

LARISA CIOCHINĂ

CONSTANTIN IFTIME

O VIZIUNE ASUPRA VIETII



Coperta: Liviu Penea
Tehnoredactare: David Iftime

ISBN: 973-86620-0-1

LARISA CIOCHINĂ

CONSTANTIN IFTIME

O VIZIUNE ASUPRA VIETII

PROVITA MEDIA
BUCUREȘTI 2003

Acest volum a fost editat de

Asociația PROVITA MEDIA

Adresa: București, Calea Moșilor, nr. 245-249, bl. 49A, sc. A, et. V, ap. 15, sector 2.

Tel: 021/212.33.56

Web-Site: <http://www.provita.ro>

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE / 9
CUVÂNTUL AUTORILOR / 11

CAPITOLUL I

1. VIAȚA OMULUI DIN BURTA MAMEI / 13
 - 1.1 Omul contemporan în favoarea morții / 13
 - 1.2 Umanitatea copilului nenăscut / 14
 - 1.3 Concepția / 14
 - 1.4 Embrionul, înainte de nidare / 16
 - 1.5 Nidarea / 17
 - 1.6 Limita cercetărilor distructive pe embrion / 18
 - 1.7 Limita avortului la cerere în România / 20
2. DUREREA FĂTULUI / 22
3. MEMORIA FĂTULUI / 24
4. SĂNĂTATEA COPIILOR NENĂSCUȚI / 26
5. NAȘTERILE PREMATURE / 28

CAPITOLUL II

1. PROBLEMELE AVORTULUI / 33
 - 1.1 Evaluarea avortului în lume / 33
 - 1.2 Evaluarea avortului în România / 34
 - 1.3 Mentalități abortive / 37
 - 1.4 Motivațiile avortului / 39
 - 1.5 Motivele socio-economice / 40
 - 1.6 Mortalitatea maternă cauzată de avort / 41
 - 1.7 Populația României scade vertiginos / 43
 - 1.8 Sprijinul guvernului / 45
 - 1.9 Poziția partidelor politice / 46
 - 1.10 Reacția medicilor ginecologi / 48
2. MODELUL POLONIEI / 49
3. TEHNICI DE AVORT / 53
 - 3.1 Dilatația și aspirația / 54
 - 3.2 Dilatația și chiuretajul / 55
 - 3.3 Alte metode de avort tardiv / 56
 - 3.3.1 Prostaglandinele / 56

- 3.3.2 Avortul prin instilații sau diverse soluții / 56
- 3.3.3 Histerotomia / 56
- 3.3.4 Histerectomia / 56
- 3.3.5 RU-486 / 56

CAPITOLUL III

1. CONTRACEPȚIA / 59

- 1.1 Utilizarea contraceptivelor în România / 59
 - 1.2 Metodele abortive de contracepție / 61
 - 1.2.1 Contracepția de urgență / 61
 - 1.2.1.1 Pilulele „de a doua zi” / 61
 - 1.2.1.2 Dispozitivele intrauterine / 63
 - 1.2.2 Pilule contraceptive orale / 63
 - 1.2.3 Implanturile subdermice / 64
 - 1.2.4 Injecțiile pentru controlul nașterii / 65
 - 1.2.5 Vaccinurile / 65
 - 1.3 Sursele contraceptivelor / 65
 - 1.4 Promovarea agresivă a contracepției abortive / 66
 - 1.5 Utilizarea contracepției în România / 67
 - 1.6 Efectele nefaste ale contracepției hormonale / 68

CAPITOLUL IV

1. FERTILIZAREA ARTIFICIALĂ / 73

- 1.1 Inseminarea intracorporală / 74
- 1.2 Probleme de natură etică la inseminarea intracorporală / 74
- 1.3 Fertilizarea *in vitro* / 75
- 1.4 Probleme de natură etică la fertilizarea *in vitro* / 76
- 1.5 Fecundarea intraspecifică / 79
- 1.7 Legi, mentalități privind experimentul pe embrion / 80

2. INGINERIA GENETICĂ / 83

3. CLONAREA / 84

- 3.1 Clonarea umană / 85
- 3.2 Celulele stem / 87
- 3.3 Probleme de natură etică la clonare / 88

4. DIAGNOSTICUL PRENATAL / 90

5. HANDICAPUL / 91

CAPITOLUL V

1. PERSPECTIVE RELIGIOASE / 95

- 1.1 Concepția creștină despre viață / 95
- 1.2 Trup, suflet și sexualitate / 95
- 1.3 Viziunea creștină asupra avortului / 96

2. POZIȚIA BISERICILOR CREȘTINE ȘI CULTELOR DIN ROMÂNIA

- 2.1 Poziția Bisericii Ortodoxe Române / 97
- 2.2 Poziția Bisericii Romano-Catolice / 99
- 2.3 Biserica Română Unită cu Roma / 102
- 2.4 Cultul creștin Biserica Evanghelică Română / 102
- 2.5 Federația Comunității Evreiești din România / 103
- 2.6 Cultul Musulman / 104
- 2.7 Creștinii cu poziții echivoce / 105

CAPITOLUL VI

1. LEGEA AVORTULUI ÎN LUME / 107

- 1.1 Tradiție / 107
- 1.2 Problema avorturilor clandestine / 109
- 1.3 Avortul terapeutic / 110
- 1.4 Alte motive / 110

2. LEGISLAȚIA AVORTULUI ÎN ROMÂNIA / 111

CAPITOLUL VII

EȘECUL POLITICILOR DEMOGRAFICE COMUNISTE / 115

- 1. Legislația avortului / 115
- 2. Statutul femeii / 117
- 3. Sprijinul statului / 118
- 4. Instituționalizarea copiilor / 121
- 5. Degradarea stării de sănătate / 124

CAPITOLUL VIII

PROBLEMELE FAMILIEI ROMÂNEȘTI / 127

- 1. Tendințe în lumea contemporană / 127
- 2. Evoluția familiei românești în secolul XX / 129
- 3. Noile mentalități și interesul scăzut pentru copii / 131
- 4. Divorțul / 134
- 5. Sărăcia / 137
- 6. Starea de sănătate / 138
 - 6.1 Controlul ginecologic și mamar / 139
 - 6.2 Consumul de tutun / 139
 - 6.3 Consumul de alcool / 141

CAPITOLUL IX

1. CONSECINȚELE AVORTULUI / 143

- 1.1 Pericolele imediate asupra sănătății fizice / 143
- 1.2 Consecințe pe termen lung / 146
- 1.3 Pericolele asupra sănătății psihice / 150
 - 1.3.1 Consilierea / 150

- 1.3.2 Sindromul post-avort / 153
- 1.3.3 Vină și negare / 154
- 1.3.4 Repercusiunile avortului asupra celorlalți membri ai familiei și asupra medicilor / 155
- 1.4 Bolile cu transmitere sexuală / 157
 - 1.4.1 Epidemia de sifilis / 157
 - 1.4.2 HIV-SIDA / 158
 - 1.4.3 Controlul deficitar al bolilor cu transmitere sexuală / 160
- 1.5 Educația sexuală în familie și în școală / 161
 - 1.5.1 Rolul familiei asupra comportamentelor sexuale ale copiilor / 165
 - 1.5.2 Educația sexuală prin promovarea abstenenței / 166
- 2. EUTANASIA / 168
 - 2.1 Eutanasia și avortul / 169
 - 2.2 Eutanasia în România / 172

CAPITOLUL X

ORGANIZAȚIILE PRO-VITA / 175

- 1. Promotorii mișcării pro-vita / 175
- 2. Diferențele de viziune / 177
- 3. Centrele de consiliere și alte tipuri de activități pro-vita / 179
- 4. Perspectivele / 182

ANEXĂ / 185

BIBLIOGRAFIE / 187

Summary / 193

Cuvânt înainte

*Sunt onorat să prezint volumul **O viziune asupra vieții**. Avortul reprezintă cel mai mare pericol pentru pacea de astăzi, căci el distruge vieți inocente, încă din uter, pervertește inocența tinerelor mame însărcinate și distruge morala celor care îl produc. Am lucrat în România cu copii deveniți orfani pentru că, în țara lor, avortul și contracepția a fost interzisă, înainte de 1990. Am lucrat cu călugărițele Maicii Tereza pentru săracii din Calcuta, India. Cred că sărăcia spirituală a celor care își asumă “dreptul de a alege” să omoare copii prin avort este mult mai cumplită decât cea a orfanilor români. Găsesc că necugetarea celor care cred în uciderea copiilor prin avort este cu mult mai cruntă decât cea a oamenilor din Calcuta, care s-au încumetat să-și orbească copiii la naștere, cu spițe de la bicicletă, pentru a-i transforma în cerșetori. Nu poate exista nici un drept care să justifice decizia unui om de a ucide o ființă umană, cu atât mai mult un copil, care trebuie în special îngrijit de societate și protejat de lege.*

Avortul trebuie să fie înțeles ca o cale care duce întotdeauna la moartea unui om, a unui copil inocent și neajutorat. Avortul de asemenea afectează foarte adesea atât viața emoțională a mamei, cât și viața altor oameni din familia ei. Omorârea copiilor prin avort macină conștiința medicilor care practică avorturile. În aceeași situație se află și oamenii politici, care au manifestat indulgență sau au aprobat chiar asemenea fapte care slăbesc morala unei comunități. Avortul pune în pericol viața celor care constituie viitorul societății noastre, ceea ce ne afectează și ne distruge sufletele noastre, ale celor rămași în urmă, ale celor care îngăduim această stare de fapt.

Din momentul în care o societate acceptă forme de control al nașterilor, cum ar fi contracepția de urgență, care acționează prin distrugerea copilului chiar din momentul concepției sale, este firesc să accepte omorârea copiilor prin avort. Chiar și cei care favorizează avortul și contracepția în Marea Britanie susțin în mod public că un mai mare acces la contracepție duce la apariția unui număr mai mare de avorturi. Ca să salvăm viața copiilor care nu s-au născut încă, trebuie să punem stavilă contracepției. Maica Tereza, deținătoare a Premiului Nobel pentru Pace, a spus: „Răspunsul la suprapopulație este planificarea familială naturală, nu contracepția”. Regret foarte mult atitudinea guvernelor britanice de a susține financiar avortul și contracepția pentru controlul populației în China. În realitate, pe calea avortului și a contracepției s-a ajuns, astăzi în lume, la o criză demografică, ceea ce face ca să existe prea puțină populație tânără capabilă să susțină generațiile îmbătrânite.

*Pentru a salva viața copiilor, a proteja viața familiilor noastre, a construi viitorul lumii, trebuie să stopăm avortul și contracepția. Sper ca volumul **O viziune asupra vieții** va contribui la salvarea copiilor nenăscuți în România și în alte părți. Cartea de față reprezintă un studiu amplu privind situația din România și descrie mijloacele prin care sunt omorâți milioane de copii nenăscuți. De asemenea, volumul pune cât mai mult în lumină ideea umanității copilului din momentul concepției, prezintă punctele de vedere ale bisericilor creștine și ale altor religii, ale partidelor politice și ale multor organizații pro-vita din România face o scurtă analiză a politicilor guvernelor înainte și după 1990 (1990 a fost anul când guvernul post-comunist a liberalizat avorturile) și atrage atenția asupra consecințelor avortului asupra femeilor, în contextul existenței multor probleme în familiile românești.*

*Societatea pentru Protecția Copiilor Nenăscuți (The Society for the Protection of Unborn Children, SPUC) din Londra îi felicită pe autori pentru toată munca lor de cercetare și editare a volumului **O viziune asupra vieții**. Organizația noastră apreciază faptul că volumul „A Way of Life”, care prezintă pericolele avortului din Irlanda de Nord, le-a oferit atât un model de lucru, cât și multe informații, care i-au ajutat pe acești doi jurnaliști să ducă la capăt această cercetare jurnalistică. SPUC este angajată în cooperarea cu alte organizații și persoane individuale, care activează la nivel internațional în apărarea vieții, fie la Națiunile Unite, fie în Parlamentul European. Îi felicităm pe cei doi jurnaliști pentru decizia de înființa o organizație provita în România și le urăm succes în activitățile lor de apărare a vieții și a familiei în România, în următorii ani.*

Să ne rugăm pentru stoparea avortului și contracepției în lume. Nu putem să înfruntăm acest rău, doar prin puterea noastră, ci și prin iertarea uciderii celor nevinovați, cu mila lui Dumnezeu.

William Jolliffe, secretarul filialei Chelsea a Societății pentru Protecția Copiilor Nenăscuți, Londra

Cuvântul autorilor

Autorii mărturisesc că apariția acestui volum nu putea fi posibilă, fără existența unor conjuncturi favorabile, în care un rol important l-a avut William Jolliffe. Ideile, informațiile primite de-a lungul câtorva zeci de întâlniri, pe parcursul câtorva ani buni, le-au consolidat părerile și intențiile. Iar sprijinul acordat, de acest bun prieten, când i-a fost solicitat, a avut un rol decisiv. În cele din urmă, structura cărții și mesajele de bază au fost definitive, după lectura volumului „A Way of Life”, editat și publicat de Societatea pentru Protecția Copiilor Nenăscuți din Londra, în martie 2002.

La realizarea analizelor, cei doi ziaristi au folosit o gamă largă de materiale și informații specifice, adunate fie prin anchete jurnalistice, fie din lectura unor cărți de specialitate. Concluziile și ideile au fost formulate, ținându-se cont de surse cât mai credibile. Mai trebuie de menționat faptul că terenul pe care s-au aflat autorii (literatura specifică, bazele de date, sursele de informații) continuă să fie încă destul de mișcător și plin de capcane. Din nefericire, conceptele pro-vita au o susținere minoritară în societatea românească, marcată de traumele ateismului, ce ușurează punerea în scenă a multor acte de manipulare a opiniei publice. Campaniile de promovare a „metodelor de control al nașterilor”, în loc să stingă drama avortului, care face zeci de milioane de morți, toarnă gaz pe foc sexualității, subrezind omul în zonele lui cele mai profunde: relația cu Dumnezeu și grija pentru sufletele nepătate ale acestei lumi, adică grija pentru copii.

Se spune, sunt tot mai multe avorturi și boli cu transmitere sexuală pentru că lumea nu cunoaște bine metodele „moderne” de contracepție. Aceste cinice sfidări se cuvine a fi dezamorsate. Marile drame ale copiilor nenăscuți pornesc tocmai de la aceste manipulări și de la neștiința ce duce la căderea spirituală și morală a omului.

Prin alegerea acestui titlu, „O viziune asupra vieții”, autorii au vrut să arate în mod explicit că analizele lor jurnalistice sunt dominate de viziunea creștină. Pentru cei cu credință în Dumnezeu, copilul, născut sau nenăscut, reprezintă un dar divin, iar viața omului trebuie prețuită mai presus de orice.

Cartea se adresează mai ales celor care pot să contribuie la schimbarea mentalităților. Argumentele, necesare celor care s-ar pune în slujba unor asemenea activități nobile, au fost construite, pornind de la date cât mai concrete. Au fost cercetate, în acest scop, zone diverse ale societății românești, cu instrumentele jurnalistului, folosite în mod corect și onest. Eventualele greșeli sau interpretări eronate pot fi puse pe seama fie a golului de informații, ca fenomen specific ce

bântuie instituțiile noastre aflate în fază de construcție, fie a presiunilor prea mari, create de tendințele desacralizării actului sexual și ale destrămării vieții omului în general.

Autorii așteaptă observațiile cititorilor, cu promisiunea că vor ține seama de ele, la redactarea viitoarei ediții.

1. VIAȚA OMULUI DIN BURTA MAMEI

1.1 Omul contemporan în favoarea morții

Respectarea principiilor vieții este una dintre cele mai dezbătute probleme ale lumii de astăzi. Omul contemporan, urmare a slăbirii încrederii în ființa sa înalt spirituală și a acceptării unei vieți dominate de comoditate, limitată la procurarea de satisfacții materiale, manifestă o anumită înclinație în favoarea morții. Viața, a cărei taină nu poate fi pătrunsă, nu mai este înțeleasă ca un dar divin. Omul decăzut din această mare credință își lasă rațiunea dominată de preceptele morții și acceptă soluțiile cele mai ușoare. Nevoile, greutățile specifice unei vieți, luminate de spirit, îl sperie. El vrea „confort și binefacere”. „Răpus de nevoi, omul emană spiritualitate. Satisfăcut de confort și binefaceri, omul se reduce pe nesimțite la animalitate. Nu este animalitatea sălbatică și agresivă cu care ne-a obișnuit literatura detracțiilor, obsedațiilor, degenerațiilor, bolnavilor și anormalilor. Nu. Este animalitatea calmă, politicoasă, agreabilă, profundă în ireversibilitatea ei, superficială în psihologia și nevoile sale – animalitatea domestică și generoasă pe care încă literații nu au descris-o. Noul dușman al umanității nu mai este, ca în trecut, bestialitatea barbarului, ci docilitatea blândă și tâmpă a acelor animale domestice care reprezintă adevăratul tip omenesc (inuman, firește) pe care îl produce și reproduce civilizația noastră exclusiv comoditară și arogant materialistă”.¹

Mergând în răspărul condiției sale, acceptând soluții nedemne, minimalizatoare, omul a instituționalizat indiferența și disprețul față de viață. Deja au prins rădăcini câteva mentalități care decurg din aceste tendințe, mentalități ce au dus la constituirea unor structuri sociale. Cel mai evident semn al instalării culturii morții, la aceste dimensiuni, îl constituie banalizarea actuală a avortului. Acest act brutal care, în toată istoria sa, a fost considerat o crimă gravă, se insinuează în societate sub forme rafinate (în practica juridică, până în anii '60, embrionul a fost tratat și considerat ființă umană, protejată de stat). El hrănește mituri false, care adâncesc dezechilibrele societății și diminuează potențialul solidarității umane. Copilul, astfel, a devenit un obstacol în calea fericirii mamei și a tatălui, iar conceptul de „emancipare a femeii” se întemeiază pe cel al „sacrificării copilului”. Aceste crize, care se manifestă deja în plan social, nu pot fi înlăturate dacă omul nu-și asumă

¹ Patapievici, Horia-Roman, *Omul recent*, București, Editura Humanitas, 2001, p.136-137

sacralitatea nașterii sale. Ivirea sa pe lume, nedelegată încă de rațiunea umană, nu poate fi înțeleasă decât prin intervenția lui Dumnezeu.

1.2 Umanitatea copilului nenăscut

Nașterea unui copil constituie un eveniment însemnat în viața omului. Acest act, încărcat de o bogată mitologie culturală, nu poate explica începutul vieții omului. Taina începutului vieții nu a fost pătrunsă de științe. Progresul lor, însă, a adus multe detalii edificatoare, ce întăresc aspectul sacru al vieții. Genetica arată că, din primele momente ale evoluției proceselor biochimice, ce se declanșează după actul concepției, embrionului i se incumbă o structură cu o bogăție de date cu nimic mai prejos decât cea a omului matur. Cuvintele proorocilor, care mărturisesc prezența lui Dumnezeu la concepere, conțin același mesaj ca și cel al geneticienilor. Tehnologia modernă a permis studierea comportamentului individual al copilului în uter. Caracteristicile fătului au aceeași pregnanță ca și cele ale copilului deja născut. Toate etapele evoluției intrauterine constituie nu etapele oricărei ființe, ci ale uneia înzestrată cu suflet rațional. Știința a scos în evidență caracterul continuu, programat al procesului de dezvoltare a embrionului, începând de la primele sale stadii. Nu există o diferență substanțială între zigot, forma de viață căpătată imediat după concepție, și nou-născut. Datele biologiei ne permit astăzi să constatăm că ființa umană își începe ciclul vital de la forma zigotului, de la fuziunea gameților, fiind același individ biologic cu adultul de mai târziu. Desigur, datele oferite de biologie nu permit afirmarea naturii umane, căci aceasta implică prezența spiritului, care încarnează ființa umană. Atât religia, cât și filozofia arată că persoana umană are, în același timp, o parte spirituală și una corporală. Corpul reprezintă condiția indispensabilă ca omul să aibă viață proprie în lume. Inseparabilitatea spiritului de corp arată că începutul ființei umane coincide cu începutul evoluției individului uman.

De altfel, investigațiile geneticii au impus răspunsuri ca cele oferite de religie și filozofie, arătând că, de la concepere, omul a primit toată zestrea genetică. Acest fapt întărește concluzia că embrionul este o persoană umană și justifică aprecierile privind asigurarea demnității și inviolabilității lui. Viața umană începe în momentul concepției, în momentul când oul este fecundat. Atunci începe o nouă viață, care nu este nici a tatălui, nici a mamei. Ia naștere o ființă umană, care se dezvoltă separat, care trebuie să se bucure de demnitate și să-i fie asigurate drepturile ce decurg de aici.

1.3 Concepția

Viața omului din burta mamei a rămas un capitol mai puțin cunoscut din procesul dezvoltării umane. Oamenii în general nu cunosc îndeajuns ce se întâmplă în perioada de dinainte de naștere. Embrionul sau fătul rămân în continuare entități

neprecizate, deși studiile arată că, în uter, ei au același comportament individual ca și copiii sau adulții. Sir William Liley, primul doctor care a efectuat transfuzia de sânge la un făt, observa cu candoare: „După naștere, vedem mulți copii dormind în poziții ciudate. De fapt, în timpul odihnei, ei caută aceleași poziții din uter. Cei care își sug degetul în uter, sunt mândăcioși după aceea. Cei care sunt leneși în uter, sunt leneși și când se nasc.”²

Caracteristicile comportamentale distincte apar imediat după concepție. Copilul în aceste momente nu este numai o masă pasivă de protoplasmă și sânge. În uter, el se dovedește a fi foarte activ, căutând să se orienteze astfel încât să aibă o dezvoltare cât mai bună. „Cu câțiva ani în urmă, pe când administram un anesteziec, într-o ruptură de trompe, într-o sarcină (la 2 luni), mi s-a întâmplat să văd cea mai mică ființă umană pe care am putut-o vedea vreodată. În interiorul sacului embrionar, care era intact și transparent, se distingea un bărbat minuscul înotând foarte viguros în lichidul amniotic. Ființa micuță, perfect dezvoltată, cu degete lungi la mâini și picioare, avea pielea aproape transparentă, vene și artere delicates pronunțate la extremități. Bebelușul era extrem de agil și nu arăta deloc ca acele fotografii și desene ale embrionilor din cărți. Când sacul a fost deschis, ființa minusculă a rămas fără viață, arătând la fel ca oricare alt embrion la această vârstă, cu extremități nefinisate și inerte.”³

Ne-am obișnuit să percepem mama și copilul ca fiind aceeași entitate. Trebuie, însă, să-i înțelegem ca pe două persoane separate, chiar din perioada prenatală, pornind de la argumentul oferit de medicii embriologi, care subliniază că cei doi au fluxuri de sânge diferite. „Toți părinții trebuie să știe că ființa pe care au conceput-o împreună este autonomă, că are dreptul să trăiască o viață numai a ei, care nu este nici a tatălui, nici a mamei, ci propria sa viață, care începe să se dezvolte *in utero*. Părinții trebuie să fie gata să însoțească dezvoltarea copilului care le-a fost dăruit încă din momentul concepției, trebuie să-i fie alături pe acest drum... să-l călăuzească, atâta tot.”⁴

Copilul, e adevărat, în această fază, are o relație specială cu mama sa. Acest fapt îi asigură întreg suportul vital, necesar pentru a evolua în uter și a se naște. „Dacă un bărbat și o femeie au raporturi sexuale, aceștia trebuie să-și ia asupra lor și responsabilitatea sarcinii, când aceasta apare. Scopul cel mai important este să-i protejăm pe inocenți, pe cei care nu se pot apăra singuri. O dată ce o femeie devine însărcinată, fătul este o ființă totală separată, distinctă și unică, nu este o parte a corpului său decât în ceea ce privește alimentația și siguranța.”⁵

² *Apud A Way of Life, Affirming a pro-life culture in Northern Ireland*, The Society for the Protection of Unborn Children, ed.2, martie 2002, p.3

³ Dr. Rockwell, Paul E., <http://www.prolife.com/FETALDEV.html>

⁴ Martino, Bernard, *Bebeluşul este o persoană. Povestea minunată a nou-născutului*, București, Humanitas, 2002, p.61

⁵ Grady, John, *Abortion Yes or No?*, Rockfor, Illinois, Tan Books and Publishers, Inc, 1967, p.18

Și nașterea pune în evidență relația aparte dintre mamă și copil. Când copilul abia poate respira și plânge, ar muri, dacă nu ar exista cineva, care să-i ofere sprijinul necesar. Mama reprezintă într-adevăr suportul fundamental, care asigură viața copilului în timpul sarcinii și după naștere. Dar toți cei care îl îngrijesc după naștere se află în acest rol, cel de a-i asigura o protecție vitală, ceea ce nu înseamnă că importanța ajutorului lor ar anula personalitatea copilului, născut sau nenăscut.

Dreptul la viață al copilului nenăscut trebuie să prevaleze asupra dorințelor celor care vor să-l distrugă, indiferent de motivele acestor dorințe.

1.4 Embrionul, înainte de nidare

Primul fragment din evoluția omului a rămas aproape necunoscut. Dacă perioada de dinainte de naștere ar fi bine cunoscută, cu datele pe care ni le oferă geneticienii, embriologii și medicii ginecologi, acest timp ar fi comparabil cu cel al marilor evenimente ce urmează după nașterea omului.

Este greu să ne închipuim, cu deprinderile culturale de astăzi, corpul uman alcătuit dintr-o mulțime redusă de celule. Istoria fiecărui om începe în momentul în care două celule, care conțin câte un nucleu și care au câte un număr egal de cromozomi (23), vor fuziona. Spermatozoidul și ovulul, cele două celule embrionare, se unesc într-o singură celulă, în timpul concepției. Viața umană începe în momentul în care celula de la tată fecundează ovulul mamei. Ovulul, cea mai mare celulă din corpul femeii, când se află la maturitate, întâlnește spermatozoidul, cea mai mică celulă din organismul bărbatului, în trompa uterină. Secretat în perioada ovulației de glandele feminine, ovulul este împins spre trompa uterină, unde se va menține în stare activă timp de 24 de ore. Spermatozoizii, ca să ajungă în acest loc, au de străbătut colul uterin, îngroșat de un mucus consistent. În perioada fertilă, acest strat se subțiază, ca să ușureze urcușul minusculilor spermatozoizi. Mișcările contractile, ca ale unei pompe peristaltice, determină accelerarea deplasării, astfel că, în câteva zeci de minute, câteva sute de spermatozoizi (în medie, 200-300) ajung la locul de întâlnire. O singură celulă bărbătească va sparge membrana ovulului matur. În puține cazuri, pătrund doi spermatozoizi în citoplasmă (mediul lichid, în care înoată nucleul feminin).

Imediat după acest eveniment al concepției propriu-zise, învelișul oului se întărește brusc, proces determinat de alte enzime, puse la dispoziție de intrus. Schimbările din citoplasmă declanșează unirea celor două nuclee într-unul singur, cu un număr dublu de cromozomi, ajungându-se la cantitatea normală de ADN (46 de cromozomi), în următoarele 12 ore. Ca într-un calculator redus la scara micronilor, începe desfășurarea programului de stabilire a sexului genetic și a caracterelor ereditare.

Spermatozoizii din sperma pompată în trompa uterină au la dispoziție aproape 7 ore ca să erodeze, cu ajutorul enzimelor, peretele extern al ovulului. Cel care a pătruns își pierde coada și îi crește rapid capul. Zigotul, celula-ou, mai mică decât un

bob de mac, este legată genetic de ambii părinți, dar se distinge de aceștia, căci are o individualitate distinctă din punct de vedere genetic. Structura ADN-ului, într-o formulă unică, are un statut valoric echivalent cu cel al unei persoane umane. Materialul genetic conține toate caracteristicile dezvoltării somatice ulterioare, ceea ce permite profilarea nu numai a genului, dar și a constituției sistemului osos și a celui nervos, a caracteristicilor faciale, a culorii ochilor. E drept, coerență, distincție și individualitate în exces nu există, dar procesul evoluției biologice are formele trasate prin datele genetice.

Jean Daussat, cunoscut genetician francez, caracterizează astfel condiția de unicat a embrionului: „Nu a fost și nici nu vor fi vreodată pe pământ, cu excepția gemenilor adevărați, doi oameni egali din punct de vedere genetic”. Iar doctorul Robert Edwards a descris-o astfel pe Louise Brown, primul copil născut în laborator: „Am văzut-o ultima dată când însemna doar 8 celule într-o eprubetă. Mi s-a părut minunată atunci, cum este și acum.”⁶

La 30 de ore după concepție, începe un șir lung de divizări și diferențieri, „program” care se încheie după 4 zile. Fisiunea, cum spun embriologii, duce la crearea de celule identice, întâi două, apoi patru, opt, șaisprezece, treizeci și două etc. În stadiul de adult, organismul se compune din aproape 20 milioane de celule. Când divizarea ajunge la 12-16 celule (stadiul de „blastocist” sau, mai explicit, de „vlăstar”), embrionul seamănă cu un ciorchine sau cu o mură, de aceea a fost botezat *morula* (în latină, „dudă”). Acest ghem de celule, de aceeași dimensiune cu zigotul, a ajuns, din trompă, la intrarea în uter. Deplasarea sa a fost determinată mai ales de mișcările ondulatorii ale trompei. Lichidul vâcos, secretat de pereții plini de cili ai trompei, se va infiltra în spațiile libere ale boabelor ciorchinului, adică ale blastomerilor.

Până să ajungă în uter, unde se va fixa, la periferie se profilează un strat distinct, care, pe măsură ce *morula* se apropie de uter, devine tot mai poros, micile denivelări dând naștere la o mulțime de vilozități, ca un puf de găină la scara micronilor. După trei zile, blastocistul, adică *morula* cu celule stratificate, ajunge în uter, unde poate rătați o zi, chiar două, căutându-și un loc bun pentru cuibărire (nidare).

Implantarea are loc la aproape 6 zile de la concepție. În acest răstimp, endometrul, peretele uterului, se umflă, ca un burete, fiind bine irigat de umori și sânge.

1.5 Nidarea

Blastocistul se oprește, de obicei, într-un loc unde tonusul muscular este mai scăzut, spre fundul sacului uterin. Între embrion și trupul mamei are loc primul dialog (timp de două ore) prin care își confirmă reciproc soluțiile hotărâtoare. În acest moment, ghemul de celule are la suprafața sa un covor de vilozități, care

⁶ Apud *A Way of Life*, p.4

secretă în permanență enzime de protecție. Când organismul mamei și embrionul au căzut de acord asupra locului formării cuibului, secreția cililor devine mai abundentă, iar concentrația enzimelor se amplifică. Mucoasa permeabilă se erodează sub embrion, iar acesta, ajutat de vilozități și secreții, rupe țesuturile glandelor și pereții capilarelor. Blastocistul se scaldă într-o baie de sânge. Endometrul țese, după aceea, peste embrion, o plasă de epitelii, până îl va acoperi complet. La sfârșitul săptămânii a doua, blastocistul are deja 3 straturi, din cel periferic urmând să se dezvolte placentă.

