informate la nivel județean și local. Lipsa de comunicare a datelor între instituții rezultă și în duplicarea efortului instituțional și lipsa de date trans-sectoriale, care pot oferi informații mai complexe, propice pentru acțiuni țintite, ancorate în evidențe.

Realizarea unei baze de date cu adolescentele aflate la risc/ adolescente gravide reprezintă un prim pas pentru culegerea coordonată intersectorială a datelor, precum și utilizarea acestora pe nivelele - național, județean, local. Este de dorit ca această activitate să se desfășoare la nivel național cu input de la nivelul pilot județean și local, astfel încât datele să fie relevante pentru luarea deciziilor la fiecare dintre cele 3 nivele.

Odată realizată baza de date, aceasta va permite identificarea cu ușurință a adolescentelelor aflate la risc de a deveni gravide, a vârstei mamei adolescente, vârstei tatălui (atunci când este declarată), a localităților de proveniență, a etniei, a adresabilității și accesului la serviciile medicale, educaționale, sociale.

Pe cât posibil, această bază de date va integra toate elementele instituționale dezvoltate până în momentul de față (ex.: pilotarea MATE, AURORA, sistemul MS de raportare pentru AMCMSR.ro etc.). (MATE-Ordin ME. nr. 6000/30.12.2021)

De asemenea, baza de date va include posibilitatea de alertare a diferitelor categorii de profesioniști, conform ghidurilor de colaborare/ lucru în echipa interdisciplinară ce vor fi definite. Datele colectate vor putea fi urmărite longitudinal, dar și retrospectiv, reprezentând un input important în cercetările operaționale ulterioare ce vor fi folosite pentru rafinarea graduală/ modelarea/ creșterea pertinentei instrumentelor și eficacității intervențiilor pe parcursul derulării acestora.

Intervenții necesare

- ▶ Achiziția de servicii de asistență tehnică pentru realizarea sistemului informațional integrat.
- ▶ Identificarea și analiza sistemelor informaționale existente deja la nivelul sistemelor sectoriale (AURORA, AMCMSR.ro, MATE etc.).
- ▶ Definirea de indicatori comuni, intersectoriali (grup de lucru compus din profesioniști, decidenți județeni/ naționali) facilitat de asistență tehnică (*NB: exemple de astfel de indicatori sunt date la indicatori de output la fiecare dintre intervențiile propuse*).
- ▶ Definirea unei baze de date pentru adolescente aflate la risc de a deveni gravide, adolescente gravide, a fișei de colectare a datelor și a etapelor pentru colectarea datelor, a nivelelor de acces pentru diferitele categorii de profesioniști în această bază de date; baza de date ar cuprinde informații/ indicatori *proximi* de risc pentru sarcina la adolescente (ex.: familie pauperă, adolescentă crescută de bunici / părinți plecați la muncă în străinătate, situații de violență sau abuz în familie, absenteism școlar sau scăderea performanței școlare). Aceasta va putea fi completată de fiecare dintre profesioniști,

de îndată ce identifică problematici legate de mame adolescente/ fete cu risc de a deveni mame, de exemplu: asistentul medical comunitar, medicul de familie, maternitatea, mediatorii sanitari/ școlari, cadrele didactice, medicii școlari, asistenții sau referenții sociali, consilierii școlari etc.)

- ▶ Capacitarea furnizorii privați de a raporta serviciile acordate gravidelor/ mamelor adolescente în această bază de date (nașteri, avorturi etc.)
- ▶ Baza de date va avea inclus și un mecanism de alertare încrucișată între diferiți profesioniști ce ar trebui să intervină.
- ▶ De asemenea, baza de date va permite obținerea automată de rapoarte integrate cu indicatorii cheie identificați lunar pe fiecare dintre nivele, astfel încât să poată informa deciziile TFJ și TFN.

Indicatori Output

- ▶ Indicatori comuni identificați, agreeți de sectoarele sănătate, social, educație, justiție.
- ▶ Machete de colectare a datelor definite, inclusiv cu instrucțiuni de folosire de către fiecare profesionist implicat.
- ▶ Responsabilități instituționale în introducerea/ analiza datelor definite, inclusiv a furnizorilor privați.
- ▶ Rapoarte lunare de monitorizare a intervențiilor.

OUTPUT 3:

Ghiduri și protocoale sunt definite, aplicate, monitorizate și promovate

Profesioniștii de la firul ierbii sunt în număr limitat și, de obicei, au sarcini de lucru foarte mari. Aceștia nu au răgazul să se oprească asupra unor detalii (ex.: factori de risc pentru sarcina la adolescente) pe care sistemele nu le solicită încă și simt nevoia de colaborare pentru adresarea mai coerentă a unei problematici complexe, așa cum este sarcina la adolescente. Abordarea prin intervenții intersectoriale a resurselor umane este încă în fază incipientă (*a se vedea 4.7. Resursele umane*), aceasta fiind pilotată numai în cadrul unui număr limitat de inițiative sau fiind prevăzută prin lege (ex.: Pachet minimal de servicii), dar nefiind încă operaționalizată. Identificarea acestor demersuri incipiente și integrarea măsurilor necesare pentru Grupul țintă al “mamei adolescente” sunt elemente de urmărit în cadrul definirii acestor protocoale de lucru. Definirea acestor ghiduri și protocoale de lucru sectoriale și intersectoriale va pune accent pe modalitatea de lucru existentă a profesioniștilor de primă linie, dar cu adăugarea accentului asupra problematicei mamei adolescente (ex.: ghid de lucru al medicului de familie în prezența problematicei gravidei sau mamei adolescente/ taților minori), dar și asupra modalității de coordonare, colaborare, lucru în echipă intersectorială între toate categoriile de profesioniști de la firul ierbii, centrat pe problema-

tica prevenției sarcinii, gravidei sau mamei adolescente/ taților minori. Astfel, se vor dezvolta ghiduri care vor adresa nevoia de abordare preventivă pentru prevenirea sarcinilor la adolescente (identificare de factori de risc), dar și nevoia de a acorda servicii gravidei sau lăuzei adolescente și tatălui copilului.

Intervenții necesare

- ▶ Achiziția de servicii de asistență tehnică pentru dezvoltarea ghidurilor și protocoalelor sectoriale și intersectoriale, inclusiv a unui mecanism de monitorizare a modalității în care acestea vor fi implementate;
- ▶ Definirea de protocoale de colaborare cu proiecte/ inițiative/ instituții ce au experiență/ competență cheie în dezvoltarea de astfel de ghiduri și protocoale, atât în plan sectorial, dar și în plan intersectorial, având ca focus integrarea serviciilor sociale/ medicale/ educaționale etc., și identificarea inițiativelor de definire a protocoalelor de lucru interdisciplinar (Ex Proiectul MMPS/MS/ME cu 139 localități sau Legea nr. 231/2020 cu privire la pachetul minimal, ce necesită dezvoltarea normelor de implementare);
- ▶ Ajustarea protocoalelor existente și integrarea elementelor specifice prevenției și consecințelor sarcinii la adolescente în aceste ghiduri/protocoale sau definirea de *novu* de ghiduri și protocoale pe categorii de conținut pentru care nu ar exista încă protocoale;
- ▶ Ajustarea ghidurilor preventive ale MF, astfel încât acestea să cuprindă criterii de identificare a riscului de sarcină la adolescente, să descrie atitudinea MF în consultația unei potențiale mame adolescente, a unei gravide adolescente și a partenerului ei, inclusiv a lăuzei adolescente;
- ▶ Protocoalele de intervenție/ fișele de post ale AMC cuprind criterii de identificare a riscului de sarcină la adolescente;
- ▶ Evaluarea primului ciclu de implementare a Curriculum-ului Național 2017-2021 și propunerea unor măsuri de ajustare prin infuzarea materiilor de „Dezvoltare personală” și „Biologie” din trunchiul comun cu noțiuni necesare dezvoltării de competențe în ceea ce privește relațiile sănătoase (clasele 0-VIII) pentru a sprijini copilul în dezvoltarea de competențe necesare cunoașterii drepturilor lor, a creșterii stimei de sine, recunoașterii și clădirii de relații pozitive de prietenie, recunoașterii relațiilor abuzive, atât în cadrul familiei, relațiilor inter-personale, școlii, comunității, informații critice asupra sănătății reproducerii și a bolilor cu transmitere sexuală (clasele V-VIII). Dezvoltarea de materiale educaționale de suport pentru predarea la clasă; materialele vor fi participative, interactive, aplicative (de lucru efectiv asupra dezvoltării comportamentelor dorite), pe diferite medii de comunicare, solicitând implicarea/ participarea copiilor și exersarea comportamentelor dorite; dezvoltarea unei metodologii de evaluare a înțelegerii copiilor, a măsurii în care aceștia practică noile comportamente. Testarea programei în județele pilot, în localitățile cu gradientul cel mai mare al sarcinilor la adolescente, dar și în localități “control” pentru

a se putea culege o gamă mai largă de *feedback*. Evaluarea rezultatelor testării, amendarea programei propuse și propunerea unor programe finale pentru aprobare de către Ministerul Educației, pentru a fi furnizate copiilor începând cu clasa pregătitoare până în clasa a IV-a în trunchiul comun, ca materie obligatorie, fără posibilitatea părintelui de a nu permite copilului accesul la cursuri;

- ▶ Implicarea asociațiilor de profesioniști/ a profesioniștilor în aceste demersuri (medici de familie, asistenți medicali comunitari, medici școlari, mediatori sanitari, asistenți sociali, consilieri școlari etc.);
- ▶ Pilotarea ghidurilor și protocoalelor sectoriale și intersectoriale în județe/ localități pilot și colectarea de *feedback*;
- ▶ **Important:** în definirea ghidurilor /protocoalelor de lucru interdisciplinar este necesar să țină cont de lipsa efectivă a unor categorii de resurse umane, să fie flexibile și să prevadă intervenții de *back up*/ suport în aceste cazuri (ex.: de primă opțiune și opțiuni alternative).

Indicatori Output

- ▶ Organizații expert contractate.
- ▶ Ghidurile și protocoalele sectoriale cheie sunt identificate și ajustate pentru toate categoriile de profesioniști de la firul ierbii (ex.: Medic familie, asistent medical comunitar, mediator școlar, medic școlar etc.)*
- ▶ Ghidurile și protocoalele de lucru intersectoriale sunt definite, pilotate, ajustate.
- ▶ Sistemul de monitorizare a aplicării ghidurilor și protocoalelor este definit și pus în practică.
- ▶ Curriculum "Dezvoltare personală" pentru clasele 0-VIII cuprinde elemente clare pe subiectul relații sănătoase, cunoașterea drepturilor.
- ▶ Materiale educaționale interactive, aplicate, de suport pentru predarea materiei "Dezvoltare Personală" sunt dezvoltate.
- ▶ Curriculum „Biologie” pentru clasele V-VIII cuprinde informații despre contracepție încă din clasa a V-a și boli cu transmitere sexuală; acesta este însoțit de modele de Lucrări practice, Ghiduri pentru profesori.
- ▶ Metodologii de evaluare a măsurii în care copiii, adolescenții înțeleg și practică comportamentele dorite (relații sănătoase, după caz, contracepția/ prevenirea bolilor cu transmitere sexuală) sunt definite și aplicate la clasă.

