

RAPORT FINAL

**asupra cercetării despre
utilizarea contracepției moderne**

în zona Orăștie, județul Hunedoara

realizat de prof. univ. dr. Eniko Magyari-Vincze

Cluj, 31 august 2004

OBIECTIVUL ȘI LOCUL CERCETĂRII

Cercetarea noastră s-a efectuat la cererea Societății de Educație Contraceptivă și Sexuală, filiala din Cluj, precedînd noul lor proiect de intervenție în județul Hunedoara în vederea îmbunătățirii serviciilor de îngrijire post-avort și a serviciilor legate de consilierea în materie de metode contraceptive, precum și de distribuirea gratuită a contraceptivelor. Alegerea locului cercetării empirice (orașul Orăștie și comunele/satele aparținătoare zonei) a fost motivată de SECS prin faptul că în această zonă numărul avorturilor a rămas relativ mare în perioada în care organizația deja derula-se primul său proiect de intervenție, în urma căruia cîțiva medici de familie au trecut prin cursul de planificare familială și, prin ei, în teritoriu, se începuse deja distribuirea de contraceptive gratuite.

În aceste condiții pe noi ne-a interesat să aflăm cauzele multiple ale neutilizării metodelor moderne de contracepție (și ale recurgerii la avort) și să identificăm modalitățile prin care se poate îmbunătăți accesul femeilor la informațiile despre metodele moderne de contracepție și la serviciile din acest domeniu care au menirea să asigure sănătatea reproducerii în cadrul populației vizate. Dar dincolo sau dincoace de informații și de existența serviciilor se află desigur o serie de condiții structurale, precum și o serie de concepții și experiențe cotidiene care favorizează sau din contra, defavorizează recurgerea la contracepția modernă. Scopul investigației noastre calitative a fost exact identificarea acestora (atît în cadrul sistemului medical cît și în cadrul populației), pentru că sîntem convinși, că fără cunoașterea lor nu se poate realiza o schimbare efectivă în acest domeniu.

DATE COLECTATE ȘI METODE DE CERCETARE

Punctul nostru de pornire a fost colectarea unor statistici oficiale existente pe de o parte despre avorturi, iar pe de altă parte despre distribuirea de contraceptive gratuite.

Din statistica oficială realizată pe baza rapoartelor făcute de spitalul din Orăștie am aflat următoarele: în anul 2002 s-au făcut 144 de avorturi, dintre care 72 la cerere și 72 avorturi incomplete, la o natalitate de 312, iar în anul 2003 s-au făcut 160 de avorturi, din care la cerere 63 și avorturi incomplete (spontane) 97, la o natalitate de 264. Pe parcursul cercetării ne-am dat seama că aceste statistici sînt, totuși, problematice din mai multe motive, cum ar fi:

- numărul de avorturi incomplete față de numărul de nașteri este ciudat de mare (conform acestei statistici circa 27% din sarcinile dorite se avortează spontan); dacă lucrurile ar sta așa, am putea crede că există probleme majore la capitolul îngrijirii sarcinilor dorite;

- din surse neoficiale am aflat că în oraș (în spital și în cabinetele private) se fac lunar circa 50 de avorturi, ceea ce pe an ar însemna cc. 600 de avorturi;
- în situația în care de la o vreme încoace la spital avorturile la cerere nu se mai consideră în norma ginecologilor, ele au fost înregistrate mai degrabă drept avorturi incomplete, cu excepția cazurilor în care femeile care au apelat la acest serviciu au beneficiat de gratuitate, având patru, sau mai mulți copii;
- cabinetele private nu trebuie să raporteze numărul de avorturi.

Ceea ce privește statistica distribuției contraceptivelor gratuite, din registrele Direcției de Sănătate Publică am aflat că în anul 2003 în Orăștie (prin patru medici de familie) și în zona rurală (prin cinci medici de familie) s-au distribuit următoarele tipuri și cantități de contraceptive: Marvelon (128 în urban și 327 în rural); Triregol (135 și 549); Desorelle (201 și 375); Exluton (18 și 71); “Pilule” (482 și 1322); Depo Pro Vera (inj.) (11 și 47); Prezervative (827 și 2497). Desigur, la o primă privire ne putem da seama de numărul foarte redus al contraceptivelor distribuite gratuit și de faptul că în cazul categoriilor defavorizate (care trăiesc în sărăcie și care sînt cele mai expuse la risc din punctul de vedere al sănătății și al sănătății reproducerii) acest sistem, chiar dacă promițător, încă n-a putut aduce schimbări majore.

Dincolo de aceste statistici, însă, pe noi ne-au interesat cunoștințele, concepțiile și experiențele celor implicați în aceste fenomene (medicii, pe de o parte, și femeile care utilizează sau nu contraceptive, respectiv recurg sau nu la avort). De aceea investigația noastră de teren s-a derulat prin **metodele cercetării calitative** (în speță interviuri individuale semi-structurate și interviuri în grup, precum și observația participativă pe teren). Astfel am reușit să descoperim o serie de factori care constituie impedimente în accesul la contraceptive, precum și în utilizarea lor. Unele dintre ele țin de natura și funcționarea sistemului medical, precum și de relațiile din interiorul acestui sistem (identificate pe baza interviurilor individuale și în grup realizate cu ginecologii și cu asistentele medicale de la spitalul din Orăștie, cu medicii de familie și asistentele lor din Orăștie și din satele aparținătoare zonei, precum și cu asistentele medicale comunitare din județul Hunedoara, între care trei din zona noastră). Iar altele rezultă din modul de viață și de gândire al femeilor (și bărbaților) intervievați: în mod particular de condiția lor economică și statutul lor social – privite în contextul localităților în care ei trăiesc –, dar și de concepțiile culturale și de experiențele lor legate de viața familială și de relațiile de gen, copii, procreare, contraceptive și avort, sănătate și instituțiile medicale.

În perioada 12-21 2004 iulie grupul pe care l-am coordonat (compus din absolvenții masteratului de antropologie culturală și studii de gen Iulia Hossu, Viorela Ducu, Diana Damian, Gelu Teampău, Marcel Mateș, precum și din doctoranzii Zsuzsa Pleiner și Petruța Mîndruț) a derulat munca de teren, fiecare membru al grupului realizînd cîte aproximativ 10 interviuri. În perioada 22 iulie - 5 august s-a efectuat transcrierea interviurilor. Începînd cu 6 august eu am sistematizat și analizat interviurile, muncă pe

baza căreia am întocmit acest raport. Concluziile formulate aici se bazează pe de o parte pe interviurile noastre făcute cu 29 cadre medicale, și două cadre didactice din sistemul de învățământ dedicat categoriilor defavorizate, iar pe de altă parte pe 74 de interviuri realizate cu persoane domiciliat în Orăștie și în localitățile învecinate (dintre care 53 de femei și 21 de bărbați), după cum urmează:

- **interviuri individuale în sistemul instituțional cu:**
 - trei medici ginecologi la spitalul din Orăștie
 - dr. Simona Oltean, inspector la departamentul “mamă și copil” al Direcției de Sănătate Publică, Deva – întâlnire la Deva
 - învățătoarea de la Școala Aurel Vlad din Orăștie care derulează un Program Phare pentru romi
 - învățătoarea de la școala catolică din Orăștie
- **focus grupuri în sistemul medical cu:**
 - 9 asistente medicale comunitare din județ (din zonele: Petroșani, Lupeni, Hunedoara două zone, Gelmar, Brad/două, Geoagiu, Orăștie/Digului și Muzicanților) și șefa lor, asist. medical Maria Ionescu) – întâlnire la Deva
 - 4 asistente medicale de la secția de ginecologie din spitalul Orăștie
 - 4 medici de familie care au făcut cursuri de planificare familială și sînt în rețeaua de distribuitori contraceptive gratuite (3 doctori din rural: Pricaz/Turdaș, Orăștioara de Sus, Romos; o doctoriță din Orăștie) – întâlnire în Orăștie
 - 2 asistente medicale la medicii care au făcut curs (din Orăștie și comunele Pricaz/Turdaș) – întâlnire în Orăștie
 - 6 medici de familie care n-au făcut curs de planificare familială din zona urbană, întâlnire în Orăștie
- **interviuri cu populația din zonă la domiciliul persoanelor:**
 - cu 53 de femei (25 din urban și 28 din rural) – la unele adrese am găsit și interviuat mai multe femei, de aceea numărul lor a urcat la 57:
 - 20 în orașul Orăștie
 - 5 în orașul Geoagiu
 - 4 în comuna Orăștioara de Sus
 - 2 în comuna Aurel Vlaicu
 - 1 în satul Orăștioara de Jos, comuna Beriu
 - 1 în satul Gelmar, comuna Aurel Vlaicu
 - 1 în satul Căstău, comuna Beriu
 - 4 în satul Sibișel, comuna Beriu

- 1 în satul Costești, comuna Orăștioara de Sus
- 4 în satul Pricaz și Pricaz-Fabrică, comuna Turdaș
- 3 în comuna Turdaș
- 1 în comuna Mărtinești
- 2 în satul Jeledinți, comuna Mărtinești
- 4 în comuna Romos
- cu 21 de bărbați (10 din urban și 11 din rural)
 - 6 în orașul Orăștie
 - 4 în orașul Geoagiu
 - 1 în Geoagiu Băi
 - 1 în satul Gelmar, comuna Aurel Vlaicu
 - 4 în satul Pricaz și Pricaz-Fabrică
 - 1 în satul Orăștioara de Jos, comuna Beriu
 - 1 în satul Jeledinți, comuna Mărtinești
 - 3 în comuna Romos.

“EȘANTIONUL” DE FEMEI ȘI CONTEXTUL SOCIAL

Femeile intervievate de noi nu constituie un eșantion în sensul strict al cuvântului, pentru că ele n-au fost alese conform metodologiei eșantionării sociologice (ce stă la baza anchetelor sociale cantitative) și, în acest sens grupul lor nu este reprezentativ în sensul în care un eșantion sociologic este. Totuși, numărul mare de interviuri făcute și discuțiile aprofundate cu femeile și cu bărbații aleși conform metodologiei antropologice ne fac să susținem că experiențele, sensurile și concepțiile identificate, descrise detaliat și prin cuvintele proprii ale interlocutorilor noștri reflectă în mod adecvat anumite modele de experiențe și concepții, care apar și pot fi întâlnite în contexte social-economice asemănătoare.