1.6 Limita cercetărilor distructive pe embrion

Pentru foarte mulți oameni de știință, încheierea nidației la 14 zile constituie momentul începutului individualizării ființei umane. Stratificarea celulelor constituie semnul că celulele germinative se transformă în celule somatice diferențiate, din fiecare urmând să se dezvolte, pe parcursul următoarelor săptămâni, mugurii organelor vitale. Raportul Warnock (Marea Britanie), făcut public în 1984, care cuprinde concluziile Comisiei Warnock, a impus această etapizare în evoluția dezvoltării umane, fapt care a dat curs liber cercetărilor distructive pe embrionul uman.

Geneticienii creștini subliniază ideea evoluției vieții sub forma unui proces continuu, pornind de la momentul fecundației. Robert Debré este de părere că „aportul recent al biologiei ne-a învățat că adevărata naștere corespunde fecundației. Noi considerăm că ființa umană, pe cale de dezvoltare, suferă un proces continuu și că nu există nici un moment în care să se poată spune că nu este om în devenire. Orice ființă umană începe cu o celulă unică. Viața umană începe cu celula fecundată. Nu există nici o etapă în care să ai dreptul să o oprești.”⁷ Aceeași idee o afirmă și Jérôme Lejeune, cunoscut om de știință francez: „Înainte de embrion, există numai spermatozoidul și ovulul. Când ovulul e fecundat de spermatozoid, se obține zigotul. Iar când zigotul se divide, devine embrion... După conceperea sa, un om e un om.”⁸

După nidare, hrana și oxigenul din sângele mamei trec în sângele copilului. Cu timpul, blastocistul va pierde vilozitățile de la exterior, și suprafața sa, în a doua lună, ajunge să fie netedă. Doar în zona mai profundă aceste franjuri se păstrează, alungindu-se, ca niște rădăcini, în țesutul matern, dând naștere, în final, placentei. Placenta, care realizează legătura dintre embrion și țesutul matern, face totuși ca sângele mamei și al embrionului să nu se amestece. În această perioadă, are loc intensificarea „dialogului” dintre organismul mamei și embrion. Mama își creează imunitatea la acest „corp străin”, iar embrionul începe să emită „semnale” mai

⁷ Apud Astărăstoae, Vasile, Trif, Almoș Bela, *Essentialia in bioetica*, Iași, Editura Cantes, 1998, p.99

⁸ Apud Pr. Dumea, Claudiu, *Omul între „a fi” și „a nu fi”*, București, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, 1998, p.62

concludente în organismul mamei. În felul acesta, el declanșează producerea unor hormoni în organismul matern, oprind menstruația.

În structura embrionului, celulele intră într-un proces rapid de diferențiere. Unele migrează, altele își schimbă poziția, iar cele mai multe se dispun pe straturi din ce în ce mai distincte. La sfârșitul săptămânii a treia se definitivează al treilea strat. Din aceste straturi, vor „înmuguri” aproape toate organele vitale.

Copilul nenăscut are cel mai rapid ritm de creștere din evoluția omului. Pornind de la zigot, care are un diametru de aproape 0,2 mm, la 21 de zile, embrionul atinge o lungime de 2 mm și o greutate de 1 gr. După 28 de zile, zilnic, se va lungi cu 1 mm. De altfel, medicii pot stabili mărimea sarcinii după lungimea embrionului, astfel: 4 mm – 4 săptămâni, 8 mm – 5 săptămâni, 14 mm – 6 săptămâni, 20 mm – 7 săptămâni, 30 mm – 8 săptămâni. Ritmul creșterii se va domoli, începând cu săptămâna a 9-a, când embriologii consideră că organismul ființei nenăscute trece într-o fază nouă de dezvoltare, când aproape toate organele s-au diferențiat. În literatura de specialitate, el este botezat „făt”, iar vârsta îi va fi cuantificată în săptămâni. După prima lună de la naștere, până la doi ani, aceasta se va calcula în luni.

Săptămâna a treia. Se conturează tubul neural. La sfârșitul acestei săptămâni, embrionul are o lungime de aproape 2 mm și o lățime de 4 mm. I se profilează rețeaua vasculară și au loc primele schimburi între sângele embrionului și cel matern. Începe deci formarea șirei spinării și a canalului vertebral, constituite din circa 5-6 vertebre.

Săptămâna a patra. Embrionul capătă formă de arc. Capul, cu mugurii feței, se distinge net de restul corpului. William Liley observa chiar: „La 30 de zile sau la 2 săptămâni după ce mamei nu i-a venit ciclul, copilul are un creier uman, care seamănă cu cel al adultului. Mai are ochi, urechi, gură, rinichi, ficat și, bineînțeles, un cordon ombilical și o inimă care pompează sângele.”⁹ În structura embrionului se disting, ca niște dungulițe, oasele, în special vertebrele și coastele. Înainte ca mama să știe că este însărcinată, inima copilului începe să bată, pompând cantități din ce în ce mai mari de sânge în sistemul circulator. Placenta, ca o adevărată barieră, oprește sângele mamei, dar permite hranei și oxigenului să treacă în embrion. Tot la această vârstă încep să se vadă mugurii membrelor, brațe și picioare.

Săptămâna a cincea. Se accentuează desenul feței, la nivelul căreia se situează cavitățile gurii și nasului. Ochii se închid la culoare, iar urechile se detașează ca două virgule. I se dezvoltă, de asemenea, toracele și abdomenul, iar la extremitățile mâinilor și picioarelor se conturează degetele. Încep să se distingă câteva organe interne, intestinele, pancreasul și ficatul, care, până la sfârșitul săptămânii a 8-a, vor căpăta forme definitive.

Săptămâna a șasea. Embrionul se află într-o poziție ghemuită, cu capul aplecat spre picioare. I se accentuează conturul gurii, i se schițează desenul nărilor, apar

⁹ *Apud A Way of Life*, p.4

formele bărbiei, iar gâtul desparte capul de trunchi. Începând cu cea de-a **40-a zi**, se pot înregistra undele cerebrale cu ajutorul electroencefalogramei. Creierul coordonează diferite mișcări ale mușchilor și ale celorlalte organe diferențiate. În a șaptea săptămână, mamei ar trebui să-i vină a doua oară ciclul, dar ea începe să simtă mișcările spontane ale embrionului, care pot fi văzute cu ajutorul ecografului. La început, aceste mișcări par niște tresăriri ale vaselor de sânge, nu au amplitudine.

Odată cu dezvoltarea sistemelor muscular și osos, embrionul e capabil de mișcări specific umane. Sare, face tumburi, își duce mânuțele la gură, încearcă să-și prindă piciorușele și se răsuțește în sacul plin de lichid. Mama va simți mișcările abia în luna a patra. Mai greu percepe tresăririle fătului mamele aflate la prima sarcină. Embrionul, stând în sacul plin de lichid al placentei, ca un astronaut, are mișcările amortizate de lichidul amniotic. Placenta joacă rol de mijlocitor între embrion și organismul mamei. Prin intermediul ei, pe lângă hrană și oxigen, nenăscutul primește anticorpi, care-l vor apăra în viața intrauterină și în primele luni după naștere.

Majoritatea organelor sunt profilate, nu numai în formă primară, ci și cu multe detalii. Se disting chiar retina ochiului, canalele urechii, părul, mâinile, picioarele, mușchii și pielea.

Capul și trunchiul devin mai drepte. Se pot sesiza mișcările de flexibilitate a spatelui, cu mâinile sprijinite de abdomen. Sacul amniotic devine pregnant, ca și cordonul ombilical, format dintr-o substanță gelatinoasă, străbătută de două artere și o venă. La sfârșitul acestei săptămâni, trupul are 30 mm și intră în stadiul de făt (din latină *foetus*, „tânăr”, „copil”). Până la naștere, greutatea sa din acest moment (20-30 g) se va mări de aproximativ 100 de ori.

1.7 Limita avortului la cerere în România

Săptămâna a 12-cea. Ansamblul feței s-a conturat cu toate detaliile. Ochii sunt acoperiți de pleoape. Membrana transparentă va rămâne astfel până în a 7-a lună. Ochii, ca o prelungire a creierului, la început, se detașează de masa acestuia, rămânând legați doar prin nervul optic. Se schimbă proporțiile extremităților, doar picioarele par mult mai scurte. În structura trunchiului apare toracele, cu mici detalii, două abia sesizabile proeminente, care vor constitui butonii mamari. Încep să se distingă organele genitale. La această vârstă, embrionul este destul de bine dezvoltat și nu poate fi scos afară decât bucată cu bucată, în cazul avortului. După 1989, în România a fost introdus avortul la cerere, posibil până în săptămâna a 12-a de sarcină.

La 14-cea săptămână, mulți copii pot să-și sugă degetul. Încearcă să înghită puțin din lichidul în care stau scufundați. În următoarea săptămână, a **15-cea**, fătul are mugurii gustativi ai unui adult și poate gusta ce mănâncă mama prin placenta și cordonul ombilical. Se profilează mai bine mușchii și scheletul. Încep să funcționeze glandele sebacee și sudoripare. Inima, care are structură completă, ticăie cu 40 de

bătăi pe minut. Rinichii elimină urina netoxică. Prin pielea transparentă se distinge țesătura sistemului circulator. Fătul are 15 cm și aproape 200 g.

În a 16-cea săptămână, copilul are deja sprâncene, gene și începe să-i crească părul. Poate apuca cu mâinile, poate lovi cu picioarele.

În săptămâna a 17-cea, își face simțită prezența prin lovituri, împunsături și tumburi. Are coardele vocale formate, poate chiar să plângă. Dar, neexistând aer în uter, nu emite nici un sunet. Pe fața sa se pot distinge uneori expresii specifice plânsului. Un făt de sex feminin va avea 6 milioane de ouă în ovare, număr care, la naștere, va scădea la 1 milion.

La 20 de săptămâni, inima, care bate de la aproape 3 săptămâni, începe să fie simțită în stetoscopul pus pe burta mamei. Scheletul este aproape format. Mamele își simt copiii cum suflă, dar mai ales cum lovesc sau le înțepă pielea. Fătul are perioade de somn, când poate fi trezit de zgomotele puternice din mediul mamei. Ochii i se rotesc iar mișcările lor pot fi sesizate, atunci când dorm, cu ajutorul ultrasunetelor. Copilul poate auzi și recunoaște vocea mamei sale. Deși este mic și fragil, el ar putea supraviețui în cazul unei nașteri premature. Îi apar unghiile și amprente digitale. Este vizibil organul sexual. Folosind ultrasunetele, un medic poate spune dacă este fetiță sau este băiat.

După a 22-a săptămână, un copil poate să se nască, având în vedere că noile tehnologii medicale îi asigură supraviețuirea în afara uterului, la această vârstă. Pielea își pierde transparența, devenind opacă.

La 24 de săptămâni, copilul, cu vigoare sporită, cântărește cam 780-1000 de grame și măsoară în lungime 280-300 mm. Pielea lui delicată, acoperită cu un puf fin, numit lanugo, este protejată de o substanță ceroasă, numită vernix. Această substanță mai poate fi văzută pe pielea copilului la naștere, însă ea va fi rapid resorbită. Copilul exersează respirația inhalând lichid amniotic în plămâni. A adoptat un ritm de viață cu perioade de veghe de până la opt ore, restul timpului fiind rezervat somnului.

În următoarele săptămâni (26-27), copilul, complet format, poate inhala, exhala. Ochii sunt complet formați iar pe limbă s-au dezvoltat mugurii gustativi. Sub o îngrijire medicală intensivă, fătul are peste 50% șanse de supraviețuire în afara uterului. Crește foarte repede și se pregătește pentru naștere. Ochii i se deschid, iar plămânii prind conturul final. În această fază, se produce surfactantul, o substanță necesară respirației.

În săptămâna a 30-cea, fătul este capabil să supraviețuiască în afara uterului fără a fi considerat prematur la naștere. Hrana este transmisă de la mamă la făt prin placenta și cordonul ombilical. Dacă mama consumă droguri sau alcool, fătul le primește și el.

În săptămâna a 32-a, sistemul nervos s-a dezvoltat astfel încât copilul are foarte multe mișcări coordonate. Aude bătăile inimii mamei sale, dar și vocea ei. Are ochii deschiși, dezvoltați ca la un adult și poate urmări lumina care se filtrează prin pielea burții. După naștere, va avea nevoie de o anumită perioadă de timp ca să

fixeze obiecte și să-și manifeste emoția la auzul vocii mamei. Receptorii mirosului au ajuns la maturitate deplină. La fel, cei ai gustului. Poate desluși dulcele de acru. Mușchii sunt constituiți și exersează regulat mișcări. În felul acesta se pregătește pentru naștere. Face deja și exerciții de respirație, bineînțeles fără aer. Doarme 80-90% din zi și, uneori, are un somn cu mișcări rapide oculare sau un somn așa numit paradoxal.

În săptămâna a 36-a, pielea se îngroașă și capătă culoarea roz. A crescut mult în greutate. Are aproape 2400-2500 g și o lungime de 45 cm.

De obicei, **săptămâna a 40-cea** marchează sfârșitul perioadei de gestație. Copilul este gata pentru viața din afara uterului. Părul i-a devenit moale, abundent. La naștere, placenta se va desprinde de uter, iar cordonul ombilical încetează să mai funcționeze în momentul în care copilul ia primele înghițituri de aer. Respirația copilului va duce la modificări în structura inimii și cea arterială, care vor forța tot sângele acum să circule prin plămâni.

La naștere, copilul are cam 2 000 000 000 000 de celule. Plămâni săi sunt plini cu lichid. Câteva clipe după naștere trebuie să-și umfle plămânii, să scape de lichid, să inspire aer și să lase bioxidul de carbon să iasă. Atunci el sau ea va plânge pentru prima dată.

2. DUREREA FĂTULUI

Avortul înseamnă până la urmă suprimarea unei vieți omenești. Părintele Galeriu ne spune că: „Din momentul concepției, se instituie o nouă existență umană, care are atâta viață și drept la viață, cât are și un nou-născut, un copil de școală, un tânăr, un adult”.¹⁰ De aceea, „mama nu are voie să-l ucidă, precum nu are voie să se ucidă nici pe ea, sinuciderea fiind un păcat de neiertat împotriva Duhului Sfânt.”¹¹ Viziunea creștină asupra concepției omului este confirmată și de oameni de știință. Astfel, fiziologul Nicolae Paulescu, descoperitorul insulinei, consideră că: „...zămislirea se face în momentul întâlnirii celor două celule sexuale, a căror unire formează oul fecundat. În acel moment, Dumnezeu trimite sufletul, adică artistul incomparabil care, supunându-se poruncii Divine, se pune imediat la lucru, ca să-și construiască trupul care va viețui.” Drept care avortul nu poate fi înțeles ca o acțiune de ordin uman: „Nu veți găsi o fiară - oricât de sălbatică și oricât de feroce v-ați închipui-o -, care să fie în stare să calce ordinul lui Dumnezeu și să-și distrugă progenitura.”¹² Puțini oameni cunosc ce durere simte fătul aflat într-o asemenea situație.

Nici un om nu-și amintește ce s-a întâmplat cu el în uter. Primul an după naștere se pierde în negură. Dar acesta nu este deloc un argument ca să trecem peste durerile

¹⁰ Părintele Constantin Galeriu, „Studiu introductiv”, în volumul lui Dr. Keneth McAll, *Vindecarea arborelui genealogic*, Pitești, Editura Zodia Fecioarei, 1998, p.36

¹¹ *Ibidem*, p.36-37

¹² *Ibidem*, p.39

unui făt ucis prin avort. Durerea, spun oamenii de știință, este simțită prin anumiți receptori. Aceștia primesc semnale alarmante, care, prin rețeaua nervilor, ajung la măduva spinării. Nervii din măduva spinării trimit mesaje către creier, unde se înregistrează durerea.

Fătul, începând cu a 10-a săptămână de gestație, poate simți fiorii durerii. Are constituite toate structurile necesare pentru aceasta. Senzorii și nervii încep să funcționeze încă de la a opta săptămână. Atunci sistemul nervos este extins. Mișcările fătului nu sunt lipsite total de coerență, ci răspund la anumiți stimuli. Nervii, care transmit semnalele de la piele la măduva spinării, sunt formați până în săptămâna a 7-a.

Talamusul are structura formată deja, în luna a 9-a de gestație. Mesajele senzoriale înregistrate de acest organ, aflat în stadiu normal de dezvoltare, vor fi trimise către cortex. Noile cercetări au arătat că talamusul joacă un rol important în procesul formării conștiinței. Până nu demult, se credea că funcțiile senzoriale existau doar în cortex. Cercetări și experiențe de laborator demonstrează că acestea pot funcționa și în alte părți ale creierului. Cercetătorii de la Universitatea din California, Los Angeles (SUA),¹³ au observat că și copiii fără encefal (acefalici), simt durerea. Se înțelege că fătul reacționează la stimuli la fel ca și adultul. Medicii susțin că un copil reacționează la durere în mod firesc din a 8-a săptămână. Dacă palma unui copil nenăscut ar fi înțepată cu un bold, acesta ar deschide gura de durere sau și-ar retrage mâna.

Concluziile cercetătorilor sunt anticipate de multe ori de practica medicilor. Astfel, dr. Maria Antoaneta Ciochircă a descris cu multe amănunte în ziarul „Adevărul” modul în care un embrion simte durerea despărțirii de trupul matern: „La trei săptămâni sunt schițate toate trăsăturile din care vor lua naștere organele fătului. Tot atunci apare prima schiță a sistemului nervos central, ca și sensibilitatea la schimbările de mediu din interiorul cavității uterine. Aceste schițe se dezvoltă, apar țesuturi și organe, iar la zece săptămâni (două luni și jumătate) embrionul are formă tipic umană. În toată această perioadă, câmpul de sensibilitate al embrionului se lărgeste și acestuia i se pot produce suferințe. Femeia care știe că se duce să facă un avort are un stres. La rândul lui, embrionul, aflat în legătură cu mama, are o stare de anxietate. Cred că embrionul percepe schimbarea chiar în momentul în care femeia își pune problema avortului. În timpul avortului, embrionul are exact suferința pe care o are orice organism din care se taie sau care este zdrobit.”¹⁴ Tot în acest articol se mai menționează că „... începând din a 52-a zi a vieții uterine, embrionul răspunde senzațiilor dureroase (conform aprecierilor făcute de academicianul român Constantin Maximilian). Când simte că va muri, fătul se strânge, de parcă ar vrea să se apere. Oare dacă ar avea lacrimi, ar plânge, așa cum fac copiii speriați de întuneric, de injecții sau pentru că au căzut? Cred că dacă un ginecolog, care face avorturi, ar privi în timp și ar vedea că embrionul sau fătul

¹³ *A Way of Life*, p.6

¹⁴ *Apud* Moisin, Anton, *Ocotirea copiilor nenăscuți*, Sibiu, 1997, pag. 19

normal, pe care-l ucide, e un copil care ar putea să zâmbească sau să spună «mamă», nici unul nu ar mai face avorturi”¹⁵.

Obstetricianul și ginecologul american Bernard Nathanson a folosit filmarea cu ultrasunete în cazul avortului unui făt de 12 săptămâni (3 luni). Filmul surprinde momentul apropierei instrumentului ucigaș al avortului, atunci „fătul se mișcă într-un mod violent și agitat; bătăile inimii cresc de la 140, la 200 pe minut; el deschide gura larg, ca într-un strigăt mut. De aceea și filmul se numește *Strigătul mut*.”¹⁶ Medicina nucleară contemporană a confirmat concluziile acestui medic american, arătând că de la 7 săptămâni (50 de zile) se fac simțite undele encefalice, ceea ce, potrivit criteriilor științei contemporane, evidențiază nivelul evoluat al fătului, specific persoanei adulte.

Foarte mulți medici neurologi din Marea Britanie susțin că ar trebui să fie folosite anestezice în avorturi, începând cu cea de-a unsprezecea săptămâna de gestație. Susan Greenfield, neurolog la Universitatea Oxford, director la Royal Institution, a declarat: „Atâta timp cât o anumită ființă are un sistem nervos, oricât de primitiv ar fi acesta, ar trebui să o tratăm cu o mai mare atenție.”¹⁷

3. MEMORIA FĂTULUI

Foarte multă vreme s-a crezut că un copil nenăscut nu are memorie, argument care a fost folosit la negarea umanității lui. Fătul, s-a spus, nu poate memora deoarece principalele căi nervoase ale sale nu s-au mielinizat pe deplin, ceea ce face ca mesajele de durere să nu poată fi transmise. De fapt, absența mielinului încetinește numai conducerea acestor impulsuri. Cercetări noi arată că această lipsă nu împiedică și nu blochează transmiterea impulsurilor. Andrew Feldmar, psiholog la clinică din Vancouver, a lansat ideea că „memoria s-ar putea instala chiar din momentul unirii spermatozoidului cu ovulul, adică începând chiar cu momentul concepției.” Aceste cercetări au arătat că „fătul poate înregistra amintiri chiar de dinainte de formarea creierului, adică de la 4 săptămâni.”¹⁸

Oamenii de știință danezi au descoperit că, între săptămâna a 37-a și a 40-a de gestație, fătul poate memora anumite sunete. S-a observat că un făt, pus într-o asemenea situație, dă semne de recunoaștere a sunetelor din jurul său, mișcându-se atunci când acestea se repetă. Dr. Cathelijne van Heteren, de la University Hospital, Maastricht, susține că feții au o memorie scurtă de cel puțin 10 minute. Alte studii arată că fătul are toate șansele de a învăța și memora sunete începând cu luna a 4-a,

¹⁵ Om de știință, Constantin Maximilian este autorul mai multor cărți importante despre procreație și rolul geneticii în interpretarea vieții. Cea mai recentă lucrare este: „*Genetica. Început fără sfârșit*”, Timișoara, Editura de Vest, 2001

¹⁶ Părintele Constantin Galeriu, *op.cit.*, p.36

¹⁷ *Apud, A Way of Life*, p. 6

¹⁸ *Ibidem*, p.92

că poate recunoaște sunete repetate și să le selecteze pe altele și are capacitatea de a le ignora pe cele pe care le consideră neimportante.

Un făt normal începe să recunoască vocea mamei sale de la aproximativ 30 de săptămâni de gestație. Mama poate intra în dialog cu fătul din primele săptămâni de sarcină, prin manifestări de iubire. „Ea poate astfel afla că fătul răspunde gesturilor ei de dragoste. Poate mișca uterul în care se află fătul la dreapta sau la stânga, punând mâna dreaptă pe partea dreaptă a abdomenului și cea stângă pe partea stângă, imprimând mișcări într-o parte și în alta. Concomitent, ea își poate imaginea că aceste gesturi de alinare vor face ca pruncul să crească în putere și bunătațe. Ca răspuns, pruncul se așează cu spatele în mâinile iubitoare. Dacă mama își deplasează concentrarea iubirii ei pe mâna stângă, și pruncul va face aceeași mișcare spre a se așeza sub mâna stângă. Repetând zilnic și la aceeași oră aceleași exerciții, copilul va lovi, dacă, la ora respectivă, baia de iubire nu apare. Dacă copilul poate fi afectat nu numai de violența tentativelor de avort, ci și prin simpla absență a manifestărilor de iubire”.¹⁹

Profesorul Peter Hepper, Queen’s University, Belfast, a observat că unii copii, ai căror mame, în timpul sarcinii, se uitau la serialul *Neighbors*, un serial australian, după ce s-au născut, se opreau din plâns și deveneau agitați când auzeau melodia celui film.²⁰ Stephen Evans, de la Keele University, a relatat că feții recunosc muzica pe care au ascultat-o mamele lor, aflate la a 20-a săptămână de sarcină. Atunci creierul sau cortexul cerebral nu funcționau deplin. Evans a declarat, în 1988, că a făcut teste cu 10 femei însărcinate, care au ascultat benzi cu muzică folk neobișnuită, la fiecare 7 zile din a 20-a și a 21-a săptămână de sarcină. Ea a repetat același program în timpul celei de-a 31-a săptămâni de sarcină. La două sau trei săptămâni după naștere, cei 10 bebeluși au ascultat trei bucăți muzicale, dintre care două erau cele pe care le-au cunoscut când se aflau în burtă.²¹ Observatori independenți au subliniat faptul că bebelușii își reduceau din mișcări în timpul celor două piese care mai fuseseră ascultate.

Fătul rămâne cu mirosul mamei încă de când ia primele înghițituri de lichid amniotic. De aceea femeile ar trebui să-și păstreze aceeași dietă în timp ce alăptează, ca și în timpul sarcinii. Cercetătorii de la Centrul European pentru Știința Gustului din Dijon, Franța, au demonstrat că fătul recunoaște gustul de anason,²² gust format în timpul vieții intrauterine. Au fost testați 24 de feți. Dintre aceștia, 12, ale căror mame mâncaseră anason în timpul sarcinii, s-au lăsat atrași puternic de acest miros. Ceilalți 12, care nu cunoșteau acest miros dinainte, l-au ignorat.

Prin urmare, bebelușul e capabil de viață complexă înainte de naștere, el „se obișnuiește în uter cu muzica, cu zgomotele, cu mișcarea și chiar cu stimularea vizuală. (...) Știm că, în uter fiind, bebelușul vede, aude, este în măsură să simtă

¹⁹ *Ibidem*, p. 92-93

²⁰ *Apud A Way of Life*, p.6

²¹ *A Way of Life*, p.6

²² *Ibidem*, p.7

dispoziția mamei și reacționează; de pildă, în ultimile trei săptămâni de sarcină, copilul reacționează la ciclul de veghe și de somn al mamei. Cu alte cuvinte, începe să se adapteze la mediu chiar înainte de naștere.”²³

În cartea „The Secret Life of the Unborn Child”, scrisă de John Kelly, dr. Thomas Verny face observația că, începând cu cel de-al treilea trimestru de sarcină, creierul fătului funcționează la fel ca cel al unui adult.²⁴ Autorul cărții consemnează mai multe mărturisiri ale oamenilor care au amintiri din viața intrauterină sau din timpul nașterii. Pornind de la aceste păreri, câțiva oameni de știință, făcând investigații, au conchis că oamenii își pierd o parte din amintiri, ca urmare a efectelor unui hormon, numit oxitocin, care produce amnezia. După același mecanism, la naștere, fătul își pierde memoria vieții sale petrecute în uter.

4. SĂNĂTATEA COPIILOR NENĂSCUȚI

Starea de sănătate a copiilor nenăscuți se află în strânsă legătură cu cea a mamei. Hrana din sângele matern ajunge, începând cu implantarea, în cea de-a treia zi de la concepție, în structura embrionului. De aceea grija societății pentru copiii nenăscuți se deduce din felul cum sunt sprijinite femeile însărcinate. Dragostea mamei pentru copilul ei se poate citi din modul în care aceasta își îngrijește sănătatea.

Din păcate, starea proastă de sănătate a femeilor din România s-a menținut și după 1990. O mulțime de factori contribuie la această situație. Cea mai frecventă stare întâlnită la femeile de vârstă fertilă este anemia, determinată, în majoritatea cazurilor, de lipsa fierului. Aproape o femeie din două suferă de o asemenea deficiență, iar incidența crește la femeile adulte sau care au un număr de copii în viață.²⁵ Dezechilibrele biologice sunt o consecință a unei diete deficitare, cu un consum neadecvat al alimentelor. Aceste situații sunt determinate și de consumul mare de produse cu un conținut deficitar de fier. Lipsa fierului este accentuată mai ales la cazurile aflate în perioadele de creștere și în timpul sarcinii.

Medicii pediatri români au semnalat cu îngrijorare creșterea numărului de copii afectați de rahitism, boală din ce în ce mai prezentă la nou-născuți. Cele mai multe cazuri se întâlnesc în mediul rural, unde nou-născuții sunt hrăniți mai mult cu legume. Copiii rahitici, avertizează medicii, pot avea, mai târziu, probleme motorii, dar și de concentrare. Rahitismul, boală specifică țărilor sărace, determină o dezvoltare anormală a nou-născuților. Le este întârziată mult calcifierea oaselor craniului și capacitatea de a se mișca.

²³ Martino, Bernard, *Bebelușul este o persoană. Povestea minunată a nou-născutului*, București, Humanitas, 2002, p.113

²⁴ *Apud A Way of Life*, p.7

²⁵ Șerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.), *Studiul Sănătatea Reproductivă România 1999, Raport final martie 2001*, CDC, ARSPMS, 2001, p.23

Directorul Spitalului de copii „Sfânta Maria” din Iași, dr. Marin Burlea, a individualizat o parte din cauzele înmulțirii cazurilor de rahitism: „Copiilor ar trebui să li se administreze vitamine și calciu, dar unele mame nu au nici măcar ce să le dea de mâncare, dar să le mai cumpere și calciu. Încă din ultimile zile de sarcină, mama ar trebui să ia vitamine, dar acest lucru nu se întâmplă. Sunt zone izolate, unde nici măcar un doctor nu există, iar oamenii nu sunt instruiți”.²⁶

Ministerul Sănătății și Familiei, pornind de la această situație, a dezvoltat un program special de distribuire gratuită a laptelui praf, pentru copii până la un an, program care, deocamdată, în perioada 2002-2003, nu a funcționat continuu, mai ales în zonele cu mare risc de rahitism, în mediul rural.

Femeile însărcinate care fumează își expun copiii unui risc crescut la diverse boli sau malformații. Cu toate acestea, conform unui sondaj realizat de autorii studiului „Sănătatea Reprodusei, România 1999”, 39% dintre femeile din București au declarat că fumează periodic.²⁷ Cea mai mare proporție a femeilor care fumează frecvent s-a înregistrat la femeile în vârstă de 25-34 de ani (35%).²⁸ Datele din acest studiu plasează România printre țările cu cel mai mare procent de femei fumătoare, din zona țărilor foste comuniste. Doar Polonia și Cehia devansează România. Schimbări mari s-au înregistrat și la nivel rural, numărul fumătorilor din această zonă dublându-se.

Efectele fumatului, un obicei din ce în ce mai frecvent în România, au fost multă vreme ignorate. După opinia medicilor din Marea Britanie, fumatul constituie o cauză importantă a pierderilor de sarcină. Aproape 30% din copiii decedați la naștere au fost intoxicați cu substanțele nocive ale fumului de țigară din sângele matern.