- ▶ Raport de evaluare a rezultatelor testării programei, completat cu recomandări de ajustare/ ameliorare.
- ▶ Curriculum și suportul educațional pentru Programa școlară "Dezvoltare Personală" sunt definitive.

OUTPUT 4: Capacitatea resurselor umane este asigurată

Problematica resurselor umane a fost pe larg dezbătută în Capitolul 3.7. mai sus. Resursele umane suficiente, dirijate acolo unde este cea mai mare nevoie de ele și formate adecvat reprezintă cheia succesului în orice demers.

Intervenția pe resurse umane urmărește:

- I. asigurarea numărului adecvat de profesioniști cu prioritate în comunitățile identificate ca fiind comunități țintă/ la risc (alocare echitabilă a resurselor umane după nevoi).
- II. modificarea fișelor de post/ cerințelor contractuale pentru profesioniștii de la firul ierbii, fișe de post care să includă elementele noi de atitudine profesională prevăzute în ghidurile și protocoalele dezvoltate la punctul anterior.
- III. introducerea unor indicatori de performanță care să reflecte măsura în care acești profesioniști aplică ghidurile/ protocoalele și obțin rezultatele scontate.

Intervenții necesare

- ▶ Identificarea inițiativelor existente deja de alocare a resurselor umane după nevoi (ex.: MS –Unitatea de Incluziune Socială - Banca Mondială - alocarea AMC în funcție de vulnerabilitatea comunității);
- ▶ Definirea în cadrul TFN și TFJ a unei metodologii de alocare a resurselor umane pentru zonele de risc – ex.: alocarea cu predilecție a AMC, consilierilor școlari, mediatorilor școlari, mediatorilor sanitari în localitățile cu nivel crescut (peste medie) de nașteri la adolescente (localități țintă);
- ▶ Resursele umane sunt formate în utilizarea noilor ghiduri/ protocoale/ programe școlare, pentru abordare proactivă (preventivă, respectiv identificarea criteriilor ce se asociază cu riscul de sarcină la adolescente), în a practica lucrul în echipa interdisciplinară;
- ▶ Ajustarea fișelor de post ale profesioniștilor din prima linie, astfel încât acestea să conțină noile prevederi rezultate din ghidurile și protocoalele definite mai sus;
- ▶ Selectarea organizațiilor neguvernamentale cu competențe cheie în furnizarea de servicii integrate;

- ▶ Achiziționarea serviciilor de mobilizare a organizațiilor neguvernamentale, în special pentru intervențiile în cadrul zonelor critice identificate în planurile de acțiune locale sau județene;
- ▶ Definirea unei politici de mobilizare cu echipe mobile în cazul lipsei personalului de specialitate în comunitățile identificate ca fiind critice în cadrul TFJ. *(NB- mobilizarea nu va fi eficace în situația în care la nivelul comunităților marginalizate nu va exista cel puțin un tip de profesionist care să fi câștigat încrederea comunității locale - AMC, mediator sanitar, mediator școlar, medic de familie etc.).*

Indicatori Output

- ▶ Număr de posturi create în comunitățile țintă;
- ▶ Procentul de comunități țintă cu acoperire de echipe comunitare integrate (eg. mediator școlar, consilier școlar, medic de familie, mediator sanitar, asistent medical comunitar) (posturile scoase la concurs au fost ocupate);
- ▶ Număr profesioniști din prima linie formați în identificarea activă a factorilor de risc pentru sarcina la adolescente;
- ▶ Fișele de post ale profesioniștilor de primă linie sunt modificate și conțin elementele de noutate din ghidurile și protocoale specifice activităților de prevenire a sarcinii la adolescente/ limitare a consecințelor negative ale acesteia;
- ▶ Număr de profesioniști de primă linie formați în implementarea protocoalelor de lucru intersectoriale (ex.: alertare intersectorială);
- ▶ Număr profesioniști (învățători, consilieri școlari) formați în înțelegerea și predarea participativă a materiei ajustate de "Dezvoltare Personală";
- ▶ Număr de profesioniști (profesori, consilieri școlari, AMC, etc) formați în predarea contracepției și a bolilor transmise sexual în cadrul materiei de biologie, începând cu clasa a V-a;
- ▶ Mecanismul de evaluare a performanței este definit;
- ▶ Număr de comunități în care există servicii integrate furnizate de ONG-uri specializate.

OUTPUT 5:

Cercetarea este folosită pentru direcționarea și fundamentarea deciziilor – ex. a pașilor metodologici (din ghiduri și protocoale), a campaniei de comunicare/ schimbare de comportamente, a definirii de servicii noi etc.

Realizarea acestui *output* va asigura luarea de decizii bazate pe dovezi, decizii ce vor sta la baza ajustării strategiilor de intervenție pentru abordarea cât mai eficace/ corespunzătoare

toare a fenomenului mamelor adolescente începând de la etapa de prevenire a sarcinii, până la etapa de asigurare de servicii pentru mame adolescente/ tații copiilor lor.

Intervenții necesare

- ▶ Achiziția de servicii de cercetare care să sprijine ancorarea în dovezi a politicilor adresate fenomenului mamelor adolescente sau dezvoltarea de capacitate a TFN prin angajarea unei echipe interdisciplinare de cercetători (cercetare calitativă, cantitativă, sănătate publică, psihologie școlară etc.) care să poată instrumenta cercetările esențiale în context cultural românesc;
- ▶ Identificarea metodologiilor și protocoalelor care să aibă prioritate pentru activități de cercetare operațională, cercetare care să sprijine dovedirea relațiilor de cauzalitate între fenomene;
- ▶ Realizarea unui plan multianual pentru cercetare pe subiectul sarcinii la adolescente;
- ▶ Efectuarea de cercetări retrospective sau longitudinale prospective care să informeze deciziile de politici ulterioare (ex.: ajustarea/ rafinarea factorilor de risc pentru sarcina la adolescente conform specificului comunităților, ajustarea ghidurilor și protocoalelor de colaborare interdisciplinare/ ajustarea sarcinilor de lucru ale profesioniștilor);
- ▶ Evaluarea beneficiarilor înainte și după intervenții, identificarea opțiunilor/ barierelor audiențelor țintă identificate prin cercetare; identificarea locului optim (considerat cel mai prietenos de către potențialii beneficiari) în care să se acorde serviciile (centre comunitare integrate, cabinet școlar) factorii de risc pentru sarcina la gravidă verificați și ajustați prin cercetare.

Indicatori Output

- ▶ Plan multianual de cercetare definit și finanțat;
- ▶ Procentul de cercetări operaționale ce informează luarea deciziilor în domeniu versus prevederile din cadrul planului multianual de cercetare.

Rezultat așteptat 2:

Principalele audiențe țintă adoptă comportamente anti-stigmă, de relații sănătoase, de parteneri responsabili, de adoptare a metodelor contraceptive.

OUTPUT 6: Campania de comunicare și schimbare de comportamente/ anti-stigmă bazată pe dovezi este implementată multianual

Intervenții necesare

- ▶ Implicarea în activitățile de definire a campaniei a reprezentanților instituțiilor publice responsabile pentru definirea de campanii de comunicare (INSP, ANPDCA, ME, MAI etc.);

- ▶ Analiza prin cercetare calitativă a:
 - Narativelor din spatele situațiilor de stigmă la nivel școlar/ comunitar, pentru părinții minori, a taților adulți;
 - Barierele în comportamentelor grupurilor țintă- fete (ce le ~~previne~~ împiedică) în a acționa pentru a reduce riscul de a rămâne gravide), băieți (ce îi ~~previne~~ împiedică în a acționa pentru a reduce riscul de a cauza o sarcină), părinți (ce îi ~~previne~~ împiedică să se implice în călăuzirea pașilor în viața copiilor lor), profesioniști de la nivelul comunității (ce îi ~~previne~~ în a avea o atitudine pro-activă față de una reactivă);
 - Canalelor preferate de comunicare, a tipurilor de mesaje ce ar „prinde” la fiecare dintre grupurile țintă.
- ▶ Achiziții de servicii de comunicare și definirea unei campanii de comunicare multianuale de tipul marketingului social cu prezentarea informațiilor în modalități prietenoase, cu mesaje ajustate după nevoile grupurilor țintă, pe canale de comunicare adecvate (ex.: aplicații mobile prin telefoane dedicate minorilor); campania va prezenta aceleași mesaje și însemne / culori atât pe plan național, cât și pe cele județene, locale, la nivelul comunităților;
- ▶ Campania ar viza comportamentele benefice pentru a reduce riscul de sarcină, o atitudine proactivă și pozitivă pentru adulții în poziții cheie (părinți, cei ce activează în sistemul educațional, sanitar, social etc.) și reducerea stigmei asociate cu părinții minori;
- ▶ Campania să fie monitorizată și evaluată, respectiv ajustată regulat (ex.: la 2 ani).

Indicatori Output

- ▶ Bariere în comportamentele grupurilor țintă identificate;
- ▶ Tipare și modele culturale specifice identificate;
- ▶ Mesaje/ însemne / logo-uri definite;
- ▶ Spoturi video și audio definite;
- ▶ Număr de apariții spoturi video și audio în mass media națională, județeană, locală;
- ▶ Mesajele propuse și intervenții din cadrul planurilor de acțiune se susțin reciproc.

Rezultat așteptat 3: Minorii la nivel populațional și, cu precădere, minorii din comunități marginalizate au acces la servicii integrate PREVENTIVE inclusive, de calitate, adecvate cultural.

OUTPUT 7: Servicii educaționale preșcolare și de tip școală după școală sunt oferite tuturor copiilor, în special celor din comunitățile marginalizate

Accesul copiilor din comunități marginalizate la servicii educaționale de tip grădiniță și *școală după școală* reprezintă una din măsurile dovedite a fi eficace în reducerea decalajului între copiii din familii defavorizate și a celor din alte familii.