Dat fiind faptul că cercetarea noastră este o **cercetare aplicativă**, trebuia să căutăm modalitatea cea mai eficientă de a ajunge la acele categorii sociale la care, precum am presupus, programele de intervenție în domeniul sănătății reproducerii nu au ajuns din varii motive. În speță, trebuia să identificăm femeile care nu folosesc metode moderne de contracepție pentru a putea ajunge la ele ulterior în vederea creșterii șansei lor de a avea acces real la ele. Trebuia, altfel spus, să cunoaștem condițiile, experiențele și concepțiile lor, pentru a căuta mai apoi căile cele mai eficiente care pot duce la o schimbare, în speță la creșterea șansei lor de a trăi cu drepturile lor reproductive, de a

alege cele mai adecvate metode de contracepție fără să fie nevoite să recurgă la avort, ca la o ultimă, și de cele mai multe ori disperată alternativă. Plecînd de la această nevoie, cea mai eficientă metodă de a le identifica a fost alegerea unor adrese din fișele de internări în spital, la care am avut acces în urma aprobării primite, pe baza prezentării proiectului, de la directorul spitalului. Intervievarea femeilor internate în momentul respectiv nu ni s-a părut o metodă bună: mediul spitalicesc și condiția lor ar fi făcut ca relațiile noastre cu ele să rămîină la niște contacte formale, și să se desfășoare în contextul unei nedorite relații de putere. Vizitîndu-le la domiciliu, în mediul lor familial, ele au avut șansa să ne refuze dacă au dorit acest lucru, și oricum, s-au putut simți mai confortabile în fața străinilor ce am fost pentru ele.

Spitalul nu avea o bază de date computerizată, doar din ianuarie 2004 au început să introducă datele în calculator și să facă statistici electronice, dar n-am avut acces la ele. Pe lîngă dosarele cu fișele de internare ne-au mai fost utile și cele două caiete (de tip școlar de cîte 50 de pagini!) – cu titlul “Avorturi și întreruperi” – în care am găsit niște statistici pentru perioada 2000-2003 pe grupe de vîrste legate de avorturile la cerere și avorturile incomplete (avortul la cerere aici a apărut ca “întrerupere”, iar avortul incomplet ca “avort”). Din dosare am ales cele din perioada 2003 ianuarie – decembrie, notîndu-ne cazurile de internări cu avort la cerere sau avort incomplet, respectiv internările pentru nașteri avînd în antecedente avort. Am selectat în total circa 130 de adrese din orașul Orăștie (str. Pricazului, str. Mureșului, str. Dîgului și str. Muzicanților/comunitate de romi, Stadionul Mecanica Orăștie/comunitate de romi, str. Gării, str. Dealul Mic, str. Eroilor, str. Viitorului, str. Gheorghe Lazăr, str. Unirii), din orașul Geoagiu (str. Muzicanților/comunitate de romi, str. Calea Romanilor), din comuna Aurel Vlaicu (satele Aurel Vlaicu și Gelmar), din comuna Beriu (satele Beriu, Sibișel, Orăștioara de Jos, Căstău), din comuna Turdaș (satele Turdaș, Pricaz și Pricaz-Fabrică/comunitate de romi), din comuna Mărtinești (satele Mărtinești și Jeledinți), din comuna Orăștioara de Sus (satele Orăștioara de Sus și Costești) și din comuna Romos (satele Romos și Romoșel). Spre exemplu, din fișele de internare din decembrie 2003 am putut observa că dintre cele 92 de femei internate, în marea majoritate a cazurilor născute în anii 1970, 56 au avut avort în antecedente sau au fost internate acum pentru întrerupere de sarcină: dintre ele 29 au fost din orașul Orăștie, 5 din orașul Geoagiu, și 22 din rural.

Din lista de 130 de adrese astfel alese am reușit să găsim la domiciliul lor 53 de femei care au acceptat să ne dea interviu, 25 din mediu urban și 28 din mediu rural (în cîteva cazuri am vorbit și cu persoane care nu erau pe listă). Pe lîngă aceste interviuri am făcut 21 de interviuri cu bărbați, în cea mai mare majoritate a cazurilor partenerii femeilor de pe lista noastră, care și-au exprimat acordul în acest sens.

Principiile contactării interlocutoarelor noastre au fost următoarele: personalul medical de la spital nu știa de adresele la care efectiv am făcut vizitele și am realizat interviurile; persoanelor care au acceptat să stea de vorbă cu noi nu le-am spus că le-am ales pe baza fișelor de internare la spital, ci că au fost alese aleatoriu, pe baza adreselor; la intrarea noastră le-am cerut acceptul pentru a discuta cu noi despre condițiile lor de viață și de sănătate, precum și despre relațiile lor de cuplu, inclusiv reproducere și planificare familială; intervievaților li s-a asigurat anonimitatea și confidențialitatea:

informațiile procurate nu vor fi legate niciodată de ei/ele ca persoane identificabile prin nume sau adresă; acolo unde s-a pus problema, le-am dat informații despre accesul (gratuit) la anticoncepționale.

Iar în **utilizarea informațiilor** ne ghidează următoarele principii: aceste informații au menirea să ilustreze modele de gândire și de comportament legate de utilizarea metodelor contraceptive, precum și de avort; scopul ultim al cercetării este identificarea condițiilor care facilitează folosirea acestor metode și ale obstacolelor care stau în calea acesteia, precum și creionarea schimbărilor ce ar trebui realizate în modurile de gândire și practicile cotidiene legate de controlul reproducerii, dar și în sistemul medical menit să asigure sănătatea reproducerii pentru întreaga populație (inclusiv pentru categoriile defavorizate).

Precum ne-am dat seama chiar din prima zi a interviurilor, alegerea adreselor pe baza metodei descrise mai sus a fost precedată de o condiție care nu depindea de noi, de o anumită preselectare a **categoriilor sociale defavorizate**. Femeile din aceste categorii sînt cele mai dispuse – datorită condițiilor lor de viață – să continue să recurgă la avort ca la cel mai accesibil instrument al controlului reproducerii, și tot ele sînt cele care financiar nu-și permit să apeleze la serviciile cabinetelor private din oraș. A devenit clar încă o dată, că, investigînd problematica noastră ajungem la probleme sociale mai largi, cum ar fi condiția romilor, șomajul și sărăcia, precum și starea precară a sănătății populației care trăiește de pe o zi pe alta.

Urmînd traseul adreselor noastre, ni s-a creionat un teren aparte, compus din “cartierele de romi”, separate și ca spațiu fizic de mediul mai larg (str. Digului și Muzicanților din Orăștie, str. Muzicanților din orașul Geoagiu, Stadionul Mecanica Orăștie, “dealul” din comuna Romos, Pricaz-Fabrică din satul Pricaz, comuna Turdaș), precum și blocurile de tip garsoniere de categoria a treia din orașul Orăștie, de obicei fără apă, încălzire și lumină, unele cu WC-ul comun pe coridor, unde locatarii erau chiar amenințați de evacuare în urma scoaterii lor la vînzare de către consiliul local. Dintre aceste zone au fost într-o stare mai bună acele teritorii, unde comunitățile de romi aveau reprezentanții lor în consiliu și unde existau proiecte pentru romi (ex. Pricaz-Fabrică, Geoagiu, Romos), cele mai “uite” fiind cartierele din orașul Orăștie (unul dintre ele, “Stadionul” recent creat ca un ghetou în urma mutării lor de către consiliul local din blocurile menționate anterior. În acest context, pentru unele familii, programul Phare pentru romi de la Școala Aurel Vlad din Orăștie, precum și accesul la Școala Catolică din oraș este un ajutor foarte bine venit (de aceea am considerat util să vizităm și acele instituții, realizînd două interviuri și acolo cu cadrele didactice găsite în timpul verii). Dar pe lîngă aceste spații segregate am avut ocazia să ajungem și în comune mai înstărite, unde prezența sectelor religioase susținute în primul rînd din Belgia a generat o anumită solidaritate comunitară, de care au beneficiat și categoriile sociale deosebit de dezavantajate, printre ei romi (ex. satul Sibișel din comuna Beriu, sau comuna Aurel Vlaicu). Dar chiar și în comunele mai înstărite, adresele ne-au condus la familii cu condiții economice mai precare. Acestea se datoreau faptului că acești oameni nu erau localnici (erau “vinituri”) mutîndu-se în locurile respective în perioada comunistă (au lucrat în fabricile din Orăștie), pierzîndu-și locurile de muncă în urma de-industrializării și neavînd pămînturi pe care să le redobîndească (trăind de pe urma “muncii cu ziua” pe pămînturile altora).

Totuși, printre interlocutoarele noastre am găsit și familii și femei relativ înstărite, dintre ele au apărut cazurile în care se foloseau metode moderne de contracepție (chiar dacă, în anumite momente ale vieții lor, datorită unor diverse circumstanțe și ele au trecut prin experiența avortului).

DOCUMENTELE REZULTATE DIN CERCETARE

Următoarele documente rezultate din cercetare (sau premergătoare ei) sînt atașate la acest raport final:

- ghiduri de interviuri pentru interviurile individuale și de grup (femei, bărbați, ginecologi, asistente medicale la ginecologie, medici de familie, asistentele medicilor de familie, asistente medicale comunitare);
- munca de teren/ programul pe zile și note de teren (31 de pagini);
- interviuri individuale și de grup în sistemul medical și în sistemul de învățămînt (documentul de 93 de pagini conține toate interviurile transcrise);
- interviuri în sistemul medical și în sistemul de învățămînt/sinteza interviurilor (documentul de 25 de pagini sintetizează informațiile preluate din aceste interviuri referitoare la situația generală a sistemului, la contracepție și la avort);
- fragmente din interviurile realizate cu persoanele care nu folosesc contraceptive (95 de pagini);
- fragmente din interviurile realizate cu persoanele care folosesc contraceptive (21 de pagini);
- documente care prezintă fragmente din interviurile realizate cu femei și bărbați structurate pe patru capitole separate:
 - accesul la informații, servicii și contraceptive (6 pagini);
 - concepții despre copii, contracepție și metode contraceptive (64 de pagini);
 - experiențe legate de contracepția modernă (4 pagini);
 - concepții despre și experiențe legate de avort (16 pagini);
- raportul final care, pe lîngă descrierea cercetării include concluziile acesteia referitoare la (1) accesul la contracepția modernă, (2) experiențele legate de contracepția modernă, (3) concepțiile despre contracepție și metodele contraceptive, (4) concepțiile despre și experiențele legate de avort, precum și la (5) sistemul medical.

CONCLUZIILE CERCETĂRII

1. Accesul la informații, servicii și contraceptive

Majoritatea persoanelor intervievate nu foloseau contraceptive în perioada în care întâlnirea noastră a avut loc, dar câteva dintre ele (aproximativ 10 din 47) au utilizat metode contraceptive în trecut (au întrerupt din motive financiare, sau din cauză că alăptează, sau că n-au fost mulțumite, sau din motive de boală). În “eșantionul” nostru femeile care nu folosesc acum contraceptive moderne (47) sînt cu aproximativ de cinci ori mai multe decît cele care le utilizează (10). Asta în pofida faptului că fiecare dintre ele a susținut că știe despre câteva metode, ori de la medicul de familie, ori de la ginecolog, ori de la cunoștințe, ori din reviste, dar nu le folosește din diferite motive. Și mai mult, atît ele, cît și partenerii lor susțineau în principiu că ar fi bine să se protejeze prin utilizarea lor, dar nu făceau acest lucru.