Cercetările recente arată că cel puțin două componente nocive ale tutunului, din cele 30 identificate în fumul de țigară, traversează placenta și ajung în sângele fătului. „Conform unui studiu al mortalității perinatale, femeile, care fumează mai mult de un pachet de țigări pe zi, prezintă un risc de 130% pentru hipotrofie fetală, față de cele care fumează sub un pachet de țigări pe zi.”²⁹ Fumatul constituie un factor de risc pentru nașteri premature și avorturi spontane. De asemenea, el mărește riscurile unor nașteri dificile, poate duce la micșorarea greutateii fătului sau poate produce sindromul de moarte subită a nou-născutului. A fost stabilită o relație între frecvența nașterii unor copii subponderali și numărul de țigări fumate zilnic de mamă. Astfel, la 6-10 țigări, există un risc de 12,5%, iar la 10 țigări și mai mult, se ajunge la un risc de peste 17%.³⁰

²⁶ Ziarul „Cotidianul”, nr. 55, 10 martie 2003

²⁷ *Studiul Sănătatea Reprodusei România 1999, Raport final martie 2001*, CDC, ARSPMS, 2001, p.265

²⁸ *Ibidem*, p.265

²⁹ Vlădăreanu, Radu (ed.), *Afecțiunile medicale asociate sarcinii*, București, Editura Infomedica, 1999, p.251-252

³⁰ Ionescu, Elena, *Embriologie umană*, București, Publishing Media, 1995, p.175

Abuzul de alcool în rândul femeilor presupune intensificarea problemelor de sănătate specifice feților și copiilor. Efectul nociv al consumului de alcool în timpul sarcinii este cunoscut de multă vreme. „De aceea alcoolul este citat printre factorii exogeni ce pot produce anomalii în dezvoltarea unor organe. Fătul este lipsit de apărare, ficatul său insuficient dezvoltat fiind incapabil să metabolizeze alcoolul.”³¹ În 1989, au fost stabilite criteriile de diagnosticare a sindromului alcoolic fetal.³² Consumul de alcool prea mare în timpul sarcinii poate duce la traume emoționale sau fizice ale fătului. Copiii afectați au, pe parcursul vieții, dificultăți de învățare, și manifestă tulburări de auz, vorbire și exprimare.³³ „Într-un procent de 1 la 70, acești copii prezintă întâzieri psihomotorii și labilitate nervoasă. La nivelul organelor, s-au constatat anomalii în dezvoltarea inimii și a aparatului genital.”³⁴

Nu se știe încă ce cantitate de alcool produce modificări ale sănătății fătului. Nu se cunosc cantitățile de alcool minimale pe care le pot consuma femeile însărcinate ca să fie în siguranță. Cu cât o femeie gravidă consumă mai mult alcool, cu atât crește riscul de anomalii al copilului ei, mai ales cel de sindrom alcoolic al fătului. Chiar și ingerarea unei cantități minime de alcool poate provoca probleme însemnate unui nou-născut. În programele de sănătate elaborate de guvernul britanic, în urma unor studii efectuate în 1995, se recomandă femeilor însărcinate să nu bea mai mult de 4 unități de alcool pe săptămână, adică două pahare de vin sau două sticle de bere. Cercetări mai recente arată că și un consum mai redus de alcool decât cel prescris de literatura de specialitate poate afecta sistemul nervos central al copilului.³⁵

Pediatrii, în general, recomandă abținerea la alcool femeilor însărcinate sau celor care intenționează să aibă un copil, atâta timp cât nu este cunoscută cu exactitate cantitatea de alcool permisă.

5. NAȘTERILE PREMATURE

Lumea contemporană este marcată de cel puțin două atitudini contradictorii, situație care face ca eforturile oamenilor de a fi la înălțimea exigențelor lor de ordin moral să fie anihilate de ignoranța manifestată în legătură cu viața semenilor lor. Atitudinea față de copiii nenăscuți nu trebuie interpretată drept numai un efect al ignoranței. Zilnic mor mii de copii prin avort, iar mulți dintre aceștia sfârșesc după ce au fost născuți.

În România, după datele oferite de Ministerul Sănătății, mortalitatea infantilă (0-1 an) continua să se mențină la un nivel foarte ridicat. În ultimii ani, rata mortalității infantile (18,6%), după datele Organizației Mondiale a Sănătății, are cea

³¹ *Ibidem*, p.168

³² Vlădăreanu, Radu (ed.), *op.cit.*, p.451

³³ *Ibidem*, p.452

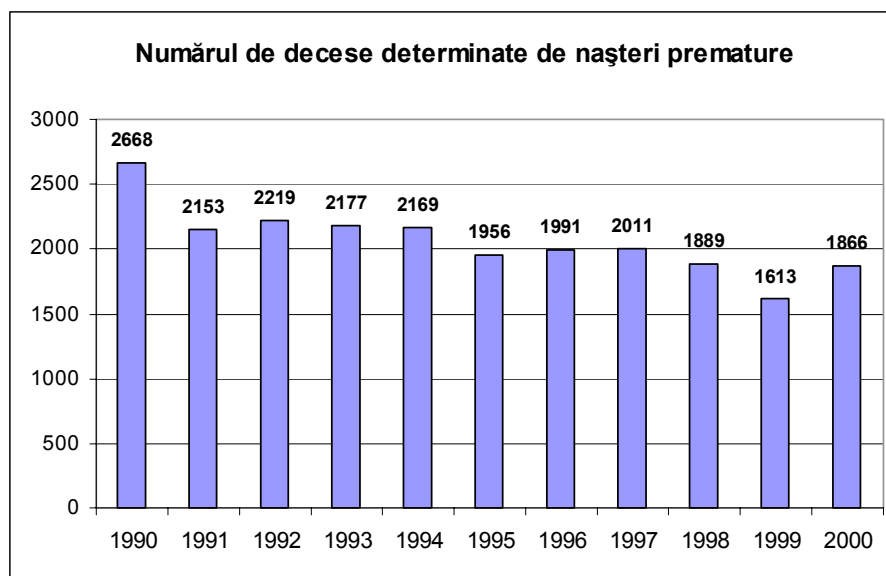
³⁴ Ionescu, Elena, *op.cit.*, p.169

³⁵ *A Way of Life*, p.8

mai mare valoare din Europa. Cele mai multe decese au fost determinate de afecțiuni ale aparatului respirator (30,7%).³⁶

Din cei 1453 de copii decedați din cauze perinatale, în 2000, 61,2% cântăreau sub greutatea normală (2500 g). În România, acești copii născuți prematur mor în proporție de 84,9%.³⁷ Cu cât durata sarcinii este mai redusă, cu atât mortalitatea infantilă este mai mare.

În 2003 au fost înregistrate câteva cazuri, considerate „recorduri” pentru România în materie de nașteri premature. Ziarul „Național” a anunțat că, la Maternitatea „Cuza Vodă” din Iași, a fost adus pe lume un bebeluș de numai 650 de grame, a cărui vârstă medicii au stabilit-o la 27 de săptămâni.³⁸ Autorii nu precizează dacă copilul a supraviețuit. La aceeași maternitate, a mai fost născut un copil cu greutatea de 800 de grame. Asemenea cazuri sunt privite cu scepticism de medici, considerând că acești copii pot avea invalidități neurologice, oculare sau renale (dr. Mircea Onofriescu, directorul Maternității „Cuza Vodă”).



Sursa: **Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, p.15

În ultimii 50 de ani, pe plan mondial, au fost înregistrate progrese mari în domeniul nașterilor premature. Literatura de specialitate include în această categorie

³⁶ *Mortalitatea infantilă în România, anul 2000*, București, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală, 2001, p.13-19

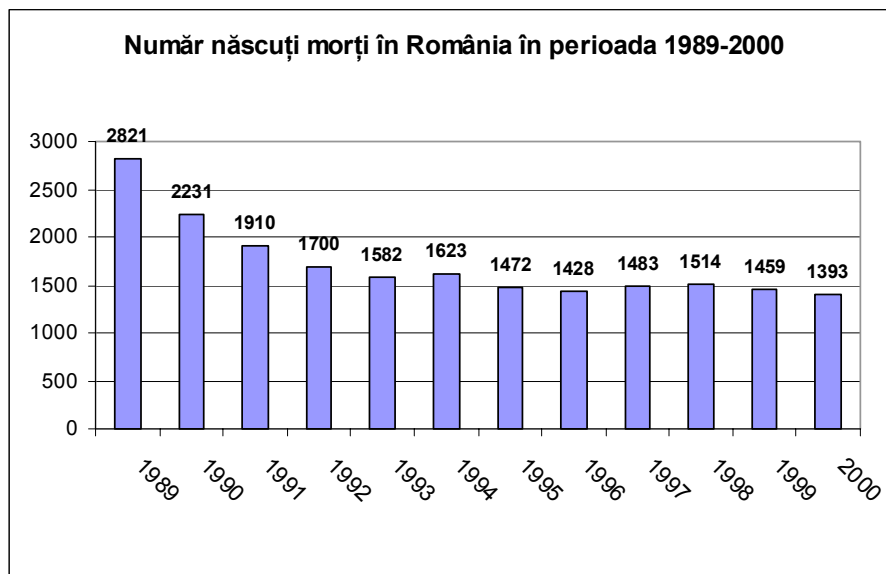
³⁷ *Ibidem*, p.17

³⁸ Ziarul „Național”, 7 martie 2003

copiii cu o greutate sub 2500 g și cei cu întârziere de creștere intrauterină.³⁹ După criteriul cronologic, este acceptată drept prematură orice naștere care survine înainte de 259 de zile sau 37 de săptămâni. Embriologii susțin că fiecărei săptămâni de sarcină a embrionului sau fătului îi corespunde o anumită greutate și lungime constantă.

Există o limită inferioară (stabilită de Organizația Mondială a Sănătății, în 1970), nivel peste care acești copii ar putea fi salvați. Progresele tehnicii medicale au făcut posibilă coborârea sub 28 de săptămâni a acestei vârste-limită (corespunzător unei greutăți specifice de 1000 g), ajungându-se în multe cazuri la 20 de săptămâni.

În medie, aproape 8% din nașteri survin prematur. Această situație diferă foarte mult în lume, numărul nașterilor premature, într-o țară, fiind determinat de dezvoltarea socio-economică, de zona geografică, de nivelul asistenței medicale în general și, în special, de cel obstetrical. În anii '80, după datele Organizației Mondiale a Sănătății, nivelul nașterilor premature a oscilat de la 2% (Suedia) și 34% (India). Nivelele cele mai ridicate au fost înregistrate în țări sărace din Asia. În România, acest indice s-a situat în ultimii ani sub 10%⁴⁰.



Sursa: **Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, p. 21

³⁹ Crișan, Nicolae *et al.*, *Nașterea prematură*, București, Editura Infomedica, p.1-15

⁴⁰ *Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000*, București, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, p.4

Începând cu anii '70, au fost folosite mijloace moderne pentru salvarea vieții copiilor prematuri. Pe lângă terapia oxigenului, s-a introdus alimentația nazo-gastrică, s-a îmbunătățit monitorizarea electronică și au fost găsite noi metode de ventilație artificială. În ultimii ani, a evoluat alimentația intravenoasă, monitorizarea transcutanată a presiunii sângelui și a devenit posibilă monitorizarea electronică în cazul leziunilor creierului. Mijloacele tehnice moderne se dovedesc a fi tot mai utile în apărarea vieții copilului nenăscut. Cu ajutorul acestor tehnici pot fi salvați copiii care se nasc cu o greutate foarte mică la naștere. Astfel, în Marea Britanie, a fost salvat un copil cu o greutate de 340 g.⁴¹

⁴¹ *A Way of Life*, p. 8

1. PROBLEMELE AVORTULUI

1.1 Evaluarea avortului în lume

Avortul a devenit un fenomen care polarizează atenția întregii societăți. Atenuarea lui nu depinde de câțiva factori, ci solicită participarea tuturor actorilor sociali. Deși este înregistrat ca o realitate incontestabilă, care, prin consecințele sale, amenință viața tuturor, la nivelele decizionale, mai ales de administrație și clasa politică, se manifestă o anumită ignoranță în gestionarea sa. Cazul României se remarcă în mod tragic mai ales prin dezechilibrele determinate de schimbarea bruscă a sistemului social. În același timp, evoluția mentalităților din acest spațiu urmează cursul general al lumii contemporane, care manifestă o vulnerabilitate tot mai mare.

Puține instituții pot pretinde că au o evaluare exactă a numărului de avorturi făcute într-un an. Cele mai multe estimări dau valoarea medie de 60 de milioane. International Parenthood Planning Federation (IPPF), organizație pro-avort cunoscută în lume, vorbește de „aproximativ 45-60 milioane de avorturi”.¹ Aceeași instituție apreciază că aproximativ 23% din numărul total de sarcini înregistrate anual la nivel mondial au un astfel de sfârșit.

Datele de bază ale acestui fenomen nu par a fi bine evaluate. Ambiguitățile sunt folosite ca argumente solide în susținerea unor programe, cu precădere, pro-avort. Institutul Allan Guttmacher,² explicând ambiguitățile, oferă un argument concret – insuficiența datelor se datorează cel mai adesea unor raportări incomplete, făcute în mod tendențios. În Statele Unite, de exemplu, țară cu un performant sistem de informare, raportările de acest gen sunt obligatorii numai în unele state. Și chiar în statele în care culegerea acestor date este obligatorie, de cele mai multe ori, situațiile la capitolul avort rămân incomplete. Din statisticile Institutului Allan Guttmacher reiese că, din 1988 până în 1997, numărul total al avorturilor, raportat centrelor pentru controlul bolilor infecțioase din SUA, a fost cu 11,3% mai mic decât numărul real.

Trăim într-o lume în care mentalitățile pro-avort domină. Aceasta este o constatare pe care nimeni nu o poate infirma. Nici măcar cei care acceptă avortul ca o soluție de viață. La ora actuală, 40,8% din populația lumii trăiește de fapt în țări în care avortul este permis fără restricții. Într-un alt grup masiv, adică 33,2%, se află

¹ International Planned Parenthood Federation, *Promovarea sănătății reproducerii prin mass-media*, București, 1999, p. 2

² Institut de cercetare al IPPF

țările în care avortul este acceptat pe motive socio-economice, iar restul, cu excepții ne semnificative, se pronunță pentru avort numai în cazul salvării mamei.³

În Europa Centrală și de Est, cu excepția României (1966-1989), avortul a fost și a rămas liber. În acest spațiu, în care trăiește 5% din populația lumii, sunt înregistrate – cu mijloace informative insuficiente și lipsite de precizie – 21% din totalul avorturilor de pe glob. Astfel, coroborând aceste date cu alte statistici, reiese că, în această zonă a lumii, din o mie de femei aflate la vârsta procreației, 90% apelează la avort în fiecare an.⁴

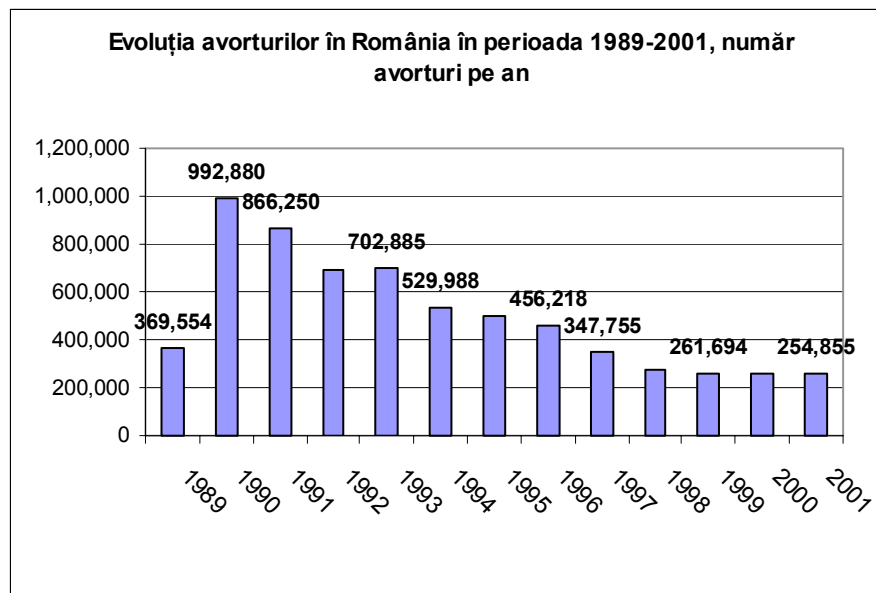
1.2 Evaluarea avortului în România

Avortul în România, mai ales începând cu 1990, a constituit cea mai utilizată cale de „control al nașterilor”. În spațiul țărilor din Centrul și Estul Europei, situația din România poate fi comparată mai ales cu cea din Federația Rusă. În aceste două locuri s-au prefigurat cele mai dramatice situații din întreg spațiul fost comunist. Excepție face, în continuare, Georgia, unde rata totală a avorturilor este cu peste 50% mai mare decât în România și Rusia.⁵ Deși înainte de 1989 legile avortului au fost restrictive, situația din România seamănă cu cea a țărilor din fosta URSS. Fapt care ne face să credem că mentalitățile societății corupte (economic, social și moral), de tip comunist, și-au pus amprenta în mod dramatic asupra oamenilor.

³ Institutul Allan Guttmacher

⁴ *Ibidem*

⁵ Șerbănescu, Florina, Morris, Leo, Marin, Mona (coord.), *Studiul Sănătatea Reproductivă România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 63



Sursa: **Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, p.26

România, mai ales după 1990, a devenit un caz special. Din 1966, întreruperile de sarcină au fost restricționate, până la schimbarea regimului comunist (26 decembrie 1989). Revocarea legii restrictive a deschis o adevărată cutie a Pandorei. După această dată, România a atins una dintre cele mai mari valori a ratei avortului. Cercetările efectuate, începând cu 1993 (anul în care autoritățile au început să fie preocupate de fenomen), arată că, în intervalul 1990-1992, avortul, în România, a atins cele mai înalte cote din Europa „și poate din lume”⁶ (cele mai multe avorturi fiind înregistrate la persoane cu vârste cuprinse între 20-34 de ani). Mass-media, fără să impună analize detaliate – ceea ce o face vulnerabilă, ușor de intoxicat și manipulat –, reamintește periodic, ca pe un slogan, faptul că România deține recordurile la avort, la nivel mondial.⁷

România, oricum am privi lucrurile, reprezintă un caz, un caz trist. Creșterea numărului avorturilor – o tendință scoasă în evidență de toate statisticile – indiferent de ideologiile existente în spatele lor, se conjugă și cu creșterea mortalității materne

⁶ *Ibidem*, p.62

⁷ Iată doar câteva titluri de ziare din perioada august 2002 – aprilie 2003: „România, prima în Europa la mortalitatea maternă cauzată de avorturi” (Ziarul *Cotidianul*, 17-18 august 2002); „România – țara avorturilor” (Ziarul *Ziua*, 13.12.2002); „Fenomenul mortalității materne nu poate fi atenuat” (Ziarul *România liberă*, 15 februarie 2003); „Elevele practică avortul, ca metodă de contracepție / Vârsta începerii vieții sexuale a scăzut sub 16 ani” (Ziarul *Adevărul*, 1 aprilie 2003).

cauzate de avort. În anul 2000, erau înregistrate în România, la acest capitol, valori dintre cele mai alarmante. „În anul 2000, România se situează pe primul loc în Europa, în ceea ce privește mortalitatea prin avort și pe locul cinci în ceea ce privește mortalitatea prin risc obstetrical, conform datelor de care dispunem. În urma decesului a 38 de femei au rămas orfani de mamă 59 de copii.”⁸ De altfel, situația se menține la același nivel tragic, de la începutul anilor '80. Pentru a avea o imagine cât de cât reală a fenomenului, trebuie luate în calcul unele aspecte ale României de astăzi. Ambiguitățile pornesc chiar din faza evaluării. Lipsa unor reglementări clare, referitoare la înregistrarea cererilor de avort în clinicile private, poate explica evaluarea inexactă. Un sondaj realizat la directoratele de sănătate publică regionale, în 2001, arată că, în clinicile private, cu un an în urmă, a existat un număr de aproximativ 80.000 de avorturi, realizate la cerere, care au fost omise din statisticile medicale. Nu toate județele raportau avorturile efectuate în clinicile private. Problema raportărilor incomplete din sectorul de sănătate privat a stârnit indignarea autorităților, astfel încât, în prezent, ea este studiată de un departament special al Ministerului Sănătății și Familiei, care a promis noi reglementări.⁹

Daniela Bartoș, fostul ministru al Sănătății și Familiei, a recunoscut că explozia avorturilor a fost determinată, în primul rând, de „legislația liberală introdusă după 1990”.¹⁰ Acest fapt s-a asociat, de asemenea, cu „accesibilitatea crescută la avort a populației”. Avortul, folosit în continuare pe scară largă, a determinat consecințe grave, iar statisticile evidențiază că „morbiditatea cauzată de complicațiile avortului a devenit semnificativă”.¹¹

Datele oferite de Ministerul Sănătății, în 1995, arătau că, în perioada 1990-1992, rata avortului provocat în mod legal a avut o valoare medie foarte ridicată. „Clinicile au fost inundate de femei care solicitau avortul. Ca o consecință, rata avortului provocat legal a atins cel mai ridicat nivel din lume – aproape 200 la 1000 de femei între 15-44 de ani, între 1990-1992. Aceasta corespunde unei rate a avortului de aproape 3 avorturi provocate la fiecare născut viu pentru aceeași perioadă”.¹² Consecințele asupra sănătății femeilor (și în special asupra fertilității acestora) s-au dovedit a fi grave. Se constată, de exemplu, că rata totală a avortului este cu 70% mai mare decât rata totală a fertilității (2,2 vs.1,3).¹³

⁸ *Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei în România*, București, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală 2000-2001, p.19-23

⁹ Dr. Horga, Mihai, „Contraception and Abortion in Romania”, Background paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy in Romania, oct. 2001, p.19

¹⁰ Dr. Bartoș, Daniela, „Sănătatea femeii și a copilului și protecția familiei în viziunea Ministerului Sănătății și Familiei din România” în *Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui nou mileniu creștin»*, București, 2002, p.40

¹¹ *Ibidem*

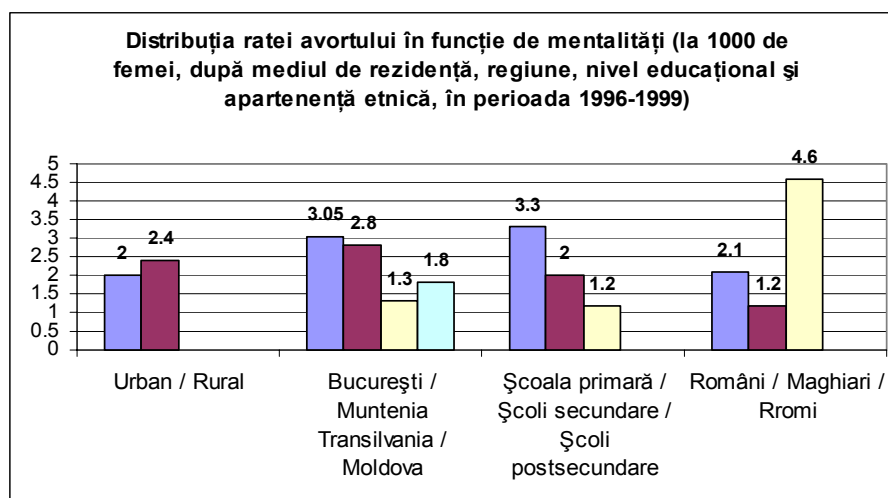
¹² *Cercetarea sănătății reproducerii în România 1993*, Raport final martie 1995, IOMC, CDC, București, 1995, p.62-63

¹³ *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p.64

1.3 Mentalități abortive

Avortul crescut poate fi explicat și ca o consecință directă a mentalităților. Cercetările făcute în România arată că această practică inumană variază în funcție de mediile în care trăiesc familiile. Se constată astfel de diferențe între sat și oraș sau între diferite regiuni ale țării. La sate, în ultima perioadă, femeile recurg mai des la avort, ceea ce atestă influența crescută a noilor mentalități. De asemenea femeile din București sau din sud-estul țării se expun mai des la aceste riscuri, spre deosebire de cele din Transilvania și Moldova.¹⁴ La aceste variații, sociologii nu au încă un răspuns.

Un rol foarte mare în evoluția acestui fenomen îl joacă nivelul de educație. În general, situația este dramatică acolo unde informațiile despre consecințele nefaste ale avortului sunt deficitare. Un caz aparte îl constituie comunitatea rromilor. Aici, recurgerea la avort a devenit o practică obișnuită. Frecvența avortului la femeile rrome se ridică mult peste media generală.¹⁵



Sursa: Studiul Sănătatea Reproducerii, România, 1999, CDC, ARSPMS, p.67

Mai mult de o treime din femeile aflate la vârsta optimă a procreației au avut cel puțin un avort provocat. Majoritatea sarcinilor (89%) au fost oprite, în mod brutal, în primul trimestru de sarcină.¹⁶ Din cele aflate în afara acestei categorii, un procent de

¹⁴ *Ibidem*, p.67

¹⁵ *Ibidem*, p.67

¹⁶ *Ibidem*, p.71

11% revine genului de avort tardiv, adică efectuate după a 13-a săptămână de sarcină.

Numărul avorturilor cu risc crescut se menține în continuare la o valoare foarte mare. La acest fapt, mai trebuie să adăugăm omisiunile din statisticile oficiale, determinate de obișnuința manipulării datelor (situație instituționalizată în sistemul medical în anii '80) și disfuncționalitățile grave din domeniul sănătății. În ordinea acestor „defecțiuni” intră și faptul că sistemul privat nu-și asumă încă raportarea exactă a datelor.¹⁷

Vârsta cea mai probabilă când femeile apelează la avort este de 25-29 de ani. Acestui segment de femei îi corespunde cea mai mare rată a avorturilor (119 la 1000 de femei). Statisticile, chiar în forma lor deficitară, arată că, în perioada 1996-1999, fiecărei nașteri îi revin aproape două avorturi.¹⁸

Ultimele date oferite de Ministerul Sănătății arată că numărul adolescentelor și al tinerelor care apelează la avort s-a mărit abrupt.¹⁹ Din cele 230 de mii de cazuri de întrerupere de sarcină, înregistrate în 2002, 10% au fost efectuate tinerelor sub 19 ani, iar un număr de 700 au fost făcute adolescentelor sub 16 ani. Ziariștii de la „Adevărul”, facând o anchetă pe această temă, subliniază șocul emoțional pe care îl suportă aceste adolescente nefericite. O elevă de liceu, din București, în vârstă de 15 ani, mărturisește: „Când am rămas însărcinată, relația pe care o aveam de aproape un an cu cel pe care l-am iubit s-a sfârșit. Mi-a spus să fac orice ca să scap de copil și aveam senzația că sunt un gunoi pentru el. Nu m-a sprijinit deloc. Părinților mei n-am îndrăznit să le spun nimic. După nopți nedormite, în care m-am gândit că trebuie să devin criminală, m-am hotărât, totuși, să merg la spital și să fac avort. Doar cu colega mea de bancă m-am putut sfătui și ajuta. Oricum, a fost groaznic.”²⁰

În maternitățile bucureștene, zilnic, se petrec asemenea cazuri la limita umanului. La Clinica de Obstetrică și Ginecologie „Polizu” din București, au fost înregistrate, în 2001, 42 de avorturi la fete sub 16 ani și 555 la cele cu vârste cuprinse între 16 și 19 ani. La aceeași instituție, în 2002, numărul adolescentelor sub 16 ani, care au solicitat asemenea intervenție chirurgicală, a ajuns la 61, iar al celor între 16 și 19 ani, la 556. În primele două luni ale anului 2003, 92 de minore au avortat la această clinică. Ar trebui luate în calcul, de asemenea, și formele de avort, în număr destul de ridicat, cu posibile consecințe grave asupra fetelor sub 19 ani. Astfel, la Clinica „Polizu” au fost înregistrate 80 de cazuri de avort incomplet, în care a fost vorba fie de avort autoprovocat, fie de o intervenție neprofesionistă.

Una din cauzele importante, care susține o asemenea situație, o constituie lipsa comunicării în familie și existența unui mediu care manifestă agresivitate față de sarcină. „Dintr-o jenă de neînțeleș, mamele nu le spun fetelor nici măcar informații despre menstruație, iar tații nu le vorbesc băieților despre poluțiile nocturne.

¹⁷ Dr. Horga, Mihai, op.cit., p.19

¹⁸ *Studiul Sănătatea Reproduserii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 64-65

¹⁹ Ziarul „Adevărul”, 1 aprilie 2003

²⁰ *Ibidem*

Neavând aceste informații, tinerii își doresc să experimenteze tot ce văd prin filme sau prin reviste.”²¹ Cele mai multe informații din cultura vieții sexuale provin din mediile sociale frecventate și din mass-media, informații, care se dovedesc a fi „contradictorii și șocante”.

Prin lege, toate avorturile trebuie efectuate în spitale, clinici private sau cabinete medicale de către obstetricieni și ginecologi. Marea majoritate a acestora, spun documentele oficiale, au fost realizate fie în secțiile de ginecologie ale spitalelor (64%), fie în clinici și cabinete private (36%).²² După cum se observă, numărul avorturilor efectuate în regimul privat a crescut constant în perioada 1990-2000, ceea ce înseamnă, că, urmând aprecierile studiilor care au analizat „sănătatea reproducerii”, în aceeași proporție cu această creștere, s-a mărit și numărul avorturilor neînregistrate. Contrar statisticilor oficiale, se menține în continuare un număr mare de avorturi, iar strategia de limitare a lor numai prin promovarea agresivă a contracepției, strategie susținută de toate instituțiile guvernamentale, se dovedește a fi cel puțin inefficientă, dacă nu falsă.

Prețul oficial al avortului în România era, în 1999, aproximativ 5 dolari. Operația, de altfel, se face în mod gratuit femeilor cu 4 copii și mai mulți. Suma medie plătită de fiecare femeie, în 1999, a fost mai mare decât cea oficială cu aproape 3 dolari. Creșterea prețului a fost determinată de faptul că, în mediul privat, taxele sunt mult mai ridicate.²³ În continuare, statul susține o mare parte din cheltuielile legate de avort.

1.4 Motivațiile avortului

Femeile din România invocă motive diverse atunci când își justifică hotărârea pentru avort. După studiile inițiate de guvern și finanțate de USAID, UNFPA, UNICEF (organizații ce susțin avortul liber și promovează contracepția abortivă), efectuate în ultimii ani,²⁴ marea majoritate a femeilor își justifică decizia pro-avort prin intenția de a limita numărul de copii. Un alt pretext des invocat, întâlnit la aproape o treime din femeile chestionate în aceste studii, îl constituie condiția materială precară. Asta înseamnă fie că au un venit scăzut, fie se află în stare de șomaj sau trăiesc teama de a nu-și pierde serviciul.²⁵

Studiul sănătatea reproducerii România 1999, elaborat în 2001, arată că limitarea numărului de copii, situație în care se află 53% dintre femeile care avortează, a devenit un motiv din ce în ce mai des invocat. Campaniile agresive de promovare a anticoncepționalelor au creat un curent de opinie favorabil acomodării oamenilor la un stil de viață centrat pe interesele propriei persoane. Povara

²¹ *Ibidem*

²² *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 71

²³ *Ibidem*, p.74

²⁴ *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1993 și Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*

²⁵ *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 76

responsabilităților sociale și mai ales a celor care sunt proprii omului edificat după modelul creștin a fost mult redusă.

Cu toate acestea, conform studiului amintit, mulți români conștientizează riscul mare pe care îl reprezintă avortul pentru sănătate (65% femei, 62% bărbați).²⁶ Acest fapt arată că există un teren propice cultivării mentalităților ce întăresc viziunea în favoarea vieții, ce le îndepărtează pe femei de la expunerea la această intervenție chirurgicală periculoasă.

După 1990, când a fost adoptată o legislație liberală, numărul avorturilor a crescut brusc la aproape un milion pe an. În 2000, după statisticile oficiale, s-a ajuns la un sfert din această valoare, dar s-a constatat că mentalitățile abortive au rămas viguroase. Din păcate, în proporție de 78%, femeile susțin în continuare că au dreptul la o asemenea metodă²⁷, iar un procent de 70% (în Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999) ar apela la avort dacă fătul ar avea malformații, adică din motive eugenice (3%) sau dacă viața lor ar fi pusă în primejdie de sarcină (4%).²⁸

Limitarea numărului de copii pare a fi un element important, nou pentru modul de a trăi și gândi al celor din mediul rural. Discursul celor tineri, care cad pradă acestui stil de viață dominat de comoditate, intră în contradicție cu realitatea, care mai dăinuiește în buna tradiție la sate. Această situație fericită este confirmată de statistici care arată că numărul de copii în viață este mai mare în mediul rural decât în cel urban.