Intervenții necesare

- ▶ Asigurarea de asistență tehnică din partea ISJ pentru ca școlile aflate la risc socio-economic/ grădinițele să poată accesa granturile PNRR, organizarea de sesiuni de informare, sesiuni de training pentru reprezentanți ai școlilor cu risc socio-economic crescut (HG 1309/2021);
- ▶ Asigurarea capacității necesare pentru educația preșcolară în grădinițe pentru toți copiii;
- ▶ Asigurarea accesului financiar în grădinițe;
- ▶ Asigurarea transportului copiilor dus-întors între casă și grădiniță;
- ▶ Asigurarea capacității necesare pentru educația de tip *școală după școală* pentru toți copiii;
- ▶ Asigurarea accesului financiar în programe *școală după școală*;

Indicatori Output

- ▶ % copii în grădinițe în comunitățile țintă;
- ▶ % copii în programe *școală după școală* în comunitățile țintă;
- ▶ % de școli la risc socio-economic de la nivel județean ce au accesat fonduri pentru servicii educaționale remediale, de *școală după școală*, de activități civice recreative etc.

OUTPUT 8: Materia “Educație pentru sănătate” este prevăzută în toate școlile aflate în zone de risc socio-economic

Copiii din comunități marginalizate/ familii marginalizate au șanse mai mici de a primi informații relevante pentru a-și păstra starea de sănătate. Promovarea acestui curriculum a “Educației pentru Sănătate” reprezintă o activitate critică în comunitățile țintă ce se

confruntă cu precădere cu fenomenul sarcinilor la adolescente, comunități în care școala, sistemul de sănătate sau cel social sunt cele ce pot aduce aceste informații către fete și băieți. Această materie ar putea fi furnizată/predată la pachet odată cu granturile PNRR pentru școlile la risc socio-economic.

Intervenții necesare

- ▶ Promovarea materiei „Educației pentru sănătate” în toate școlile din comunitățile țintă.
- ▶ Oferta materiei de către ISJ-uri către toate școlile aflate la risc socio-economic ce primesc granturi PNRR pentru reducerea riscului de părăsire timpurie a școlii.
- ▶ Achiziția de servicii de organizare de cursuri de educație pentru sănătate clasificate pe categorii de vârste și pe categorii de beneficiari.
- ▶ Elaborarea de materiale didactice interactive, participative pentru predarea materiei „Educație pentru sănătate”.
- ▶ Formarea formatorilor, respectiv a cadrelor didactice, a consilierilor școlari, asistenților medicali comunitari din comunitățile țintă pentru predarea materiei „Educație pentru sănătate”.
- ▶ Promovarea prevederii legislative, astfel încât părintele, ca reprezentant legal, dacă nu dorește să permită participarea copilului său la materia „Educație pentru sănătate” să trebuiască să își dea activ dezacordul pentru participarea copilului său la materia de „Educație pentru sănătate” (opt- out) și nu acordul pentru participarea copilului la această materie (opt-in).

Indicatori Output

- ▶ Materia „Educație pentru sănătate” a fost predată la cel puțin 95% din copiii aparținând comunităților țintă.
- ▶ Materiale didactice participative, interactive sunt create și aplicate la clasă în 100% din școlile din comunitățile țintă.
- ▶ 90% din profesorii/ asistenții medicali comunitari / consilierii școlari care profesează în acele comunități țintă au fost formați pentru a putea preda materia „Educație pentru sănătate”.
- ▶ 90% din școlile aflate la risc socio-educational ce implementează granturi PNRR au predat această materie la clasele V-VIII.

OUTPUT 9: Servicii integrate preventive de calitate sunt furnizate tuturor minorilor, cu accent asupra adolescentelor aflate la risc de a deveni însărcinate

Acest *output* se bazează pe *output*-urile descrise la **Output 3**, cu accent pe elaborarea ghidurilor preventive (ex.: ghiduri pentru medici de familie, medici școlari, asistenți medicali comunitari, curriculum și materiale pedagogice pentru profesori și învățători etc.) sau a **Output 4** (modificări de fișe de post, formarea resurselor umane în aplicarea ghidurilor/ materialelor educaționale create), dar și a **Output 2** (baza de date integrată).

Intervenții necesare

- ▶ Analiza și reevaluarea curriculum-ului pentru materiile din trunchiul comun – „Dezvoltare personală” și „Biologie” - cu dezvoltarea de lucrări practice, ghiduri pentru profesori, materialele educaționale interactive ce pun accent pe formarea/ deprinderea de relații sănătoase pentru clasele 0-VIII, și înțelegerea noțiunii de contracepție, de boli transmise sexual;
- ▶ Definirea grilei pentru identificarea factorilor de risc pentru sarcina la adolescente – se va ține cont de EAC (vezi Cap. 5);
- ▶ Profesioniștii de la nivelul unei localități (profesori, medici școlari, asistente medicale școlare, AMC, asistent medical al MF, MF, mediator școlar, mediator sanitar, consilieri școlari etc.) identifică factorii de risc pentru sarcina la adolescente și aplică, completează grila de factori de risc din sistem/ alertează ceilalți membri ai echipei interdisciplinare, conform protocoalelor;
- ▶ Profesioniștii de la nivel local participă la ședințe lunare și fac schimb de informații asupra fetelor cu factori de risc pentru identificarea sarcinii la adolescente etc.
- ▶ Achiziția de servicii de informare, educare a tinerilor - băieți și fete - inclusiv prin organizații neguvernamentale care desfășoară activități pentru tineri;
- ▶ Consilierea fetelor identificate la risc în realizarea de relații pozitive cu familia/ școala/ comunitatea, informarea asupra metodelor de sănătate a reproducerii, asupra metodelor contraceptive;
- ▶ Activitatea se desfășoară în strânsă corelație cu activitatea de promovare în cadrul Campaniei de informare și schimbare de comportamente.

Indicatori Output

- ▶ Relațiile sănătoase sunt predate către 95% din copiii aflați în sistemul de învățământ;
- ▶ Ghid pentru profesori, materiale interactive pentru lucrările practice sunt elaborate pentru a include informațiile despre contracepție și boli transmise sexual;

71 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

- ▶ Contracepția este predată la 95% din copiii aflați în sistemul de învățământ, începând cu clasa a V-a;
- ▶ Grila cu factorii de risc pentru mama adolescentă este definită;
- ▶ Număr adolescente aflate la risc identificate;
- ▶ % adolescente aflate la risc identificate introduse în baza de date electronică/ număr adolescente identificate- minim 90%;
- ▶ Număr adolescente aflate la risc consiliate;

OUTPUT 10: Minorii care au început viața sexuală, în special cei din comunitățile defavorizate au acces la servicii de MF/ anticoncepționale gratuite

Medicamentele și dispozitivele contraceptive se află pe Lista medicamentelor esențiale (OMS). Accesul la contraceptive a tinerilor care au început viața sexuală reprezintă o prioritate de sănătate publică în România, fapt pentru care este necesară o abordare complexă, cu strategii pe mai multe paliere:

pe termen scurt, identificarea de către MS a surselor clare de finanțare pentru oferirea în mod gratuit a contraceptivelor în comunitățile țintă, inclusiv stabilirea de parteneriate strategice în acest sens;

pe termen mediu și lung, i) *advocacy* la nivel european/național pentru obținerea derogării de autorizare pentru punere pe piață a contraceptivelor, prin includerea temporară în categoria medicamentelor utilizate pentru rezolvarea unor nevoi speciale; în același timp, anticoncepționalele generice, ieftine, nu suscită interesul firmelor farmaceutice, nefiind solicitări de punere pe piață); ii) notificarea ANMDM pentru efectuarea acestei evaluări.

Intervenții necesare

- ▶ lucrătorii comunitari, recomandă/facilitează minorilor (fete/băieți) consultație preventivă la medicul de familie promovează mijloacele de contracepție disponibile și facilitează accesul la produse contraceptive pentru minorii care au început viața sexuală;
- ▶ identificarea comunităților defavorizate aflate la risc de a avea un număr mare de sarcini la adolescente în care se organizează furnizarea de servicii și produse contraceptive gratuite către toți minorii care au început viața sexuală;
- ▶ identificarea opțiunilor de contracepție și definirea unui plan de servicii contraceptive;
- ▶ MF sunt formați în dobândirea de competențe pentru metode de contracepție de lungă durată- dispozitive intrauterine, implanturi și screening pentru bolile cu transmitere sexuală (BTS);
- ▶ Includerea anticoncepționalelor generice, a dispozitivelor anticoncepționale pe lista

de compensate integral - cu valoare de 100%, cu posibilitatea medicului de familie de a le prescrie;

- ▶ Atragerea de resurse financiare pentru procurarea produselor contraceptive, a prezervativelor, încheierea unor parteneriate strategice;
- ▶ Advocacy la nivel european pentru derogarea contraceptivelor de la necesitatea de a fi evaluate în fiecare dintre țări, lipsa accesului la contraceptive fiind o problemă de sănătate publică;
- ▶ Notificarea ANMDM pentru evaluarea medicamentelor contraceptive.

Indicatori Output

- ▶ Număr de minori care au început viața sexuală care beneficiază de anticoncepționale gratuite.
- ▶ 100% din fetele identificate la risc de sarcină și partenerii lor au acces la informații, servicii și produse contraceptive.
- ▶ Contraceptivele generice au aprobare de punere pe piață.
- ▶ 50% din Medicii de familie sunt formați și au dreptul de prescriere a contraceptive- lor generice gratuite.

OUTPUT 11: Oportunități de participare civică sunt furnizate în general și cu precădere în comunitățile marginalizate

Participarea civică (Engaged and heard. UNICEF, 2020), activitățile de dezvoltare comunitară centrate asupra copiilor și adolescenților au ca scop dezvoltarea potențialului de leadership al acestora, sprijinirea dezvoltării stimei de sine, a rezilienței tinerilor care se angajează în astfel de activități, crearea unui climat de prietenie, într-ajutorare, respect la nivelul comunității, de sprijin între generații.

Activitățile de participare civică vor fi organizate atât la nivel comunitar, dar și cu punct de plecare din școală; acestea pot avea un conținut inter-generațional, cultural, de sănătate a mediului, de participare la drumeții și activități de joacă sau sportive, etc.

Intervenții necesare

- ▶ Achiziția serviciilor unor organizații de dezvoltare comunitară/ asociații civice (Fundația PACT, CeRe, FRDS etc.)
- ▶ Formarea cadrelor didactice, a asistenților sociali în facilitarea unor demersuri de participare comunitară centrate pe copii cu punct de plecare din școală sau din comunitate.

- ▶ Dezvoltarea sistematică de activități tematice la alegerea copiilor și adolescenților, cu participarea activă a acestora.

Indicatori Output

- ▶ Număr de profesioniști de la nivel local formați în dezvoltarea de procese de participare comunitară.
- ▶ Număr de copii și adolescenți antrenați în acțiuni sistematice de dezvoltare comunitară.