Vorbind despre **accesul lor la contraceptive**, femeile au invocat următoarele impedimente care fac ca, în pofida informațiilor pe care le au despre ele de la doctori, să nu le folosească:

- *eu nu am bani*
- *nu se dă tuturor gratuit*
- *a zis doctorul, dar e pe bani, mie îmi trebuie gratuit*
- *știu de ele, dar dădeam fiță și mie frică să bag sterilet*
- *mi-au spus doctorii că nu pot să iau că am probleme cu glanda (sau cu inima, cu varicele, sau am rană, etc.)*
- *ne-a spus doctorul, dar noi nu folosim așa ceva (bărbat)*
- *doctorul mi-a zis că-mi dă, dar soțul mai vrea copil*
- *doctorița e tînără și nu vorbește despre astea de femei*
- *doctorul mi-a explicat, dar prea tîrziu, trebuia să știu cu cîtiva ani în urmă*
- *s-a dat gratuit, dar n-am avut nevoie, poate în viitor*
- *trebuia să stai la coadă*
- *mai dă gratuit, dar nu m-am interesat*
- *dă gratuit, dar eu mai bine folosesc întreruperea (bărbat)*
- *doctorul a spus că se dă gratuit, dar eu cred că soțul trebuie să aibă mai multă grijă*

- *doctorița a zis să fac copiii așa repede, unul după altul.*

În perioada în care în Orăștie exista cabinet de planificare câteva femei dintre cele interviuate au apelat la serviciile acesteia:

- *m-am dus acolo, dar am luat pe bani*
- *s-a desfășurat și nu mă mai duc la ginecolog, le iau singură*
- *am luat de acolo când era.*

În foarte puține cazuri, deci, accesul la informație înseamnă și accesul de facto la contraceptive, foarte puține femei fac pasul hotărâtor de la informare la utilizare, printre altele spunând:

- *m-am consultat cu medicul că nu mai vreau să risc*
- *nu știu chiar tot, dar mi-o dă gratuit*
- *o să-mi mai dea după ce termin să alăptez.*

Unele dintre ele se jenează ori în fața medicului, ori în fața comunității, această jenă fiind un obstacol în calea procurării contraceptivelor gratuite, chiar dacă este depășit în unele cazuri:

- *l-am trimis pe soțul să-mi aducă și i-a explicat cum să iau*
- *sînt gratuite, dar ne e cam rușine față de ceilalți.*

Informațiile care circulă prin rețeaua relațiilor sociale informale, importante nu doar în mediul rural, ci și în cel urban, la rîndul lor ori stimulează:

- *mi-au spus colegile și am început să iau și eu*
- *am citit din reviste și m-am dus și am cumpărat,*

ori, din contra, obstrucționează utilizarea contraceptivelor moderne:

- *așa zice lumea că fac rău*
- *se zice că îngrașă.*

În rîndul populației investigate **lipsa banilor** pare a fi impedimentul major al accesului la metodele moderne de contracepție. Dar am întîlnit și cazuri în care, nici chiar în condițiile în care femeile știau că în principiu ar avea acces la contraceptive gratuite nu se foloseau de ele. Trebuie să precizăm că **accesul gratuit** nu este perceput de ele ca un drept *de facto*, și nici nu este un drept real fiind limitat de o serie de factori ce țin de cauze structurale, cum ar fi:

- *prea puțini medici de familie distribuie contraceptive gratuite și cei care fac asta, o fac ca muncă neplătită (trebuie să ai norocul ca medicul tău să dorească să ofere*

aceste servicii, cum sînt cazurile, de exemplu, din comunele Romos, Orăștioara de Sus, Beriu, și mai recent Turdaș, sau din Geoagiu, unde se deplasează un medic din Orăștie cu acest scop, sau cei patru, din zece, medici de familie din Orăștie);

- chiar dacă medicii de familie au în pachetul lor de responsabilități de bază consilierea în planificarea familială, din motive de foarte mulți pacienți, lipsă de timp, sau nevoia de a se deplasa prin mai multe sate, nu fac acest lucru, și mai mult, dacă consilierea nu se cuplează cu distribuirea de contraceptive pe loc, nu duce la rezultate;
- la spitalul și policlinica din oraș nu se face acest lucru și nu există cabinet de planificare familială (cel din Orăștie fiind desființat, și oricum, pentru femeile din sate care nu-și permiteau deplasarea la oraș asta nu era o soluție, și, după spusele multora, nici cît exista nu distribuia gratuit contraceptive);
- asistentele medicale comunitare (acolo unde sînt), chiar dacă, lucrînd practic pe teren, au contact permanent cu femeile din categoriile defavorizate nu au printre atribuțiile lor distribuirea gratuită a contraceptivelor, ci doar identificarea problemelor și sesizarea acestora la medici.

În aceste condiții, chiar dacă medicul de familie sau ginecologul (în cele mai multe cazuri după un avort) le spune femeilor despre posibilitatea de a lua contraceptive și le și prescrie, din motive financiare ele nu-și permit să le folosească. În cazul unor femei la toți acești factori necontrolabili de ele se adaugă și faptul de a nu fi asigurate medical, sau chiar lipsa actelor, condiții în care ele depind de bunăvoința medicului de a le consulta.

2. Experiențe legate de contracepția modernă

Experiențele proprii negative, în speță efectele nedorite care sînt legate de utilizarea contraceptivelor mai întotdeauna duc la încetarea administrării, și nu motivează căutarea altor metode. Aceasta înseamnă că și informarea femeilor are mari lacune: ori au folosit ceva (de obicei “pilule”) ce le-a fost la îndemîină fără să consulte medicul, ori nu se mai reîntorc la medic, ori, în cîteva cazuri, medicii nu le consiliează adecvat, nu le oferă alternative.

Printre experiențele negative ale utilizării “pilulelor” stau desigur acelea care produc schimbări nedorite în greutatea corporală:

- *poate de aceea m-am îngrașat*
- *am luat și am slăbit.*

Zvonurile care circulă în comunitate despre experiențele altora sînt și ele impedimente în căutarea și utilizarea contraceptivelor:

- *a fost injectată ca să nu mai facă copii și de asta a murit*
- *i-au băgat un sterilet și a făcut cancer.*

Multe femei, desigur, nu folosesc anumite metode (și nu caută altele) datorită unor **interdicții medicale**:

- *mi-a interzis medicul prezervativul după cauterizare, acum prin fereală*
- *a luat tablete și a apucat-o o hemoragie (bărbat)*
- *din cauza ficatului n-aveam voie, și nici spirale, injecția m-a dereglat total*
- *nu prefer să le iau, pentru că uit, prezervative mai iau din magazin cîteodată*
- *avînd hepatită, mi-e frică să le iau.*

La rîndul lor, femeile **care folosesc contraceptive** și sînt mulțumite de ele accentuează în mod deosebit faptul că aceste metode oferă femeii protecție, chiar libertate:

- *ne protejăm așa, pentru că viața este grea*
- *am fost foarte mulțumită de această metodă*
- *de cînd le iau este bine, nu mi s-a întîmplat nimic*
- *am zis să iau să nu rămîn așa repede gravidă, poți alege pe care le suporți*
- *te simți tu mai bine, cînd le iei, că știi că ai făcut ceva și nu depinzi de el..*

Vorbind despre experiențe, doar într-un singur caz s-a făcut referire (și) la faptul că prin utilizare (a prezervativului, în acest caz) femeia are șanse mai mare să simtă plăcerea sexuală: *el folosește prezervativ, să ajung să mă simt și eu bine, dar mie mi-e rușine să le cumpăr.*

3. Concepții despre copii, contracepție și metode contraceptive

În urma analizei interviurilor făcute am putut identifica o serie de **factori care influențează concepțiile despre contracepție și metodele contraceptive**, cum ar fi:

- starea materială a persoanelor în cauză;

- modul de viață;
- natura relațiilor de cuplu în care trăiesc;
- concepția despre locul și rolul femeii în familie;
- concepția despre procreare și copii (care la rândul lor se formează și în funcție de factorii precizați mai înainte);
- starea de sănătate;
- concepții religioase.

Pe lângă **motivele financiare**, dar desigur strâns legate de asta, neutilizarea metodelor moderne de contracepție are și explicații ce țin de **modul de viață** al celor în cauză: sărăcia pentru ele înseamnă că trăiesc de pe o zi pe alta, nu-și planifică viața, n-au control asupra condițiilor lor de trai și în aceste condiții nici se gândesc că ar putea controla procrearea, reproducerea, sau, în general sănătatea lor. Stilul de viață care se formează sub impactul instabilității materiale zilnice și de durată, fără perspective de a se schimba, generează sentimente de neputință și aservire. Este totuși de remarcat că majorității femeilor nu le place să pozeze în poziție de victimă (chiar dacă fac asta în raport cu starea lor economică, n-o fac în termenii relațiilor lor sexuale). Oarecum încercând să balanseze situația în favoarea unei imagini pozitive despre ele însele, refuză tabletele (spunând că au auzit că îngrășă și ele vor să rămână frumoase), refuză injectia (motivând cu zvonuri despre cazuri de moarte), refuză steriletul (de frica de cancer despre care “se vorbește”) și refuză prezervativul (chiar cu un fel de mândrie și cu un sentiment de superioritate față de cele care trebuie să se gândească să nu ia vreo boală de la soții lor care umblă aiurea sau față de “*fetele care fac traseul*”, sau din cauză că nu le face plăcere”) nouă ne place cu penisul gol”, sau din motivul că partenerul nu vrea să folosească). Activismul lor (precum ne-am dat seama din relatările mai multor femei române întâlnite) este perceput ca fiind legat de faptul că “*la noi nu se vînd fetele pe bani cum se face la corturari*” și “*noi fugim cu băiatul pe care îl iubim chiar dacă părinții nu ne lasă*”. Această libertate pare a fi pentru ele momentul decisiv al deciziei în materie de relație de cuplu (care poate reveni în momentul în care își părăsesc partenerul și își caută altul). Copiii urmează după această alegere a lor și majoritatea îi asumă ca atare (“*noi nu ne lăsăm copiii*”, “*nouă ni-s dragi copiii*”), indiferent de condițiile materiale precare în care trăiesc. Doar unele, într-o ultimă disperare, își dau copiii “*la stat*”, dar nu pe toți, ținînd cîtiva lângă ele.

Pe lângă explicațiile de mai sus, pentru a înțelege decizia femeilor de a nu folosi contraceptive (sau și mai mult, starea în care nici nu se gândesc că ele ar putea/trebuie să ia o decizie) trebuie să luăm în considerare și **natura relațiilor de cuplu în care ele trăiesc, precum și concepția lor despre rolul (activ sau pasiv) al femeii în aceste relații** în general, și în relațiile sexuale în particular. Am întâlnit cazuri în care bărbații le-au lăsat gravide ca să le țină lângă ei, ele sperînd în același timp că relațiile lor se vor îmbunătăți odată cu nașterea copiilor; dar și mai multe cazuri în care femeile cred că protejarea față de sarcina nedorită este în primul rolul bărbatului și el are metoda în mînă (“*se ferește*”, “*se trage*”, “*are el grijă*”). Sau cazuri în care femeia credea că “*poate în*

afara căsătoriei se folosesc”, dar ea, fiind căsătorită, nu folosea contraceptive (un caz, care iese cumva din tiparul celorlalte, fiind caracterizat ca fiind o situație în care “cu banii nu avem probleme”, în schimb relația de cuplu în care era implicată a fost una cu multe bătaii). Bărbatul ei în schimb susținea că el mai folosește prezervativ din când în când, dar mai mult se ferește, și “*dacă se întâmplă ca ea să rămână gravidă se duce la medic și se sfătuiește cu el*”.