1.5 Motivele socio-economice

În toate analizele făcute pe tema avortului, prezența în prim plan a motivației socio-economice constituie un argument important al instalării unei viziuni care obstrucționează principiile vieții. În România, pornind chiar de la anchetele sociale inițiate de guvern, acest argument nu pare a fi sincer. Căci, conform SSRR 1999, acest motiv a fost invocat mai ales de femeile cu o condiție bună materială, adică de femeile care trăiesc în orașele mari și care au studii superioare. De exemplu, femeile din București în proporție de 36 % susțin acest punct de vedere, care intră în contradicție cu standardul lor de viață ce este peste medie. Cei intervievați, care susțin asemenea stări de fapt incompatibile cu statutul lor, consideră că marile orașe oferă o viață mai scumpă, iar lipsa locuințelor s-a acutizat.

Rezolvarea problemelor de natură socială și economică nu poate fi făcută pe calea măririi numărului de avorturi. Consecințele asupra sănătății femeilor presupun costuri incalculabile (vezi capitolul “Consecințele avortului”). Soluția cea mai bună, adică sprijinirea creșterii și educării copiilor, se află în mâinile statului. Limbajul

²⁶ *Ibidem*, p. 227

²⁷ *Ibidem*

²⁸ *Ibidem*, p.76

dublu - o mentalitate care străbate societatea, de la instituțiile statului, la omul singur sau integrat familiei – induce modul nefast al schimbărilor în salturi. Astfel, societatea a devenit prea tolerantă la noile comportamente sexuale, iar formula ei de funcționare nu mai este asociată cu stabilitatea, echilibrul, moralitatea și durabilitatea.

Analizele sociologilor arată că, după 1990, apar tot mai multe “menaje de o singură persoană”, celibatari sau persoane divorțate și “familii consensuale”.²⁹ S-a înmulțit de asemenea numărul de avorturi pe motiv “de partener”, motiv invocat mai frecvent de femeile care nu sunt căsătorite. Mai ales cele cu studii superioare nu au făcut față opoziției partenerului de a mai avea un copil.

Se întâlnesc în continuare, cu o frecvență ridicată, și alte motive: starea sănătății în momentul hotărârii avortului (femeile din București și cele cu o stare materială și socială mai bună) și teama de a naște copii cu malformații (mediul urban, inclusiv în București și în Transilvania). Puținele studii, care analizează slăbiciunile stilului actual de viață, scot în evidență faptul că intensificarea motivației pro-avort are loc o dată cu creșterea nivelului de educație și a statutului economic.³⁰

Ca o concluzie, putem sublinia faptul că nu există vreun motiv important care să justifice avortul. El poate fi înțeles mai degrabă ca un fenomen social, potențat de vulnerabilitățile omului, dintre care cea mai evidentă este acceptarea comodității.

1.6 Mortalitatea maternă cauzată de avort

În România, mortalitatea maternă determinată de avort a crescut alarmant începând cu anii '80. După aprecierile demografului francez Blayo,³¹ atunci existau 240 de decese materne la 100.000 de avorturi declarate. Trebuie să ținem seama că, în acea perioadă, România nu raporta date reale la Organizația Mondială a Sănătății. Manipularea începea de la nivelul spitalelor, întrucât actul medical era politizat.

Rata mortalității materne cauzate de avort rămâne în continuare la valoare foarte înaltă. În 2000, numărul deceselor din această cauză era de 16,20 la 100.000 nașteri vii.³² Se constată, e adevărat, o oarecare îmbunătățire a situației, dacă comparăm evoluția datelor (pe ani) în perioada 1989-2000.³³

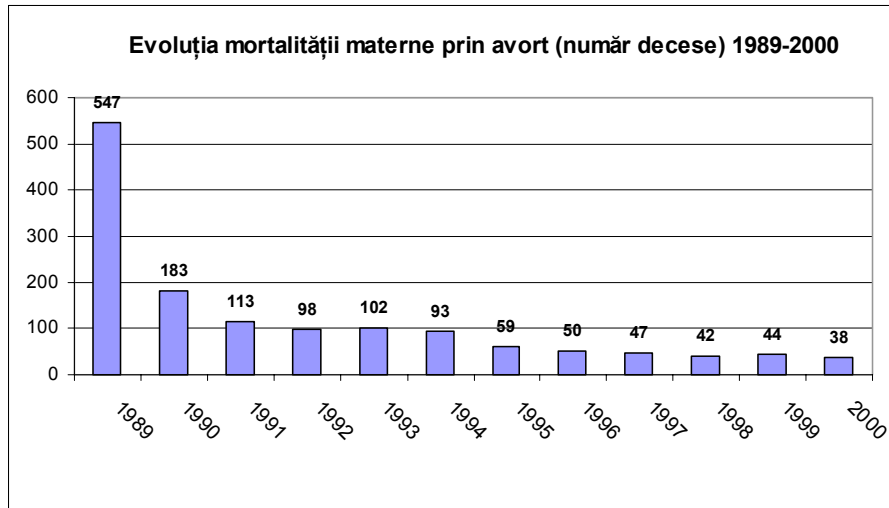
²⁹ Voinea, Maria, „Familia în societatea de tranziție”, în *Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui nou mileniu creștin»*, București, 2002, p. 101-107

³⁰ *Studiul Sănătatea Reproduserii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 76

³¹ *Apud* Kligman, Gail, *Politica duplicității*, București, Humanitas, 2000, p. 231

³² *Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei în România, 2000-2001*, București, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, p. 3

³³ *Ibidem*, p. 19



Surse: **Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei în România**, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, 2001, p.17 și **Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, 2001, p.4

Într-o situație asemănătoare se află și Rusia, care, după statisticile OMS, are o rată de 14,65 la 100.000 nașteri vii. Totuși, situația din Rusia a început să se „calmeze”, în ultima vreme. Ministrul Sănătății din Federația Rusă, Olga Shaparova, în timpul unei audieri parlamentare, a susținut că „numărul avorturilor a scăzut simțitor”. În 1997, se înregistrau trei avorturi la fiecare născut viu, situație care s-a perpetuat mult timp. Începând cu anul trecut, s-a ajuns la 1.3 avorturi pentru fiecare născut viu. De asemenea, și numărul de pierderi de sarcini s-a diminuat, de la 21.000, în 1997, la 12.000 în 2002.³⁴

În Polonia, unde avortul este foarte mult restricționat, acest indicator este foarte scăzut, fiind de 0,26 în 2000.³⁵ Pornind de la acest caz, se poate spune că restricțiile mari puse în calea avortului nu determină în nici un fel creșterea avorturilor ilegale și, implicit, a mortalității materne. În România, în anul 2000, au murit, din cauza avortului, 38 de femei, lăsând în urmă 59 de copii. Să ne închipuim câți copii au rămas fără mamă în perioada 1989-2000, în urma decesului a 1416 femei. Riscul unei gravide din România de a muri din cauza unei probleme legate de sarcină este de 14 ori mai mare decât al celor din Austria și de 4 ori mai mare decât al celor din Republica Cehă, Polonia sau Ungaria.³⁶

³⁴ AFP, Pro-Life Infonet, 12 aprilie 2003

³⁵ WHO/Europe, HFA Database, ianuarie 2002

³⁶ *Ibidem*

Mortalitatea maternă ridicată, ca și mortalitatea infantilă, arată că în România starea de sănătate este una dintre cele mai precare în spațiul Europei Centrale și de Est. De altfel, și la capitolul mortalitatea infantilă, în perioada 1989-2000, România se afla printre țările cu cele mai ridicate valori din întreg spațiu european, cu toate că rata mortalității infantile a involuat de la 26,9 la 18,6 decese la 1000 de născuți vii, în perioada 1990-2000.³⁷

1.7 Populația României scade vertiginos

După 1989, o dată cu liberalizarea avorturilor, în România, s-a declanșat o criză demografică, pe care sociologii, cu datele pe care le au, o compară cu situația din perioada războiului.³⁸ De la an la an, populația scade în mod neașteptat. În primii ani, până în 1992, la această diminuare excesivă prin scăderea nașterilor a contribuit și emigrația. Mentalitățile create de noul model de viață sexuală și condițiile socio-economice tot mai precare, specifice unei țări cu economie instabilă, au condus la o situație demografică fără precedent.

În istoria României, o schimbare cu implicații atât de mari, la nivel social, a mai avut loc la începutul secolului XX. Atunci, tranziția a fost urmată de efecte pozitive. După primul război mondial, s-a înregistrat o creștere rapidă a populației.

Ritmul actual al scăderii numărului de nașteri, într-un mod cu totul anormal, presupune impunerea unui nou model de procreație. Deși familia, comparativ cu situația din țările occidentale, nu a suferit modificări semnificative, se observă, însă, o schimbare radicală la nivelul atitudinii părinților față de copii. Un număr tot mai mare de părinți "își planifică" maximum un copil.

Începând cu 1990, numărul avorturilor în România l-a depășit pe cel al nașterilor vii. Rata fertilității a scăzut sub nivelul de înlocuire. În spitalele din București, se efectuau, în anii '90, câte 70-100 de avorturi în fiecare zi. În 2000, a fost înregistrat un număr de 234.521 de nou-născuți, față de 369.554, în 1989. În aceeași perioadă, a crescut numărul de decese de la 247.001, 1990, la 255.820, în 2000.³⁹ Aceste două fenomene demografice, pe care sociologii le consideră fundamentale în evoluția populației, "și-au unit forțele", determinând scăderea în mod dramatic a populației.

Avortul continuă să fie principala „metodă de control” al fertilității în România, nesocotindu-se multitudinea consecințelor nefaste. Femeile se plâng de stări depresive, boli nervoase, probleme sexuale și izolare socială. Recensământul efectuat în 2002 arată că populația României a scăzut, după 1990, de la 23.201.835,

³⁷ *Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1989-2000*, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, p. 13

³⁸ Mureșan, Cornelia, *Evoluția demografică a României/Tendențe vechi, schimbări recente, perspective (1870-2030)*, Cluj-Napoca, Editura Presa universitară clujeană, 1999, p.166

³⁹ *Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989 -2000*, Centrul de calcul, statistică și documentare medicală, p.4-5

la 21.698.181. Diferența foarte mare de 1.503.654 a fost determinată în mare parte de scăderea semnificativă a numărului nașterilor.

Sociologii prevestesc adâncirea golului demografic. „În anii 1965-1967, România a cunoscut prima perioadă de scădere a natalității, în istoria ei statistică (poate au mai fost și alte asemenea perioade, dar neînregistrate) sub pragul înlocuirii generațiilor. Atunci a fost adoptată o legislație pro-natalistă, iar efectele ei s-au văzut imediat, determinând un *boom* demografic în 1968-1969. După aceea, s-a reinstalat vechea tendință. În 1973, situația era la nivelul efectiv al natalității din 1967. S-a revenit asupra legislației din 1967. Iarăși a apărut un vârf demografic, în 1974-1975, după care s-a reinstalat vechea tendință, până în 1983, când a fost ultima revenire în forță a legislației pro-nataliste ceaușiste, urmată de ultimul *boom* demografic din 1983-1985. După 1985, s-a revenit la tendința de scădere. După 1990, această situație s-a accentuat. Generațiile care au apărut după 1985 au scăzut foarte repede – și aceasta se poate ușor constata și din numărul elevilor -, iar golul demografic masiv va apărea în 2005”.⁴⁰

Schimbările de structură demografică a populației României vor continua. Această viziune sumbră este susținută, în accepțiunea sociologilor,⁴¹ de scăderea în continuare a numărului nașterilor (în 1999, rata totală a fertilității a fost de 1,29 copii la o femeie) și de creștere a mortalității (speranța de viață, în 1996, era de 65,30 ani la bărbați și 73,09 ani la femei). Analizele ONU proiectează o scădere cu 16% a populației României în 2020, față de cea din 1996.⁴² Această prognoză, însă, pare a fi depășită de realitate, având în vedere rezultatele recensământului din 2002. În 2030, dacă se mențin actualele tendințe, scăderea ar putea ajunge la -17%, față de 1996 (3,8 milioane de oameni).⁴³ Durata medie de viață, în 2002, a fost de 66,3 la bărbați și 67,8 la femei, cu mult sub valorile medii din Europa Occidentală (69 la bărbați și 76 de ani la femei).⁴⁴

Un studiu recent al Organizației Națiunilor Unite susține aceste previziuni, arătând că, în 2050, România va avea mai puțin cu 4 milioane de locuitori.⁴⁵ De altfel, în următorii 50 de ani, toate țările europene vor cunoaște dezechilibre demografice majore determinate de creșterea numărului persoanelor în vârstă și scăderea ratei natalității.

O viziune și mai sumbră oferă cercetătorii americani de la World Population Prospects. În 2005, în România vor fi 19,8 milioane de locuitori, dintre care 17 milioane adulți și 2.400.000, copii sub 14 ani. Pe termen lung, situația se va

⁴⁰ „Golul demografic masiv va apărea în 2005” - interviu cu prof. dr. Ioan Mihăilescu publicat în „Dosar Provita Media” nr. 9-10, aprilie 2003, <http://www.provita.ro>

⁴¹ Mureșan, Cornelia, *op.cit.*, p.211

⁴² *Ibidem*

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ Ziarul „România liberă”, 15 februarie 2003

⁴⁵ Ziarul „Național”, 12 martie 2003

deteriora în același ritm. Pentru anul 2050, se estimează că, la o populație de 16 milioane de locuitori, vor fi doar 2 milioane de copii.⁴⁶

1.8 Sprijinul guvernului

Situația avortului este gestionată în mod deficitar de autorități. În mod teoretic, a fost creat un sistem, care ar trebui să impună controlul la toate nivelele. Ideea de bază a strategiilor aplicate în aceste structuri constă în reducerea numărului mare de avorturi prin promovarea contraceptivelor. Foarte multe servicii, mai cu seamă avortul și cele din categoria planingului familial, sunt finanțate parțial sau în totalitate de stat. Prin programele incluse în “Strategia națională în domeniul sănătății”,⁴⁷ femeilor li se garantează un întreg șir de îngrijiri gratuite, care sunt incluse în pachetul de servicii de bază acoperit de asigurările medicale. Astfel, primesc îngrijiri prenatale gratuite, pe o perioadă îndelungată de timp, sau se asigură consiliere premergătoare concepției. Recomandările medicilor (categorie în care este inclus și medicul de familie) se axează pe furnizarea de informații asupra pericolelor ce pot afecta dezvoltarea fătului (tutunul, alcoolul, infecțiile materne, cum ar fi: rubeola, toxoplasmoza, HIV și alte infecții cu transmitere sexuală), riscurilor asociate bolilor mamei și celor asociate bolilor genetice. Numărul de consultații prenatale, pentru femeile cu sarcină normală, dusă până la termen, recomandat de Ministerul Sănătății și Familiei, este de cel puțin 10.

Medicii români impun femeilor gravide să facă investigații de laborator, de sânge, de urină, examene bacteriologice ale secreției vaginale, screening pentru bolile cu transmitere sexuală, izoimunizare Rh.⁴⁸ Femeilor cu riscuri crescute la bolile cu transmitere sexuală, li se asigură antibiotice de rutină. Există dovezi care arată că administrarea profilactică de antibiotice în asemenea situații reduce incidența infecțiilor. Un tratament special li se garantează adolescentelor și femeilor peste 40 de ani însărcinate, femeilor cu condiții medicale preexistente, celor cu antecedente de intervenție chirurgicală uterină, celor care solicită sterilizare simultană, femeilor cu antecedente de avort, precum și celor care au boli cu transmitere sexuală.⁴⁹

Din păcate, și după 1990, s-a menținut o discrepanță foarte mare între programele guvernamentale și realitate. În primul rând, sistemul legislativ din acest domeniu, impus în anii '90, se dovedește a fi anacronic. Dacă urmărim evoluția stării de sănătate a populației, după 1991, putem trage concluzia ca s-a instalat o adevărată criză a sănătății. Parametrii cei mai importanți, cum sunt cei asociați

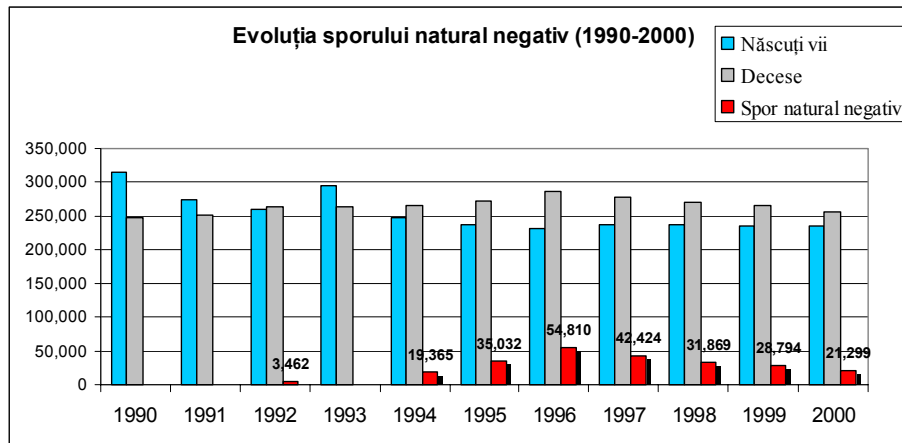
⁴⁶ Ziarul „Evenimentul zilei”, 31 martie 2003

⁴⁷ *Relansarea reformei în domeniul sănătății. Strategii naționale în domeniul sănătății*, București, Ministerul Sănătății și Familiei, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Snagov, 5 decembrie 2001

⁴⁸ *Relansarea reformei în domeniul sănătății. Programe prioritare de sănătate pentru anul 2002*, MSF, CNAS, Snagov, 5 decembrie 2001, p.91-92

⁴⁹ *Studiul Sănătatea Reproductivă. România, 1999, Raport final martie 2001*, CDC ARSPMS, p.82-83

mortalității infantile, mortalității materne, bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, bolilor aparatului circulator și tuberculozei, situează România ca un caz special în Europa. În bună măsură, această stare a fost determinată de subfinanțarea sistemului de sănătate. Se menține încă, în managementul general, mentalitatea de dinainte de 1989, când sănătatea era considerată “un domeniu neproductiv”. Așa se face că bugetul în acest domeniu a rămas la valori dintre cele mai mici. În 1990-2000, cheltuielile pentru sănătatea publică au variat între 2,8% și 4% din PIB, sau de la 28 la 61 de dolari/pe locuitor.⁵⁰ În toate țările foste comuniste cheltuielile din PIB pentru sănătate au fost mai mari: Bulgaria, 5%, iar Ungaria, Cehia, Polonia și Slovenia, 5-8%.⁵¹



Această tendință face ca sistemul de sănătate să nu ofere răspunsuri la problemele de sănătate reale ale femeilor, mai ales ale celor care provin din rândul populației sărace, care, conform estimărilor oficiale, se ridică la aproape 50% (vezi capitolul “Problemele familiei românești”). Majoritatea maternităților, exceptând pe cele private, nu au dotarea tehnică, care să le asigure funcționarea în limitele standardelor europene.⁵²

1.9 Poziția partidelor politice

Activitatea Ministerului Sănătății și Familiei, în structura de după 2000 (guvern al Partidului Social Democrat), și-a extins activitatea de bază, de „protecția și

⁵⁰ Dr. Bartos, Daniela, Raportul “12 ani de tranziție: bilanțul sistemului de sanătate ca sector social”, 5 noiembrie 2002, Conferința FOCUS, Elvetia

⁵¹ Mureșan, Cornelia, *op.cit.*, p.160

⁵² Ziarul „Cotidianul”, 19 august 2002

promovarea sănătății populației”, propunându-și să se implice „nemijlocit în domeniul protecției familiei”, punând accent pe „protecția medico-socială a femeii și copilului, îndeosebi a celor proveniți din categorii defavorizate”. De fapt, orientarea MSF în domeniul avortului și dezvoltarea strategiilor de promovare a contracepției nu s-a schimbat. Scăderea ratei avorturilor stă pusă în balanță cu folosirea contraceptivelor moderne. Din păcate, în realitate, numărul de avorturi este mult mai mare decât cel prevăzut de statisticile oficiale. Instituțiile guvernamentale nu au controlul la nivelul clinicilor private, iar în zona rurală, unde trăiește peste 50% din populație, serviciile medicale devin din ce în ce mai proaste. În același timp, promovarea contracepției nu este însoțită de programe de educație sexuală adecvate. Numărul adolescentelor care apelează la avort crește o dată cu scăderea vârstei începerii vieții sexuale. „Nu pot trece cu vederea creșterea concubinajului și a divorțului, scăderea numărului de căsătorii. Este trist și revoltător să vedem tot mai multe adolescente însărcinate care aleg drept rezolvare a problemelor lor pruncuciderea”, apreciază Ion Iliescu, președintele României.⁵³ Este de remarcă, ca un fapt ce urmează să producă multiple efecte pozitive, inițiativa Comisiei de Sănătate a Camerei Deputaților de a promova un proiect de lege care să asigure un timp de reflecție, înainte de avort și consilierea obligatorie a femeilor care solicită avortul. În timpul consilierii, moment care ar capăta, prin această lege, o importanță foarte mare, vor putea fi făcute mai bine cunoscute efectele nefaste ale avortului și contracepției.

Nici celelalte partide politice nu și-au conturat o poziție clară asupra avortului. Iar contracepția este înțeleasă ca singura soluție pentru reducerea numărului de avorturi. Paula Ivănescu, deputat, președinta Organizației de Femei a Partidului Democrat: „Când un senator PNȚCD a avut o inițiativă parlamentară, cu privire nu numai la interzicerea avortului, dar și a mijloacelor de contracepție, din discuțiile avute, s-a văzut că un asemenea punct de vedere nu poate fi pus în condițiile României de acum. Sărăcia este cauza principală care a condus la un spor natural negativ. (...). Contracepția s-a dovedit a fi ca un mijloc pe care femeile îl aleg, fiind libere să hotărască ce să facă cu corpul lor, cu viața lor, cu destinul lor. (...) Partidul Democrat a constatat că nu există politici legate de susținerea familiei cu copii. De aceea noi elaborăm în prezent o strategie în domeniul demografic. Ideea de bază este să susținem populația României în limita a 22-23 milioane de locuitori. Asta înseamnă că generațiile viitoare, în termeni sociologi, ar trebui să aibă un model de familie cu 2-3 copii. Avem nevoie de politici de impozitare adecvată, astfel încât să fie deduse cheltuielile cu îmbrăcăminte copiilor, cu școala ș.a.”⁵⁴

Mona Muscă, deputat, vicepreședinte PNL: „E bine să nu se ajungă la avort, pentru că, în felul acesta, cea mai frumoasă lucrare a omului, care este copilul, e pusă într-o situație foarte discutabilă din punct de vedere etic. Nivelul de trai foarte

⁵³ Ziarul „Curentul”, 10 martie 2003

⁵⁴ Citatele de aici și până la sfârșitul acestui capitol au fost luate din câteva interviuri, realizate de autorii cărții și publicate în ziarul electronic Dosar Provita Media, <http://www.provita.ro>

scăzut îi face pe oameni să-și pună întrebarea dacă să aibă sau nu copii. La această condiție precară se adaugă și lipsa unor ajutoare, care ar face mamei viața mai ușoară. Mă refer la niște creșe bine întreținute, la grădinițe... Drept urmare, realitatea este împotriva concepției copiilor. Nu e de mirare că există un număr mare de avorturi. (...) Referitor la contracepție, cred că este de preferat protejarea în situația în care femeile nu vor să aibă copii. (...) Eu am convingerea că un nivel de trai mai ridicat ar da mai mare siguranță tinerilor și ar schimba în totalitate mentalitatea oamenilor. (...) Românii au avut întotdeauna mare respect pentru familie și au manifestat mare dragoste pentru copii, pentru părinți. Eu sunt convinsă că această tradiție nici nu a murit, nici nu a fost abandonată. (...) Avem un proiect de lege privind combaterea violenței în familie și protecția violenței intrafamiliale.”

Mitzura Arghezi, deputat, președinte al Organizației de Femei a PRM: „Avortul constituie o soluție brutală. Adolescențele și tinerele nu știu ce mult rău le poate aduce un avort. Nu au fost învățate, educate, acasă sau la școală. Nu pot să-mi dau seama de ce. Consider, însă, că e la latitudinea femeii dacă vrea să facă un avort sau să ia anticoncepționale. (...) Femeile, în sărăcie, au o viață grea. Unele, cu siguranță, ar vrea copii, dar nu pot.”

Dondi Gyöngyke, deputat UDMR: „În partidul nostru, nu s-a discutat despre problema avorturilor, cel puțin în ultimul timp. (...) Toate femeile trebuie să evite avortul. Educația joacă un rol foarte mare în acest sens. Din școală ar trebui să se spună fetelor că avortul este un mare rău pentru sănătatea lor. Din păcate, tinerii au la televizor, în ziare, exemplele cele mai proaste... (...) Adolescențele ar trebui învățate să înceapă viața sexuală după ce termină liceul. Faptul că au apărut cabinetele de planificare familială a schimbat întrucâtva viața situația femeilor, mai ales a tinerelor, care știu să-și planifice venirea unui copil. Gândirea despre venirea pe lume a unui copil a evoluat. Toate acestea au contribuit la scăderea ratei avorturilor.”

1.10 Reacția medicilor ginecologi

Legislația și normele care au urmat după 1990 nu au atenuat brutalitatea acestui act medical. Mulți medici ginecologi-obstetricieni consideră că trebuie schimbată strategia Ministerului Sănătății și Familiei care a urmat cursul imprimat în grabă în 1989.⁵⁵ Medicul Gheorghe Peltecu, directorul Spitalului „Filantropia” din București, ginecolog de profesie, îi consideră pe „medicii ginecologi principalii răspunzători pentru creșterea numărului de avorturi, deoarece aceștia văd în chiuretaje o activitate

⁵⁵ Prof.dr. Bogdan Marinescu, fost secretar de stat la Ministerul Sănătății, consideră că legislația pro-avort a fost introdusă în 1989 „în grabă”: „s-a forțat nota, atunci, în 1989. Populația României nu crește excesiv, ci dimpotrivă, scade.”, Dosar Provita Media, nr. 3, februarie 2003, <http://www.provita.ro>

zilnică, pe care vor să o păstreze.”⁵⁶ În ultima vreme, tot mai mulți ginecologi s-au exprimat public împotriva avortului.⁵⁷

Cei care lucrează în domeniul medicinei, care pot influența în mod direct evoluția fenomenului, ar trebui să grăbească revizuirea sau reformularea rolului medicinei în gestionarea avortului în România. Problemele de control al nașterilor și de selecție a acestora se pot extinde inevitabil și asupra problemelor de selecție a decesurilor și a controlului acestora, la nivel individual sau de societate. Nu este prea târziu pentru medicină să mediteze asupra unei noi etici și să fie gata să o aplice unui proces de dezvoltare firească pentru împlinirea și binele omenirii, care tinde să aibă mai mult orientări pur biologice.⁵⁸

În România, din februarie 1990, a luat ființă Asociația Medicilor Creștini. „Ne-am hotărât să ne structurăm într-o organizație, care să combine standardele profesionale cu filozofia de viață creștină... Corpusul medical din România devine sensibil la dimensiunea etică a avortului. Există deja nuclee sau centre de informare și de acțiune în lumea medicală. Asociația Medicilor Creștini din România a început să ia atitudine publică vizavi de avort, prin conferințe, prin seminarii, prin declarații, prin scrisori trimise Parlamentului. În Timișoara, există tot mai mulți profesioniști neonantologi, pediatri, ginecologi, care au o filozofie de viață pro-vita, care spun că avortul nu trebuie să fie un mijloc de contracepție”⁵⁹, susține Ileana Radu, președinte al AMC din România.

2. MODELUL POLONIEI

Până în 1989, situația familiilor, femeilor și copiilor din Polonia era asemănătoare cu cea a tuturor țărilor din spațiul comunist. Avortul fusese liberalizat în 1956, sub influența Moscovei. Consilierul cultural al Ambasadei Poloniei la București, în 1993, Roman Wyborski, susține că scopul acestei decizii „a fost slăbirea vitalității populației poloneze”⁶⁰.

După căderea regimului comunist, mai multe forțe politice, printre care s-a remarcat Uniunea Creștin-Națională, au cerut interzicerea avorturilor. „O astfel de decizie, fiind considerată una de viață, nu trebuie să fie influențată de factori de natură economică sau politică. Legea avortului nu este o măsură singulară, ci reflectă o anumită atitudine politică față de viață, ce reiese din legislația unei țări. Iar statul, în acest caz, trebuie să facă față tuturor măsurilor care decurg de aici, adică protejarea mamei și a copilului, educația copiilor etc.”⁶¹

⁵⁶ Ziarul „Ziua”, 13 decembrie 2002

⁵⁷ La reuniunea organizațiilor pro-vita din România, care a avut loc la Băile Herculane, în perioada 10-12 mai 2003, au participat foarte mulți medici ginecologi.

⁵⁸ Grady, John, *Abortion Yes or No?*, Rockfor, Illinois, Tan Books and Publishers, 1967, p. 27

⁵⁹ Interviu cu Ileana Radu, Dosar ProVita Media, nr. 14, <http://www.provita.ro>

⁶⁰ Bărbătuș, Mihaela, „Pentru viață și familie”, grupaj publicat în „Actualitatea creștină” nr.5, 1993, p.19

⁶¹ *Ibidem*

Legea privind planificarea familială, protejarea fătului și condițiile de întrerupere a sarcinilor a fost aprobată de Sejm, la 7 ianuarie 1993. Textul inițial, nemodificat până la 4 ianuarie 1997, interzicea avortul „în toate cazurile”.

Din 1997, deși scopul legii a rămas neschimbat, cultivând grija pentru viața și sănătatea mamelor și a copiilor ca valoare fundamentală, avortul a devenit posibil, în condiții cu totul speciale. Evaluările, făcute periodic de comisii speciale, discutate de organizații guvernamentale și neguvernamentale, și dezbătute anual în parlament, sunt pozitive.

Federația Poloneză a Mișcării Pro-life, care cuprinde 136 de organizații pro-vita și pro-familia, federație care urmărește aplicarea legii privind planificarea familială, protejarea fătului și condițiile de întrerupere a sarcinii, consideră că beneficiile legii au crescut an de an.

În primul rând, s-a diminuat mult numărul avorturilor. În 2001, au existat doar 124 de avorturi legale, cu 14 mai puțin decât în anul anterior, ceea ce înseamnă că, la 10 mii de nașteri, există în medie 3 avorturi. Doar în trei provincii, rata avortului s-a menținut mai mare (de trei ori) față de cea la nivel național. Continuă să fie invocate foarte des, mai ales în aceste cazuri, pericolele pe care le determină sarcina asupra sănătății și vieții mamei și bolile incurabile ale fătului.