OUTPUT 12: Oportunități de dezvoltare economică/ inițiative economice/economie socială sunt furnizate în comunitățile marginalizate

Oferta de oportunități de dezvoltare economică, inițiative economice/ economie socială în comunități marginalizate poate contribui la combaterea nivelului de sărăcie din acea comunitate și, mai ales, poate oferi un orizont de posibilități, poate jalona niște perspective, exemplifica niște modele de roluri potențiale pe care tinerii aflați în situații de vulnerabilitate/ sărăcie le-ar putea urma. Nu în cele din urmă, astfel de dezvoltări pot reprezenta baza de formare pentru noi abilități și aptitudini pentru tineri.

Intervenții necesare

- ▶ Asistență tehnică pentru dezvoltarea de proiecte generatoare de venituri la nivel comunitar – (a se vedea metodologia Fondului de Dezvoltare Socială).
- ▶ Finanțarea și supervizarea formativă a proiectelor generatoare de venit/ inițiative economice/proiecte de economie socială la nivelul sau în proximitatea comunităților marginalizate/ vulnerabile.
- ▶ Formarea de abilități în rândul tinerilor pentru ocuparea de posturi în cadrul locurilor de muncă create.
- ▶ Formarea de competențe ale tinerilor în învățământul profesional¹.

Indicatori Output

- ▶ Număr de proiecte generatoare de venituri/ de economie socială inițiate în comunitățile marginalizate.
- ▶ Număr de locuri de muncă disponibile.

¹ https://www.tehne.ro/proiecte/life2_competente_invatamantul_profesional.html

Rezultat așteptat 4: Gravidele/ Mamele adolescente și partenerii lor au acces la servicii integrate de calitate

OUTPUT 13: Protocoale/ ghiduri de intervenție pentru servicii specializate și integrate adresate mamei/ taților adolescenți/ taților tineri sunt dezvoltate

Acest *output* este o dezvoltare a **Output 3** cu accent pe încercarea de a defini un gradient de severitate a abuzului potențial asupra mamei adolescente.

Un număr însemnat de adolescente care trăiesc în familii cu un istoric de violență, abuz, devin gravide în urma unor relații abuzive pe care nu le pot identifica/ recunoaște/ gestiona, trăind în continuare în inerția acelor modele de comportament. Aceste relații abuzive au fost ierarhizate ca gravitate (vezi Cap. ACE), gradul lor de severitate (cumul al abuzurilor) devenind indicii pentru necesarul de servicii de care ar avea nevoie o astfel de mamă adolescentă aflată în situație de abuz sever. Aceste gravide adolescente și apoi mame adolescente împreună cu nou-născuții lor au nevoie de acces la condiții de locuit într-un mediu prietenos, favorabil unei bune îngrijiri.

Vor fi dezvoltate 3 tipuri de protocoale / ghiduri de intervenție pe de o parte pentru

- i) situația în care mama adolescentă este într-o relație abuzivă severă și are nevoie de o gamă mai largă de servicii de sprijin (ex.: mama adolescentă sub 15 ani, aflată în relații abuzive în cadrul familiei/ cu partenerul de viață) sau, pe de altă parte când
- ii) mama adolescentă este o relație non-abuzivă (ex.: mama adolescentă de peste 15 ani, având partener cu o diferență de vârstă de max. 3 ani, fără istoric de abuz fizic sau emoțional raportat la medicul de familie sau la asistentul medical comunitar/ asistentul social sau consilierul școlar) și de asemenea
- iii) ghid de intervenție pentru tați, parteneri ai mamelor adolescente.

Intervenții necesare

- ▶ Dezvoltarea de ghiduri de intervenție pentru situația unei mame adolescente care nu se află în situație de abuz.
- ▶ Dezvoltarea de ghiduri de intervenție pentru alertarea activă intersectorială a profesioniștilor de la nivel local în situația în care mama adolescentă se află în situație de abuz.
- ▶ Dezvoltarea de ghiduri de intervenție pentru tată (dacă tatăl are peste 18 ani, actorii instituționali care vor fi implicați în dezvoltarea acestor ghiduri vor include MAI/ Poliție, etc).
- ▶ Definirea unui mecanism de disponibilizare/ garantare de sume pentru a asigura accesul gravidei la analize de laborator (ex. Similar cu accesul asigurat pentru diferite categorii prioritare - oncologie, cardiovascular, diabet, boli rare).

Indicatori Output

- ▶ Număr protocoale / ghiduri de intervenție pentru servicii integrate dezvoltate.
- ▶ Număr de profesioniști de la firul ierbii formați în aplicarea acestor protocoale.
- ▶ Ghid de intervenție pentru tată (partenerul mamei adolescente)- definit.
- ▶ Mecanism de garantare a sumelor necesare accesului la analize de laborator pentru gravidele adolescente- definit.

Output 14: Servicii integrate generale sunt implementate pentru gravidele, mamele adolescente și tații copiilor

Acest capitol se referă la mamele adolescente și tații copiilor lor identificați în situații non-abuzive.

Intervenții necesare

- ▶ Definirea unui mecanism intersectorial de alertare a situației adolescentei gravide (ex.: minora gravidă identificată în comunitate de AMC alertează medicul de familie și serviciul SAS, consilierea școlară în cazul în care minora frecventează școala sau, minora gravidă identificată în școală de către diriginte sau medicul/asistentul școlar alertează SAS, MF, AMC, etc); în toate aceste situații, cazul adolescentei gravide este înregistrat în baza de date/ registrul de gravide.
- ▶ Definirea unui mecanism intersectorial de alertare a lăuzei adolescente, respectiv completarea mecanismului existent în prezent prin care maternitatea alertează DGASPC prin crearea unui serviciu de management dirijat al externării mamelor adolescente/ definirea ghidului de practică pentru externarea dirijată, adăugarea unei bucle de feed-back cu urmărirea indicatorilor (număr de lăuze adolescente pentru care s-a dat alerta din maternitate versus număr lăuze adolescente într-adevăr monitorizate); identificarea de activități de urmărire a cazurilor ce au scăpat din evidență în urma inițierii acestui proces de către maternitate, definirea de responsabilități instituționale pentru urmărirea cazurilor "pierdute din urmărire".
- ▶ Completarea grilei de evaluare a gravidei adolescente și apoi a lăuzei și nou născutului de către diferiți profesioniști de la nivel comunitar care ar putea interveni: asistentul medical comunitar, medicul de familie² (medicul de familie este într-o poziție privilegiată de a discuta într-un spațiu neutru cu mama adolescentă, de a aplica grile pentru depistarea unor factori de risc, ex.: de a depista o posibilă depresie, de a în

țelege dacă este vorba de o relație abuzivă între adolescentă și tatăl copilului, de a solicita prezența și responsabilizarea tatălui la explicații/consultații atunci când relația

² <https://www.racgp.org.au/afp/2016/october/teenage-mothers>

nu este abuzivă, de a solicita evaluarea DGASPC și luarea în comun a deciziei de separare a mamei adolescente de către tatăl copilului atunci când relația este abuzivă.

- ▶ Luarea în evidență a adolescentelor gravide (AMC/ MF) pe cât posibil pe perioada sarcinii (adolescentele luate în evidență sunt consiliate și au acces la servicii medicale primare și de specialitate, de urmărire a sarcinii, fapt ce le crește încrederea și aderența la sistemul de sănătate pe viitor, atât pentru ele însele, cât și pentru nou născut - ex.: nou născutul va avea șanse mai mari să fie înscris pe lista unui medic de familie și să primească consultații preventive de sănătate etc.);
- ▶ Asigurarea accesului mamelor adolescente la beneficii sociale.
- ▶ Aplicarea ghidurilor de intervenție ce se referă la situația mamei adolescente aflate în situații non abuzive și a taților copiilor lor:
 - Consilierea familiei mamei adolescente, a profesorilor/ colegilor de școală pentru combaterea stigmei, asigurarea continuității procesului educațional al mamei adolescente.
 - Asigurarea informațiilor necesare și consilierea motivațională pentru a facilita accesul la a doua șansă în educație.
 - Asigurarea accesului mamelor adolescente la servicii de consiliere pentru creșterea stimei de sine/ evaluarea semnelor de depresie *post partum*, îndrumare la servicii de specialitate, după caz.
 - Consilierea vocațională a mamelor adolescente/ taților minori.

Indicatori Output

- ▶ Număr gravide adolescente luate în evidență de MF.
- ▶ % gravide adolescente monitorizate de AMC.
- ▶ % gravide adolescente monitorizate de MF, inclusiv prin acces la teste de laborator.
- ▶ Număr mame adolescente care au născut în maternități, pe localitățile de proveniență.
- ▶ Ghid de practică pentru externarea dirijată a mamelor adolescente definit.
- ▶ Serviciu de externare dirijată (de management al externărilor) creat pentru mamele adolescente.
- ▶ % număr lăuze urmărite intersectorial (sanitar/ social), pe localitățile de proveniență/ număr alerte de la maternități către DGASPC.

- ▶ Număr (%) mame adolescente care se reîntorc la școală, pe localitățile de proveniență.
- ▶ Interval de timp până la o sarcină subsecventă, pe localități de proveniență.

OUTPUT 15: Servicii integrate complexe sunt furnizate mamelor adolescente care trăiesc în relații abuzive cu partenerul/ familia

Pentru un număr de mame adolescente care trăiesc în situații de abuz, neglijare sau sunt supuse oricărei forme de violență, serviciile necesare a fi acordate nu se vor putea limita la cele descrise în Output 14, ci va fi necesară scoaterea mamei adolescente (plasamentul), a copilului său sau și a partenerului de viață (în cazul în care relația abuzivă este cu familia care îi găzduiește) din mediul familial în care trăiește și oferirea unor condiții de cazare/ plasament în care cercurile vicioase ale abuzului să nu mai poată fi perpetuate.

Intervenții necesare

- ▶ Identificarea gravidelor și mamelor adolescente care trăiesc în condiții familiale abuzive, în relații abuzive (cumul de abuzuri) cu partenerii lor de viață/ în familie și alertarea/sesizarea DGASPC pentru a aloca un manager de caz.
- ▶ Utilizarea gradientilor de risc pentru identificarea de opțiuni de plasament în familii largite, asistență maternală, centre maternale pentru aceste mame adolescente care se află în situații abuzive cu risc ridicat și copiii lor.
- ▶ Identificarea de asistenți maternali care să ia în grijă gravide / mame adolescente împreună cu copiii acestora (plasament); selecția acestor mame maternale se va face cu foarte mare grijă urmărindu-se în special armonia familială existentă în familia maternală, disponibilitatea acestora de a se forma, de a sprijini mama adolescentă și copilul ei.
- ▶ Asistente maternale formate pentru asistarea cu succes a mamelor adolescente, a copiilor lor.
- ▶ Crearea unei liste de așteptare în situația în care nu sunt suficiente locuri în rețelele de serviciile de asistență maternală, plasament familial.
- ▶ Asigurarea accesului gravidelor și mamelor adolescente care se află în relații abuzive³ în Centre pentru Mame Adolescente sau în asistență maternală/ familii maternale.