Vorbind despre sarcina nedorită, mulți bărbați își exprimau părerea de rău că femeia trebuia să treacă prin experiența avortului (ori că ei ar fi vrut copilul, ori că se gîndeau la neplăcerea ei, ori că susțineau că “*legea noastră nu permite*”), dar în cele mai multe cazuri și ei și partenerii lor credeau că – chiar dacă, poate este responsabilitatea lor comună că nu s-au protejat – este pînă la urma datoria femeii să rezolve acest lucru, și ține de natura ei că poate să facă asta.

Dacă considerăm că metodele contraceptive moderne se înscriu în instrumentarul “cultural”, fiind un set de intervenții venite din afara procreării biologice, atunci putem spune că în aceste atitudini regăsim concepția tacită conform căreia acolo unde “culturalul” n-a intervenit sau a eșuat trebuie să reintre în joc femeia ca purtătoarea naturii.

În condițiile descrise mai sus **procrearea devine o întîmplare** (“*anul și copilul*”, “*copiii au venit unul după altul*”), de multe ori explicată de femei prin motive ce nu țin de voința lor (“*Dumnezeu ni i-a dat*”). Această atitudine nu are neapărat fundamente religioase, ci este o explicație dată neputinței lor obiectivată printr-un discurs ce face apel la divinitate, deci la un factor care nu poate fi nicicum controlat: Dumnezeu este utilizat aici ca simbol pentru explicarea neputinței lor.

În alte cazuri este invocat ca o explicație la starea de fapt în care sînt multe necazuri, printre altele mulți copii: “*dacă mi le-o dat Dumnezeu, trebe să le port, trebe să le grijesc, nu? Așa năcaz cum ai, trebe să le port. De ce să le dai la stat, de ce să le faci vagabonzi? Alții le duce-n străinătate, le taie, le scoate inima...*”.

Însă în cazurile în care **credința religioasă** este centrală în viața omului ea reglementează procrearea și definește concepțiile despre contracepție, mai precis refuzul de a utiliza metode contraceptive (și, desigur, de a face avort): “*am șase copii și acum vine al șaptelea ... Practic ar fi trebuit să am 10 copii: trei au murit pentru că au avut aprindere de creier. Au trăit, primul trei ani, al doilea doi ani și al treilea patru luni. Astea au fost patimile pentru chemarea lui Dumnezeu. Am pierdut și foarte multe sarcini. Două într-o vară pentru că nu mai țin sarcina. Nu mai știu cîte, multe. Eu sînt de 10 ani la credință, dar de 5 ani pe calea adevărului. Înainte aveam silință pentru pocăință, dar nu împlineam poruncile Domnului. După 5 ani știam frica de Dumnezeu. Cu toți copiii am avut probleme. Gîndul meu ar fi să fie toți cu minte bună. Dar Dumnezeu i-a lăsat pe toți, și cu minte bună și mai puțin bună. Dumnezeu face numai bine, nu face rău. ... Eu am mers spre religia asta. Mi-a plăcut să umblu în căile Domnului. Am avut situații în care am văzut puterea Domnului. Eu am observat pentru că am citit în Biblie și am văzut că nu era cuvîntul lui Dumnezeu, și am zis: Doamne dă să fac voia Ta, și am trecut dincoace la penticostali. Aici e numai adevărul*”.

În unele cazuri nu se folosesc anticoncepționale din **motive medicale**. Cum este și situația unei femei de 31 de ani cu cinci copii făcuți cu doi bărbați, dar nici unul cu cel cu care trăiește momentan (copii dintre care pe primul l-a născut la 15 ani și din acest motiv a abandonat școala), și care nu poate folosi tablete din cauza ficatului, și nici sterilet “*că nu mi-e uterul bun după atâtea nașteri*”. Autoblamarea este reacția ei la această situație: “*am fost mai închisă la minte, nu mi-am dat seama*” sau “*dacă știam mai dinainte de sterilet, îmi puneam după al doilea*”. Ea aparține acelor categorii de persoane care stau în garsoniere de clasa a treia din Orăștie, fără apă și fără curent, fiind amenințați de evacuare în condițiile în care aceste blocuri s-au scos la privatizare de către consiliul local. Sau cum este cazul femeii rome de 37 de ani, căsătorită cu un bărbat de 51 de ani, schizofrenică, care, precum povestea bărbatul ei, “*nici n-o știut că e gravidă, dar dacă l-a făcut să nu-l omoare*”.

Neutilizarea metodelor contraceptive este, desigur, de multe ori datorată **dorinței de a avea copii**. Femeile mai tinere, fără copii, sau cu unul singur, indiferent de condiția materială și de etnie, așteaptă venirea copilului pe lume ca împlinirea relațiilor lor sau ca împlinirea lor ca femei. Am întâlnit cazuri când, din cuplu, femeia și-a dorit cel mai mult să aibă copilul, convingându-l pe partenerul ei de această nevoie (“*am fost foarte fericită când de ziua mea m-a lăsat gravidă*”). Dar și cazuri inverse, când femeia, din motive de vîrstă, sau de condiții materiale, a decis să aibă copilul ca să-i facă pe plac partenerului (“*am fost împăcată că i-am dăruit un copil și acuma nu folosesc nimic că el mai vrea unul*”). Sau cazuri în care, datorită infertilității mai recente (explicată prin munca efectuată în mediu toxic) soția, în semn de recunoștință, dorea neapărat să facă un copil cu cel de al doilea soț al ei. Și cazuri ce țin de stări materiale mai bune, în care se considera că nașterea copilului este printre datoriile unei femei (“*cum le i-e dat bărbaților armata, așa ne e dat nouă să naștem*”), sau că “*e goală casa fără copii*”), sau că “*e bine să ai copii, pentru că te vezi pe tine însuși ce naivă ai putut fi*”. Și altele, cum este exemplul unei femei rome care, într-o situație materială dificilă n-a vrut atîția copii, dar a născut trei fete “*și bărbatu-meu dorea să mai fie-un băiat*”, motivînd cele împlinite și prin argumente de genul “*mi-o dat Dumnezeu norocu ăsta că am copii*”, sau “*la un om năcăjit, asta-i bucuria, copiii, ca la bătrânețe să-i avem lângă noi*”. Sau cazul femeii rome care s-a căsătorit că nu mai dorea să fie singură (a crescut singură cu tatăl ei) și a născut o fetiță care, chiar dacă “*nu mi-a fost dragă la început, acum e o bucurie*”, că “*la început era așa, micuță, slăbuță, mi-era oarecum frică de ea*”.

Printre interlocutoarele noastre am găsit puține, dar totuși, cîteva **femei singure**, divorțate sau văduve sau părăsite de concubini, cu sau fără copii, cărora ori le era frică să mai caute pe cineva după prima experiență negativă, ori nu găsiseră încă un nou partener stabil. Nici una nu folosea contraceptive ceea ce ne-ar lăsa să credem că, în lipsa relațiilor sexuale stabile nu se gîndeau la protecția împotriva sarcinilor nedorite. Am întâlnit însă femei recăsătorite sau intrate în concubinaj după divorț exact în momentul în care au rămas însărcinate cu noii parteneri. Copilul pare a fi un mijloc de a intra într-o nouă

relație de cuplu, sau, cum ni s-a relatat în alte cazuri, “*cheia căsătoriei*”, instrumentul prin care părinții puteau fi convinși să-și dea acordul pentru căsătorie.

Printre femeile care nu folosesc contraceptive am întâlnit și femei care au susținut foarte hotărât nevoia de a le utiliza. Cum este cazul unor femei mai în vârstă (“*care-s proști mai fac copii, cu toate că-s necăjiți, și acum au de toate să nu mai facă, de ce să mai faci copilul ăla să trăiască*”). Sau cazul unora care nu folosesc pentru că nu mai pot să facă copii, dar care “*le desconsideră*” pe femeile care în zilele de azi, având atâtea metode la dispoziție, ajung la avort sau să-și abandoneze copiii.

*

Femeile care folosesc contraceptive au o **situație financiară mai înstărită** decât cele de mai sus, chiar dacă percepția sărăciei și a condițiilor materiale precare, sau cel puțin instabile este prezentă și în cazul lor. Ele însă, în marea majoritate a cazurilor sînt femei care sînt angajate (în unele cazuri chiar cîștigă mai bine decât soții) sau cel puțin au lucrat mai demult. Chiar dacă foarte puține recunosc că acest lucru ar fi important, chiar prioritar în viața femeii, toate au o atitudine mai fermă, sau cel puțin o dorință de a controla procrearea în viața de cuplu, asta și în condițiile în care sînt mulțumite de relațiile lor, și, desigur, se bucură de copiii pe care îi au.

Printre motivele invocate de ele în favoarea utilizării contraceptivelor regăsim cele de ordin material (“*nu ne permitem mai mulți*”, “*mai bine să te protejezi decât pe urmă să faci avort sau să-i lași pe drumuri*”); dar și motive ce țin de gîndirea despre cîți copii este bine să ai (“*cel puțin unul trebuie să ai, căci copilul aduce bucurie în viață*” sau “*o să ai pe cineva lîngă tine*”; “*e bine să fie doi să nu fie singuri*” sau “*nu șii ce se poate întîmpla cu ei*”; “*nu e bine să ai mai mulți, pentru că este foarte greu pentru o femeie să aibă grijă de toți*”). Este de menționat că printre motive apare și cel al plăcerii sexuale, astfel “*sexul nu rămîne o obligație pentru o femeie, ci o plăcere*” sau “*așa am timp să mă pot simți și eu bine*”.

În cazul acestor femei informațiile despre contraceptive (primite de la medici sau de la cunoștințe, sau luate din reviste) duc la **căutarea modalităților de access** la ele. Unele le primesc gratuit, altele își permit să le cumpere avînd rețetă, sau chiar le cumpără din farmacii și le folosesc fără să meargă la medic. Dacă din motive de sănătate (contraindicații medicale la probleme cu ficatul, varice, inimă, tensiune, organe genitale) nu pot folosi tablete sau sterilet, utilizează prezervativ. Este de remarcat că, totuși, accesul la informație nu înseamnă neapărat acces la cunoștințe fundamentate medical. Asta mai ales în cazul tabletelor (unele le iau fără să consulte un medic), dar și în cazul steriletului și injectabilelor, despre care nici între medici nu există consens (de ex. medicii de familie care distribuie contraceptive gratuite au dreptul să administreze injectabile, dar nu au dreptul să introducă sterilet, la spital nu se fac injectabile, ci mai degrabă se propune sterilet în cazul în care tabletajul este contraindicat).