Evoluția numărului avorturilor înregistrate în perioada 1987-2001⁶²

Anul	Total avorturi	Amenințarea sănătății mamei sau punerea vieții în pericol	Examinări prenatale	Sarcina a fost rezultatul unei acțiuni prohibite	Motive medicale și juridice	Situația socială dificilă a mamei	Avort la cerere
1990	59 417				1 500	24 400	33 400
1991	30 878				1 500	11 900	17 200
1992	11 640				1 300	3 900	6 400
1993	777	736	32	9	777	0	0
1994	782	689	74	19	782	0	0
1995	559	519	33	7	559	0	0
1996	505	457	40	8	505	0	0
1997	3 047	409	107	7	523	2 524	0
1998	253	199	45	9	253	0	0
1999	151	94	50	1	151	0	0
2000	138	81	55	2	138	0	0
2001	124	63	56	5	124	0	0

Prin lege, instituțiile prestatoare de servicii medicale trebuie să asigure îngrijirea prenatală și medicală pentru femeile însărcinate și îngrijirea postnatală a

⁶² Comisia Guvernamentală privind Populația, *Demographic Situation in Poland*, rapoarte 1993-2000; Ministerul Sănătății și al Problemelor Sociale, rapoarte 1997-2000; Center of Information Systems of Health Care, raport Statistic Research Program of Public Statistics 2001

femeilor și copiilor. Din 1995, toate femeile însărcinate au fost incluse într-un program de examinări profilactice.

În anul 2001, potrivit Declarației Federației Poloneze a Mișcării Pro-Life, „creșterea complicațiilor medicale grave legate de sarcină nu au fost confirmată.” Statisticile arată că, în perioada aplicării legii, femeile nu au recurs la provocarea avortului, așa cum anticipau opozanții acestei legi. Numărul pierderilor spontane de sarcină scade mereu, după ce, în anii '90, această situație a avut, pentru o perioadă de timp, valori destul de ridicate. Din 2000, descreșterea numărului de astfel de cazuri s-a accentuat.

Numărul pierderilor de sarcină în perioada 1990 – 1998⁶³

Anul	1990	1992	1994	1996	1997	1999	2000	2001
Număr de pierderi de sarcină	59 454	51 802	46 970	45 054	44 185	41 598	41 007	40 559
Numărul de pierderi de sarcini la 1000 femei de vârstă fertilă	6	5	4	4	4	4	4	3

Calitatea îngrijirii femeii înainte, în timpul sarcinii și după naștere se poate deduce și din modul cum a evoluat mortalitatea maternă, din motive obstetricale. O dată cu aplicarea legii, numărul deceselor femeilor a început să scadă, stabilizându-se la 20 de cazuri anual.

Acest fapt contrazice ipoteza că în Polonia se practică avorturile ilegale în număr mare. Un număr mare de avorturi ilegale presupune înmulțirea cazurilor cu complicații și a deceselor legate de riscul obstetrical.

Numărul de decese maternale din cauza sarcinii și a născuților morți în perioada 1990 – 1999⁶⁴

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Numărul de decese	70	70	51	44	36	26	21	24	19	21

Și evoluția mortalității infantile, care a scăzut mereu, evidențiază creșterea calității serviciilor medicale.

Rata născuți morți în 1995-2001⁶⁵

⁶³ Ministerul Sănătății și al Problemelor Sociale, rapoarte 1997-2000; Center of Informative Systems of Health Care, date din 2001

⁶⁴ Nu există încă date pentru 2000-2001. Sursa: *Demographic Yearbook*, GUS, Warsaw, 1995-2001

⁶⁵ *Demographic Yearbook*, GUS, Warsaw, 1995-2001

Anul	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Rata născuți morți	7,3	7,0	6,1	6,2	6,2	5,6	5,5

Polonia se remarcă, de asemenea, ca o țară în care numărul cazurilor de nou-născuți morți scade constant. În general, este evidentă tendința actuală de îmbunătățire a tuturor indicatorilor ce se referă la sănătatea mamei și a copilului. Federația Poloneză a Mișcării Pro-Life urmărește cu interes scăderea ratei copiilor născuți morți, considerând că guvernul polonez încă nu a luat toate măsurile în acest sens. În țările Uniunii Europene, această rată fluctuează între 2,5 și 6,2.

Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii în perioada 1990 – 2001⁶⁶

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Mortalitatea infantilă	19,3	18,2	17,5	16,2	15,1	13,6	12,2	10,2	9,6	8,9	8,1	7,7

În 2001, din informațiile oferite de Raportul guvernului, se constată că, în comparație cu anii trecuți, a crescut numărul serviciilor medicale (inclusiv examinări medicale invazive și non-invazive).

Totuși, după datele Ministerului Sănătății, numărul copiilor lăsați în maternități și spitale, din cauza problemelor de sănătate a nou-născuților, a crescut. Fenomenul are, în continuare, o tendință ușor crescătoare. În Polonia, există posibilități legale ca mamele să-și lase nou-născuții în spitale, în cazuri speciale, când părinții nu au suficiente condiții de a-i crește. În 2001, au fost lăsați în spitale 899 de nou-născuți.

Spitalele cooperează cu casele de tip familial, cu centrele de adopție și cu familiile care vor să adopte copii. O parte din nou-născuții abandonati, după proceduri legale, revin în familiile lor naturale. Un număr destul de mare din copiii lăsați în maternități provin din rândul imigranților ilegali. Copiii ai căror părinți au decăzut din drepturile părintești sau au renunțat la aceste drepturi pot fi adoptați sau luați în familiile-surogat.

În 2001, au fost înregistrate 60 de procese determinate de aplicarea legii privind planificarea familială, ceea ce înseamnă o descreștere cu 23 de cazuri față de 2000. De asemenea, din datele poliției, reiese că nu a crescut numărul cazurilor de infanticid.

Infanticid și abandon cu decesul copilului⁶⁷

Anul	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cazuri	53/1	59/0	56/0	52/3	42/4	44/2	43/3	38/4	31/1	47/0	26/0

⁶⁶ Ministerul Sănătății, raport 1998-2001; *Demographic Yearbook*, GUS, Warsaw, 1995-2001

⁶⁷ Press Group of Police Headquarters, materiale statistice, Warsaw, 2001

Legea obligă organele administrației centrale și teritoriale să acorde femeilor însărcinate îngrijire medicală, socială și juridică și ajutoare materiale și financiare. Din păcate, nivelul ajutoarelor materiale și financiare a scăzut, în ultimul timp. În 2001, la votarea legii bugetului, guvernul a eliminat ajutorul material acordat femeilor sărace, care însemna două indemnizații plătite în ultimele două luni de sarcină.

Un ajutor foarte important pentru femeia însărcinată, mamă și copil oferă instituția Casa mamei singure, a cărei activitate este susținută de organizațiile de caritate, a Bisericii Catolice și a altor culte, fundații, asociații și persoane fizice și juridice. Femeilor, aflate în situații dificile, li se poate oferi adăpost și ajutor psihologic, material, pedagogic și juridic.

Federația Poloneză a Mișcării Pro-Life consideră că efectele legii privind planificarea familială sunt pozitive. Conform datelor prezentate în raportul guvernului pe 2001, au fost observate următoarele efecte ale legii: numărul avorturilor a scăzut, numărul pierderilor spontane de sarcină a scăzut sistematic, tendința pierderilor de sarcină la 1000 de femei de vârstă fertilă este descrescătoare, rata infanticidelor și a abandonului, cu decesul copilului, nu a avut tendințe crescătoare. În 2001, numărul acestora a fost cel mai mic din ultimul deceniu, și ajutorul instituțional este în creștere.

Ewa Kowalewska, președinta HLI-Europe, organizație pro-vita din Polonia, susține: „Națiunea, care protejează viața umană de la concepție, impune societății respectul și responsabilitatea pentru cel mic și slab. Aceasta ajută la configurarea unei societăți civile cu standarde etice înalte. Analiza situației scopului și efectelor legii privind planificarea familială, protejarea fătului și condițiile de întrerupere a sarcinii, în cel de-al nouălea an, ne îndreptățește să spunem că legea și-a îndeplinit scopul”⁶⁸.

3. TEHNICI DE AVORT

Avortul a fost legalizat pentru prima dată în lume în Uniunea Sovietică, în 1920. Toate țările foste comuniste au urmat exemplul Moscovei, la sfârșitul anilor '50. În spațiul occidental, prima lege liberală a avortului, a apărut în Marea Britanie, la 17 octombrie 1967. A urmat apoi faimoasa decizie a Curții Supreme a Statelor Unite în procesul Roe vs. Wade din 1973. Atunci, Curtea Supremă a SUA a hotărât că embrionul uman, până la 28 de săptămâni de la concepție, nu poate fi considerat persoană protejată de stat și, prin urmare, nu i se poate garanta protecția prin lege.

⁶⁸ Dosar Provita Media nr.16, <http://www.provita.ro>

Pornind de la exemplul american, protecția, asigurată embrionului de lege până atunci, a fost retrasă progresiv în toate țările industrializate occidentale.⁶⁹

Există un număr de tehnici de avort, care sunt folosite în mod curent în toată lumea. Fiecare dintre acestea nu duce decât la omorul intenționat al unui copil. Cel mai adesea, metoda se alege în funcție de etapa de dezvoltare a fătului. Contează, bineînțeles, și tradiția locului, preferința mamelor, tehnica medicală disponibilă ș.a. În perioada de reflecție sau în timpul consilierii pre-avort a femeilor, care înclină spre avort, ar trebui să li se ofere o imagine corectă a intervențiilor chirurgicale la care vor să se expună. Numai așa pot fi bine văzute traumele fizice și emoționale ce la implică avortul.

Cele mai cunoscute metode de avort sunt: dilatarea și chiuretajul, aspirarea prin vacuum, prostaglandinele, histerotomia, histerectomia și tratamentul medicamentos cu RU-486. Avortul, ca un atac asupra embrionului în primele zile de viață, este provocat și de pilulele cu hormoni și dispozitivul intrauterin (DIU). Aceste avorturi constituie cam 30% din numărul celor convenționale.⁷⁰

În România, potrivit legislației în vigoare, pot fi folosite toate aceste metode, cu excepția tratamentului medicamentos cu RU-486. Condiția absolută pentru efectuarea unui avort este ca acesta să fie efectuat de un medic, într-o unitate adecvată. Nu există obligația solicitării consimțământului partenerului/soțului, nici cea a acordării unei perioade de reflecție, de gândire înainte de avort, iar consilierea pre- și post-avort nu este oferită, de regulă, în România, cu excepția a câtorva clinici.

Cererea pentru avort, potrivit normelor legale, poate fi pusă în aplicare imediat, fără impunerea unui răgaz pentru luarea deciziei, în cazul sarcinilor de până la 12 săptămâni de la lipsa menstruației. Dincolo de această limită, sunt permise doar avorturile de natură terapeutică. Întreruperea sarcinii în acest caz trebuie să aibă motive medicale, care țin de mamă sau de făt. Operația are loc fie în unități din sistemul spitalicesc de stat, fie în clinici și cabinete private de obstetrică și ginecologie. În unitățile de stat, internarea și externarea are loc în aceeași zi iar în cele din sistemul privat, pe lângă serviciul ambulatoriu, se practică și spitalizarea.

3.1 Dilatația și aspirația

Dilatația și aspirația este cea mai utilizată metodă abortivă. Ea se folosește cel mai adesea în cazul sarcinilor aflate între 9 și 12 săptămâni, când avortul se poate face „la cerere”. Metoda constă în aspirarea violentă a embrionului și a țesuturilor adiacente din uter. Operația debutează cu anestezie locală sau generală. Pentru dilatarea colului cervical se folosesc fie metode mecanice, cel mai adesea se

⁶⁹ Seauveau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est” în *Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui mileniu creștin»*, București, 25-27 sept. 2001, p.278

⁷⁰ Prof.dr. Ancăr, Virgiliu, interviu, Dosar Provita Media, nr. 2, februarie 2003, <http://www.provita.ro>

apelează la așa-numitele dilatatoare (cu bujii sau laminarii), fie medicamentele (analogi de prostaglandine).⁷¹ Aspirarea se face cu ajutorul unei canule, legate la o pompă de vid. Pentru că trupul copilului nu poate fi scos întreg, acesta este făcut bucăți, pe care o pompă cu o forță de 10 ori mai mare ca a unui aspirator casnic, le aspiră. În final, după ce totul este scos afară prin mișcări mecanice violente, medicul ginecolog face un control riguros, pentru a fi sigur că nu a mai rămas nimic înăuntru. Chiuretajul final este obligatoriu, căci orice bucățică de țesut rămasă în uter ar putea declanșa o infecție. Embrionii de dimensiuni mici, aflați la o vârstă de câteva săptămâni, pot fi aspirați printr-o canulă, al cărui diametru este de maximum 8 mm. În acest caz, nu se mai face anestezie generală.

3.2 Dilatația și chiuretajul

Această tehnică nu mai este, în acest moment, una separată, fiind inclusă în procedura dilatației și evacuării. Dilatația și chiuretajul se folosește în cazul sarcinilor timpurii, între 5 și 12 săptămâni. Dilatația colului uterin se face urmând aceleași proceduri de mai sus, apoi se introduce o chiuretă-ferestrău, cu ajutorul căreia medicul va tăia în bucăți mici fătul. După ce scoate bucățile, medicul răzuiește pereții uterului, ca să desprindă placenta. Dacă operația nu este făcută cu atenție, dacă placenta nu este complet îndepărtată, pot apărea hemoragii abundente și infecții. În cazul dilatației și evacuării, ca instrument chirurgical de bază, se folosește forcepsul. Folosirea lui este combinată cu aspirația, când sunt scoase afară, prin aspirare, bucățile din făt și țesut adiacent. În cazul unei sarcini avansate, când oasele copilului au început să se calcificeze, operația presupune mari dureri. Medicul va sfârâma cu forcepsul oasele și craniul copilului. Metoda dilatației și chiuretajului se practică în cazul sarcinilor mari și este combinată cu metoda dilatației și evacuării.

Riscurile avortului pentru o femeie cresc foarte mult, o dată cu începerea celui de-al doilea trimestru de sarcină. În aceste cazuri, intervențiile se fac de către medici experimentați, cu instrumente adecvate, numai în anumite spitale. De cele mai multe ori, se apelează la metode speciale. În spitalele americane, pentru sarcinile tardive, mai mari de 20 de săptămâni, în cazul așa-numitului „avort prin naștere parțială”, se folosește metoda dilatației și extracției. De fapt, procedura este o naștere parțială. De altfel, chiar în Statele Unite, foarte puțini medici au curajul să o facă. După ce colul uterin a fost dilatat, fătul este tras cu violență afară. Cel mai adesea, extracția se face prinzând copiii de picioare. Când se extrage capul, operația implică o violență ieșită din comun. Mai întâi, medicii aspiră creierul copilului cu tubul de absorbție astfel încât capul să-i fie scos mai ușor.

⁷¹ Nițescu, Vasile, *Obstetrică și ginecologie*, București, Editura didactică și pedagogică, pp.93-98

3.3 Alte metode de avort

3.3.1 Prostaglandinele

Prostaglandinele sunt hormoni sau substanțe asemenea hormonilor, care se administrează femeilor gravide fie în venă, fie direct în uter. Ele determină contractarea uterului, ceea ce duce la nașterea prematură a copilului. Pentru ca fătul să nu se nască viu, se injectează uree sau apă sărată în sacul amniotic sau clorură de potasiu în copil. Prostaglandinele produc avort în peste 90% din cazuri.⁷²

3.3.2 Avortul prin instilații cu diverse soluții

Această metodă constă în introducerea unei soluții de sare concentrată în uter sau formol (metoda Boëro). Copilul moare lent. Operațiunea este foarte dureroasă și pentru mamă. Această metodă se practică numai când există indicații medicale în sarcini tardive (20-26 de săptămâni) sau când alte metode medicale sau chirurgicale au dat greș.

3.3.3 Histerotomia

Histerotomia este o metodă similară nașterii prin cezariană. Operația se realizează sub anestezie generală. Copilul se scoate de multe ori viu, cu tot cu placentă și cu sacul amniotic. Metoda este foarte rar folosită, implicând multe riscuri pentru mamă.

3.3.4 Histerectomia

Avortul prin histerectomie constă de fapt în îndepărtarea întregului uter. De obicei, se folosește atunci când femeia suferă de boli grave ale uterului (mioame, fibroame uterine etc.).

3.3.5 RU-486

Medicamentul RU-486 a fost omologat pentru prima dată în Franța. În literatura de specialitate, mai poartă denumirea de Mifepristone, fiind primul antiprogestativ disponibil. Pe lângă Franța, medicamentul este utilizat în mod legal în mai multe țări ale lumii, printre care Suedia, Marea Britanie, SUA și China. RU-486 nu este încă

⁷² *Ibidem*, pp.93-98

autorizat în România. Cel mai des este folosit în China, ca o alternativă la metodele nechirurgicale de avort.

La mai puțin de 9 săptămâni de la ultima menstruație sau în primele săptămâni de sarcină, se administrează o singură doză orală de Mifepristone. După două zile, femeii i se administrează o injecție sau un supozitor vaginal, conținând o prostaglandină care provoacă contractarea uterului și, în final, desprinderea embrionului. Embrionul este expulzat în aceeași zi în care s-a administrat prostaglandina. Multe femei la care procedeul nu dă rezultate, trebuie să apeleze la proceduri chirurgicale, căci, în caz contrar, pot ajunge la infecții grave. RU-486 are multe efecte nocive asupra organismului femeii.

Studii făcute în Franța arată că substanța lui activă traversează placenta, ceea ce duce la apariția multor defecte la naștere, dacă se continuă sarcina. Sunt semnificative complicațiile de natură cardio-vasculară la femeile fumătoare. Cu toate acestea, Organizația Mondială a Sănătății finanțează testarea produsului în mai multe țări (în Ungaria, de exemplu).

În SUA, RU-486, denumit și Mifeprex, a fost aprobat de către Administrația pentru Medicamente și Alimentație în septembrie 2000. În februarie 2003, a fost depus un proiect de lege pentru restricționarea utilizării medicamentului RU-486, din cauză că cel puțin 4 femei cu sarcină ectopică au murit, după utilizarea acestuia. Mai multe organizații pro-vita au cerut chiar retragerea sa de pe piață. Administrația pentru Medicamente și Alimentație avertizează medicii să nu prescrie medicamentul în sarcinile ectopice, în asemenea cazuri fiind absolut necesară intervenția chirurgicală. Sarcina extrauterină reprezintă o problemă de sănătate majoră a femeilor din SUA (constituie 2% din totalul sarcinilor) și este principala cauză de deces asociată sarcinii (9% din totalul deceselor asociate sarcinii), în primul trimestru de sarcină.⁷³

⁷³ Pro-Life Infonet, 21 noiembrie 2002

CONTRACEPȚIA

În momentul concepției, care trebuie înțeleasă ca începutul sarcinii, celula bărbatului penetrează celula femeii în trompa uterină. Într-un timp scurt, se formează embrionul, care se fixează în țesutul uterin. Substanțele abortive pot ataca această formă de viață încă din primele momente, ce urmează după concepție. Există dispozitive sau medicamente care împiedică ființa nou concepută să se fixeze în țesutul uterin. În asemenea cazuri, ea este expulzată din uter, printr-un avort spontan. Toate substanțele sau dispozitivele contraceptive, care au un asemenea efect, care provoacă avortul, trebuie incluse în categoria celor abortive.

1.1 Utilizarea contraceptivelor în România

În România, de-a lungul timpului, au fost folosite cu precădere metodele naturale de contracepție. Metodele moderne, la scară mare, sunt de dată recentă. Pilulele sau anticoncepționalele orale, cu progesteron sau cu progesteron și estrogen și dispozitivele intrauterine (DIU), care sunt și cele mai utilizate în România, au apărut pe piață în mod oficial după 1989. La 26 decembrie 1989, a fost abrogată legislația restrictivă, emisă în 1966 și dezvoltată în anii care au urmat. Unele dintre metodele de contracepție modernă au circulat pe piața neagră și înainte de 1989. Prezența lor a fost semnalată mai ales în Transilvania, fiind aduse din Ungaria.¹

După cum au constatat și numeroase instituții, care dezvoltă programe de planificare familială, în România, informațiile despre contracepție sunt deficitare. Se cunosc foarte puțin riscurile pe care le implică contracepția modernă, riscuri ce pot merge până la decesul mamei. Din statisticile organizațiilor care militează agresiv pentru contracepție, reiese că utilizarea acestor metode a crescut foarte mult, mai ales după 1993.² Se vorbește de o aliniere la tendințele mondiale, care impun contracepția ca soluție a scăderii numărului mare de avorturi. Toate aceste transformări însă conduc la scăderea fertilității an de an, într-un ritm nemaiîntâlnit în istoria României.

După datele UNICEF, la nivelul anului 1992, rata fertilității, la nivel mondial, înregistrase o diminuare cu 25%, în 15 ani.³ Utilizarea contracepției pe scară largă,

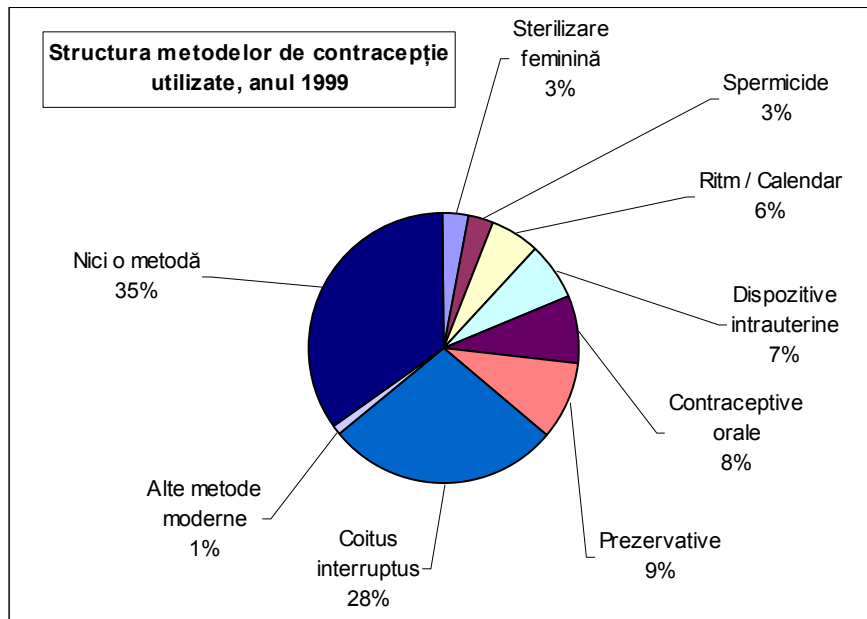
¹ Dr. Horga, Mihai, „Contraception and Abortion in Romania”, Background paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy in Romania”, oct. 2001, p.17

² *Studiul Sănătatea Reproductivă Româniea 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p.128

³ Raportul *State of The World's Children*, UNICEF, 1992

În România, ca alternativă la avort, și-a arătat efectele. Rata avorturilor se menține, în continuare, la un nivel foarte ridicat. România se află în grupul restrâns de țări cu un nivel foarte mare al numărului de avorturi. În același timp, presiunea pe care au indus-o campaniile de promovare a contracepției, la nivelul societății, au condus la minimalizarea altor puncte de vedere, mai ales cele pro-vita, astfel încât sunt total ignorate efectele acestor „produse” la nivelul sănătății și al mentalităților, asociate actului sexual. Generațiile tinere devin din ce în ce mai vulnerabile, din punct de vedere fizic, după un consum îndelungat de substanțe hormonale. Vulnerabilitățile de la nivelul sănătății, în aceste condiții, se extind și asupra sănătății morale, situație confirmată de sociologi, care arată o diminuare a capacității de asumare a responsabilităților. Contracepția a devenit un concept, ale cărui consecințe negative, în acest vârstă general, nu pot fi analizate cu luciditate. Neliniștile create de escaladarea situațiilor avortului îi conferă rang de primă soluție.

În 1984, Raportul Warnock, elaborat de comisia cu același nume din Marea Britanie, a deschis calea acestei „mode”. Unul din punctele de vedere ale aceluși document, adică aprecierea că organismul uman nu este diferențiat în primele 14 zile, astfel încât să-i confere acestuia statutul de persoană umană, cu toate calitățile ce decurg de aici, a căpătat o recunoaștere generală. Pe acest temei s-a impus și dezvoltarea contracepției hormonale și cercetările distructive pe embrioni.



Sursa: **Strategii naționale în domeniul sănătății, Ministerul Sănătății și Familiei, Snagov, 5 decembrie 2001, p.70**

1.2 Metodele abortive de contracepție

Din categoria metodelor contraceptive abortive fac parte:

- pilulele „de-a doua zi” (contracepția de urgență);
- dispozitivele intrauterine;
- contraceptivele injectabile;
- implanturile subdermice;
- pilulele cu progesteron și estrogen sau doar progesteron, așa-numitele anticoncepționalele hormonale orale.

1.2.1 Contracepția de urgență

Sub această denumire sunt cunoscute contraceptivele care se folosesc în maxim 72 de ore (3 zile) de la actul sexual neprotejat. Substanțele, pe care le conțin aceste pilule, hormoni sintetici, își fac efectul după fertilizare, împiedicând implantarea ovulului în uter. Contracepția de urgență, cu toate efectele pe care le presupune, include și dispozitivul intrauterin (DIU),⁴ care, dacă este fixat în limita a cinci zile de la actul sexual neprotejat, produce efecte ca și celelalte mijloace din această categorie. Steriletul poate fi instalat de medici în toate clinicile de planificare familială, din România, atât de stat, cât și private”.⁵

Atât pilula de-a doua zi, cât și steriletul sunt incluse în programele de planificare familială. Lipsa unui sistem informațional medical adecvat⁶ face să nu existe date precise, privind gradul de utilizare al acestor metode. O campanie amplă de promovare a acestor produse a început în anul 2002.

1.2.1.1 Pilulele „de a doua zi”

Denumirea este improprie - căci pilulele pot fi utilizate până în a treia zi după actul sexual. În țările occidentale (în Marea Britanie, de exemplu), ele au fost disponibile începând cu anii '90. Levonelle-2, unul dintre acestea (de generație nouă), care conține 750 de mg de levonorgestrel, a devenit accesibil în mod legal, în ultimii ani, și adolescentelor până la vârsta de 16 ani, fără rețetă medicală, în Marea Britanie.⁷

⁴ Lumsden, Mary Ann și Hickey, Martha (coord.), *Totul despre sănătatea femeii*, București, Polimark, 2002, p.127

⁵ Horga, Mihai, *op.cit.*, p.17

⁶ *Ibidem*, p.17

⁷ *A Way of Life*, p.17-18

Pilulele cu un conținut de 750 de mg de levonorgestrel au fost contraceptivele cele mai căutate pe piața neagră, în România, înainte de 1989. Ele se aduceau din Ungaria, fiind utilizate pe larg mai ales în nordul țării.⁸

După 1989, circulația acestor produse de contracepție s-a intensificat. Medicii recomandau un dozaj combinat de estro-progestin, care trebuia luat în 4 doze mici, în decurs de 72 de ore, de la actul sexual neprotejat. Dozele astfel combinate trebuiau repetate după 12 ore. Dacă se prefera doar progestinul, se indica folosirea a 2 pastile de Postinor, la un interval de 12 ore. În ultimii ani, a fost introdus un produs de contracepție, din aceeași gamă, fiind înregistrat în mod oficial și pus în vânzare.⁹ „Consilierea și supravegherea medicală se fac în conformitate cu standardele clinice ale International Planned Parenthood Federation”.¹⁰

Substanțele hormonale, prezente în doze variate, au efecte abortive. Ele previn sau întârzie ovulația, îngroașă mucusul cervixului, încetinesc timpul de tranzit al ovulului, prin alterarea mișcărilor trompelor uterine sau prin afectarea endometriului. Toate aceste moduri de acțiune împiedică embrionul să se implanteze.

Despre pilulele de-a doua zi, la nivelul opiniei publice, nu se cunoaște foarte mult în România. Informații au apărut sporadic în presă.¹¹ Se știe, în principal, că acestea împiedică concepția. Ele împiedică însă și implantarea, fapt pentru care trebuie incluse în categoria metodelor abortive. De altfel, multe companii producătoare au recunoscut că acesta este efectul lor principal.¹²

Campanii ample de promovare, cu o susținere financiară impresionantă, au făcut ca pilulele de-a doua zi să fie foarte cunoscute și folosite pe larg în țările occidentale. În anul 2000, în Marea Britanie, au fost organizate peste un milion de cursuri pentru folosirea produselor din această categorie. Astfel, femeile din Marea Britanie iau două tablete de Levonelle-2, care conține fiecare 750 de mg de levonorgestrel, substanță din clasa progestagenelor, la un interval de 12 ore. În timpul administrării a două tablete de Levonelle-2 într-un interval de 12 ore, se consumă de 50 de ori doza zilnică (de 30 mg) a unei pilule hormonale convenționale Norgestrel.

Contraceptivele de urgență comportă multe riscuri pentru sănătatea femeii. Ele nu asigură protecția împotriva bolilor cu transmitere sexuală, boli care au fost scăpate de sub control. În cazul sifilisului și HIV/SIDA, singurele boli cu transmitere sexuală care sunt monitorizate, situația a devenit dramatică, astfel că România are una dintre cele mai mari rate la sifilis din Europa iar numărul de îmbolnăviri HIV/SIDA, la adulți, crește exploziv (vezi capitolul „Problemele familiei”).

8 Horga, Mihai, *op.cit.*, p.17

9 *Ibidem*

10 *Ibidem*

11 Ziarul „Cronica Română”, 11 august 2003

12 *A Way of Life*, p.17-18

1.2.1.2 Dispozitivele intrauterine

Cel mai cunoscut dispozitiv intrauterin (DIU), denumit și sterilet, constă dintr-un corp mic, flexibil, din aramă. El se introduce în cavitatea uterină, unde poate rămâne între 3 și 10 ani. Perioada depinde, de altfel, de tipul produsului. Steriletul, care este asociat contracepției de urgență poate fi inserat într-un interval de 5 zile de la actul sexual neprotejat. Peste 106 milioane de femei din Europa și Statele Unite apelează la această metodă de contracepție de urgență.

Corpul de aramă, în mediul uterului, emite, în fiecare zi, între 5 și 75 de mg de cupru ionic, doză care este suficientă pentru a preveni implantarea. Din 1986, a început să fie folosit un nou produs, DIU Progestasert, sterilet a cărui acțiune se bazează pe o doză de 18 mg de progesteron.¹³ Această substanță, emisă zilnic, fie împiedică fecundarea ovulelor, fie blochează nidația. În prezent, se folosesc foarte mult dispozitivele intrauterine cu levonorgestrel, cunoscute ca dispozitivul Mirena¹⁴. Se apreciază că aproape 2 milioane de femei în Europa îl utilizează. În anul 2000 a fost aprobată comercializarea lui și în Statele Unite. Novogestrelul, substanță activă din gama progestagenelor, împiedică concepția și, în multe cazuri, provoacă avorturi premature. Cercetările făcute în Statele Unite, de către Administrația pentru Medicamente și Alimentație, au arătat că efectul principal al dispozitivului intrauterin constă în împiedicarea implantării oului fertilizat, concluzionând că DIU nu împiedică ovulația, ci implantarea.¹⁵ În 1990, un ginecolog englez, Peter Diggory, într-o scrisoare publicată în ziarul *The Independent*, a arătat că „așa cum se întâmplă cu pilula care elimină numai progesteron, și pilula «de a doua zi» și DIU previn implantarea pre-embriunului. Femeile, care apreciază că acest fapt este împotriva principiilor lor, trebuie să aleagă alte metode.”¹⁶

Dispozitivele intrauterine de toate genurile sunt folosite din ce în ce mai mult în România, fiind eliberate de farmacii, în condițiile existenței unei recomandări a medicului de obstetrică-ginecologie. Sursa principală, totuși, o constituie spitalele publice. Montarea lui se face de obicei într-o unitate medicală.