³ Definierea relației abuzive se va face prin analiza profesioniștilor, în funcție de experiența internațională, considerând că prin abuz asupra copilului că se înțelege orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de autoritate față de acesta, prin care sunt periclitare viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului, și se clasifică drept abuz fizic, emoțional, psihologic, sexual și economic (Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, art. 94(1)). Definiția inițială a unei "relații abuzive" poate fi detaliată/ particularizată pentru situația mamei adolescente, de ex.: orice adolescentă gravidă sub 14 ani este considerată a fi într-o relație abuzivă; orice relație a unei mame adolescente în care diferența de vârstă cu tatăl este mai mare de 3 ani va fi considerată o relație abuzivă. Analiza factorilor de risc din cadrul bazei de date/ registrului cu gravide adolescente, a factorilor de risc pentru sarcina la adolescență și pentru relații abuzive în familie/ cu partenerul va putea fundamenta viitoarele ajustări ale unei definiții agreeate la început de program.

- ▶ Lărgirea gamei de servicii acordate tuturor mamelor adolescente și copiilor acestora cu servicii complementare de tipul: consiliere educațională, vocațională, asistență psihologică, asistență medicală, etc.

Indicatori Output

- ▶ Număr de mame adolescente abuzate – identificat.
- ▶ Număr locuri în Centre de Adăpost pentru Mame Adolescente identificate.
- ▶ Număr locuri în rețelele de plasament familial/mame maternale identificate/ evaluate.
- ▶ Număr mame maternale/ persoane din rețelele de plasament familial formate.
- ▶ Numărul mamelor adolescente înscrise pe lista de așteptare.
- ▶ Număr de servicii acordate pe fiecare tip de serviciu acordat versus numărul mamelor adolescente.

BIBLIOGRAFIE

Allen, I. (1987). Education in sex and personal relationships (No. 665). Policy Studies Institute.

HEA and National Foundation for Education Research In England and Wales, Parents, schools and sex education – a compelling case for partnership, London, HEA, 1994

Analiza serviciilor medicale, a personalului și a dotărilor cu echipamente medicale în secțiile de născuți și obstetrică. Disponibil la: <https://www.salvaticopiii.ro/sci-ro/files/6c/6cf0decf-965d-4e1f-96b2-baa8ffb5fefc.pdf>

Asistența medicală comunitară. UNICEF/CPSS, 2021. Disponibil la <https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/asisten%C8%9Ba-medical%C4%83-comunitar%C4%83>

Aspinall, Peter J., and Ferhana Hashem. „Are our data on teenage pregnancy across ethnic groups in England fit for the purpose of policy formulation, implementation, and monitoring?.” *Critical Public Health* 20.1 (2010): 47-70.

Atkins, D. N., & Bradford, W. D. (2021). The effect of state-level sex education policies on youth sexual behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 1-13.

Australian Bureau of Statistics (8/12/2021). Births, Australia. https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/births-australia/latest-release_

Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S. E., López-Calva, L. F., Muller, M., & Perova, E. (2012). Teenage pregnancy and opportunities in Latin America and the Caribbean: on teenage fertility decisions, poverty and economic achievement. World Bank, Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16978> License: CC BY 3.0 IGO.”

Berevoescu, I., Cace, S., Costin, D., Ilie, S., Marginean, I., Nicolae, D., ... & Zamfir, C. (2002). Indicatorii privind comunitatile de romi din Romania.[Indicators for the Roma Communities from Romania]. Bucharest. Research Institute for the Quality of Life.

Berlan, E. D., Richards, M. J., Vieira, C. S., Creinin, M. D., Kaunitz, A. M., Fraser, I. S., ... & Mansour, D. (2020). Best practices for counseling adolescents about the etonogestrel implant. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*.

Bițu, N., & Morteau, C. (2009). Drepturile copilului sunt negociabile? Cazul mariajelor timpurii în comunitățile de romi din România. București: Romani Criss.

Black, A. Y., Fleming, N. A., & Rome, E. S. (2012). Pregnancy in adolescents. *Adolescent medicine: State of the art reviews*, 23(1), 123-38.

Botting, B., Rosato, M., & Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *POPULATION TRENDS-LONDON-*, 19-28.

Brahmbhatt, H., Kågesten, A., Emerson, M., Decker, M. R., Olumide, A. O., Ojengbede, O., ... & Delany-Moretlwe, S. (2014). Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban disadvantaged settings across five cities. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), S48-S57.

Brittain, A. W., Steiner, R. J., Fasula, A. M., Hatfield-Timajchy, K., Kulkarni, A., & Koumans, E. H. (2022). Improving Access to and Quality of Sexual and Reproductive Health Services for Adolescents in the United States. *Journal of Women's Health*, 31(1), 7-12.

Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 517-522.

Chandra-Mouli, Venkatraman, et al. „The political, research, programmatic, and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since the International Conference on Population and Development.” *Journal of Adolescent Health* 65.6 (2019): S16-S40.

Chernick, L. S., Schnall, R., Higgins, T., Stockwell, M. S., Castaño, P. M., Santelli, J., & Dayan, P. S. (2015). Barriers to and enablers of contraceptive use among adolescent females and their interest in an emergency department based intervention. *Contraception*, 91(3), 217-225.

Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., Leventhal, J. M., Flaherty, E. G., Idzerda, S., Legano, L., ... & COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*, 139(3).

Deardorff, J., Gonzales, N. A., Christopher, F. S., Roosa, M. W., & Millsap, R. E. (2005). Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. *Pediatrics*, 116(6), 1451-1456.

DH Morris, ME Jones, MJ Schoemaker, A Ashworth, AJ Swerdlow (2011) Secular trends in age at menarche in women in the UK born 1908-93: results from the Breakthrough Generations Study, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25(4), 394-400.

DH Morris, ME Jones, MJ Schoemaker, A Ashworth, AJ Swerdlow (2011) Secular trends in age at menarche in women in the UK born 1908-93: results from the Breakthrough Generations Study, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25(4), 394-400.

Diaz, C. J., & Fiel, J. E. (2016). The effect (s) of teen pregnancy: Reconciling theory, methods, and findings. *Demography*, 53(1), 85-116.

Diaz, C. J., & Fiel, J. E. (2016). The effect (s) of teen pregnancy: Reconciling theory, methods, and findings. *Demography*, 53(1), 85-116.

Dragoste, contracepție și sarcină: practice și atitudini reproductive și contraceptive în contextul social / coord: Adrian Hatos; Autori: Sergiu Bltescu, Floare Chipea, Marian Daragiu, ... - Oradea: Editura Universității din Oradea, 2004.

Dumas SA, Chu S, Horswell R. Analysis of Pregnancy and Birth Rates Among Black and White Medicaid-Enrolled Teens. *Journal of Adolescent Health*. 2020;67(3):409-415. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.04.026.

„după școală”. Ordinul MEN 5349/2011.

Elfenbein, D. S., & Felice, M. E. (2003). Adolescent pregnancy. *Pediatric Clinics of North America*, 50(4), 781–800. doi:10.1016/s0031-3955(03)00069-5 .

Engel, Danielle Marie Claire, et al. „A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions—What Does It Mean for Adolescents?.” *Journal of Adolescent Health* 65.6 (2019): S41-S50.

European Union Agency for Fundamental Rights (2012). The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance. <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/situation-roma-11-eu-member-states-survey-results-glance#country-related>.

Eurostat (28-06-2021). Live births by mother's year of birth (age reached) and birth order. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-055370_QID_-3C704C25_UID_-3F171EB0&layout=AGE,L,X,0;GEO,L,Y,0;TIME,C,Z,0;ORD_BRTH,L,Z,1;UNIT,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-055370UNIT,NR;DS-055370INDICATORS,OBS_FLAG;DS-055370ORD_BRTH,1;DS-055370TIME,2015;&rankName1=UNIT_1_2_-1_2&rankName2=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName3=ORD-BRTH_1_2_-1_2&rankName4=TIME_1_0_0_0&rankName5=AGE_1_2_0_0&rankName6=GEO_1_2_0_1&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=true&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23.

Fasula, A. M., Chia, V., Murray, C. C., Brittain, A., Tevendale, H., & Koumans, E. H. (2019). Socioecological risk factors associated with teen pregnancy or birth for young men: A scoping review. *Journal of adolescence*, 74, 130-145.

Francesconi, M. (2008). Adult outcomes for children of teenage mothers. *Scandinavian Journal of Economics*, 110(1), 93-117.

Francis, J. K., & Gold, M. A. (2017). Long-acting reversible contraception for adolescents: a review. *JAMA pediatrics*, 171(7), 694-701.

Ghiduri medicale pentru medicii de familie. Disponibil la www.ghidurimedicale.ro

Gorry, D. (2019). Heterogeneous consequences of teenage childbearing. *Demography*, 56(6), 2147-2168.

Grunseit, A. (1994). Young people and sex/HIV education: the debate continues. *Promotion & education*, 1(2), 21-23.

Han, L., Teal, S. B., Sheeder, J., & Tocce, K. (2014). Preventing repeat pregnancy in adolescents: is immediate postpartum insertion of the contraceptive implant cost effective?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(1), 24-e1.

Hatos, A., & Bălătescu, S. B. F. C. D. (2004). Dragoste, contracepție și sărăcie. Comportament sexual și contraceptiv în context social, Editura Universității din Oradea, Oradea.

HOTĂRÂRE nr. 1.309 din 30 decembrie 2021 privind aprobarea Programului național pentru reducerea abandonului școlar. MONITORUL OFICIAL nr. 1250 din 30 decembrie 2021

<http://andpdca.gov.ro/w/wp-content/uploads/2022/01/Situatie-ANE-IAN-SEPT-2021.doc>
<http://www.ms.ro/2020/09/10/cresterea-bugetului-pentru-reteaua-de-asistenta-medicala-scolara/>

<https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2017/10/Egyptian-SRH-SBCC-I-Kit.pdf>

<https://www.edupedu.ro/rezultate-pisa-2018-romania-obtine-cel-mai-slab-punctaj-din-ultimii-9-ani-cea-mai-mare-cadere-fiind-la-matematica-analfabetismul-functional-la-apogeu/>

<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2021.0610>

<https://www.merckformothers.com/>

<https://www.racgp.org.au/afp/2016/october/teenage-mothers>

<https://www.sts.ro/ro/comunicate-de-presa/119-numar-unic-de-telefon-la-nivel-national-pentru-cazurile-de-abuz-impotriva-copilor>

https://www.tehne.ro/proiecte/life2_competente_invatamantul_profesional.html

Ibitoye M, Choi C, Tai H, Lee G, Sommer M (2017) Early menarche: A systematic review of its effect on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *PLoS ONE* 12(6): e0178884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178884>

Institutul National de Statistica (n.d.). Natalitate. <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>

International Covenant on Civil and Political Rights, General comment No. 37 (2020), par 46

Iorga, M., Pop, L. M., Gimiga, N., Păduraru, L., & Diaconescu, S. (2021). Assessing the Opinion of Mothers about School-Based Sexual Education in Romania, the Country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. *Medicina*, 57(8), 841.

Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., & Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(1), 1-8.

Johansen, E. R., Nielsen, H. S., & Verner, M. (2020). Long-Term consequences of early parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 82(4), 1286-1303.

Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics*, 10(5), 293-301.

Kassa, G. M., Arowojolu, A. O., Odukogbe, A. A., & Yalew, A. W. (2018). Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, 15(1), 1-17.

Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. (1997). The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California. *Family planning perspectives*, 100-108.

Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., ... & Zabin, L. S. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, 109(3), 339.

Lista medicamentelor esențiale. Disponibil la: <file:///E:/Workspace/UNICEF%20PLURI/UNICEF/Teen%20Mothers/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02-eng.pdf>

Lohan, M., Aventin, Á., Clarke, M., Curran, R. M., McDowell, C., Agus, A., ... & Young, H. (2018). Can teenage men be targeted to prevent teenage pregnancy? A feasibility cluster randomised controlled intervention trial in schools. *Prevention science*, 19(8), 1079-1090.

Madigan, S., Wade, M., Tarabulsky, G., Jenkins, J. M., & Shouldice, M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 55(2), 151-159.

Males, M., & Chew, K. S. (1996). The ages of fathers in California adolescent births, 1993. *American Journal of Public Health*, 86(4), 565-568.

Maness, S. B., Buhi, E. R., Daley, E. M., Baldwin, J. A., & Kromrey, J. D. (2016). Social determinants of health and adolescent pregnancy: An analysis from the national longitudinal study of adolescent to adult health. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 636-643.

Manlove, J., Terry-Humen, E., & Ikramullah, E. (2006). Young teenagers and older sexual partners: correlates and consequences for males and females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(4), 197-207.

Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Births: final data for 2019. *Natl Vital Stat Rep*. 2021;70(2):1-50.

Metodologie pentru proiectarea, monitorizarea, evaluarea și raportarea implementării campaniilor IEC cu teme stabilite pe baza unor priorități de sănătate publică. Disponibil la: https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghirduri_recomandari_si_evidente_stintifice/metodologii/metodologie_campanii_iec/Metodologie-campanii-2020.pdf
Mihai, M., Țițan, E., & Manea, D. (2015). Education and poverty. *Procedia Economics and Finance*, 32, 855-860.

Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21(1), 1-38.

Miller, F. C. (2000). Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13(1), 5-8.

Miller, M. K., Randell, K. A., Barral, R., Sherman, A. K., & Miller, E. (2016). Factors associated with interest in same-day contraception initiation among females in the pediatric emergency department. *Journal of Adolescent Health*, 58(2), 154-159.

Monitorizarea și evaluarea progresului tranziției de la îngrijirea în instituții la îngrijirea în comunitate. Disponibil la <http://comunitate.copii.ro/monitorizare-si-evaluare/>.

Monitorul educației și formării 2018. Disponibil la: https://education.ec.europa.eu/sites/default/files/document-library-docs/et-monitor-report-2018-romania_ro.pdf

Morinis, J., Carson, C., & Quigley, M. A. (2013). Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: a population-based cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 98(12), 959-964.

N. Bitu, C. Morteau, Drepturile copilului sunt negociabile? Cazul mariajelor timpurii în comunitățile de romi din România, Romani CRISS-UNICEF, București, 2009.

NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD), *Effective Healthcare Bulletin* 3 (1) Prevention and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancies, University of York, 1997

Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*, 342.

Okasha, M., McCarron, P., Smith, G. D., & McEwen, J. (2001). Age at menarche: secular trends and association with adult anthropometric measures. *Annals of Human Biology*, 28(1), 68-78.

Oke, Y. F. (2010). Poverty and teenage pregnancy: The dynamics in developing countries. *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 2(5), 63-66.

Olausson, P. O., Haglund, B., Weitof, G. R., & Cnattingius, S. (2001). Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: a case study in Sweden. *Family Planning Perspectives*, 70-74.

ORDIN pentru modificarea și completarea Metodologiei de organizare a Programului „Școala”

Ordinul Ministerului Educației nr. 6000/2021 privind aprobarea Mecanismului de Avertizare Timpurie în Educație (MATE) și a Metodologiei de implementare și utilizare a modului informatic MATE pentru prevenirea abandonului școlar și a părăsirii timpurii a școlii. *Monitorul Oficial, Partea I* nr. 1252 din 30 decembrie 2021.

Ordonanța de urgență nr. 105/2021 privind aprobarea și implementarea Programului național de suport pentru copii, în contextul pandemiei de COVID-19 - „Din grijă pentru copii”. Disponibil la: <https://lege5.ro/gratuit/ha4dmnbqhaza/ordonanta-de-urgenta-nr-105-2021-privind-aprobarea-si-implementarea-programului-national-de-suport-pentru-copii-in-contextul-pandemiei-de-covid-19-din-grija-pentru-copii>.

Patel, P. H., & Sen, B. (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, 16(5), 1063-1071.

Pawar, S., Jackson, N., & McPherson, M. (2014). Current trends for teenage births in New Zealand. *Sex Educ*, 23, 23.

Peterson, S. F., & Goldthwaite, L. M. (2019). Postabortion and postpartum intrauterine device provision for adolescents and young adults. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 32(5), S30-S35.

Phipps MG, Blume JD, DeMonner SM. Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstet Gynecol*. 2002 Sep;100(3):481-6. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02172-5. PMID: 12220767.

Phipps, M. G., Blume, J. D., & DeMonner, S. M. (2002). Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 100(3), 481-486.

Plesons, Marina, et al. „Forward, together: a collaborative path to comprehensive adolescent sexual and reproductive health and rights in our time.” *Journal of Adolescent Health* 65.6 (2019): S51-S62.

PL-x nr. 457/2019 - Proiect de lege pentru modificarea și completarea Legii nr.272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului

Pop, R. M., Tenenboun, A., & Pop, M. (2021). Secular Trends in Height, Body Mass and Mean Menarche Age in Romanian Children and Adolescents, 1936–2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 490.

Programului guvernamental „Din grija pentru copii” - telefonul 119. Disponibil la: <https://www.sts.ro/ro/comunicate-de-presa/119-numar-unic-de-telefon-la-nivel-national-pentru-cazurile-de-abuz-impotriva-copiilor>

Proiect: “Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod MySMIS 122607; Sursă de finanțare: Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, Axa Prioritară 4, Structură parteneriat, Solicitant: Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Parteneri: Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale; Buget: 113.076.750 de lei; Durata de implementare: 12.09.2018 – 11.01.2022.

Quinlivan, J. A., Tan, L. H., Steele, A., & Black, K. (2004). Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 197-203.

Robbins, C. L., & Ott, M. A. (2017). Contraception options and provision to adolescents.

Roye, C. F., & Balk, S. J. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: A review. *Journal of Adolescent Health*, 19(2), 86-93.
Ruedinger, E., & Cox, J. E. (2012). Adolescent childbearing: consequences and interventions. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(4), 446-452.

Sarcina la adolescente în România. Disponibil la <https://www.programsamam.ro/sarcina-la-adolescente-in-romania-raport/>.

Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 223-230.

Shulman, Holly B., et al. „The pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): overview of design and methodology.” *American Journal of Public Health* 108.10 (2018): 1305-1313.

Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(3), 138-150.

SOCIAL AND BEHAVIOR CHANGE COMMUNICATION. Disponibil la : <https://sbccimplementationkits.org/urban-youth/urban-youth/part-1-context-and-justification/social-and-behavior-change-communication-and-theory/>

Socolov, D. G., Iorga, M., Carauleanu, A., Ilea, C., Blidaru, I., Boiculese, L., & Socolov, R. V. (2017). Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year hospital-based cohort study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. *BioMed research international*, 2017.

Song, W., & Qian, X. (2020). Adverse Childhood Experiences and Teen Sexual Behaviors: The Role of Self-Regulation and School-Related Factors. *Journal of School Health*, 90(11), 830-841.

STANDARDE MINIME OBLIGATORII privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului | Ordin 288/2006. Disponibil la: <https://lege5.ro/gratuit/ha3timrv/standarde-minime-obligatorii-privind-managementul-de-caz-in-domeniul-protectiei-drepturilor-copilului-ordin-288-2006?dp=gqzdamjxge2ts>.

Strategia Națională de sănătate 2014-2020 (HG nr.1028/2014).

Sullins, D. P. (2016). Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States. *SAGE open medicine*, 16:4,.

Surdu, M. (2004). Sarcina și căsătoria timpurie în cazul tinerelor roma. Raport elaborat pentru Centrul Educația 2000.

Talashek, M. L., Montgomery, A. C., Moran, C., Paskiewicz, L., & Jiang, Y. (2000). Menarche, sexual practices, and pregnancy: model testing. *Clinical excellence for nurse practitioners: the international journal of NPACE*, 4(2), 98-107.

Talma H, Schönbeck Y, van Dommelen P, Bakker B, van Buuren S, HiraSing RA (2013) Trends in Menarcheal Age between 1955 and 2009 in the Netherlands. *PLoS ONE* 8(4): e60056. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060056>

Tebb, K. P., Trieu, S. L., Rico, R., Renteria, R., Rodriguez, F., & Puffer, M. (2019). A mobile health contraception decision support intervention for Latina adolescents: Implementation evaluation for use in school-based health centers. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(3), e11163.

Teenage pregnancy : report by the Social Exclusion Unit presented to Parliament by the Prime Minister by command of Her Majesty, June 1999.

The Principles of Behaviour Change Communications. Disponibil la: https://3x7ip91ron-4ju9ehf2unqrm1-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/02/The_principles_of_behaviour_change_communications.pdf

UNFPA. Socioeconomic consequences of adolescent pregnancy in six Latin American countries. Implementation of the MILENA methodology in Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Paraguay. United Nations Population Fund - Latin America and the Caribbean Regional Office. Panama. 2020.

UNICEF. „Engaged and heard! Guidelines on adolescent participation and civic engagement.” (2020).