În unele cazuri căutarea contraceptivelor este acompaniată de sentimente de frică și jenă. Față de medic, sau față de comunitatea în care trăiesc, fie ea familia (mai ales în

cazul fetelor minore, nemăritate), fie comunitatea religioasă de care aparțin (“*te vorbesc pe la spate în biserică*”), dar pînă la urmă astea ori se depășesc, ori cele în cauză reușesc să facă totuși asta (eventual în secret, sau trimițîndu-și soțul să le ia), rămînînd cu sentimente ambivalente.

Oricum, utilizarea contraceptivelor se întîmplă în contextul unor condiții și a unei gîndiri compatibile în general cu **nevoia de a planifica** și de a-ți crea siguranța, atît în termeni materiali, cît și “*ca femeie care are grijă de ea*”. Multe vorbesc despre asta ca despre un semn al respectului femeii față de sine, sau despre o modalitate de a se proteja în condițiile în care ele trebuie să poarte consecințele, “*căci bărbații nu știu cum este*”. Mai mult, unele, chiar dacă foarte puține, consideră că acest gest (controlul reproducerii, spunem noi) este condiția ca femeile să se simte libere (“*ești mai bine, simți că tu faci ceva pentru tine, nu te lași pe seama lor*”).

O situație aparte în categoria femeilor care foloseau contraceptive sînt cele care **nu le utilizau în perioada în care a avut loc întîlnirea noastră, dar au folosit cu ceva timp înainte**. Printre ele regăsim cazuri în care administrarea s-a întrerupt din motive financiare (nu se mai primesc gratuit, sau s-au scumpit în farmacii, sau ar avea nevoie de altele mai scumpe decît cele dinainte). Sau cazuri în care femeile, avînd nou-născuți, alăptau și le era contraindicată folosirea tabletelor. Motivele de boală apărute (probleme cu inima, cu varice, sau răni descoperite pe uter) au făcut și ele imposibile utilizarea continuă. Am găsit și cazuri în care femeia nu mai putea să facă copii, sau bărbatul a rămas inpotent. Sau cazuri în care, desigur, de-a lungul vieții sale femeia a avut diverse experiențe ale relațiilor de cuplu: în perioade de instabilitate (cînd se pregătea să divorțeze sau cînd încă nu era decisă să intre într-o relație de durată) ea a întrerupt utilizarea tabletelor și, rămînînd însărcinată, a făcut repetate avorturi.

Femeile care folosesc metode moderne de contracepție au reușit să rupă cercul vicios din care celelalte femei nu pot să iasă (sau, mai precis, nu au intrat în el): îți trebuie o oarecare siguranță și stabilitate (în condițiile tale materiale și ale relației de cuplu în care trăiești) pentru a controla reproducerea și pînă la urmă propriul corp, dar acest control, la rîndul lui, sporește gradul de stabilitate și de confort psihic, fizic și material. Sau invers: lipsa stabilității duce la lipsa controlului, care la rîndul lui sporește nesiguranța. Dar trebuie să menționăm că depășirea acestui cerc vicios nu ține de dorința și capacitatea personală a femeilor de a face acest lucru. În condițiile în care lipsa stabilității lor se datorează situației materiale (nu se găsesc locuri de muncă; ajutorul social și alocația copiilor este, desigur insuficient, sau în unele cazuri nu se primește; căminul este într-o stare deplorabilă, fără apă, încălzire, curent, sau chiar există pericolul de a-l pierde) acest cerc vicios este parte al unei condiții structurale de dezavantajare socială care se reproduce de-a lungul generațiilor și care depășește posibilitățile indivizilor de a schimba ceva. Este astfel, pînă la urmă, un element al discriminării

structurale a femeilor, o discriminare dublă, generată la intersecția faptului că sînt femei (reproducerea trecînd prin corpul lor) și a faptului că trăiesc (alături de partenerii lor) în condiții economice precare. În cazul femeilor rome această discriminare devine una triplă, ele trăind în comunitatea cea mai defavorizată. “Noi sîntem cei mai necăjiți”, ne spuneau în “cartierele de romi” pe unde am fost, situate pe strada Digului și Muzicanților din Orăștie, la Stadionul Mecanica din Orăștie, în Pricaz-Fabrică din satul Pricaz, și pe strada Muzicanților din orașul Geoagiu.

4. Concepții și experiențe legate de avort

În marea majoritate a cazurilor femeile cu care am discutat au recunoscut că au făcut avort la cerere, sau au pierdut sarcini, deci aceste concepții s-au format pe de o parte pe baza experiențelor lor trăite, iar pe de altă parte sub influența convingerilor culturale și/sau religioase dominante în comunitățile în care trăiesc. Din interviuri se creionează următoarele concepții despre avort:

O decizie din care rezultă necazuri în familie

Am omorît un suflet ... dar n-am vrut să-mi fie greu cu atîția copii, că el nu mă ajută ... la cabinetul privat se face mult mai bine ... nu știam ce să fac cu voința lui Dumnezeu ... pe urmă nu-mi mai mergea căsnicia, de la avort s-a tras asta.

Pericol pentru viața și sănătatea femeii

Acum nu de mult a murit la noi o fată la 24 de ani că maică-sa a tot trimis-o la avorturi ... dar pentru fetele de azi contează profitul, ele nu vor copii.

A fost o fată care a încercat să scape și a făcut tot felul și a murit.

Avortul dăunează sănătății femeii, ar fi bine să urmeze cursuri educative, să nu se ajungă la așa ceva (bărbat)

Aici în sat a murit una de vîrsta mea după avort

La noi la spital te chiuretează de batjocură...(bărbat)

Decizia femeii într-o relație de cuplu nedorită

Am suferit mult lîngă el, n-am vrut decît un copil, și am făcut de toate

Soțul mă bătea, mă lăsa gravidă să mă țină lîngă el, dar pînă la urmă l-am convins și pe el că așa-i bine

Eram toată vînătă pe față cum mă bătea, îmi spunea că nu e copilul lui

Un păcat

Avort n-am făcut ... am avut o pierdere ... cîți copii dă Dumnezeu ...

Decît să faci un avort mai bine să faci un copil (bărbat)

E cam și cum omori un om

E păcat că e o viață

Femeile care fac avort nu iau în seamă că Dumnezeu a lăsat binele și asta trebuie să se îplinească

Sînt o mamă criminală ... nu este creștinește

Să-l naști mai bine, cu toate greutățile

Este păcat de Dumnezeu

O decizie practică

N-aș fi putut să-i cresc pe toți

Prima dată am zis că-i devreme să am un copil... a doua a venit și ea prea repede după primul ... dacă nu-l dorești, e mai bine să faci avort, decît să-l chinui după ce-l naști ... nu e ceva rău să faci avort

Unii n-au încotro

Cînd rămîn greoaie mă duc la avort

N-am făcut decît un avort, mari merge trei sau patru

Ăștia de aici, vai și amar de capul lor ... și avort îți face pe gratis dacă ai patru copii

Cînd rămîneam însărcinată mai făceam întrerupere

Am avut un avort cînd tatăl copilului s-a dus la pușcărie

Am zis că nu ne trebuie

Dacă vine un copil nedorit, n-o să-l faci

Sînt femei care nu au cu ce-l crește

Dacă nu ai stabilitate materială și o relație stabilă ...

N-am vrut să avem doi

Dacă n-aș avea încotro, aș face, atunci nu te gîndești la risc și sînt păcate și mai mari

Prea repede a venit după primul copil

Dreptul femeii

Ai dreptul la gratuitate ...

M-am dus la spital acum două săptămîni și au zis că nu-mi fac, să mă duc la particular

Dacă am văzut că ei nu știu să hotărească, am hotărît eu

Nepermis de legea comunității

Nu putem să le trimitem la avort, așa-i legea noastră (bărbat)

Încercare nereușită

Ne-a zis că nu se poate, că e prea tîrziu

Era sarcina prea mare, și nu mi-au făcut, m-am rugat ca atunci măcar să fie băiat

Acum la noi nu se mai fac întreruperi la spital

Decizia altora în locul femeii implicate

Și ea trebuie să fie de acord dacă-i zic eu (bărbat)

Soră-ma, care mă ajută din Spania, m-a trimis la chiuretaj

Nu s-a putut atunci să avem copilul, nu mă accepta tatăl ei (bărbat)

N-am avut ce face, a rămas însărcinată și era obligatoriu să-i zic (bărbat)

Suferință psihică

Suferința e mai mult psihică, că în rest, cu injecție nu simți durere

Femeile rămîn mai marcate că sînt sensibile

Ceva ce nu se face

Sînt metode bune, și dacă nu le folosești, de ce trebuie să te culci (femeie care nu poate avea copii)

Nu sînt de concepția asta

Trebuie să faci ceva din timp ca să nu rămîi dacă nu vrei

N-aș face, mi-ar fi frică

Am lucrat în mediu toxic, am pierdut cinci sarcini, acum neapărat vreau să-i dăruiesc un copil

Pe atunci nu se putea face, te înregistra și controla (femeie de 57 de ani)

Lumea de azi e foarte urîță... Sînt multe femei care se duc și îi fac marinari

În contextul neutilizării metodelor contraceptive (și a situațiilor materiale și ale concepțiilor culturale descrise mai sus) se creează situații în care avortul este perceput ca singura soluție concretă și realizabilă ce ține de puterea și decizia lor. Și mai ales dacă au deja patru copii, sau sînt minore este și o alternativă accesibilă, fiind gratuită. Pe de altă parte, contactarea medicului pentru a beneficia de serviciile avortului la cerere se înscrie într-o anumită cultură a sănătății pe care am identificat-o în cadrul populației investigate ca fiind dominantă. Aceasta este caracterizată prin definiția sănătății drept lipsa bolii, prin contactarea medicului doar în caz de boală (și nicidecum pentru prevenție), prin tratarea medicului ca un personaj necesar în anumite situații (dar de evitat în general), precum și prin așteptarea unei intervenții concrete din afară în vederea remedierii situației.

Gîndirea în termeni de risc sau de păcat despre avort (care în unele cazuri apare la femeile care trăiesc în condiții mai bune, chiar dacă la multe dintre ele acesta se definește ca o decizie practică) pare a fi un lux care “nu-și are locul” în toate contextele. Aceste considerente se minimalizează în favoarea nevoii de a face totuși ceva, de a decide și de a controla ce se întîmplă cu ele.

Acceptul partenerului nu este neapărat importantă pentru decizia de a face avort (chiar dacă am întîlnit și cîteva, dar puține, cazuri în care bărbatul a luat această decizie). Acesta ori “*se lasă convins*”, ori – mai ales în cazul în care decizia femeii este un gest de rezistență față de o relație de cuplu nedorită – “*nici nu trebuie să știe*”.