1.2.2 Pilulele contraceptive orale

Contracepția orală hormonală, la care apelează peste 60 de milioane de femei, reprezintă metoda cea mai folosită din grupa contraceptivelor hormonale.¹⁷ Pilulele conțin fie estrogen combinat cu progesteron, fie doar progesteron. Clasificarea lor se

¹³ Vârtej, Petrache, „Ginecologie”, București, All, 2002, pag. 424

¹⁴ *Ibidem*, p.424

¹⁵ *A Way of Life*, p. 18

¹⁶ *Apud A Way of Life*, p. 18

¹⁷ Vârtej, Petrache, *op. cit.*, pag. 415

face, ținându-se cont de natura substanței active, de dozaj (pilule fazice) și de modul de administrare (21 de zile, non-stop etc.)

Atât pilulele cu progesteron, cât și pilulele cu progesteron și estrogen împiedică ovulația, subțiază endometrul, făcându-l impropriu pentru nidație, sau blochează drumul spermatozoizilor.¹⁸ Toate aceste efecte, în cele mai multe cazuri, provoacă avorturi premature. Pilulele bazate doar pe progesteron au o eficiență ridicată, de 90-95%, iar cele cu progesteron și estrogen, 90-96%. Se estimează că 40% din femeile care folosesc pilulele cu progesteron au cel puțin o ovulație pe an, însă numai 5-10% dintre acestea devin însărcinate. Presupunând că au relații sexuale frecvente, există o mare probabilitate ca avorturile precoce sau menstruale să apară și ele la fel de frecvent.¹⁹ Prin urmare, numărul avorturilor premature este mult mai ridicat decât cel cunoscut.

Pilulele pe bază de progesteron și estrogen, care conțin doi hormoni, împiedică mai bine ovulația decât cele care conțin doar progesteron. În condițiile unor raporturi sexuale normale, și acestea produc frecvent un număr semnificativ de avorturi precoce,²⁰ căci, anual, la 0,5% din femeile, care utilizează aceste pilule, se depistează sarcini.

În România, contraceptivele orale combinate și cele cu progesteron provin din import și sunt disponibile sub diferite nume de mărci: Minidril, Varnoline, Diane 35, Mercilon și Microgynon 30 ș.a.

1.2.3 Implanturile subdermice

Implanturile subdermice, de tip Norplant, își produc efectele contraceptive, pornind de la reacția levonorgestrelului, un progestativ, pe care îl produce constant, timp îndelungat, aproape 5 ani. Metoda a devenit specifică țărilor în curs de dezvoltare. „Bețișoarele”, care sunt de fapt capsule pline cu progestativ, presupun multe riscuri. Sunt greu de îndepărtat și produc efecte colaterale, ce constau în dificultăți de vedere, dureri de cap și vomă. Levonorgestrelul previne concepția, prin inhibarea ovulației și prin îngroșarea mucusului cervical. Are și un caracter incontestabil abortiv, pentru că substanța activă produsă subțiază endometrul (țesutul interior al uterului), ceea ce duce la inhibarea implantării. Ovulația are loc la aproximativ 41% din cazuri iar statisticile arată o rată a sarcinii de 3,5%. Acest fapt sugerează că Norplantul, de fapt, în majoritatea cazurilor, își manifestă „calitățile” abortive. În România, produsul nu este bine cunoscut, nefiind prezent în campaniile de promovare a programelor de planning familial. Ancheta realizată de autorii *Studiului Sănătatea Reproducerii, România 1999*²¹ arată că medicamentul nu este disponibil pe piața românească.

¹⁸ *Ibidem*, pag. 419

¹⁹ *A Way of Life*, p. 19

²⁰ *Ibidem*, p. 19

²¹ *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p.154

1.2.4 Injecțiile pentru controlul nașterii

Metoda constă în introducerea, pe cale injectabilă, de substanțe progestative. Este utilizată mai ales de femeile care au interdicție la estrogen. Un produs din această gamă, foarte mult folosit în lume, este Depo-Provera. Denumit și medroxiprogesteron acetat sau DMPA, el se administrează la intervale mari de timp, respectiv (3 luni).²² Substanța sa activă subțiază învelișul interior al uterului, inhibând implantarea embrionului. Cercetările făcute, pe piața americană, asupra efectelor acestui produs, au scos în evidență caracterul lui carcinogen. Administrația pentru Medicamente și Alimentație din SUA a respins produsul, în 1974, subliniind efectele nocive pe care le poate avea asupra celor care îl folosesc. În ultimii ani, au fost date publicității mai multe studii cu privire la rolul acestuia în producerea cancerului de sân, fapt ce nu a împiedicat răspândirea sa. Peste 100 de țări acceptă, cu toate riscurile, acest produs.²³

1.2.5 Vaccinurile

Vaccinurile acționează asupra sistemului imunitar al femeii, astfel încât sperma, oul sau embrionii au reacție imună. Altele afectează partea embrionului din care mai târziu se formează placentă, ceea ce face ca implantarea să eșueze.

1.3 Sursele contraceptivelor

Statul român oferă în mod gratuit aceste produse, care până în anul 2000 aveau un preț ridicat, grupurilor de populație dezavantajate, cum ar fi: persoane fără venit, studenți, șomerii sau cei care beneficiază de asistență socială etc.²⁴ Cu bani de la buget, sunt sprijinite multe unități comerciale pentru a-și intensifica vânzările de contraceptive. Ministerul Sănătății și Familiei patronează un program social, prin care oferă femeilor și tinerelor contraceptive orale la preț mic. Pe de altă parte, foarte multe agenții internaționale, ca UNFPA sau USAID, finanțează programe de distribuție gratuită a unor mari cantități din aceste produse. Evaluările Ministerului Sănătății și Familiei arată că finanțările sunt făcute totuși mai mult cu bani publici decât cu bani obținuți din sectorul privat. Cele mai multe contraceptive sunt furnizate de sectorul public, adică de spitale, care au secții de ginecologie, dar și de clinici cu cabinete de planificare familială, de policlinici și de dispensare.

²² Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p.423

²³ *A Way of Life*, p.19

²⁴ Horga, Mihai, *op.cit.*, p.11

Serviciile de contracepție sunt finanțate de Fondul de Asigurare al Sănătății. Medicii de familie pot oferi consultații pentru planificare familială, îngrijire prenatală și îngrijire a sănătății maternale. Consultațiile de planning familial, în cabinetele medicale și spitale, sunt gratuite. Multe dintre aceste cabinete pot asigura o consiliere specializată. Servicii asemănătoare sunt oferite, în aceleași condiții, în clinicile de specialitate din cadrul maternităților.

1.4 Promovarea agresivă a contracepției abortive

Atât statul, prin programele Ministerului Sănătății și Familiei, cât și foarte multe organizații naționale și internaționale susțin programe ample de promovare a contraceptivelor. Toate aceste instituții își propun, pe această cale, să reducă numărul mare de avorturi. MSF a oferit periodic sume foarte mari pentru achiziționarea masivă de contraceptive orale, DIU și prezervative. Numai în 1997, au fost cheltuiți 500 de mii de dolari, bani împrumutați de la Banca Mondială, pentru procurarea și distribuirea de contraceptive, „în mod gratuit, pentru eleve, studente și femei cu afecțiuni cronice”.²⁵ În anul 2003, au fost alocați pentru achiziționarea de contraceptive 14 miliarde de lei.²⁶

Prin programe atât de costisitoare, MSF își propune să contracareze situația grea din domeniul avorturilor. În același timp, a transmis semnale îngrijorătoare cu privire la scăderea fertilității, implicit a natalității. Aproape 10% din totalul celor aproape 230 de mii de avorturi, din 2001, revin categoriei sub 19 ani. De asemenea, a crescut numărul gravidelor mai mici de 16 ani, număr care, în 2001, a fost aproximativ de 700.²⁷

Instituții, care cercetează efectul anticoncepționalelor asupra sănătății femeilor, arată că un număr mare de avorturi poate fi determinat și de eșecul anticoncepționalelor. Prestigioasa publicație *Wall Street Journal* (26 aprilie 1991) precizează că în SUA două treimi din cele trei milioane de sarcini „neplanificate”, înregistrate în această țară, se datorează eșecului anticoncepționalelor. Cotidianul *The Telegraph*, Marea Britanie (12 decembrie 2002), apreciază că „femeile implicate în controlul nașterilor sunt mult mai tentate să facă un avort, decât cele care nu utilizează metode de control al nașterilor”.

De multe ori, informațiile despre produsele de contracepție sunt oferite fără a se prezenta consecințele. Reprezentantii MSF consideră că „multe românce au idei preconcepute conform cărora ar exista efecte secundare ale metodelor de contracepție hormonală, precum creșterea în greutate, pilozitatea excesivă a feței sau

²⁵ Ziarul „România liberă”, 27 ianuarie 1997

²⁶ Ziarul „Ziua”, 18 martie 2003

²⁷ Ziarul „Curierul Național”, 18 martie 2003

chiar favorizarea unor anumite forme de cancer”,²⁸ minimalizând astfel riscurile asociate folosirii lor.

În același timp, în România, au fost inițiate puține cercetări, care să evidențieze realitățile ce decurg din folosirea contraceptivelor (vezi capitolul „Consecințele avortului”). Faptul că în discursurile de promovare a acestor „produse” se folosește sintagma „sănătatea reproducerii” sugerează prezența în continuare a mentalităților din perioada comunistă. Se apelează la același model reducționist de a înțelege lucrurile. Și atunci, ca și acum, se practicau politici agresive de „control al reproducerii”.

Majoritatea contraceptivelor, care au același statut legal ca celelalte medicamente, ajung pe piața românească din import. Cei care le achiziționează trebuie să se supună unei proceduri, aprobate de Ministerul Sănătății și de Agenția Națională pentru Medicamente. În mod legal, trebuie să aibă un certificat de calitate și să fie înregistrate. Produsele, care provin din cadrul statelor membre ale Convenției pentru Recunoaștere Reciprocă a Inspecției Farmaceutice, sunt scutite de control.²⁹

Nu există reglementări legale care să se refere în mod special la contraceptive.³⁰ În informarea opiniei publice asupra folosirii lor nu se ține seama decât de interesele comerciale. Ministerul Sănătății și Familiei susține un program pentru promovarea sănătății reproducerii, în baza căruia, începând cu anul 1998, s-au desfășurat mai multe campanii publice privind folosirea mijloacelor moderne de contracepție. Femeilor li se oferă contraceptivele ca alternativă la avorturile chirurgicale.

1.5 Utilizarea contracepției în România

Influența contracepției a crescut mai ales după 1993. La femeile cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani utilizarea a crescut de la 57%, la 64%, în perioada 1993-1999.³¹ Mijloacelor așa-zis moderne le revin procente mai mici, 23,3%, la femei și 22,8%, la bărbați.³² Din aceste grupuri restrânse fac parte femeile cu un nivel de viață și educațional ridicat. Acest fapt vine oarecum în contradicție cu teza organizațiilor care promovează contracepția modernă, potrivit căroră numărul de sarcini nedorite din motive socio-economice ar putea scădea numai pe calea contracepției. În realitate metodele moderne de contracepție sunt acceptate tot mai mult de femeile tinere, fără copii, care au cel puțin studii secundare și au un standard de viață mediu. Iar acest fenomen social se află în creștere.

²⁸ Ziarul “Viața medicală”, 21 martie 2003

²⁹ Horga, Mihai, *op.cit.*, p.8

³⁰ *Ibidem*, p.8

³¹ *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 148

³² „Strategii naționale în domeniul sănătății”, Snagov, 5 decembrie 2001, p. 93

Ziarul „Ziua” (18 martie 2003) a anunțat că „MSF a lansat o strategie de planificare familială pe termen lung, până în 2006, care prevede cuprinderea în programul de planificare familială a 6.400 de medici de familie. Acest program impune și acordarea de contraceptive gratuite femeilor din mediul rural și celor care efectuează un avort în sistemul public”.

În 1999, majoritatea femeilor și bărbaților aveau doar informații sumare despre contracepția modernă, mai cunoscute fiind pilulele, prezervativul și dispozitivele intrauterine. Mai puțin acceptate erau injectabilele, produse care de fapt lipsesc de pe piață. Dispozitivele intrauterine a căror cerere pe piață a crescut în ultimii ani, determină într-un procent ridicat avorturile spontane.

Totuși, în România există un număr mare de femei care nu folosesc nici o metodă de contracepție (aproape 1,4 milioane de femei, cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani). O mare parte dintre acestea manifestă reticență, pornind de la efectele secundare ale acestor produse, mai exact, din teamă că utilizarea contraceptivelor orale ar determina îngrășarea lor sau din cauza prețului lor mare. Multe dintre aceste femei nu folosesc contraceptive din convingeri religioase.³³

Ministerul Sănătății, în campaniile pe care le coordonează, nu insistă și asupra riscurilor contracepției hormonale, prezentând informațiile unilateral. Pentru organismele în formare, pentru adolescente adică, contraceptivele hormonale nu reprezintă de loc o bună soluție. Această părere este susținută nu numai medici ginecologi din unele țări occidentale, unde cercetările lor au început în anii 60, dar și de unii medici români.

Din păcate, după 1989, vârsta începerii activității sexuale a scăzut în România. Acest lucru a fost menționat în repetate rânduri în presa românească, pornind de la datele furnizate de Ministrul Sănătății. Vârsta medie, la care tinerii își încep viața sexuală, a ajuns la 19 ani și jumătate, fiind în descreștere față de anii trecuți. Relațiile sexuale ocazionale în rândul adolescenților au devenit frecvente, în condițiile în care informațiile necesare, cu privire la bolile cu transmitere sexuală, sunt deficitare.³⁴

Ziarul „Curentul”, pornind de la statisticile MSF, arată că 56% din tinere și 80% din tinerii sub 16 ani și-au început activitatea sexuală înainte de 20 de ani. Jumătate din populația tânără folosește o metodă contraceptivă, iar dintre aceștia, 23% folosesc o metodă de contracepție modernă și 27%, metode contraceptive tradiționale. Peste 80% din tineri au două sau mai multe parteneri, iar tinerii sub 24 de ani, care au debutat în viața sexuală, în proporție de 36% femei și 86% bărbați, declară că au doi sau mai mulți parteneri.

³³ Ziarul „România Liberă”, 15 martie 2003

³⁴ Ziarul „Curentul”, 26 aprilie 2003

1.6 Efectele nefaste ale contracepției hormonale

Ginecologul român Petrache Vârtej asociază multe pericole unui debut precoce al vieții sexuale: „În general, se consideră că viața sexuală poate începe în momentul când s-a produs maturizarea psihosomatică a organismului. (...) Viața sexuală începută prea devreme poate produce perturbări în dezvoltarea morfofuncțională a organismului, prin stimularea precoce a secreției testiculare, ovariene și, implicit, tiroidiene și suprarenale. Se accelerează dezvoltarea caracterelor sexuale secundare, dezvoltarea somatică fiind diminuată, cu perturbări în special la nivelul cartilagiilor de creștere.

Se recomandă ca această activitate sexuală să înceapă numai în cazul unei depline maturizări, ceea ce corespunde la 21-25 de ani la băieți și 18-22 de ani, la tinerele fete. Problema are importanță în special pentru tinerele fete, debutul precoce al vieții sexuale fiind încriminat în **etiologia cancerului de col uterin** (s. n.).

În stadiul actual al cunoștințelor noastre, se consideră că procesul de cancerizare a colului uterin începe de la o vârstă foarte tânără, imediat după pubertate, ca urmare a interacțiunii între un agent carcinogen, cel mai probabil viral (*Papilloma virus* și, mai puțin probabil, virusul herpetic genital uman tip II), introdus o dată cu primele contacte sexuale în epiteliul cervical incomplet maturat, în orice caz, nepregătit filogenetic pentru o viață sexuală permanentă.”³⁵

Actul sexual constituie, în literatura de specialitate, „un factor important în etiologia cancerului de col uterin, încriminându-se debutul precoce al vieții sexuale, căsătoriile multiple, partenerii sexuali multipli, numărul nașterilor și al avorturilor etc. Dintre toți acești factori, debutul precoce al vieții sexuale (sub 20 de ani) este cel mai important, conferind un risc de îmbolnăvire de două ori mai mare, în raport cu femeile la care viața sexuală a debutat după 20 de ani. Acest lucru trebuie pus pe seama faptului că, în cazurile în care viața sexuală debutează sub vârsta de 20 de ani, epiteliul cervical este incomplet maturat și nepregătit filogenetic pentru o viață sexuală permanentă.”³⁶

Profesor dr. Petrache Vârtej subliniază: „Este recomandabil ca pilulele să nu fie prescrise decât după vârsta de 16 ani și după doi ani de cicluri stabile”.³⁷ O promovare exagerată a contracepției, care se reduce la împărțirea cu generozitate a contraceptivelor de orice fel (prezervativele sau pilulele hormonale) în școli și licee, îi determină pe adolescenți și tineri să fie mai activi sexual, utilizând aceste contraceptive mult mai devreme.

Strategia de planificare familială, anunțată de fostul ministru al Sănătății, dr. Daniela Bartoș, în martie 2003, vizează câteva scopuri care contravin în mare măsură realității. Se urmărește, de exemplu, creșterea accesului și gradului de

³⁵ Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 458

³⁶ *Ibidem*

³⁷ *Ibidem*, p. 424

utilizare a serviciilor de planificare familială și a metodelor moderne de contracepție, în vederea reducerii numărului copiilor abandonati și a mortalității materne, determinate în principal de recurgerea la avort ca mijloc de control al nașterii. Însă multe companii producătoare de contraceptive recunosc că aceste produse au și un grad de eșec, fapt ce contribuie la înmulțirea sarcinilor nedorite și, implicit, a avorturilor. În aceste condiții, se amplifică riscul infecțiilor cu transmitere sexuală. Folosirea pe scară largă a contraceptivelor hormonale conduce la creșterea numărului debuturilor precoce în viața sexuală a tinerilor și implicit a numărului de parteneri. Multe studii demonstrează „influența negativă pe care o au anticoncepționalele orale luate timp îndelungat, asupra aparatului genital al femeii. La nivelul colului uterin, al ovarului sau al vaginului, s-au întâlnit modificări morfo-patologice, uneori și cazuri de procese neoplazice. Apoi unele date statistice se referă la corelația dintre anticoncepționalele orale și afecțiunile cardiovasculare și cerbero-vasculare. Hipertensiunea arterială secundară este prezentă la femeile care au luat anticoncepționale timp îndelungat”.³⁸

Cancerul de col uterin este determinat de hormonii pilulei contraceptive, consideră dr. Amy Berrington de la Cancer Research, Oxford, fiind în acord cu autorii unui studiu, sintetizat de Agenția Reuters.³⁹ Cercetările au fost făcute pe mai multe cazuri de femei bolnave. Femeile care utilizează pilula contraceptivă au un risc crescut, de 10%, de a se îmbolnăvi de cancer, la un an de utilizare. Cu cât perioada de folosire crește, cu atât crește și pericolul îmbolnăvirii. Astfel, unei perioade de utilizare de peste 9 ani, îi corespunde un risc de 60%. Folosirea pilulelor mărește și riscul îmbolnăvirii cu diverși virusi (papilomavirus, virusul herpetic, virusul hepatitei C). Se știe că papilomavirusul conduce, în multe cazuri, la apariția cancerului de col uterin.

Sarcina ectopică, sarcină care se dezvoltă în afara uterului și care poate avea urmări fatale pentru femeie, este determinată din ce în ce mai mult de folosirea contraceptivelor estroprogestative și progestative și a dispozitivelor intrauterine.⁴⁰ DIU amplifică de 10 ori riscul sarcinii extrauterine la femeile cu leziuni de salpingită latentă. Contraceptivele hormonale „modifică mișcările peristaltice ale trompelor, prin secrețiile steroidiene ovariene”.⁴¹

Sir Liam Donaldson, consilierul-șef pe probleme medicale al guvernului Marii Britanii, a avertizat medicii britanici că un anumit tip de pilule „de-a doua zi”, Levonelle și Levonelle-2, determină o rată crescută a sarcinilor ectopice. Sarcina ectopică constituie cauza cea mai des întâlnită a mortalității materne în Marea Britanie. Recomandarea lui Donaldson a urmat rapoartelor Comisiei privind

³⁸ Ziarul “România liberă”, 4 februarie 2003

³⁹ Ziarul “Evenimentul zilei”, 5 aprilie 2003

⁴⁰ Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 327

⁴¹ *Ibidem*

siguranța medicamentelor, care arătau că, din 201 femei însărcinate, după ce au luat Levonelle-2 au dezvoltat sarcina ectopică.⁴²

Guvernul SUA a anunțat recent că va introduce estrogenul pe bază de steroizi, prezent ca substanță activă în structura anticoncepționalelor orale și folosit în terapiile cu înlocuitori de hormoni, pe lista „carcinogenilor umani cunoscuți”.⁴³ „Estrogenul a fost introdus în nomenclatorul aprobat și elaborat de Congresul American, nomenclator care se completează pe baza analizei literaturii medicale din ultimii 2 ani”, a declarat purtătorul de cuvânt al Institutului Național de Științe ale Sănătății Mediului. Decizia a pornit de la descoperiri recente, care au scos în evidență faptul că terapia cu înlocuitori de hormoni ar putea crește riscul de îmbolnăvire a femeilor de cancer de sân și boli de inimă.

Cercetările prezentate la a treia conferință europeană a cancerului de sân au arătat că riscul acestei maladii era cu 26% mai mare la utilizatoarele de contraceptive, în comparație cu cele care nu utilizau pilulele. În același timp, femeile care luau pilule de mai mult timp aveau un risc de până la 56% de a dezvolta această boală. Riscul cel mai mare la cancer de sân îl aveau cele care utilizau pilulele din adolescență.⁴⁴

Reacționând la faptul că în Marea Britanie pilulele „de-a doua zi” se distribuie liber, fără rețetă, directorul național al SPUC (The Society for the Protection of Unborn Children / Societatea pentru Protejarea Copiilor Nenăscuți), John Smeaton, a subliniat: „Este corect ca femeilor să li se spună adevărul despre modul în care pilulele de control al nașterilor ar putea să le pună în pericol sănătatea. Pe lângă acest fapt, ar trebui să li se mai spună că aceste pilule duc la un avort precoce. Multe pilule de control al nașterilor împiedică ovulația, împiedicând astfel concepția. Însă aceste pilule pot subția endometrul, așa încât, dacă a avut loc concepția, embrionul nu se mai poate implanta și este avortat. Și nu numai pilula de-a doua zi are acest efect. Când SPUC a solicitat controlul juridic a pilulei de-a doua zi, în două dintre declarațiile martorilor din partea companiei de medicamente, precum și în decizia judecătorului, s-a recunoscut că metodele fără barieră de control al nașterilor pot afecta învelișul intern al uterului, unde de obicei se implantează embrionul.”⁴⁵

42 Chief Medical Officer's Advice: CMO's Update 35, January 2003, http://www.doh.gov.uk/cmo/cmo_35.html; Government response to IAGTP: *Government response to the First Annual Report of the Independent Advisory Group on Teenage Pregnancy*,

<http://www.doh.gov.uk/teenagepregnancy/teenpreggovresponse.pdf>; MAP clinic trials: Gisela Stuart, secretar de stat pentru sănătate; House of Commons Written Answer, 13 februarie 2001

43 *Washington Post*, 12 decembrie 2002, <http://www.kaisennetwork/dailyreports/index.cfm>? DR ID=15052, Breast cancer study: BBC Online, 23 martie 2002,

[http://newsbbc.co.uk/hi/english/health/newsid_1887000/1887665stm]

44 *Ibidem*

45 SPUC, 20 mai 2003 (www.spuc.org.uk/news)

1. FERTILIZAREA ARTIFICIALĂ

Fertilizarea, în termeni medicali, reprezintă actul prin care este adusă pe lume o nouă ființă. Folosirea acestui termen, în cazul omului, este incorectă. În actul uman, în prezența soților, se află Creatorul însuși. De aceea, termenul potrivit ar fi procreare. Când doi soți suferă de sterilitate, ei au o cale consacrată de a-și aduce în preajma lor un copil. Pot apela la adopție și în felul acesta au șansa de a-și împlini vocația lor de părinți. Știința modernă a venit însă cu o noutate pentru a-l face pe om să treacă peste acest obstacol, propunând soluția fecundării artificiale. Actul presupune însă mari probleme de natură morală. El ar putea fi înțeles mai degrabă ca un tratament în cazul fertilității, argument foarte des invocat de cei care-l pun în aplicare. În acest caz, intervine o a treia persoană, care este medicul terapeut și care are un rol foarte important din punct de vedere al aplicării tehnicilor medicale. Pornind numai de la acest amănunt, putem conchide că procreația medicală asistată rămâne un act substitutiv manipulator. Tehnologiile moderne, pe care se sprijină și fertilizarea artificială în ansamblu, îl împing pe om să depășească ordinea naturală.

Tehnicile de fecundare artificială sunt folosite atunci când tratamentele obișnuite, hormonale, medicamentoase sau chirurgicale nu dau nici un rezultat. În general, comunitatea științifică mondială își propune să nu depășească anumite limite. Nașterea unui om constituie un eveniment unic și ireparabil. De aceea el trebuie să aibă loc în mod uman. Biotehnologiile de ultimă generație, specifice ingineriei genetice, depășind limitele, transformă actul de procreare într-unul de fabricare. În asemenea condiții, un copil apare pe lume după un program prestabilit, ceea ce arată că omul trăiește sub imperativele multor riscuri. Și viața o înțelege ca pe un risc și atunci recurge la avort. În alte condiții, dorindu-și o sarcină cu orice preț, intervine cu un tratament medical. Apelând la inovațiile ingineriei genetice, reiese că omul, cucerit total de înclinații egocentriste, vrea să-și fabrice copii la "comandă", după propriile sale rețete. Aceste înclinații îl conduc la acte imorale, care aduc atingere demnității persoanei umane. Curentul opiniilor științifice, care atentează la fundamentele umane, devine tot mai puternic. Mulți reprezentanți ai comunității științifice internaționale, dându-și seama că au fost depășite anumite frontiere, cer intervenția statului. Este încurajator faptul că peste tot în lume comunitățile creștine și societățile inspirate de mesajul creștin activează pentru orientări favorabile vieții și demnității persoanei umane.

Literatura de specialitate arată că există mai multe metode de fertilizare artificială. Diferențele sunt date atât de numărul persoanelor implicate în realizarea acestor tehnici, cât și de locul unde are loc fecundarea. În general, metodele

cunoscute, până acum, presupun implicarea soților, a medicului terapeut, a donatorului, a “mamei de împrumut” sau a familiei adoptive. Diferențele dintre aceste tehnici presupun firește și apariția unor deosebiri de abordare etică.

1.1 Inseminarea intracorporală

Metoda numită inseminare artificială (intravaginală, intracervicală sau intrauterină) se folosește mai rar. În acest caz, sperma este transferată de medicul terapeut în organul genital feminin. Fecundarea are loc prin intermediul medicului terapeut. Sperma poate aparține soțului sau unui donator. Se folosește spermă prelevată cu puțin timp înainte de transferarea ei în căile genitale feminine sau spermă conservată. La aceste metode apelează cei care “își propun” să evite transmiterea unor boli genetice. Când există cazuri de sterilitate masculină, când nu se recoltează spermatozoizii, prin masturbare, electroejaculare, biopsie testiculară etc., este recomandată calea donării de spermă. Succesele acestei tehnici nu sunt prea mari, atingând o maximă de 25%.

1.2 Probleme de natură etică la inseminarea intracorporală

Inseminarea artificială, privită chiar prin prisma celor care o susțin, nu este o metodă care să ofere multe reușite. Se cer a fi îndeplinite condiții stricte ca șansa de reușită să sporească. Succesul depinde de vârsta soților, de cunoașterea ciclului lor biologic, de starea psihologică conștientă sau inconștientă a femeii, de materialul seminal ș.a. Aplicarea tuturor metodelor implică serioase probleme de natură etică. În ceea ce privește asigurarea prezenței soților, nu s-a găsit o soluție acceptabilă în legătură cu obținerea materialului seminal bărbătesc. Se bucură de o anumită legitimitate morală doar cazul prelevării spermei printr-un act sexual propriu-zis, de la soț. Este condamnată, bineînțeles, masturbarea, căci scopul nu justifică modul de realizare.

Problemele se înmulțesc în cazul prezenței a celei de-a treia persoane, a donatorului de spermă. Codul Penal român, rămas neschimbat la acest capitol din 1964, sancționează adulterul, adică intruziunea unei a treia persoane în interiorul unui cuplu. Acest tip de familie nu mai este monogamică. Pe de altă parte, câtă vreme nu tatăl este donator, avem de-a face cu sexualitate, nu cu procreare. Iar faptul că donatorul rămâne necunoscut, condiție respectată în majoritatea țărilor, face să apară dificultăți în legătură cu opțiunile copilului. Este încălcat dreptul său natural de a-și cunoaște propriii părinți. Nu pot fi rezolvate, de asemenea, unele probleme de natură psihologică. Tatăl copilului știe că nu este și tatăl biologic, ci doar tată din punct de vedere juridico-afectiv. În același timp, apar dezechilibre la celălalt

partener. Femeia își dezvoltă narcisistic funcția de mamă, defavorizându-l firește pe tată.¹

Folosirea spermei depozitate în bănci ridică problema eugeniei. Există un exemplu edificator în acest sens. În California funcționează o bancă rezervată premiilor Nobel.² Pentru a spori gradul de reușită, există tendința de a însămânța mai multe ovule cu spermă depozitată în bănci, ceea ce creează pericolul însămânțării mai multor femei cu sperma aceluiași bărbat. Problemele juridico-morale și genetice planează și în jurul acestor dificultăți. Copiii rezultați pe această cale pot fi frați și nu se pot căsători. Apar, de asemenea, consecințe cu caracter ereditar.

În cazul băncilor de spermă, materialul seminal este tratat ca o marfă, ca un capital. Dincolo de dificultățile de ordin moral, se pune problema dacă aceste bănci nu pot fi folosite în funcție de anumite contexte politice. Pericolul cel mai mare îl constituie o societate totalitară. Din punct de vedere moral, apare evident asocierea actului procreării cu cel de a fabrica. De asemenea, se întărește în mod fals credința că oricine poate avea copii.