Vargas, G., Borus, J., & Charlton, B. M. (2017). Teenage pregnancy prevention: the role of young men. *Current opinion in pediatrics*, 29(4), 393.

Vieira, A. R. (2005). Maternal age and neural tube defects: evidence for a greater effect in spina bifida than in anencephaly. *Revista medica de Chile*, 133(1), 62-70.

Vieira, A. R. (2005). Maternal age and neural tube defects: evidence for a greater effect in spina bifida than in anencephaly. *Revista medica de Chile*, 133(1), 62-70.

Voicu, M., & Popescu, R. (2006). Nașterea și căsătoria la populația de romi. *Revista Calitatea Vieții*, XVII, (3-4).

Warren, J. T., Harvey, S. M., & Henderson, J. T. (2010). Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 230-235.

Wellings, K. (2001). Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries. Country report for Great Britain: Occasional Report, (6).

Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., & Macdowall, W. (1999). Teenage fertility and life chances. *Reviews of Reproduction*, 4(3), 184-190.

Wilson, W. J. (1991). Studying inner-city social dislocations: The challenge of public agenda research: 1990 presidential address. *American Sociological Review*, 1-14.

World Bank. (2013, December 12). LAC: Poverty, Poor Education and Lack of Opportunities Increase Risk of Teenage Pregnancy [Press release]. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/12/12/lac-poverty-education-teenage-pregnancy>

World Health Organization. (2015). Adolescent pregnancy situation in South-East Asia region (No. SEA-CAH-20). WHO Regional Office for South-East Asia.

Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive health*, 15(1), 1-11.

ANEXA 1.

EXEMPLE DE DATE COLECTATE ȘI MODALITATEA DE RAPORTARE

Maternitățile

Către DSP/INSP (pe hârtie)

- număr nașcuți vii (nu există o distribuție pe grupe de vârstă sau pe localități)
- întreruperi ale cursului sarcinii prin avort spontan sau provocat (pe grupe de vârstă/ urban/rural)
- mișcarea pacienților în spital pe coduri de boli

Către CASBV- electronic

- raportare pe coduri DRG; aceste date sunt direcționate și către INSP- Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică sub forma bazei de date informatizate, spitalicești.

Către DGASPC

- notificarea externării mamelor adolescente.

Medicii de familie

Către DSP (pe hârtie) se integrează electronic în cadrul DSP

- Gravide în evidență (pe grupe de vârstă, mediu rural/urban)
- Morbiditatea pe grupe de vârstă- cazuri noi
- Morbiditate prin boli cronice

Aceste date nu sunt raportate consecvent.

Asistența medicală școlară

Către DSP (pe hârtie)- se integrează electronic în cadrul DSP pentru a fi direcționate către INSP

- Date privind creșterea și dezvoltarea copiilor
- Morbiditatea cronică
- Triajul epidemiologic
- Programe de educație

Nu există indicatorul de sarcină la copii și adolescente.

Asistența medicală comunitară

Raportează în sistemul propriu centralizat pe baza indicatorilor proprii. Datele despre mame adolescente sunt raportate către DSP/ MS- Unitatea de Incluziune Socială. Există posibilitatea analizei pe localități dar nu și pe criteriul etnic. Datele nu pot fi accesate decât la cerere.

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

Raportează exclusiv sarcinile survenite la minorii care intră în sistemul de protecție. Restul de sarcini survenite la minorii care sunt preluați în grijă de către reprezentantul legal (ex. părintele), nu sunt raportate și monitorizate.

Serviciile de Asistență Socială din cadrul Administrațiilor Publice Locale

Se raportează monitorizează cazurile din familii și se raportează către DGASPC. Urmărirea poate fi făcută și pe mai mulți ani.

Serviciile sociale nu sunt alertate direct de către școală.

Unitățile de învățământ

Există un sistem nou de monitorizare în curs de implementare pentru cauzele de prevenirea a părăsirii timpurii a școlii (MATE). Există un sistem de raportare a participării elevilor la cursurile opționale de „Educație pentru sănătate”.

ANEXA 2. EXEMPLE DE TEME PE ANI DE STUDIU CAP. SĂNĂTATEA REPRODUCERII (MECS)

CLS.	TEME
I-II	Diferențele dintre fetiță / fată / femeie, fetiță / băiețel
III-IV	1. Rolurile sexelor în societate (evitarea discriminărilor de sex în familie și societate) 2. Modificări corporale la pubertate 3. Nouă luni pentru un bebeluș (cum “apare pe lume” copilul, momente ale evoluției fătului)
V-VI	1. Prietenie: factori care influențează deciziile; valori importante în decizii legate de implicare / neimplicare în relații interpersonale (respect, limbaj afectiv, maniere) 2. Concepția și sarcina: riscurile sarcinii în pubertate și adolescență pentru mamă și copil 3. Mituri legate de sexualitate / comportament sexual (menstruație, erecție, poluții, pilozitate)
VII-VIII	1. Comportament sexual responsabil; debutul vieții sexuale; 2. Infecții cu transmitere sexuală – transmitere, prevenire (inclusiv HIV/SIDA) 3. Planuri de viitor: familie, relații sociale, impactul vieții sexuale asupra viitorului 4. Sarcina nedorită și avortul; servicii (adrese): planificare familială, consiliere, ginecologie 5. Violență, viol, incest 6. Exploatarea sexuală: hărțuire, prostituție, pornografie
IX-X	1. Comportament sexual – valori, toleranță, normalitate 2. Comportamente deviante: zoofilia, pedofilia, gerontofilia, necrofilia, tulburări ale comportamentului sexual 3. Ceasul organismului feminin și masculin 4. Metode contraceptive: eficiență, avantaje, dezavantaje 5. Infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA 6. Parentalitatea, avort, abandon, pruncucidere 7. Decepții și dificultăți în relațiile de cuplu 8. Servicii de sănătatea reproducere
XI-XII	1. Aspecte particulare ale raportului sexual 2. Disfuncții sexuale la femeie și bărbat 3. Perversiunile sexuale 4. Diagnoza prenatală 5. Negocierea în relațiile sexuale 6. Legislația referitoare la sexualitate 7. Pornografia și prostituția

ANEXA 3. BENEFICII SOCIALE LA CARE POATE AVEA ACCES MAMA ADOLESCENTĂ PRIN REPREZENTANTUL EI LEGAL

Nr. crt.	Denumire beneficiu	Cuquantum beneficiu	Durata beneficiului	Condiții de accesare	Cine poate solicita	Temei legal
1.	Ajutor social lunar	Persoana singura = 142 lei/lună Familia formată din 2 persoane = 255 lei/lună Familia formată din 3 persoane = 357 lei/lună Familia formată din 4 persoane = 442 lei/lună Familia formată din 5 persoane = 527 lei/lună	- Atâta timp cât familia din care face parte minora se încadrează în condițiile de eligibilitate pentru ajutorul social	- Condiție generală: - Mama nu a împlinit vârsta de 18 ani și este necăsătorită¹. - Condiții speciale: - Mamă adolescentă și copilul său nou-născut, locuiește împreună cu familia de proveniență a mamei adolescente - Mamă adolescentă și copilul său nou-născut, care nu mai locuiește împreună cu familia de proveniență a mamei adolescente și trăiește în concubinaj cu tatăl copilului	→ Ajutorul social se stabilește în funcție de condițiile de eligibilitate ale familiei de proveniență a adolescentei, iar ajutorul social se solicită de către reprezentantul familiei din care face parte mama adolescentă și se utilizează de către toată familia; → Dacă alocația de stat pentru adolescentă se acordă părintelui adolescentei, se consideră că minora este în întreținerea familiei și ajutorul social se va stabili considerând-o membru al familiei sale. În acest caz, mama adolescentă nu poate constitui o familie cu tatăl copilului. Concubinul poate solicita ajutorul social ca persoană singură sau, după caz, ca făcând parte din familia sa de proveniență.	Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat
2.	Alocația de stat pentru copii	- 600 lei/lună pentru copiii cu vârsta de până la 2 ani sau de până la 3 ani, în cazul copilului cu handicap; - 243 lei/lună pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 ani și 18 ani; - 243 lei/lună pentru tinerii 18 ani-26 ani, care urmează cursurile învățământului liceal sau profesional; - 600 lei/lună pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 3 ani și 18 ani, în cazul copilului cu handicap	→ 2 ani/3 ani → 2 ani-18 ani → 18-26 ani → 3-18 ani	Plata se face pe baza cererii și a actelor din care rezultă îndeplinirea condițiilor de acordare a acestui drept. După împlinirea vârstei de 14 ani, cererea se poate face și de către copil, cu încuviințarea reprezentantului său legal.	→ Alocația de stat pentru copii se plătește unuia dintre reprezentanții legali ai mamei adolescente, pentru mama adolescentă sub 14 ani, cât și pentru copilul acesteia. → După împlinirea vârstei de 14 ani, plata se poate face direct titularului, cu încuviințarea reprezentantului său legal.	Legea privind alocația de stat pentru copii nr. 61/1993
3.	Alocația pentru familia monoparentală	- 120 de lei/lună = familia cu un copil; - 240 de lei/lună = familia cu 2 copii; - 360 de lei/lună = familia cu 3 copii; - 480 de lei/lună = familia cu 4 copii sau mai mulți.	Atâta timp cât minora se încadrează în condițiile de eligibilitate pentru acordarea alocației.	Plata se face pe baza cererii și a actelor din care rezultă îndeplinirea condițiilor de acordare a acestui drept.	→ Reprezentantul familiei= mama adolescentă prin reprezentant legal → În situația în care minora și copilul acesteia constituie o familie separată (familie monoparentală), mama adolescentei care a născut solicită, în calitate de reprezentant legal al acesteia, în numele adolescentei, alocația.	Legea nr. 277/2010 privind alocația pentru susținerea familiei

¹ Aceleași drepturi le are și mama adolescentă care este văduvă/ divorțată/ al cărei soț/soție este declarat/ declarată dispărut/ dispărută prin hotărâre judecătorească