Dacă din varii motive femeile nu pot recurge la avort ca la un ultim instrument prin care își pot spune cuvîntul în acest segment al vieții (de ex. au sarcina prea mare, sau, cum se întîmplă acum la spitalul din Orăștie, aceste servicii nu se mai oferă, fiind trimise eventual la cabinetul particular oricum inaccesibil pentru ele), revin la resemnare sau la autoblamare, dar neapărat și la bucuria de a avea copii, chiar dacă nu au condiții materiale favorabile pentru creșterea lor. De remarcat este și faptul că, în aceste situații, satisfacția de a avea băieți este mai mare decît cea legată de nașterea unei fete, căci de ei “*nu trebuie să ai atîta grijă*”, sau “*te ajută mai mult cînd sînt mari*”.

5. Sistemul medical

Sistemul medical care ne-a interesat pe noi, cel care are tangențe cu sănătatea reproducerii, a fost compus din secția (redușă la compartiment) de ginecologie din spitalul orășenesc, din medicii de familie din mediul urban și rural, din asistentele medicale comunitare, precum și din departamentul “Mama și Copilul” al Direcției de Sănătate Publică din Deva. Ceea ce privește relațiile din cadrul acestui sistem, cea mai tranșantă caracteristică a lor s-a dovedit a fi lipsa de comunicare și, în consecință, de colaborare între actorii acestui sistem, și blamarea reciprocă pentru multele neajunsuri în materie de îngrijirea sănătății (femeilor), în particular pentru crearea unei situații în care consilierea femeilor legată de contracepție, precum și accesibilitatea metodelor

contraceptive să cunoască mari lacune. Menționăm că în oraș nu mai există cabinet de planificare familială, și că toți interlocutorii noștri consideră că ar fi utilă redeschiderea acestuia.

Pe baza interviurilor individuale și de grup realizate în sistemul medical sintetizăm mai jos **problemele majore ale acestuia**, văzute desigur prin prisma experiențelor și concepțiilor cadrelor medicale care ocupă poziții diferite în acest sistem.

“Secția” de ginecologie a spitalului din Orăștie

Aici regăsim o anumită stare de dezamăgire față de situația actuală, pornind de la reducerea secției la un compartiment, decizie luată de directorul spitalului, psihiatru, care și-a extins secția de psihiatrie tocmai în defavoarea secției de ginecologie (*este o luptă pentru supremație aici*). Unii medici sînt iritați de faptul că azi în sistemul medical *este prea mare libertate, lipsește controlul*, chiar pesimiști față de ceea ce se întîmplă, și frustrați pe planul realizării profesionale, resimțit mai ales în contextul celorlalte specializări din spital față de care ginecologia și-a pierdut prestigiul. În unele cazuri ei își exprimă nemulțumirea față de munca medicilor de familie, considerînd că aceștia nu-și fac bine treaba. Nu știu despre asistentele medicale comunitare, în această zonă deci nu există colaborare cu ele. Toți ginecologii au cabinete private ori în Orăștie, ori în Deva, astfel, vrînd-nevrînd se face o diviziune a muncii între pacientele mai înstărite (care-și permit să meargă la privat) și cele sărace (servite la spital).

Ceea ce privește opiniile despre funcționarea sistemului medical, la secție am întîlnit observații de genul: *legislația ne încurcă, se schimbă prea des, vine un ministru nou și anulează ce a făcut cel dinainte; la noi s-au făcut foarte mari reduceri, au făcut și în alte domenii, dar aici este parcă și mai drastic. Ne-a rămas doar consultația primară și controlul; toate analizele costă; nu avem formal nici o legătură cu laboratorul din Deva, trimitem materialele pentru analiză te mai miri cum. Se bagă în borcănaș, în traistă și se duce la Deva. Rezultatul vine peste 10 zile. Dacă nu merge aparținătorul, lucrurile se mai și pierd. Căile legale deci sînt foarte limitate, e un haos total; nu mai avem nici linie de gardă, facem garda împreună cu ortopedia și chirurgia, și asta e o problemă și în cazul nașterilor, mai ales celor cu probleme; așa este cu medicina la normă, este pînă la urmă în detrimentul sănătății*. Sau păreri despre caranțele sistemului medical, care nu funcționează cum trebuie, doarece, *de multe ori, neavînd suficiente internări ca să ne justificăm existența, tragem de paciente să le internăm, este o tîmpenie că trebuie să ne facem norma în așa fel*. În aceste condiții, spre exemplu, avorturile la cerere apar înregistrate ca avorturi incomplete (spontane) pentru a le putea puncta pentru medic ca acesta să aibă numărul de intervenții obligatorii pentru primirea salariului.

Decizia luată de acum două luni la secție, de a nu se mai face avorturi la spital este susținută prin următoarele argumente: reducerea secției de ginecologie la statut de compartiment, și, implicit, reducerea numărului de paturi; normarea practicii medicale și scoaterea din punctajul care contează în norma plătită a medicului specialist a avortului la

cerere: *avortul a devenit o muncă voluntară pentru noi, banii intrau în bugetul spitalului, dar nu reveneau la secție; avortul a devenit un târg; țișăncile au continuat să vină la spital pentru avort, și ele sînt murdare și put și aduc toată nenorocirea lor cu ele la spital, și oricum ele numai asta pot să facă, să facă copii și apoi avort.* Întrebarea care se pune în aceste condiții, este ce se va întîmpla cu acele femei care vin la spital pentru a face avort la cerere, sînt refuzate aici și nu-și pot permite financiar să meargă la cabinetele private. Se întrevede aici riscul de a se întoarce la metodele empirice (din perioada comunistă) prin care să-și provoace avort singure. Există, totuși, puncte de vedere diferite la secție în legătură cu această decizie. În acest context regăsim și atitudini care definesc avortul la cerere în termeni morali (*nu mă mai spăl de aceste păcate*). Dar și un discurs sensibil social, ceea ce diferă desigur de cel cu tendințe anti-rome sau de cel moralizator. *Cele mai afectate de schimbările actuale sînt femeile sărace, eu le-am ajutat cît am putut pînă acum, dar acum nu mai merge.* Soluția care se creionează este procurarea la policlinică a instrumentarului necesar pentru avorturi, pentru a putea, totuși, oferi aceste servicii femeilor care, din motive financiare, nu au access la practica privată.

Asistentele medicale din secție nu-și apreciau munca proprie față de munca medicilor, cu toate că, de exemplu, în cazurile fără probleme doar ele asistă nașterea de la început pînă la sfîrșit. Par a fi mulțumite de condițiile lor, de munca lor, nu se plîng de nimic (în condițiile formale ale focus grupului n-am reușit să le facem să fie mai sincere în acest sens, și, desigur, în condițiile date, este de înțeles că nu riscau să vorbească din altă poziție, decît cea formală pe care o au în ierarhia spitalului). Una dintre ele știa de existența asistentelor medicale comunitare, dar nu știa exact ce fac ele. Ne-am dat seama încă o dată că în interiorul sistemului medical comunicarea între medicii primari și medicii specialiști nu este bună, în spital există multe prejudecăți față de medicii de familie, respectiv față de munca lor cu pacienții. Ele au povestit despre cazurile sociale fără acte și despre cazurile în care mamele fug de la spital după ce nasc, dar nu neapărat pentru a le critica, mai degrabă au dat semne de înțelegere față de ele, spunînd: *au alți copii mici acasă, merg să le dea de mîncare, apoi vin să-și scoată copilul*, dar unele îl abandonează de tot, nu vor să meargă nici la centrul de plasament unde ar putea să stea o lună în condiții bune și să caute o soluție între timp. Ele consideră că de multe ori femeile nu vin la controale pentru că se tem că dacă se internează și lipsesc de la serviciu trei zile, își pierd locul de muncă, așa că *trag pînă nu pot, nu vin nici la controale uzuale, unele vin doar cînd nasc.* Cred că *medicii de familie ar trebui să le trimită la controale, dar asta depinde de conștiința lor* (regăsim și aici blamarea medicilor primari).

Medicii de familie din mediul rural și urban care au făcut cursul de planificare familială

De la Direcția de Sănătate Publică am aflat că dintre cei 13 medici de familie din oraș 4, iar dintre cei 10 medici de familie din zona rurală 8 au făcut cursul de planificare familială și distribuie gratuit contraceptive. Dintre aceștia, la focus grupul nostru au participat efectiv trei medici din rural, și un medic din Orăștie.

Ei consideră că preocuparea față de sănătate a populației stă pe ultimul loc, și oricum, majoritatea oamenilor trăiesc de pe o zi pe alta, nu-și planifică nimic. Doi dintre ei au experiențe pozitive în colaborarea cu familiile de romi (*își îngrijesc bine copiii, le dau piept, și de asta sînt mai sănătoși*). Unul dintre medici îi respinge hotărît (încearcă chiar să scape de ei, se bucură că nu are mulți pe listă), crede că nu este corect ca romii să fie ajutați mai mult decît românii.

Identifică o serie de probleme în sistemul medical care le îngreunează activitatea, cum ar fi: medicii au un prestigiu căzut în fața populației pentru că nu sînt dotați pentru analizele solicitate; de un timp s-a tăiat drastic suma care li se alocă de la CAAS, de la 14% la 4% din asigurările de sănătate plătite de pacienții lor, astfel nu pot să-și dezvolte cabinetele, *sînt responsabilități mai mari și bani mai puțini*, este multă birocrație; medicul de familie nu are prestigiu nici în sistem, și nici față de pacienți și sistemul este de vină pentru asta: *medicul de medicină generală a fost discreditat; sîntem discreditați deoarece este inflația de sisteme de investigație, astfel încît pacientul vine la cabinet și cere direct ecografie; eu încep să fiu căutat nu pentru consultație ci să îi dau o hîrtie să se ducă la ecografie. Dacă nu-i dai, e o problemă, pleacă de la tine și se înscrie la altcineva. Vin și pentru RMN, adică computer tomograf, că îi doare capul; tot o problemă de sistem este și cu controlul medical periodic, asta este cea mai elocventă dovadă a lipsei de educație. Ar trebui să existe prezentarea obligatorie la consultație o dată pe an. Noi avem obligația să o facem, pacientul ar trebui să aibă obligația să se prezinte, în cadrul acelor drepturi și îndatoriri ale pacientului conținute în cadrul sistemului. Dacă nu te-ai prezentat să-ți pierzi calitatea de asigurat sau să fie cumva sancționat.*

Asistentele medicilor de familie care au făcut cursul de planificare familială.

Dintre cele invitate, la interviu au participat doar două asistente: una din oraș, și una din mediul rural. O ierarhie s-a instalat între ele brusc, fără să fi putut noi controla prea mult situația, totuși am reușit să le facem pe amîndouă să vorbească, chiar dacă discuția a decurs pe un ton cîteodată contestatar în ambele direcții. Totuși, la sfîrșit au plecat împreună, gîndindu-se la înființarea unui sindicat. Se pare că există și nemulțumiri față de doctorii cu care lucrează, chiar dacă de-a lungul discuției au negat acest aspect, cel puțin în materie de salariul primit.