1.3 Fertilizarea *in vitro*

Fertilizarea *in vitro* (din latină, „în eprubetă”) presupune fecundarea oului în afara organismului. Este cea mai cunoscută metodă folosită în cazul infertilității din diverse cauze (absența trompelor, obstrucție tubară, endometrioză, cauze imunologice etc.).³ Prin laparoscopie, se prelevează ovocitul de la femeie. Ovulația poate fi stimulată prin tratament hormonal. Sperma se obține fie direct de la bărbat, fie, în foarte multe cazuri, de la băncile de spermă, unde materialul seminal este congelat. Pe un teren de cultură, se provoacă fecundarea ovulului de către spermatozoizi. Zigotul uman, adică prima celulă care se creează, va fi păstrat la „germinat”, până în momentul în care se transformă într-o minge de celule îngrămădite, cunoscută în termeni medicali ca blastocist. După 36-56 de ore, embrionul se divide în 4-8-16 celule ș.a.m.d. și, într-un asemenea moment, blastocistul poate fi transferat în uter, cu șanse de supraviețuire.⁴ Cu cât crește mai mult în eprubetă, cu atât șansele de implantare cresc.

Primul copil conceput în eprubetă s-a născut la 25 iulie 1978, la Old Ham General Hospital din Manchester. După nașterea Louisei Brown, sute de mii de copii au fost creați pe această cale. În Marea Britanie, unul din 80 de copii născuți, în

¹ Părintele Juvenalie, *Teroriștii uterului. Terorism științific și etica începuturilor vieții*, București, Editura Anastasia, p.191

² *Ibidem*, p.199

³ Protopopescu, Denisa Marina *et al.*, *Infertilitatea. Fertilizare in vitro și reproducerea asistată*, București, Meteora Press, 2001, p.290-294

⁴ *Ibidem*

1997, era rezultatul unui tratament de fertilizare *in vitro*. În Danemarca, această rată este mult mai mare, 1 la 38, adică 2,6%.

În România, primul centru de fertilizare *in vitro* a început să funcționeze la Timișoara, în 1995. Primul român, conceput în eprubetă, Daniel G., din Timișoara, a împlinit, în 2003, 7 ani. Conceperea sa a fost realizată la Clinica Universității de Obstetrică și Ginecologie „Bega” din Timișoara, sub conducerea profesorului Ioan Munteanu. Începând cu 1995, au mai apărut patru astfel de laboratoare la București. În toate aceste centre, până în prezent, au fost concepuți peste 1000 de copii. Tehnica și metodele, omologate în străinătate, nu permit ținerea în viață a embrionului decât maximum 56 de ore, ceea ce implică greutăți mari la implantare. Prof.dr. Bogdan Marinescu, directorul Clinicii „Panait Sârbu” din București, susține că, în Departamentul de Reproducere Umană Asistată, înființat în 1999, au fost concepuți și născuți, până în februarie 2003, 101 copii. Ultimul copil a fost conceput printr-o tehnică nouă (ICSI), care constă în injectarea artificială a spermatozoidului în interiorul ovulului. În această clinică, de altfel, au fost concepuți singurii copii din țară prin inseminare cu spermă de la donatori. De asemenea, aici s-au născut și primii copii concepuți cu embrioni congelați, iar din 2003 acest centru dispune de un program de monitorizare, ce cuprinde tratamentul efectiv și evidența stocurilor din banca de spermă și din banca de embrioni.⁶

În România, după opt ani de la primele experimente FIV, totuși, nu există încă o legislație în domeniul procreării asistate. S-a mers după principiul deja consacrat că “atât cât nu există o lege, nimic nu este în afara legii”.⁷ „Din păcate, tehnicile de procrearea asistată medical nu au un suport juridic adecvat și nu s-au pus frecvent în discuție, datorită, în special, unor omisiuni medico-juridice”.⁸

1.4 Probleme de natură etică la fertilizarea *in vitro*

Aplicarea tehnicilor de fertilizare *in vitro* ridică o întreagă gamă de probleme, de la cele care țin de știința biologică aplicată, până la cele de natură etică, sociologică sau de drept. Începând cu prelevarea ovulului matur și până la naștere, o mare parte din embrionii creați în acest scop se pierde în diferite stadii ale evoluției lor dificile. De fapt, am putea conchide că marea majoritate a ființelor umane, create prin metoda FIV, mor înainte de naștere. După statisticile organizațiilor pro-vita, un procent redus, care variază între 1,6 și 1,7%,⁹ ajunge să aibă un proces normal de

5 Ancăr, Virgiliu, Interviu, Dosar Provita Media, nr. 2, februarie 2003, <http://www.provita.ro>

6 Ziarul „Ziua”, 22 februarie 2003

7 Scripcaru, Gheorghe *et al.*, *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Iași, Editura Polirom, 1998, p.114

8 Vârtej, Petrache, *Ginecologie*, București, All, 2002, p.411

9 *A Way of Life*, p.20

gestație. În perioada 1998-1999, în Marea Britanie, peste 70 de mii de embrioni umani au murit pe parcursul aplicării metodei FIV (pe această cale, s-au născut 8.300 de copii, în aceeași perioadă). Desigur, literatura medicală prezintă aceste situații mult mai optimiste.

În cazul în care ovocitul și spermatozoizii provin de la părinții biologici, problemele de natură etică apar din felul cum este protejată viața embrionului și din inexistența raportului sexual dintre soți. În marea majoritate a cazurilor, sunt creați mai mulți embrioni în eprubetă, căci, ținând cont de procentul redus de reușită, nu se poate cunoaște de la început numărul necesar. Un embrion sau, în alte cazuri, mai mulți embrioni sunt transferați în uterul mamei, în speranța că cel puțin unul din ei se va implanta cu succes. Necesitatea transferului de embrioni multipli duce la apariția sarcinilor multiple. Sarcinile multiple, realizate prin această metodă artificială, implică și reducția embrionară. Asta înseamnă că mulți embrioni sunt eliminați, ca să se îmbunătățească șansele de supraviețuire ale unuia sau doi embrioni. Actul de eliminare din organism, în mod programatic, a unor embrioni, reprezintă un avort, un homicid.

Urmându-se criteriul „eficienței”, în eprubetă, la început, sunt creați mai mulți embrioni decât sunt necesari. Mulți dintre aceștia constituie rezerva unui viitor tratament sau a unor experimente. Se cunosc cazuri când embrioni, aflați în surplus, sunt utilizați pentru obținerea de produse cosmetice.¹⁰ În Marea Britanie, în perioada 1991-1998, din cei 750 de mii de embrioni, câți au fost creați prin fertilizarea artificială, 237 de mii au fost distruși, iar 48 de mii au fost donați pentru cercetare.¹¹ Să adăugăm la acest tablou sumbru faptul că un procent covârșitor din cei păstrați pentru tratament au murit în diferite faze ale evoluției, până la naștere. Se cunoaște faptul că, în mod real, la nidare, procentul de reușită este de 1/10 sau 2/10.

Foarte mulți dintre embrionii în surplus sunt păstrați prin congelare. Ei constituie în felul acesta o rezervă pentru alte nereușite ale procreației asistate. O altă parte, care sunt cedați laboratoarelor de cercetare, pot fi folosiți pentru obținerea, prin clonare terapeutică, de țesuturi sau organe de rezervă, necesare operațiilor de transplant.

Prin modul în care se prelevează sperma (masturbare, electroejaculare, biopsie testiculară etc.), nu mai este realizată dimensiunea afectivă a actului conjugal, mizându-se doar pe aspectul fizic al procreației. Actul conjugal suferă o reducere care-i anulează dimensiunea naturală. În cazul utilizării spermei conservate în azot lichid în băncile de spermă, pot apărea confuzii în legătură cu campionii de spermă.

Problemele nerezolvate se înmulțesc, când se recurge la o mamă de împrumut, atunci când mama poate fi fertilizată, dar nu reușește, din motive de sănătate, să-și ducă sarcina până la capăt. Sau, în altă variantă, gameții proveniți de la un cuplu, care-și dorește un copil, sunt transferați în uterul altei femei, rezultând un embrion,

¹⁰ Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p.195

¹¹ *A Way of Life*, p.20

care se va dezvolta în burta mamei „de împrumut”. În toate aceste cazuri, mai întâi, statutul cuplului, ai cărui membri nu pot concepe copii sau susține o sarcină, este pus în pericol de interferența unei a treia persoane: a medicului care asistă sau a mamei de împrumut. Fecundația are loc în afara uterului matern.

În aceste cazuri, se ivesc dificultăți legate de identitatea nou-născutului. Statutul său biologic nu corespunde celui social, nemaivorbind de faptul că, în majoritatea cazurilor în care concepția s-a făcut cu spermă provenind din bănci de spermă, copilul nu are posibilitatea de a-și cunoaște părinții. Au fost înregistrate cazuri stranii atunci când au fost folosiți embrioni congelați. Embrionii au fost implantați după moartea tatălui, născându-se așa-zisii „copii de dincolo”. În momentul implantării embrionului, tatăl se afla pe punctul de a muri sau sperma a fost prelevată de la un bărbat care suferea de o boală incurabilă. În România, este cunoscut cazul unui tânăr din Constanța, aflat în moarte cerebrală, căruia i s-a prelevat un testicul, în vederea înseminării artificiale, la cererea logodnicei acestuia.¹² Aplicarea metodei FIV, în acest caz, este interzisă prin lege, în Franța.¹³

În cazul unui control deficitar al băncilor de spermă (care trebuie să asigure protecția identității donatorului) se pot naște mai mulți copii de la același tată. Există riscul ca, prin căsătoria acestora, să se răspândească boli de natură genetică.

Pornind de la selectarea materialului seminal - un criteriu care se află din ce în ce mai mult în atenția celor care utilizează sau „manipulează” tehnica FIV -, reînvie fantasma eugenismului. S-a constatat că donatorii de spermă sunt căutați pentru anumite calități fizice sau intelectuale. Mulți bărbați și femei, care apelează la FIV, până la urmă, doresc obținerea unor „produse superdotate”. Nu s-au făcut pași importanți nici în direcția rezolvării dilemelor create de „mamele-surogat” sau „mamele de împrumut”. Sunt consemnate din ce în ce mai multe cazuri când gestația unui copil, comisionat unui cuplu steril, a avut loc în uterul unei rude sau al unei surori. Natura biologică a acestui act de procreație este destul de complicată. Copilul moștenește patrimoniul genetic de la două persoane, care sunt părinții săi și se hrănește cu sângele mamei-surogat, când se află în uter. Consiliul Cantoanelor din Elveția interzice dezvoltarea embrionilor în afara organismului și recurgerea la mame purtătoare.¹⁴

Întortocheată, la limita legalității, este și calea prin care, din punct de vedere juridic, copilul ajunge în familia celui care i-a „provocat” nașterea. În România situația nu poate fi rezolvată nicicum, deși au fost semnalate cazuri de mame surogat (“Monitorul de duminică”, 14 iunie 1998).

Mama surogat sau de împrumut, după naștere, trebuie să abandoneze copilul, permițând astfel părinților biologici să-l înfieze, după ce aceștia l-au luat în îngrijire, ca asistenți sociali. Abandonul, însă, este restrictiv, se pedepsește după lege, iar o

¹² Ziarul „Cotidianul”, 24 iulie 2000

¹³ Scripcaru Gheorghe *et al.*, *op.cit.*, p.118

¹⁴ *Ibidem*, p.123

femeie, sau cu atât mai mult un bărbat, dacă nu sunt căsătoriți, nu-l pot înfia.¹⁵ Nu avem date despre felul în care sunt rezolvate aceste dileme în România, pe fondul unei lipse totale a legislației în domeniul fertilizării artificiale. “În prezent, chiar și dispozițiile referitoare la adopție sunt concepute în așa fel încât nu pot masca într-o formă sau alta asemenea contracte”.¹⁶

Speranța de a genera o viață umană „în eprubetă” duce la creșterea comodității vieții umane în sine. Desigur, soluția vieții fără riscuri vine din perspectiva lărgirii comodității și din acceptarea unui act substitutiv sau chiar manipulator. Medicul tocmai un asemenea act pune în aplicare. Există o dificultate greu de rezolvat, aceea a stabilirii distincției dintre un act terapeutic și unul manipulator. Putem vorbi de terapie atunci când un medic înlătură un obstacol, astfel încât un organism să-și redobândească funcțiile naturale.¹⁷

Previzunile unor oameni de știință, în legătură cu evoluția tehnicilor fecundării artificiale, cu diagnosticul genetic de preimplantare și recoltarea și stocarea de ovule feminine, depășește imaginarul omului contemporan. Profesorul Greg Stock, de la Universitatea din California, este de părere că, peste douăzeci de ani, toți copiii vor fi produși în eprubetă și că, într-un interval scurt de timp, legătura dintre natura sexului și reproducere va ține de istorie. „Vom fi capabili, de asemenea, să monitorizăm foarte multe boli genetice. Vom fi capabili, în esență, să luăm o singură celulă dintr-un embrion, în laborator, și să calculăm, de atunci încolo, cum se va dezvolta copilul. Ulterior, se va considera drept inacceptabil faptul ca un copil să fie conceput fără ca acesta să treacă un screening genetic, astfel cum astăzi un copil nu se naște fără screening prenatal.”¹⁸

O dată cu diversificarea metodelor de fecundare artificială, s-au înmulțit și tipurile de experimente pe embrioni. Se urmărește lărgirea cunoștințelor asupra ADN-ului uman, asupra multor aspecte de compatibilitate imunologică. Pe această cale, are loc producerea multor medicamente și experimentarea clonării. Legislația sau lipsa ei permite utilizarea embrionilor și chiar a feților obținuți prin avort spontan sau provocat în scopuri experimentale, în multe state. Este invocat caracterul terapeutic al științei fapt ce se susține prin cercetările care avansează pe drumul rezolvării unor boli incurabile, în special a celor de natură genetică.

1.5 Fecundarea intraspecifică

Această tehnică, ce depășește orice limită a condiției umane, presupune fecundarea hibridă între gameți de animal, dar și între gameți umani și cei animalii. Se urmărește implantarea embrionilor unui animal în uterul altuia dintr-o altă specie.

¹⁵ Marinescu, Bogdan; Ancăr, Virgil, Dosar Provita Media, nr. 2, 2003, <http://www.provita.ro>

¹⁶ Scripcaru Gheorghe *et al.*, *op.cit.*, p.124

¹⁷ Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p.180-181

¹⁸ *Apud A Way of Life*, p.21

Sunt cunoscute deja experimentele și cu participarea omului, ca în cazul fecundării femeii de cimpanzeu cu spermă umană. Printr-un asemenea act manipulativ, se pot obține fie organe pentru transplant, fie ființe „subumane”, care pot fi utilizate în alte experimente științifice. În felul acesta, este evitată legislația restrictivă, care, în asemenea cazuri, privește doar persoanele umane. Sunt speculate golurile din sistemele juridice – ca în cazul României –, care permit trecerea ușoară peste granițele demnității umane.

1.6 Legi, mentalități privind experimentul pe embrion

Noile biotehnologii, în pofida multor succese evidente în domeniul medicinei, pregătesc terenul pentru instaurarea unei culturi în favoarea morții, fapt care se evidențiază prin numeroasele modificări aduse vieții umane, prin tehnicile FIV, motivații ce conduc la intervenții pe embrionii umani, care sunt văzuți mai mult ca obiecte necesare cercetării. Organizațiile pro-vita susțin că peste tot în lume se fac cercetări pe organisme embrionilor sau feților avortați. Marea majoritate a embrionilor, care sunt folosiți în cercetare, au fost născuți în laboratoarele de procreare asistată cu scopul declarat de a fi utilizați în tratamentul fertilității.

Intervențiile asupra embrionilor umani urmăresc și eliminarea sau reducerea unor defecte sau malformații. Motivațiile, pentru a justifica dimensiunea umană a terapiei, ar trebui să fie asociate cu statutul de persoană umană al embrionului, statut echivalent cu cel al adultului. Încă de la începutul lor, cercetările făcute în aceste condiții, vizând exclusiv criteriile terapeutice, au stârnit numeroase discuții, chiar în sânul comunității medicale.

Asociația Medicală Mondială (Helsinki, 30 octombrie 1983)¹⁹ susține că aceste metode ar trebui să urmărească doar promovarea „omului fără să-i amenințe integritatea”. Punctul de vedere al lumii medicale se suprapune cu cel al tradiției creștine. Unii cercetători au atacat însă acest principiu fundamental al eticii medicale. Peter Braude, director al Unității de Fertilizare de la Rose Maternity Hospital din Cambridge, consideră că: „Acordul Helsinki a fost elaborat cu mult înainte să înceapă cercetarea embrionului, iar gândirea între timp a evoluat.”²⁰ În Marea Britanie, de altfel, discuțiile pe marginea temei cercetării pe embrioni au evoluat mult. Poziții diverse au fost exprimate la nivelul întregii societăți, mai ales în perioada introducerii Legii fertilizării și embriologiei umane (1990). Marea Britanie de altfel este singura țară care are o instituție investită cu competențe în acest domeniu, Autoritatea pentru Fertilizare și Embriologie Umană.

¹⁹ *A Way of Life*, p. 21

²⁰ *Ibidem*

Folosirea embrionilor și a feților în cercetare a fost limitată prin Recomandarea 1046 a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei (24 septembrie 1986).²¹ Documentul, însă, nu poate fi folosit decât după ce va fi ratificat de fiecare stat-membru în parte. Totuși, în acest text, se specifică faptul că sunt autorizate toate intervențiile cercetătorilor și medicilor, care sprijină copilul și contribuie la dezvoltarea sa.

În multe state ale lumii, unde continuă intervențiile pe feți avortați și pe embrioni, cercetătorii susțin că există adesea o complicitate între mama care avortează și omul de știință, care are nevoie de un avorton pentru cercetare. Nu numai embrionii rezultați din avorturi induse constituie obiect de cercetare și experimentare, ci mulți embrioni se obțin „în eprubetă”, exclusiv în acest scop.

Asupra statutului embrionului au fost exprimate puncte de vedere capitale în Raportul Warnock, dat publicității în 1984. După 1978, când s-a născut primul copil în eprubetă, Louise Brown, la Manchester, în Marea Britanie, a apărut necesitatea elaborării unei legi, prin care să se poată controla ceea ce se întâmplă cu embrionii concepuți în laboratoare. Guvernul britanic a propus înființarea Comisiei pentru fertilizare umană și embriologie, numită și Comisia Warnock, ce trebuia să facă recomandări, necesare conceperii și dezbaterii în Parlament al unui asemenea proiect legislativ. Contribuția documentului final constă în aceea că a stabilit o distincție clară între fecundare și momentul apariției vieții umane. Această precizare a încurajat, de fapt, și mai mult experimentele pe embrioni.

Pornind de la răspunsul dat întrebării fundamentale, când începe viața umană, Comisia Warnock a creat condiția ca omul să amplifice greșeala în care se găsea, de la început, dându-și acordul pentru continuarea experimentelor sau pentru omorârea embrionilor. În viziunea Raportului Warnock, “produsul imediat al concepției” nu este o ființă umană, insistându-se asupra faptului că începutul vieții umane constituie mai degrabă o problemă de etică decât una biologică. În formularea răspunsului, nu s-a ținut cont de faptul că dezvoltarea umană trebuie înțeleasă ca un proces continuu, de la formarea zigotului și până la nașterea propriu-zisă, fiecare stadiu fiind la fel de important, ca cel al unui adult, stadiu recunoscut ca model evident asociat cu statutul de persoană umană.

Astfel raportul Warnock a stabilit că înainte de a 14-a zi de la concepere, embrionul nu poate fi considerat un organism individual. În preajma acestui moment, apare forma primitivă a tubului neural al embrionului, ce constituie debutul dezvoltării sistemului nervos. A mai fost evocat, în sprijinul acestei viziuni, fenomenul apariției gemenilor. Începutul vieții umane individuale, în această accepție, coincide cu momentul pierderii capacității embrionului de a se divide,

²¹ Recomandarea 1046 (1986) în legătură cu utilizarea embrionilor și feților umani în scopuri diagnostice și terapeutice, științifice, industriale și comerciale. Textul se află tradus în întregime în lucrarea Scripcaru, Gheorghie, *et al.* - *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Iași, Editura Polirom, 1998, p.89-92

pentru a forma cele două organisme distincte.²² Această teză nesocotește faptul că embrionul uman, atât înainte, cât și după a 14-a zi, se află pe parcursul desfășurării unui proces continuu, propriu unei persoane umane.

Criteriile Comisiei Warnock, după cum se vede, au fost stabilite în mod arbitrar. Inconsecvențele Raportului final reies chiar din textul său: „O dată ce procesul a început, nu există nici o parte a sa care să fie mai importantă decât alta. Toate fac parte dintr-un proces continuu... Astfel, din punct de vedere biologic, nu există nici o singură fază identificată în dezvoltarea embrionului, după care embrionii concepuți în eprubetă nu pot fi ținuți în viață. Cu toate acestea, am căzut de acord că aceasta ar putea fi o zonă în care poate fi luată o decizie clară, pentru a risipi neliniștea publică.”²³ Teza de bază a Raportului Warnock se regăsește în legislația în acest domeniu, care s-a elaborat, după aceea, în toate țările occidentale. Un exemplu evident îl constituie Legea privind embriologia și fertilizarea umană (1990) din Marea Britanie. În comparație cu legile similare din Franța și Suedia, cea din Marea Britanie are cele mai puține restricții. Există și țări care nu au o legislație în domeniu, fapt echivalat cu cel al unei legislații permissive.²⁴ Nici în România nu a fost elaborat cadrul legislativ, deși activitatea de fertilizare artificială, activitate care poate fi inclusă, la limită, în vastul domeniu al investigațiilor pe embrionul uman, a început din 1995.

Curentul de opinie care susține cercetarea pe embrioni este atât de puternic încât a luat în valul său și mulți reprezentanți ai bisericilor. Dr. John Habgood, Arhiepiscop de York, susține un punct de vedere, care este în dezacord atât cu biologia, cât și cu cristologia tradițională.²⁵

În tradiția ebraică, ființa concepută este considerată „simplă apă”, până în a 40-a zi. Eliminarea embrionului, până în acest moment, nu echivalează cu un avort. Acest principiu stă la baza dreptului ebraic rabinic. Este pedepsită doar persoana care suprimă viața unui embrion, după a 40-a zi. Experimentele pe embrioni nu sunt interzise nici în tradiția valdeză, unde s-a impus această viziune, pornind de la beneficiile și avantajele care ar rezulta din urma experimentelor.

Marea majoritate a bisericilor creștine a considerat totdeauna că ființa umană își începe viața în momentul conceperii ei. În felul acesta, embrionul are statut de persoană umană, cu toate drepturile care derivă de aici. Acest respect absolut pentru embrionul uman se regăsește în ideile documentului „Instrucțiuni privind respectul vieții umane nenăscute și demnitatea procreației”, emis de Congregația pentru Doctrina Credinței²⁶ a Bisericii Catolice. Fertilizarea *in vitro*, având drept scop unic cel al experimentării, încalcă, în această viziune, principiile fundamentale ale moralei creștine. În același fel este înțeleasă și distrugerea embrionilor

²² Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p.242

²³ *Apud A Way of Life*, p. 21

²⁴ Părintele Juvenalie *op.cit.*, p.287

²⁵ *A Way of Life*, p. 21

²⁶ Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p. 287

supranumerali, rezultați din aplicarea tehnicilor FIV, fiind permise doar intervențiile care nu pun în pericol viața și integritatea trupeză a ființei umane.

Există o minoritate a teologilor catolici, care încearcă să rezolve problema statutului embrionului uman, cu ajutorul conceptelor filozofice. Ei consideră că trupul este rezultatul fuziunii dintre suflet și materialitate, teorie acreditată de Conciliul ținut la Viena în 1312. Teologia catolică, depășind concepția tomistă,²⁷ susține că omul are statut de persoană umană, în toate fazele dezvoltării sale, începând cu momentul concepției.²⁸

Biserica Ortodoxă, atunci când încearcă să adauge descoperirile științei „înțelepciunii de sus”, dă o întâietate conceptelor biblice. Fiecare copil conceput este considerat un alt Cristos pentru familie.²⁹

2. INGINERIA GENETICĂ

Prin inginerie genetică se înțelege ansamblul de tehnici prin care omul intervine asupra codului genetic. Efectele tehnologiei ADN-ului recombinat sunt mult mai mari decât în cazul fertilizării artificiale. Eventuale schimbări ale codului genetic, care trebuie înțeles ca un patrimoniu al întregii omeniri, presupun schimbări care ar putea afecta, în timp, generații întregi. În foarte multe cazuri de experimente și clonări, nu se poate face o distincție între ingineria genetică și manipularea genetică, mai ales când nu se urmărește în mod evident procreația.

Toate tehnicile uzuale, specifice ingineriei genetice, urmăresc transferul unei noi informații genetice în structura celulei unei ființe vii. S-au făcut astfel de cercetări pentru identificarea unor gene patogene. E vorba de recunoașterea și izolarea unor gene care determină diverse boli genetice, urmărindu-se prevenirea ei sau oprindu-se evoluția și transmiterea ei la urmași. S-au obținut, prin diferite tehnici, molecule necesare tratării multor boli grave. Pe această cale, s-au obținut produse noi, cu efecte mari terapeutice: insulina, interferonul, hormonul de creștere și diferite vaccinuri.

Prin introducerea unor gene în celulele somatice sau germinale, au fost produse plante sau animale cu anumite caracteristici particulare. Au fost îmbunătățite astfel diferite rase de animale, urmărindu-se producerea de carne și lapte de calitate superioară. Există deja câteva soiuri de plante cu caracteristici specifice, care cresc pe terenuri aride, au fructe fără semințe, sunt rezistente la condiții aspre.³⁰

²⁷ Doctrina teologică și filozofică a lui Toma d' Aquino

²⁸ Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est” în *Congresul internațional «Familia și viața la începutul unui mileniu creștin»*, București, 2002, p. 289

²⁹ Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 248

³⁰ *Ibidem*, p. 206

Cercetătorii din domeniul geneticii lucrează deja la proiecte care, cu puțin timp în urmă, erau de ordinul science fiction-ului. Hărțile genetice permit localizarea genelor, a cromozomilor și a enzimelor. Acestea sunt necesare pentru localizarea genelor asociate cu anumite maladii.

În 1993, sub egida UNESCO, a luat ființă Comitetul Internațional de Bioetică, care a elaborat o declarație pentru protecția genomului uman. Acest text, luat ca referință de comunitatea oamenilor de știință, subliniază ideea că genomul uman constituie un patrimoniu comun al speciei umane, care „trebuie protejat pentru a salva integritatea speciei umane.”³¹

Toate cercetările și aplicațiile din domeniul geneticii trebuie astfel orientate încât să se desfășoare în sensul salvării vieții și identității genetice ale oricărui individ uman. Alterarea patrimoniului genetic al unei persoane, pericol care a devenit iminent, reprezintă o gravă ofensă adusă umanității și se cuvine să fie înțeleasă ca un semn al dominației omului asupra altui om. În această categorie de manipulare genetică intră schimbarea sexului embrionului, prin injecție de ADN. Intervențiile cu motivație terapeutică trebuie făcute doar în beneficiul persoanei umane.

Cei care folosesc tehnicile de alterare sau modificare genetică în scopul îmbunătățirii speciilor, la animale și plante, ar trebui să aibă în vedere păstrarea și salvarea ambiantului. Omul nu este doar un beneficiar, ci este investit să protejeze toate valorile creației. Industria genetică, producătoare de plante și animale cu caracteristici îmbunătățite, dezvoltată sub imperiul creșterii productivității, nu ia în seamă efectele nocive ale acestor modificări asupra organismului uman, a plantelor și animalelor modificate genetic. La aceste decizii trebuie să ia parte nu numai specialiștii, oamenii de știință, ci și reprezentanții comunităților implicate în ansamblu.

Nu există suficiente informații despre siguranța biotehnologiilor, care, dacă nu este garantată prin lege, poate conduce la realități terifiante, în care bomba biologică poate teroriza comunități mari de oameni.

Tehnicile care funcționează după metoda alternativă presupun modificarea electivă și selectivă a unui patrimoniu genetic sănătos, aparținând omului, caz în care cercetătorii manifestă tendința de a se substitui lui Dumnezeu. Trupul este o componentă constitutivă a persoanei umane, iar tendința de a-i impune anumite caracteristici, așa-zis superioare, arată că fantasmеle eugenismului revin, fantasmе ale căror principii au determinat mari drame în istoria umanității.

3. CLONAREA

³¹ Raicu, Petre, *Genetica generală și umană*, București, Humanitas, 1997, p. 307

Clonarea („klon”, în greacă, înseamnă „germen”, „vlăstar”, „rămurică”, „crenguță”) este definită ca o metodă prin care se produc clone, adică organisme, celule sau molecule identice. Există o clonare naturală, când, pornind de la același zigot, apar gemenii. În antichitate, a fost cunoscută clonarea la plante (vița-de-vie, pomii fructiferi), care se pot înmulți astfel, cu păstrarea caracteristicilor genetice. Cultivate *in vitro*, celulele vegetale, cât și cele animale, pot evolua în clone. După diviziune, rezultă doi embrioni identici din punct de vedere genetic. Cele două organisme au același patrimoniu genetic, dar au organisme proprii. Pornind de la modelul natural, a fost perfectată o tehnică, ce constă în separația blastomerilor, când embrionii au 60-80 de celule, după 6-7 zile de la concepere. Metoda a fost pusă în practică în Franța, în 1982.³² Prin această tehnică, care se desfășoară, în principiu, ca și reproducerea sexuată din natură, se obțin cupluri de gemeni identici genetic.

Cea mai frecventă metodă constă în obținerea unei clone, prin transplant de nucleu în ovule. Încă din 1955, când s-au făcut primele experiențe pe broască, s-a observat că transferul de nucleu trebuie realizat în faza când celulele au totipotență, adică au capacitatea de a regenera. Celula este denucleată și, în citoplasma ei, se introduce nucleul unei celule adulte. Zigotul va moșteni întreg patrimoniul genetic al donatorului. Organismul rezultat nu mai păstrează nimic de la cele de la care au provenit gameții.

Primul mamifer clonat cu succes, din celulele unui animal adult, s-a născut la 5 iulie 1996. Profesorul Ian Wilmut, de la Institutul Roslin din Edinburgh, a transferat nucleu, provenite din glanda mamară a unei oi mature, în ovulele unei oi din altă rasă. Din 277 de transferuri s-au obținut 29 de embrioni, care au ajuns în faza de blastocist. După 148 de zile, din singurul embrion, care a supraviețuit după implantare, s-a născut oaia Dolly. Această realizare a fost capitală pentru evoluția acestor experimente, pentru că nu s-au mai folosit nucleu de embrioni, ci celule de la un organism adult. După nașterea oiței Dolly, cercetarea în domeniul clonării a evoluat mult. În 1998, s-a anunțat nașterea a două vaci și obținerea a 20 de copii de șoareci.