93 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

Nr. crt.	Denumire beneficiu	Cuquantum beneficiu	Durata beneficiului	Condiții de accesare	Cine poate solicita	Temei legal
4.	Indemnizația lunară pentru creșterea copiilor	1.250 lei/lună	Până când copilul a împlinit vârsta de 2 ani, respectiv de 3 ani, în cazul copilului cu handicap;	→ Mama adolescentă, în ultimele 12 luni anterioare datei nașterii copilului, frecventează, fără întrerupere, cursurile de zi ale învățământului preuniversitar, inclusiv în cadrul programului "A doua șansă", cu excepția situației de întrerupere a cursurilor din motive medicale → Mama adolescentă se află în perioada cuprinsă între încheierea unei forme de învățământ preuniversitar și începerea, în același an calendaristic, a unei alte forme de învățământ preuniversitar, cursuri de zi, organizate potrivit legii, frecventate fără întrerupere	→ Mama adolescentă prin reprezentant legal	OUG nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor
5.	Alocații/sprijin financiar oferite de primărie	De ex sunt primăriile care acordă beneficii: - În perioada de graviditate (vouchere pentru achitarea analizelor și medicamentelor necesare prenatale) - În perioada postnatală, la nașterea copilului Exemple: Vouchere Materna – primăria municipiului București: https://www.dgas.ro/voucher-materna/	În funcție de Hotărârea primăriei	→ În funcție de Hotărârea primăriei (o condiție comună este demonstrarea domiciliului mamei pe raza primăriei respective)	→ Mama adolescentă – prin reprezentant legal	Hotărâri ale Consiliului Local (după caz)
6.	ONG	Beneficii materiale – stabilite în funcție de politica internă a organizației respective	În funcție de politica internă a organizației respective	→ În funcție de politica internă a organizației respective	→ În funcție de politica internă a organizației respective	Hotărâri interne ale organizației

ANEXA 4. PERSOANELE INTERVIEWATE CU PRIVIRE LA PROBLEMATICA MAMELOR ADOLESCENTE-TINERII TAȚI

<i>*interviuri realizate în perioada decembrie 2021 - ianuarie 2022</i>	
Întrebările interviurilor s-au axat pe cunoștințele/expertiza interviuatului cu privire la ceea ce funcționează, ce nu funcționează, ce trebuie schimbat/îmbunătățit cu privire la fenomenul mamelor adolescente.	
❖	Director Inspectoratul Județean Școlar
❖	Profesor universitar sănătate publică
❖	Profesor universitar psihologie
❖	Director Maternitate Municipală
❖	Direcție de Asistență Socială
❖	Direcția de Sănătate Publică Județeană
❖	Reprezentant Societate Obstetrică Ginecologie România
❖	Primar, Comună cu comunități de romi
❖	Asistent social, comună cu comunități de romi
❖	Direcție Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului-județeană
❖	Reprezentant Asociație profesională medici de familie
❖	Moașă, Direcție de Sănătate Publică
❖	Reprezentant organizație guvernamentală cu activități în domeniul mamelor adolescente, SAMAS
❖	Mediator Sanitar, Direcție de Sănătate Publică
❖	Director General, Ministerul Educației
❖	Reprezentant organizație guvernamentală cu activități în domeniul educației sexuale pentru adolescenți, Tineri pentru Tineri
❖	Sociolog, Direcție de Sănătate Publică
❖	Director, Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții
❖	Reprezentant organizație neguvernamentală cu activități în beneficiul victimelor discriminării și urii, segregării școlare și sociale în ansamblu, Centrul de Advocacy și Drepturile Omului
❖	Consilier Școlar, unitate de învățământ
❖	Asistent medical comunitar, comună în mediul rural
❖	Asistent medical școlar, unitate de învățământ
❖	Medic de familie, comunitate deprivată
❖	Profesor, unitate de învățământ din mediul rural
❖	Director, Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică
❖	Cercetător, Institutul de Științe ale Educației

ANEXA 5. LISTA DE VERIFICARE (CHECKLIST), ȚINTE ȘI INDICATORI

LISTA DE VERIFICARE

Nr. crt.	ACȚIUNI	Național	Județean/Local	Se bifează acțiunile implementate
1.	Grup de Lucru Național și Grup de Lucru Județean create	X	X	
2.	Protocoale de comunicare interinstituționale definite	X	X	
3.	ONG-urile cu competență cheie în domeniile de interes-identificate	X	X	
4.	Manual de bune practici realizat	X	X	
5.	Plan național ce cuprinde planurile județene pilot – definit și bugetat	X		
6.	Demersurile pentru finanțare adecvată, multianuală realizate și aprobate / finanțare asigurată	X		
7.	Plan multianual de cercetare definit și finanțat	X		
8.	Cadru legislativ completat și/sau modificat în mod corespunzător	X		
9.	Indicatori comuni identificați, agreeți de sectoarele sănătate, social, educație, justiție	X		
10.	Machete de colectare a datelor definite, inclusiv cu instrucțiuni de folosire de către fiecare profesionist implicat	X		
11.	Ghid pentru profesori, materiale interactive pentru lucrările practice sunt elaborate pentru a include informațiile despre contracepție și boli transmise sexual	X		

Nr. crt.	ACȚIUNI	Național	Județean/Local	Se bifează acțiunile implementate
12.	Curriculum "Dezvoltare personală" pentru clasele 0-VIII cuprinde elemente clare pe subiectul relații sănătoase, cunoașterea drepturilor	X		
13.	Curriculum biologie pentru clasele V-VIII cuprinde informații despre contracepție încă din clasa a V-a și boli cu transmitere sexuală; acesta este însoțit de modele de Lucrări practice, Ghiduri pentru profesori	X		
14.	Curriculum "Dezvoltare personală" și materialele didactice pentru clasele 0-VIII cuprind elemente clare pe subiectul relații sănătoase, cunoașterea drepturilor	X		
15.	Grila cu factorii de risc pentru mama adolescentă este definită	X		
16.	Contraceptivele generice au aprobare de punere pe piață	X		
17.	Ghid de intervenție pentru tată (partenerul mamei adolescente)- definit	X		
18.	Mecanism de garantare a sumelor necesare accesului la analize de laborator pentru gravidele adolescente- definit	X		
19.	Ghid de practică pentru externarea dirijată a mamelor adolescente definit	X		
20.	Ghid pentru profesori, materiale interactive pentru lucrările practice sunt elaborate pentru a include informațiile despre contracepție și boli transmise sexual	X		
21.	Responsabilități instituționale în introducerea/ analiza datelor definite, inclusiv a furnizorilor privați	X		

97 Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți

Nr. crt.	ACȚIUNI	Național	Județean/Local	Se bifează acțiunile implementate
22.	Organizații expert contractate	X	X	
23.	Ghidurile și protocoalele de lucru intersectoriale sunt definite, pilotate, ajustate	X	X	
24.	Sistemul de monitorizare a aplicării ghidurilor și protocoalelor este definit și pus în practică	X	X	
25.	Metodologii de evaluare a măsurii în care copii înțeleg și practică comportamentele dorite (relații sănătoase, după caz, contracepția/ prevenirea bolilor cu transmitere sexuală) sunt definite și aplicate la clasă	X	X	
26.	Raport de evaluare a rezultatelor testării programei definit cu recomandări de ajustare/ ameliorare	X	X	
27.	Fișele de post ale profesioniștilor de primă linie sunt modificate și conțin elementele de noutate din ghidurile și protocoale specifice activităților de prevenire a sarcinii la adolescente/ limitare a consecințelor negative ale acesteia	X	X	
28.	Mecanismul de evaluare a performanței este definit	X	X	
29.	Bariere în comportamentele grupurilor țintă identificate	X		
30.	Pattern-uri culturale specifice identificate	X		
31.	Mesaje/ însemne / logo-uri definite	X		
32.	Spoturi video și audio definite	X		
33.	Serviciu de externare dirijată (de management al externărilor) creat pentru mamele adolescente	X	X	

ȚINTE

- 95% din copiii aflați în sistemul de învățământ, începând cu clasele a V-a au practicile de contracepție predate .
- 95% din copiii aflați în sistemul de învățământ au „Relațiile sănătoase” predate.
- 95% din copiii aparținând comunităților țintă au materia “Educație pentru sănătate” predată.
- 90% din profesorii/ asistenții medicali comunitari / consilierii școlari ce profesează în comunități țintă au fost formați pentru a putea preda materia „Educație pentru sănătate”.
- 100% din școlile din comunitățile țintă au materiale didactice participative, interactive care sunt aplicate în clasă.
- 50% din Medicii de familie sunt formați și au dreptul de prescriere a contraceptivelor generice gratuite.
- 90 % (minim) adolescente aflate la risc identificate introduse în baza de date electronică/ număr adolescente identificate.
- 90% din școlile aflate la risc socio-educațional ce implementează granturi PNRR au predat această materie la clasele V-VIII.

INDICATORI

- Număr de planuri județene pilot/ planuri locale pilot realizate și bugetate pentru prevenirea sarcinilor la minori și a consecințelor acestora.
- Număr de profesioniști de primă linie formați în implementarea protocoalelor de lucru intersectoriale (ex.: alertare intersectorială).
- Număr de profesioniști (învățători, consilieri școlari) formați în înțelegerea și predarea participativă a materiei ajustate “Dezvoltare personală”.
- Număr de profesioniști (profesori, consilieri școlari, AMC, etc) formați în predarea contracepției și a bolilor transmise sexual în cadrul materiei „Biologie”, începând cu clasa a V-a
- Număr de profesioniști de primă linie formați în identificarea activă a factorilor de risc pentru sarcina la adolescente.
- Număr de copii și adolescenți antrenați în acțiuni sistematice de dezvoltare comunitară.

- Număr de proiecte generatoare de venituri/ de economie socială inițiate în comunitățile marginalizate.
- Număr de comunități în care există servicii integrate furnizate de ONG-uri specializate.
- Număr de locuri de muncă disponibile.
- Număr de profesioniști de la nivel local formați în dezvoltarea de procese de participare comunitară.
- Număr de protocoale / ghiduri de intervenție pentru servicii integrate dezvoltate.
- Număr de profesioniști de la firul ierbii formați în aplicarea acestor protocoale.
- Număr de adolescente aflate la risc consiliate.
- Număr (%) de mame adolescente ce se reîntorc la școală, pe localitățile de proveniență.
- Număr de locuri în Centre de Adăpost pentru Mame Adolescente identificate.
- Număr de locuri în rețelele de plasament familial/mame maternale identificate/ evaluate.
- Număr de minori care au început viața sexuală și beneficiază de anticoncepționale gratuite.
- Număr (%) de comunități țintă cu acoperire de AMC/ MS/ Med/ MF/Consilier Școlar (posturile scoase la concurs au fost ocupate).
- Număr de servicii acordate pe fiecare tip de serviciu acordat versus numărul mamelor adolescente.
- Număr de mame adolescente ce au născut în maternități, pe localitățile de proveniență.
- Număr (%) de gravide adolescente monitorizate de MF, inclusiv prin acces la teste de laborator.
- Număr (%) de gravide adolescente luate în evidență de MF.
- Număr (%) de gravide adolescente monitorizate de AMC.
- Număr (%) de cercetări operaționale ce informează luarea deciziilor în domeniu versus prevederile din cadrul planului multianual de cercetare.