Într-un final amîndouă recunosc că în sate situația populației este mult mai gravă decît în oraș (aici ele au și pacienți mai înstăriți și e mai ușor cu ei). Acolo oamenii lucrează mai mult, n-au grijă de ei, de multe ori nu le ajung banii pentru medicamente, mănîncă nesănătos. Din această cauză și medicilor de familie și asistentelor lor le este mai dificilă situația, asta și pentru că ei trebuie să se deplaseze în multe sate, în unele locuri nu este nici telefon. Printre pacienți sînt și mulți romi, se face deosebirea între corturari (cei neasigurați, căci sînt și unii înstăriți, care pleacă la lucru în Spania) și ceilalți, precum între cei care sînt lăsați pe seama lor și cei care au reprezentantul lor în consiliu, care îi trimite la medic și le caută de muncă, astfel ei au asigurare medicală și

ajutor social. Sînt de părere că medicina la normă și numărul foarte mare de pacienți este în defavoarea sănătății oamenilor.

Medicii de familie din mediul urban care n-au făcut cursul de planificare familială

Interviul în grup a fost realizat cu acei medici de familie din Orăștie, care nu au făcut cursul de planificare familială (dintre cei 13 de medici de familie din urban doar 4 au participat la curs și distribuie contraceptive gratuite). Dintre cele nouă invitate au participat șase doctorițe. Nu toate știau de existența cursului de planificare familială. Ne dăm seama că informațiile nu circulă bine nici în sistemul medical, nici chiar între colege aparent de același rang

Una dintre participante, cea care are și o părere anti-avort foarte strictă, ne povestește că nici nu are asistentă, sau, mai precis, are, că e obligată să aibă, dar nu lucrează cu ea, pentru că asistentele o încurcă. Prezența ei la interviu este importantă, își spune întotdeauna părerea, chiar dacă aceasta nu este împărtășită de celelalte. Trei dintre doctorițele participante par să fie din clasa de mijloc, cu o pacientură tot din aceea clasă, două dintre ele sînt chiar prietene apropiate (fetele lor au fost împreună în străinătate), ele domină discuția, chiar dacă noi ne orientăm atenția și întrebările către celelalte, nu se lasă “disciplinate”, de multe ori ele continuă să vorbească. Se vede că nu sînt prea interesate de categoriile defavorizate, nici nu prea au contact cu ele, au o părere chiar foarte pozitivă despre realitate (o văd prin poziția lor și nu au cazuri deosebit de problematice).

A existat consens între acești medici de familie în legătură cu faptul că femeile merg mai des la medic, *sînt mai grijulii, vin imediat să se controleze, la bărbați e greu să faci un tratament injectabil, că le e frică*. În lunile de vară mai au timp să povestească mai mult cu ele: *Se destăinuie ca la popă. Femeile altfel vorbesc, sînt mai deschise, nu le e rușine. Mai pun tot felul de întrebări. Sînt mai deschise, dacă au probleme ginecologice, ne întreabă, poate din cauză că sîntem și noi femei*. Totuși, recunosc că și femeile vin la medic mai mult cu sarcina, *sînt conștiincioase, la control vin, și din Digului, se întîmplă să întîrzie o zi-două, dar totuși vin*. O altă doctoriță observă că multe însă nu vin, femeile multipare nu vin, *se întreabă de ce să tot vină? Nu înțeleg care-i rostul, de ce să tot ia Calciu... Se obișnuiesc dacă n-au avut probleme cu sarcinile anterioare, și stau liniștite*. Celelalte contraargumentează că dacă femeia are servicii, atunci poți spune că dacă nu vine, nu primește concediu.

Asistentele medicale comunitare

Am întîlnit nouă asistente din județul Hunedoara, ele sînt angajate în cadrul unui program pilot organizat de Ministerul Sănătății, fiind în subordinea directă a Direcției

Județene de Sănătate Publică. Ca atare, ele colaborează cu serviciul social al primăriei (cu asistentele sociale care fac anchete) și cu mediatorii sanitari (persoane de etnie romă numite de comunitatea romă prin Romani Criss pentru a ține legătura între comunitate și mediu). Sînt împărțite pe zone, unele zone din județ însă nu au deloc astfel de asistente. Dau dovadă de o sensibilitate socială, și chiar dacă se miră cum se pot întîmpla astfel de lucruri, de înțelegerea situației familiilor sărace, inclusiv rome. Ele nu pot distribui contraceptive gratuite, nici măcar prezervative, ar dori să poată să facă acest lucru, ar putea să facă eficient treaba asta, fiind mai aproape de populație. Asistentele comunitare își petrec tot timpul serviciului pe teren, identificând problemele medicale și sociale ale populației din zona de care răspund, urmărind cazurile problematice, și chiar asistîndu-le în drumurile lor la spital, sau la medicii de familie

Șefa lor și inspectoarea DSP/mama și copilul accentuează marea eficiență a programului mai ales în zona Văii Jiului, unde sînt cele mai multe angajate și sînt bine integrate în sistemul medical. Observă totuși, că ele sînt invidiate de asistentele medicilor de familie, pentru că au salarii mai mari, și au birouri bine mobilate.

Menționăm că personalul interviuat din sistemul medical din Orăștie și zonă nu știa de existența asistentelor medicale comunitare, și nici ele n-au căi oficiale de a comunica în acest sistem. De altfel, în această zonă sînt doar trei asistente: una lucrează în Orăștie, răspunde, printre altele, și de locurile vizitate de noi (cum ar fi străzile Digului și Muzicanților/"cartierul de romi"), cealaltă în Geoagiu (inclusiv în cartierul de romi pe str. Muzicanților), iar a treia în Gelmar.

Privind în ansamblu interviurile făcute în sistemul medical, ne putem da seama de insuficiențele și obstacolele din cadrul acestui sistem care țin de impedimentele structurale ale creșterii accesului real la contraceptive (gratuite). Printre ele se află normarea practicii medicale, faptul că pentru consultații legate de anticoncepționale, pentru avorturi la cerere, pentru introducerea și scoaterea de sterilet nu se dau puncte, nu există gratuitate pentru teste Papanicolau, și altele. Toate acestea la un loc, dincolo de concepțiile personale ale medicilor despre sănătatea reproducerii și despre nevoia de a asigura accesul tuturor femeilor (indiferent de etnie și starea materială) la sănătatea reproducerii constituie factorii unei discriminări structurale, tacite (nu neapărat dorită și planificată, dar totuși generată și produsă) față de femei pe baza sexului lor. În cazul femeilor rome această discriminare devine una dublă, produsă la intersecția dintre etnia și sexul lor.

*

Din interviurile realizate cu cadrele medicale deja menționate am putut extrage și cunoștințele lor despre populația cu care lucrează, în speță concepțiile pe care ele le-au identificat ca fiind relevante în acele comunități, precum și experiențele proprii legate de relația medic-pacient. În cele ce urmează prezint problemele legate de **contracepție și**

metode contraceptive, văzute prin prisma interlocutorilor noștri. Procedez la fel ca mai sus, prezentând fragmente din opiniile fiecărui tip de cadru medical.

“Secția” de ginecologie a spitalului din Orăștie

Medicii ginecologi, conform spuselor lor, întotdeauna își sfătuiesc pacientele să folosească metode contraceptive, le prescriu rețete. Unii dintre ei accentuează că și medicii de familie ar trebui să le informeze pe femei mai bine. Consideră că medicii de familie ar trebui chiar să fie obligați să le trimită scrisori femeilor despre contraceptive, să meargă la domiciliul lor să le informeze – altfel informația circulă de la persoană la persoană, și *este important ce anume circulă în popor*.

Există consens cu privire la efectul negativ al desființării Cabinetului de planificare familială din Orăștie, cu toate că nici cît era, *contraceptivele gratuite nu ajungeau acolo, și sterilet n-aveau voie să introducă*. Ceea ce privește impedimentele accesului larg al populației la diferitele metode moderne de contracepție se observă și următoarele: *multe firme vin la cabinetul privat și-și pun reclamele. Problema este că nu aprovizionează sistematic farmaciile, vin, fac reclamă, pe urmă ne lasă baltă. Noi prescriem ceva, și pacienta nu mai găsește la farmacie. Și și mai presus de asta, următoarele: în spital este paralizată partea de contracepție; chiar dacă femeile primesc gratuit steriletul (și e bine că Ministerul Sănătății face acest lucru), trebuie să le taxezi pentru intervenție, cineva trebuie să plătească pentru asta, și atunci ce ai făcut cu cele care nu au bani, pentru care suma de 200 de mii este exagerată. Probabil din cauza asta nici nu se prea folosesc, nici la farmacii nu se găsesc. Problema contraceptivelor este considerată minoră de sistemul nostru medical. Nimeni nu este interesat să se ocupe de asta la modul serios*. La secție regăsim o deschidere față de participarea la cursurile de planificare familială în viitor, chiar și față de distribuirea la spital și la policlinică a contraceptivelor gratuite.

Ceea ce privește opțiunea ginecologilor pentru “pilule” regăsim următoarele considerente: *există o anumită calitate de paciente, unele sînt deștepte, altele însă sînt foarte proaste. Celor deștepte le prescrii pilule, celor mai prostuțe le bagi un sterilet. E nevoie de educație pentru asta. Se adaugă: sterilet nu se prea folosește, nici la farmacii nu găsești, se aduce la comandă dacă se dorește, dar foarte puțină lume folosește. Unii pun sterilet în condiții post-chiuretaj, dar după părerea mea asta este de parcă ai băga o sîrmă în nasul porcului. Această atitudine ne face să credem că nu se prea obișnuiește să se pună sterilet și, desigur, dacă medicii nu sugerează pacientelor această posibilitate oferindu-le informații pertinente, atunci cele din urmă nu vor opta pentru sterilet, intrîndu-se astfel într-un cerc vicios, în care medicii argumentează că sterilet nu se pune pentru că nu se caută, iar femeile nu caută steriletul pentru că acesta nu se prea pune. În plus, în condițiile în care introducerea și scoaterea steriletului nu se punctează pentru ginecologi la spital, ne putem da seama că nu există interes financiar în acest sens. Se mai menționează: ca să-ți pui sterilet, trebuie să fi avut măcar o naștere, și asta îți oferă*

contracepție mai îndelungată. Pe de altă parte se recunoaște: despre injectabile nu cunoaștem foarte mult. Știm că dereglează ciclul, și ai sîngerări, sau rămii fără ciclu, femeile se sperie. Respingerea injectabilelor de către ginecologi este generală. Se revine, astfel, la recomandarea pilulelor (pentru tinere ea le recomand contraceptive orale, asta este baza), dar cu mențiunea că și acestea au contraindicații (varice, vîrstă, obezitate).

În acest context se accentuează că în legătură cu folosirea metodelor moderne de contracepție trebuie pedalat pe educația tinerelor, la liceu ar trebui să le instruiască despre contraceptive, inclusiv băieții ar trebui să primească astfel de educație, ar trebui să învețe și despre prezervative. Deoarece se întîmplă ca minore însărcinate să ajungă la spital și să nu știe ce li se întîmplă (uneori vin cu mama, sau mătușa, alteori vin singure ca familia să nu afle). De multe ori le explicăm degeaba pacientelor să folosească contraceptive, pentru că acestea nu sînt instruite.

Asistentele medicale din secție consideră că unora degeaba le spun ce să facă să nu rămîna însărcinate: unele uită ce le spunem și vin din nou cînd se întîmplă; altele uită să ia pilule în fiecare zi; unele consideră că efectele secundare ale contraceptivelor sînt mai grave decît avortul; sînt multe femei, care nici nu știu ce sînt metodele de contracepție, nici despre ciclu nu știu, nu folosesc nici cel puțin metoda calendar, nu știu nici cînd s-a mișcat fătul pentru prima dată; lipsa de educație face ca unele să nu priceapă; poate unele nici nu au capacitatea de a înțelege. Asistentele cred că femeile aleg ce tablete să folosească în funcție de bani, ele ar recomanda steriletul pentru cele care suportă, pentru că e mai comod.

Medicii de familie din mediul urban și rural care au făcut cursul de planificare familială

Consilierea în domeniul planificării familiale face parte din pachetul de bază al serviciilor oferite de medicii de familie (dar la numărul mare de pacienți înscriși după care sînt plătiți, nu-și pot permite să aloce timpul necesar pentru asta). Însă participarea lor la curs și distribuirea contraceptivelor gratuite este benevolă, practică în regim voluntar, nu este o muncă plătită. Fiind în acest sistem ei au dreptul să distribuie tablete, prezervative și să administreze injectabile. N-au dreptul să introducă sterilet, în schimb, desigur, medicii ginecologi au, și, orecum ne spun medicii de familie, ginecologii de multe ori preferă să facă asta, și să nu-și mai trimită pacientele la ei după alte feluri de contraceptive pe care le-ar primi gratuit. Prin cabinetele lor informează populația despre contraceptive, doar în unele cazuri trimit femeile la analize, avînd avantajul că *le cunoaștem, pe unele de mici, le știm patologia și acolo unde știm că sunt probleme trimitem pentru investigații, altfel nu e cazul: în cazul în care le trimiți la analize încep să-si pună întrebări și să nu mai accepte așa ușor, se distanțează, și apoi și durează. Ei consideră că lucrurile merg încet și greu în acest domeniu, pentru că: pacienții sînt reticenți față de ei; oamenii nu prea îndrăznesc să vorbească cu ei despre asta, le este jenă și le este teamă să nu cumva să se afle în sat, mai bine merg în oraș pentru avort, unde nu le cunoaște nimeni; oamenii merg după zvonuri, ascultă mai mult de prieteni,*

vecini, decît de ei; asta ține de cultură, nu pot să accepte, nu vor să accepte. În tradiția rurală, fata trebuie să înceapă viața sexuală numai după căsătorie. În familie nu pot să discute, cu prieteni nu, și mai sunt răspîndite și false informații cum că contraceptivele îngrașă. Asta este primul lucru care te întrebă. Foarte greu le poți lămurii; viața sexuală este tabu aici; cei de la oraș mai văd, mai citesc, au internet dar cu cei de la sat e mai complicat; prezervative nu se folosesc (trebuie să le faci educație ca să știe cînd să-l folosească și cum); pentru unele e neplăcut să fie surprinse luînd tablete; unele au început să folosească injectabile, chiar dacă medicii ginecologi spun că nu este bună această metodă, dar noi le explicăm care sînt consecințele ... e bine să completezi asta și cu un test de sarcină (observăm că această opțiune a lor ține și de faptul că medicilor de familie le stă la îndemînă să le administreze și injectabilele sînt în pachetul gratuit); multe vin doar după ce au trecut peste experiența neplăcută a avortului, dar bine că vin măcar atunci; unele sînt inconștiente.

Unul dintre medici ne împărtășește sentimentul lui paradoxal față de fenomenul contracepției. Pe de o parte natalitatea e scăzută, mor de 2 ori mai mult decît se nasc, dar pe de altă parte eu distribui aceste materiale contraceptive. Dar o fac cu plăcere și mă bucur că le sunt de folos oamenilor. Cu toții văd obstacolele sistemului medical, care îi contrainteresează pe ginecologi să facă parte din rețeau de distribuție gratuită a contraceptivelor, astfel femeile care ar beneficia de contraceptive gratuite nu ajung la medicii de familie, ci apelează la serviciile din spital sau, dacă își permit, la cabinetele private: medicii ginecologi sînt într-o inerție nemaipomenită, nu vor să intre în sistem, nu se gîndesc că o astfel de colaborare ar fi benefică... Acest sistem de distribuire a contraceptivelor gratuite ar trebui să cuprindă toți medicii, inclusiv medicii ginecologi. Nici pentru noi nu este obligatoriu, noi am vrut să facem asta, ca să oferim un serviciu în plus pacientului și un mijloc în plus de a-l reține: mai ales la cei tineri care nu au încă alte boli și spun, dacă tu nu îmi dai asta plec la altul. De asemenea, consideră că o colaborare cu școala în materie de educație sanitară și sexuală ar ajuta mult munca lor.

Asistentele medicilor de familie care au făcut cursul de planificare familială

Precum au observat interlocutoarele noastre, există o diferență între modul în care contracepția modernă este percepută în sate și la oraș. Din experiențele asistentei din oraș spicuim: se întîmplă ca să vină la noi după contraceptive (injectabile mai ales) și pacientele altor medici care nu sînt în acest program, și sînt primite; se face evidența lor, sînt consultate, se stabilește data. Ea consideră că în acest proces este importantă discreția, este important să li se păstreze secretul: stai de vorbă vreo 30 de minute, dacă nu sînt decise atunci, pot reveni după trei zile, o săptămînă... Am văzut și persoane defavorizate, să mă exprim așa, care duc o viață medie, dar totuși se prezintă; trebuie să existe o mare eleganță în a discuta aceste probleme cu femeia, indiferent dacă e școlită sau nu, eleganța de a te apropia, de a te introduce în familia ei, așa obținem succes; contează foarte mult să te apropii de femeie.

Asistenta de la sat consideră că trebuie făcută o deosebire între femei și bărbați, *pentru că în fața femeilor apar foarte multe probleme, de familie, de igiena feminină: problema la cabinetul medicului cu care ea lucrează este că nu există informație despre metodele contraceptive moderne (doctorița abia a terminat cursul de planificare familială și încă n-a început să lucreze pe asta!) și că nici ele nu știu unde să-și trimită pacientele: în cele mai multe cazuri le-am trimis la ginecolog, dar erau foarte puține cazuri, păcat că nu există centru de planificare familială, adaugă. Observă că majoritatea fetelor care vin pentru așa ceva sînt tinere, și cum și eu sînt tînără, îmi permit să vorbesc deschis cu ele. Majoritatea nu folosește tabletaj, folosesc prezervative și sterilet în ultima perioadă, dar nicidecum injectabile. Am discutat, că nu e bine să facă întrerupere de sarcină. Discutăm liber, că sîntem și noi tinere, femeile tinere se deschid altfel. Întotdeauna le-am spus, nu e bine să nu folosească contraceptive. Unele paciente spun că nu iau anticoncepționale, că nu au bani să cumpere, nu știu că au dreptul gratuit și ce trebuie să facă pentru asta. În schimb, cele care nu au posibilități financiare nu vorbesc nici cu părinții, nici cu medicul, le e rușine. Nu merg nici la medicul de familie de la țară, că poate ajunge acolo mama și tata, și poate medicul mă șoptește.*

Medicii de familie din mediul urban care n-au făcut cursul de planificare familială

Doctorițele participante la interviul în grup consideră că azi sînt multe surse de informații, mai ales la oraș oamenii sînt informați. Observă că femeile care știu deja efectele anticoncepționalelor, se tem de tromboză, de hipertensiune. Ele cred că *steriletul nu este o soluție pentru oricine, dar este o soluție pentru multe, și cele care nu se pot obișnui să ia pastile zilnic, ar trebui să folosească sterilet.* Despre prezervativ oamenii spun că *le este incomod.* În legătură cu impedimentele utilizării metodelor moderne de contracepție identifică două: *azi sînt tot mai mulți sectanți (și la ei e greu, au 6-7 copii, și totuși continuă să mai facă, nu înțeleg că organismul se slăbește. La așa concepții religioase nu ai cum să le faci educație, la tinere poate, dar nici ele nu vor să ia anticoncepționale, cred că e păcat) și educația ar trebui la școală începută, căci cînd sînt adulte poate este prea tîrziu. Și nici tu ca medic nu poți sta atît timp de vorbă cu pacientul, cînd bat încă zece la ușă. Din școală ar trebui să se înceapă, să știe cum să se protejeze, ce să iei.* În principiu ar fi de acord și cred că ar fi bine să aibă la cabinetele lor contraceptive gratuite, dar pentru asta ar trebui să facă cursul. Spun că nu l-au făcut data trecută că erau la un alt curs de perfecționare. Consideră că este păcat că s-a desființat cabinetul de planificare familială.

Asistentele medicale comunitare

Pe baza experiențelor lor de teren, datorită faptului că au zilnic contacte cu pacienții lor, vizitîndu-le acasă în mod regulat, cele nouă asistente cu care am discutat ne-

au ajutat foarte mult să identificăm o serie de factori care, după caz, stau în fața utilizării contraceptivelor. Acestea ar fi: lipsa de bani și lipsa de informații inclusiv despre accesul gratuit la ele; condiții de viață precare, în care se trăiește de pe o zi pe alta fără să se planifice nimic; prejudecățile despre contraceptive care circulă în “folclorul local”: teama de îngrășare (tablete), de cancer (sterilet), de dereglarea ciclului (injectabile); (cu mențiunea că sînt afecțiuni care intra-devăr contraindică utilizarea lor); folosirea lor la nimereală și apariția efectelor secundare; lipsa de educație sanitară și sexuală, chiar de educație școlară (uneori alfabetizare); lipsa de asigurare medicală; lipsa de acte; neglijența în general față de sănătate și în mod special față de administrarea corectă a contraceptivelor și de controalele regulate impuse; sentimentul de rușine în fața comunității și familiei în raport cu utilizarea contraceptivelor (mai ales în cazul fetelor tinere necăsătorite); convingeri religioase care interzic folosirea lor și presiunea comunității religioase asupra individului; relațiile de cuplu în care femeile nu se percep ca persoane active și protecția împotriva sarcinii nedorite este lăsată pe seama bărbatului, respectiv în care bărbatul decide despre procreare și femeile se lasă subordonate, recurgînd eventual în secret la avort; teama de autorități, inclusiv jena față de medici; lipsa de confidențialitate și încredere în relația medic-pacient; lipsa obiceiului de a-și revendica drepturile; costul analizelor necesare stabilirii contraceptivelor indicate și al deplasării în centre pentru analize; lipsa cabinetelor de planificare familială în multe localități; numărul scăzut al medicilor de familie care distribuie contraceptive gratuite (inclusiv probleme de sistem, faptul că pentru ei asta este muncă voluntară, nu se consideră în punctajul după care sînt plătiți de CAAS).