În România, au fost făcute cu succes experiențe de clonare a animalelor domestice, pe baza nucleelor din celule embrionare de la taurine, la Universitatea de Științe agricole din Timișoara, iar de la ovine, la Stațiunea de Creștere și Ameliorare a Ovinelor de la Pallas-Constanța.³³

3.1 Clonarea umană

Tehnica transferului nuclear a fost aplicată, până la urmă, și ființelor umane. Primele informații despre rezultate ale cercetării în acest domeniu au apărut în 1993,

³² *Ibidem*, p. 346

³³ *Ibidem*, p. 346

când doi cercetători americani, J.Hall și R. Stilmann, au anunțat intențiile lor de a face asemenea experimente pe celule umane.³⁴ Mai târziu, în 1998, într-un centru de sterilitate al unui spital din Seul, a fost obținut, prin tehnica Honolulu, un embrion uman. Nucleul folosit aparținea aceleiași persoane de la care fusese prelevat ovulul. Procesul a fost întrerupt în momentul în care divizarea ajunsese la patru celule, datorită restricțiilor impuse de guvernul coreean. Oameni de știință din Statele Unite au declarat, în 2001, că au clonat cu succes embrioni de maimuță. Peste câteva luni, la 24 noiembrie 2001, cercetătorii de la Advanced Cell Technology au anunțat obținerea mai multor embrioni umani clonați în scop de cercetare a celulei stem. Aceștia au murit însă în stadiul de 2, 4 și 6 celule.³⁵

La 25 decembrie 2002, Brigitte Boisselier, biochimistă, reprezentantă a companiei Clonaid, a anunțat nașterea primului copil clonat. Ea este membră a grupării Rael, o sectă înființată de ziaristul francez, stabilit în Canada, Claude Vorilhon. Mentorul acestei mișcări, denumite „Raelian Movement”, care numără 55 de mii de membri, proveniți din 84 de țări, pretinde că a fost contactat de Elohim,³⁶ în 1973. Potrivit acestui mesaj, viața pe pământ ar fi fost creată în mod artificial de reprezentanți ai altui sistem solar, iar omul a apărut acum 25 de mii de ani, prin clonare. Un studio recent, publicat în revista britanică *British Medical Journal*, contrazice declarațiile companiei Clonaid, susținând că, până în acest moment, clonarea umană ar fi imposibil de realizat.³⁷

Clonarea reproductivă nu este admisă deocamdată nicăieri în lume. Rezoluția Comisiei pentru probleme de bioetică a Parlamentului Europei, din 7 septembrie 2000, interzice „utilizarea embrionilor umani pentru producerea de celule tulpinare”. Printr-o decizie a UNESCO, din 1997, se interzice în spațiul european clonarea reproductivă umană. Parlamentul României a ratificat, la 22 februarie 2001, conform Constituției României, art.74, alin.2, Convenția Europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane, față de aplicațiile biologiei și medicinei, Convenția privind drepturile omului și biomedicina, semnate la Oviedo, la 4 aprilie 1997, și Protocolul adițional la Convenția Europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, referitor la interzicerea clonării ființelor umane, semnat la Paris la 12 ianuarie 1998.

Există, totuși, unele țări (Suedia, Marea Britanie, Franța) unde cercetările terapeutice pe embrionii umani clonați continuă, iar cercetările în domeniul clonării terapeutice implică și perfecționarea tehnicilor clonării reproductive. Marea Britanie a fost prima țară care a autorizat asemenea tip de cercetare, în 1990, instituind cel mai liberal cadru juridic în acest sens. Embrionii umani folosiți în cercetări

³⁴ Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p. 223

³⁵ *A Way of Life*, p.22

³⁶ (în „Vechiul Testament”) nume dat lui Dumnezeu și folosit în locul celui de Iahve, a cărui pronunțare este interzisă de religia mozaică (n.a.)

³⁷ Ziarul „Cotidianul”, 23 august 2003

distructive se obțin prin aceleași tehnici utilizate în cazul oii Dolly. După care se extrag celulele stem din embrionii clonați și aceștia sunt distruși. Potrivit cercetătorilor, celulele stem, obținute prin așa-zisa clonare terapeutică, au multe avantaje față de cele obținute în mod convențional, din embrioni neclonați. Țesuturile sau organele create prin această tehnică nu ar mai fi respinse pentru că acestea ar conține aceeași structură genetică, ca și adultul căruia i se face operația de transplant.

Clonarea terapeutică, care are aceleași etape, ca orișice clonare, implică crearea și distrugerea de embrioni umani. Toate problemele de etică, create de cercetarea pe embrioni, se păstrează în acest caz, pentru că embrionii umani clonați au același statut ca și cei creați prin alte tehnici. Dacă ar fi să ajungă la maturitate, ființele umane clonate ar putea fi fizic identice cu cele de la care au fost prelevate nucleeele transferate. Evident, ar avea o personalitate și o identitate separată.

3.2 Celulele stem

Celulele stem (din engleză, „tulpinare”) au capacitatea de a se reînnoi nelimitat, de a se reproduce, fără să se diferențieze, putând da naștere unor celule cu putere proliferatorie limitată, din care să rezulte populații de celule bine diferențiate, cum sunt celulele nervoase, musculare sau hepatice. Studiile asupra celulelor stem durează de aproape 30 de ani. Oamenii de știință cred că, pe această cale, vor găsi cea mai sigură soluție pentru tratarea unor boli degenerative, căci nu există reacții imunitare, de respingere.

Cercetările de până acum au arătat că celulele stem se găsesc în multe din țesuturile organismului uman. Acestea însă au capacitatea foarte redusă de a da naștere altui tip de țesut, decât cel pentru care au fost produse de organism. Au fost descoperite, în ultimii ani, celule provenite de la organismul uman, în stare să dea naștere la mai multe tipuri de țesuturi, în special hematic, muscular și nervos.³⁸ Asemenea celule stem pluripotente au fost descoperite în măduva osoasă, în creier, în țesuturile conjunctive ale diverselor organe și în cordonul ombilical. Se utilizează deja celule stem neurale vii, care sunt obținute din cadavrele adulților, la câteva ore după moartea acestora. Se vorbește astăzi tot mai mult despre recuperarea celulelor stem din țesuturile organismelor adulte și reprogramarea lor, cu scopul obținerii de culturi de țesuturi specializate. Celulele stem de adult au o mare elasticitate, iar capacitatea lor depinde în mare măsură de informația genetică ce poate fi reprogramată. Au fost tratate boli genetice rare, la șoareci, prin inserarea genei lipsă în celulele stem ale acestora. Revista *Science* a anunțat, în aprilie 2000, primul

³⁸ Părintele Juvenalie, op.cit, p. 259-260

succes înregistrat în terapia genelor umane, tratând diverse boli imunodeficitare la copii, prin inserarea genelor lipsă în celulele stem din măduva osoasă.³⁹

Cercetări recente au pus în evidență faptul că celulele adulților pot fi mai ușor de manipulat,⁴⁰ o dată ce li se dau semnale noi ele se transformă în diferite tipuri de celulă, care pot fi folosite după aceea la repararea unor țesuturi bolnave.

Pentru eliminarea pericolului proliferării acestor celule nelimitat și fără control, fapt care ar duce la crearea unor tumori canceroase, cercetătorii americani au descoperit diferite tehnici, prin care li se poate „programa” maturizarea, identificând factori de creștere și proteine reglatoare. Oamenii de știință de la Universitatea din Texas au identificat enzima telomeraza, care poate „imortaliza” culturile celulelor stem de adult, fără riscul creșterii necontrolate, specifică celulelor canceroase. Alți cercetători au pus la punct și tehnici noi de multiplicare la celulele stem ale măduvei osoase, care pot să capete un ritm de înmulțire de un miliard în șase săptămâni.⁴¹ Cercetătorii de la Cambridge au găsit o cale de a transforma celulele dezvoltate complet de la un adult în celulele stem, iar specialiștii din California au transformat țesut de grăsime în mușchi, oase și cartilaje. O companie din New Jersey a declarat că a elaborat o nouă tehnică de obținere a unei surse bogate de celule stemice din placenta expulzată la naștere din uterul unei femei. Medici din Canada au tratat un copil de 9 luni, bolnav de cancer, cu celule stem extrase din cordonul său ombilical. Compania, care a finanțat cercetările pentru clonarea oiței Dolly, a anunțat că cercetătorii săi au înregistrat succese în transformarea pielii de vacă în celule ale inimii, iar cercetători din Sheffield și Cardiff au descoperit un mod de regenerare a oaselor și a celulelor creierului.⁴² Compania Osiris Therapeutics din Baltimore (SUA) s-a specializat în restaurarea țesutului distrus sau bolnav. Au fost obținute celule care pot reface țesuturi de măduvă osoasă, oase, cartilajii, ligamente, tendoane, grăsime precum și mușchi. Această companie consideră că a găsit tehnici, prin care să se trateze multe afecțiuni, îmbătrânirea și bolile degenerative.⁴³

Se crede că celulele stem embrionare ar avea un potențial mai mare decât celulele stem de adult. Folosirea lor însă reprezintă un grav atentat la adresa vieții umane. Recoltarea celulelor presupune moartea embrionilor. Există tendința de a se produce embrioni umani pentru a se obține celule stem,⁴⁴ de fapt, pentru a fi distruși.

Se prefigurează deja o industrie destinată comercializării celulelor stem. Se recurge la subterfugii, pentru a se depăși limitele impuse de legi în țările unde există deja un asemenea sistem legislativ. Se procură celule stem de la producători din țări în care nu există legi în domeniu.

39 *A Way of Life*, p. 24

40 *Ibidem*

41 *Ibidem*

42 *Ibidem*, p. 23-24

43 *Ibidem*, p. 25

44 *Părintele Juvenalie, op.cit.*, p. 261-262

3.3 Probleme de natură etică la clonare

Opinia publică, la toate nivelele ei (științific, politic sau religios), și-a exprimat neliniștile în legătură cu amploarea care au luat-o cercetările în domeniul clonării umane. Clonarea, ca metodă generală, atentează la viabilitatea organismelor, mergând în direcția unei fixații genotipice, în contra principiului naturii, care asigură dezvoltarea vieții, ce duce la diversitate genetică.

Nașterea omului pe această cale ignoră principiul valorii personale a corpului uman. Statutul omului, în felul acesta, este schimbat chiar de la concepție. Nu mai ia naștere prin întâlnirea a doi gameți, ceea ce presupune zestrea genetică a doi părinți. Prin tehnicile de laborator, copilului i se asigură descendența doar a unui singur părinte. În mod violent i se impune un anumit destin. Prin manipulare genetică există posibilitatea creării de organisme identice, ce ar putea fi mai ușor dominate și utilizate de sisteme politice totalitare.⁴⁵ Clonarea unor indivizi dotați numai cu o anumită funcțiune, care sunt rezistenți doar la radiații nucleare sau la anumite medii poluante, poate fi utilizată în activități diverse, preponderent politice.

Crearea de indivizi identici, din punct de vedere biologic, ar putea răsturna relațiile de familie. Fiul, născut prin clonare, poate fi considerat un geamăn sau un frate al tatălui. Așa stau lucrurile din punct de vedere genetic, situație ce duce la distrugerea echilibrului psihologic al familiei, nemaexistând suport pentru relații de tip paternal. Lucrurile s-ar complica și mai mult, dacă copilul-clonă ar aparține unui homosexual sau unei lesbiene.

Din punct de vedere psihologic, cea mai mare traumă o constituie însă lipsa originalității. Omul, fiind o creație a unei lumi ce are la bază relațiile sociale și principiul diversității, nu se împacă cu ideea de duplicat. Dificultățile de natură psihologică sporesc, atunci când cel care asigură paternitatea ADN-ului este un necunoscut sau ține să rămână anonim. Copilul nu mai poate afla nimic despre descendența sa biologică.

Clonarea presupune un anumit determinism care îl lipsește pe om de posibilitatea de a avea un destin. Din punct de vedere biologic, un asemenea om este legat de evoluția modelului său, căci în programul său genetic sunt înscrise toate calitățile sau defectele antecesorului.

Și clonarea terapeutică presupune probleme de ordin moral nerezolvate. Existența țesuturilor sau a organelor de schimb, create în vederea transplantului, deschide oportunitatea unui adevărat marketing, iar ca subiect de comercializare, persoana umană este diminuată, devenind mijloc și nu scop.

Manipularea genetică asigură punerea în practică a unor capricii ale omului. În felul acesta poate fi judecată chiar dorința acelor care-și doresc reproducerea unei

⁴⁵ *Ibidem*, p. 226

persoane dispărute, în condiții tragice, sau copierea unor personalități din lumea politicii, culturii sau sportului.

Mulți cercetători consideră că aceste probleme, de ordin legal sau moral, pot fi rezolvate dacă se produce clonarea până în a 14-cea zi de viață.⁴⁶ Raportul Warnock (1984), dar și alte documente, susține că nu se poate vorbi de o identitate biologică, specifică unei ființe umane, până la formarea plăcii neurale.⁴⁷

Tehnica clonării oferă încă șanse reduse de reușită. La clonarea oiței Dolly au fost înregistrate pe parcurs 236 de eșecuri. Foarte mulți embrioni mor, fie la implantare, fie pe parcursul gestației, înainte ca, doar prin accident, să ajungă la naștere. Iar tehnicile de până acum nu asigură dezvoltarea fără pericolul apariției unor anomalități.

Rămâne nerezolvată în continuare problema fertilității și longevității ființelor clonate. După datele de până acum, îmbătrânirea presupune o scurtare a secvențelor ADN, situate la extremitatea cromozomilor, ceea ce înseamnă că organisme clonate au la naștere vârsta persoanelor de la care a fost prelevat materialul genetic.

4. DIAGNOSTICUL PRENATAL

Tehnicile moderne permit aflarea foarte multor informații despre viața copilului în uter. Cel mai simplu examen de sarcină constă într-o analiză de sânge (screening seric matern), care permite măsurarea câtorva proteine produse de copil, în sângele mamei, ceea ce oferă informații despre sănătatea fătului. Pe această cale, o femeie însărcinată poate fi pusă în gardă asupra eventualelor malformații ale fătului. Siguranța testului este de 60-75%. Multe dintre acestea sunt utile, mai ales cele referitoare la momentul nașterii.

Malformațiile feților pot fi detectate cu riscuri mai puține cu ajutorul ultrasunetelor. Se măsoară pe această cale membrana de pe ceafa copilului. O îngroșare crescută a plicii de pe ceafă, așa cum arată literatura medicală, poate indica prezența sindromului Down în proporție de 90%.⁴⁸

Cel mai frecvent test de diagnostic este amniocenteza, care se realizează după a 16-a săptămână de sarcină. Se poate realiza în scop de diagnostic și terapeutic.⁴⁹ Metoda constă în introducerea unui ac subțire prin peretele abdominal, sub ghidaj ecografic, extragerea unei mici cantități de lichid din sacul amniotic din uter și examinarea celulelor fătului recoltate. Se determină astfel, cu o certitudine relativă, dacă fătul are sindromul Down sau spina bifida.

⁴⁶ Legea din Marea Britanie privind fertilizarea și embriologia umană 1990 permite cercetarea pe embrionul uman, până în a 14-cea zi de la conceperea lui

⁴⁷ Protopopescu, Denisa Marina *et al.*, *op.cit.*, p.352

⁴⁸ *A Way of Life*, p. 29

⁴⁹ Nițescu, Vasile, *Obstetrică și ginecologie*, București, Editura Didactică și Pedagogică, 2002, p. 55-57

O tehnică, ce permite intervenția asupra fondului genetic al omului încă din primele lui zile de viață, este tehnica eșantioanelor cu vilozități corionice și se realizează la a 11-a săptămână de sarcină. Ea constă în analizarea cromozomilor din celulele prelevate din placenta, prin biopsie. Se pot detecta în felul acesta anomaliile în cazul sindromului Down.

Motivația de bază, pentru care se recurge la diagnosticul prenatal, se reduce nu la înregistrarea datelor necesare unei nașteri fără riscuri, ci la identificarea deficiențelor genetice sau la determinarea sexului. Noile progrese ale ingineriei genetice fac posibilă intervenția asupra patrimoniului genetic al embrionului, încă din primele faze ale evoluției sale. De aceea, prin diagnosticul prenatal nu se urmărește decât selecționarea embrionilor și impunerea unei soluții fatale. Pericolul unor eventuale malformații îi determină pe părinți să avorteze copilul. Un rezultat definitiv asupra unui asemenea diagnostic îl oferă doar teste de diagnostic.

Oricât de perfecționate ar fi tehnicile, rezultatul nu este niciodată sigur, iar riscurile sunt multiple. În urma acestor intervenții, care presupun pericolul înțepăturii cu acul în timpul puncției, mulți copii au rămas mutilați. Studii recente arată că teste de diagnostic (chiar amniocenteza) au o anumită influență asupra dezvoltării membrilor copilului. Pot suferi, bineînțeles, infecții cauzate de puncție și femeile.

În Marea Britanie, teste cu vilozități corionice produc o rată a pierderii de sarcină între 2 și 5%. Iar din cei 10.000 de copii nenăscuți, examinați prin amniocenteză, 1% sunt avortați.

Problemele de natură etică apar și atunci când trebuie să ne punem întrebarea, în folosul cui se face diagnosticul prenatal? Statul finanțează teste de screening din motive economice. Consideră că, prin eliminarea copiilor cu malformații, se vor economisi banii cheltuiți, după aceea, pentru îngrijirea lor. Programele de screening prenatal duc la o politică de detectare și de distrugere a copiilor invalizi, atitudine ce imprimă în societate un mod de gândire jignitor la adresa oamenilor invalizi. Medicii își justifică actele lor, argumentând că vor să-i ajute pe viitorii părinți ca să facă „alegeri bune“. Nu iau în seamă faptul că și ei se mișcă într-un câmp al probabilităților, fiind, cu toată tehnica înaltă și abilitatea profesională, departe de certitudine. Diagnosticul prenatal are o evidentă dimensiune eugenică. Pornind de la modul în care părinții reacționează la dificultățile ce le implică nașterea unui copil handicapat, se profilează tot mai mult tendința, prin care atitudinea de a ameliora suferința este înlocuită cu dorința de a elimina „normalitatea“.

5. HANDICAPUL

În cele mai multe locuri din lume, ca și în România, oamenii rezolvă problemele legate de handicap alegând soluția ignoranței sau a disperării. Este uitat un lucru fundamental, propriu existenței umane, acela că oamenii invalizi au aceeași valoare umană ca oricare alt membru al societății. Oamenii, în cele mai multe cazuri,

nu au tăria de a manifesta solidaritate față de semenii săi. Când un cuplu depistează malformații la un făt, cel mai adesea apelează la soluția avortului. Acest mod de a acționa este determinat în primul rând de mediul moral și cultural. Societatea exercită și o anumită presiune emoțională asupra părinților, care au un făt cu un eventual handicap. Marea majoritate a acelor care manifestă opoziție față de avort, își pierd resursele sufletești și morale când sunt puși în fața cazurilor de handicap. Avortarea înseamnă a nu recunoaște valoarea incomparabilă adusă societății de către oamenii invalizi. Societatea de astăzi, motivată mai mult de condițiile economice, manifestă o tendință crescută spre hedonism și egocentrism, spre cultivarea plăcerilor și a capriciilor.

În România, statul finanțează operațiile de avort în cazul sarcinilor cu diagnostic prenatal de handicap, din considerente sociale și economice. Se presupune că cheltuielile sociale se reduc dacă se apelează la avort, ceea ce înseamnă un act de discriminare umană. Trebuie să fim deschiși și să recunoaștem valoarea influenței unor oameni invalizi asupra societății, talentul și puterea lor. Curajul manifestat de aceștia în fața greutăților vieții, pentru a depăși limitele impuse de incapacitățile lor native, poate constitui un model pentru societate în ansamblu. Ținând cont de vulnerabilitatea lor și de faptul că fac parte dintr-o minoritate socială, ei au nevoie de compasiune și susținere.

Mulți oameni se gândesc, în primul rând, la dificultățile financiare pe care le presupune existența unui om cu handicap. Comoditățile la care aspiră, ca și cele care îi înconjoară, îi determină să apeleze la eliminarea nu a handicapului, ci a purtătorului acestuia.

Acest mod determinist, de a gândi și de a acționa, ne amintește de teoriile și crimele eugenetice. Teoria eugenică a fost asociată, în secolul XX, nazismului. Ea a apărut, la sfârșitul secolului al XIX-lea, în mediile anglo-saxone. Amintirea marilor crime săvârșite de adepții rasismului nazist nu-i împiedică pe mulți oameni de știință ca să se lase animați de ideile ce renasc sub alte forme. Linia rasistă a fost părăsită, adoptându-se alte direcții, care pornesc mai ales de la condiționări socio-economice. În această categorie intră teoriile negativiste care implică selecția fetală și selecția genotipică. Embriionul, purtător de handicap, anomalie depistată prin analiza genotipului, este eliminat. Un asemenea diagnostic prenatal sfârșește cu avort.

Există apoi cazuri când conceperea și evoluția embrionilor este dirijată după anumite criterii: conformație fizică, sănătate, inteligență etc. Mai întâi sunt alese celulele germinale, urmează fecundația *in vitro*, iar dezvoltarea ulterioară a zigotului se va face în uterul unei mame, purtătoare și ea de calitate. O soluție, oarecum acceptată de bioeticieni și oamenii de știință, este metoda genoterapiei, care presupune intervenția omului doar în momentul concepției, când practică un transfer de gene.

Tehnicile ingineriei genetice permit intervenția asupra patrimoniului genetic al embrionului, coordonând geneza și dezvoltarea sa. Sunt modificate secvențe din

structura ADN-ului pentru a potența anumite caracteristici, precum inteligența sau personalitatea. În felul acesta se ajunge din nou la rasism, tendință care a atins o culme la jumătatea secolului al XX-lea, în Germania nazistă. Se încalcă un principiu fundamental al vieții sociale, acela care asigură egalitatea dintre oameni. Demnitatea umană nu poate fi modelată și distribuită conform voinței altora.

Problema handicapului frământă multe medii ale societății de astăzi. În România, după 1990, situația oamenilor invalizi a luat o întorsătură pozitivă. Există un departament de stat la nivelul guvernului, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, care coordonează un set de programe destinate acestor oameni și familiilor lor.

Din păcate, raportul pe 2002 al organizației Rights for Children with Disabilities relevă faptul că, în România, copiii cu handicap “nu pot avea drepturi egale cu ceilalți copii și nu se bucură de atenția pe care autoritățile guvernamentale pretind că le-ar acorda-o”.⁵⁰ Copiii cu handicap, în număr de 60.000, adică 1% din cei aproximativ 6 milioane, cât constituie această categorie de populație din România, nu au acces real la instituțiile publice – școli, teatre, cinematografe, biblioteci, serviciu de transport public, străzi, spații de joacă, fiind nerespectate standardele europene.

Autoarea raportului, Gerison Landsworth, cere guvernului să se implice mai nuanțat și mai concret în educarea societății civile în ceea ce privește nediscriminarea copiilor cu handicap și integrarea acestora în societate. Majoritatea copiilor cu handicap au ajuns în aceste instituții din cauza deficiențelor, în special mintale. Nouăzeci la sută din copiii cu handicap instituționalizați au fost abandonați la naștere. Un studiu social, realizat de organizația „Trebuie!”, în luna mai 2003, a arătat că peste 79% dintre cei chestionați consideră că în România nu sunt respectate drepturile copiilor invalizi.

Eliminarea copiilor cu handicap, prin avort, rămâne una din soluțiile rezolvării handicapului. Nu există studii care să ateste că opinia publică acceptă asemenea crude discriminări. Avorturile, în cazul copiilor cu handicap, sunt acceptate până în momentul nașterii. Părinții al căror făt are o malformație sunt adesea supuși unor confuzii inadecvate și brutale. Nu li se oferă consilierea necesară, nu li se dau detalii despre grupurile de susținere, care ar putea să le ofere informații mai clare și mai corecte. Aceste situații sunt acceptate ca fiind normale, iar mentalitatea în favoarea morții se insinuează la toate nivelurile societății.

⁵⁰ Ziarele „Curentul” și „Jurnalul Național”, 3 iunie 2003

1. PERSPECTIVE RELIGIOASE

1.1 Concepția creștină despre viață

Marile religii, cu rădăcini în credința veche a Israelului, au o viziune comună asupra vieții umane.¹ Viața omului, ca și cea animală și vegetală, a fost creată de Dumnezeu. Prin această virtute, viața este sacră. Din sacralitatea ei decurge și calitatea ei și nu invers. Textul biblic, în cartea „Facerea“, consacră o virtute aparte omului. Bărbatul și femeia se bucură de cinstea de a fi creați de însăși mâna lui Dumnezeu, printr-un act de creație separat de al animalelor. Celelalte creaturi s-au născut prin cuvântul Creatorului. În ierarhia demnităților tuturor celor create de Dumnezeu, omul se află deasupra celorlalte creaturi. El are un rol privilegiat, regal. Prima sa misiune, consacrată de cuvintele Creatorului, este de a stăpâni natura în care trăiește, de a o conduce la desăvârșire.

Viața omului, așezată sub semnul morții, după căderea lui în păcat, s-a înnoit și s-a întărit o dată cu învierea lui Hristos. Prin Hristos, Dumnezeu participă la experiența vieții noastre. Omul, în felul acesta, are posibilitatea de a fi părtaș la viața Creatorului.

Condiția omului de diriguitor al creației stă sub semnul păcatului. Voința sa fiind condusă încă de legea morții, a păcatului, omul nu poate împlini ceea ce vrea.

1.2 Trup, suflet și sexualitate

De la deformarea viziunii creștine despre trup pornesc marile probleme ale bioeticii în cultura europeană. Învățătura creștină biblică și patristică relevă natura duală a omului: trup și suflet.

În Vechiul Testament, trupul, în opoziție cu spiritul, reprezenta partea fragilă a omului. În Noul Testament, carnea a fost asociată cu sângele, pentru a indica valoarea umană a lui Hristos. Înclinarea spre păcat este des invocată de Sfântul

¹ Ideile din următoarele trei subcapitole au fost dezvoltate pe larg în volumele: Moldovan, Ilie, *Darul sfânt al vieții și combaterea păcatelor*, București, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 1997; Părintele Juvenalie, *Teroriștii uterului. Terorism științific și etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației*, București, Editura Anastasia, 2002; Breck, John, *Darul sacru al vieții*, Cluj-Napoca, Editura Patmos, 2001; Dumea, Claudiu, *Omul între «a fi» sau «a nu fi»*. *Probleme fundamentale de bioetică*, București, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, 1998

Pavel. Natura umană și-a pierdut spiritul de dreptate prin păcatul original. Sfinții Părinți au comentat, cu avânt sau cu moderație, sensul moral conferit cărnii de Evanghelii.

Creștinismul a pus în valoare și natura spirituală a trupului. Prin supunere, carnea renaște, își află bucurie în remodelarea spiritului după chipul lui Dumnezeu. Trupul în felul acesta participă la lumina spiritului. Făgăduiala învierii se împlinește în întruparea în Cuvânt, a lui Isus Hristos.

Viziunea creștină este tot mai mult atacată în contemporaneitate. Încă de la începuturile sale, creștinismul s-a confruntat cu cultura elenistică, fundamental dualistă. Trupul, pentru Aristotel, avea calitate de instrument al sufletului. Teologii medievali au încercat să realizeze o sinteză între viziunea iudeo-creștină și cea elenistică.

Trupul capătă o funcțiune centrală în gândirea secolului al XV-lea, unde slăbiciunile și senzualitatea lui sunt exploatate mai mult decât oricând. Renașterea impune redescoperirea trupului, împropătându-i imaginea viguroasă cu o infuzie de sorginte păgână. În felul acesta, se deschide tot mai mult calea devalorizării naturii umane. Diverse teologii au zdruncinat și mai mult viziunea creștină, unde trupul este înțeles ca dar, ca lăcaș sacralizat prin prezența spiritului. Puzderia de ideologii a secolului XX a redus omul la stadiul de obiect gânditor. Demnitatea sa a fost așezată în aceeași ordine cu capacitatea de valorificare a instinctelor grupului.

Dimensiunea sexuală implică o intenție profundă a omului, dorința de a se dărui cu totul celuilalt. Este una din exprimările iubirii, într-o formă radicală, având în vedere că deschide calea spre o nouă viață, prin procreare.

1.3 Viziunea creștină asupra avortului

Textul Vechiului Testament pune în valoare faptul că omul este viu încă de la concepție. Spune psalmistul (David): „Că Tu ai zidit rărunchii mei, Doamne, Tu m-ai alcătuit în pântecul maicii mele. Te voi lăuda, că sunt o făptură așa de minunate. Minunate sunt lucrurile Tale, și sufletul meu le cunoaște foarte. Nu sunt ascunse de Tine oasele mele, pe care le-ai făcut întru ascuns, nici ființa mea pe care ai urzit-o ca în cele mai de jos ale pământului. Cele nelucrate ale mele le-au cunoscut ochii Tăi și în cartea Ta toate se vor scrie; zi de zi se vor săvârși și nici una din ele nu va fi nescrisă.” (Psalmul 138, 13-16)

Și spune Iov: „Măinile Tale m-au făcut și m-au zidit și apoi Tu mă nimicești în întregime. Adu-Ti aminte că m-ai făcut din pământ și că mă vei întoarce în țărână. Nu m-ai turnat oare ca pe lapte și nu m-ai încheșat ca pe caș? M-ai îmbrăcat în piele și în carne, m-ai țesut din oase și din vine. Apoi mi-ai dat viață și bunăvoința Ta și purtarea Ta de grijă au ținut vie suflarea mea.” (Iov 10, 8-12)

Să înțelegem, deci, că omul se află în mâinile lui Dumnezeu, și Dumnezeu are grijă de creșterea și formarea lui. Din Noul Testament, se înțelege că eternul Cuvânt

al lui Dumnezeu s-a încarnat nu la nașterea lui Isus Hristos, ci în momentul concepției sale.

În Vechiul și Noul Testament, „nu există o mențiune directă privind avortul, excepție făcând interpretarea rabinică a textului din Ieșire 21, 22-23... Credem, însă suficient să știm că Dumnezeu l-a făcut pe om după chipul Său (Facerea 1-27) și că Mântuitorul Hristos s-a jertfit și a înviat pentru ca omul «viață să aibă și s-o aibă din belșug» (Ioan, 10,10). De aceea, ființa umană, indiferent de stadiul de dezvoltare în care se află, trebuie respectată ca și un chip al Creatorului, căci de la El vine viața și doar el este în măsură s-o ia atunci când vrea.”²

2. POZIȚIA BISERICILOR CREȘTINE ȘI CULTELOR DIN ROMÂNIA

2.1 Poziția Bisericii Ortodoxe Române

Bisericile Ortodoxe au acceptat întotdeauna moștenirea doctrinară a primului mileniu creștin. Primul sinod care a sancționat avortul, ca pe o crimă, a fost cel de la Ancira (314 d.Cr.). Al treilea Consiliu general de la Constantinopol (Sinod de la Constantinopol), ținut în anul 681, recunoscut atât de Biserica Romano-Catolică, cât și de Bisericile Ortodoxe, propunea pedepse aspre, ca pentru criminali, pentru cei care provocau un avort. Învățătura Bisericii Ortodoxe Române duce mai departe concepțiile regăsite în textele Sfinților Părinți. Poziția Sfântului Vasile cel Mare, care numește avortul „ucidere“, iar pe cei care calcă acest canon „drept ucigași“³, va fi luată ca reper de toată Tradiția.

Viața omenească începe în momentul zămislirii, al concepției, iar embrionul uman se bucură de drepturile consacrate persoanei umane. Fiind o ființă fără apărare, ea cere, dimpotrivă, o mai mare protecție. Are trup și suflet și comunică într-un mod complex cu mama sa, în al cărui pântec se află.

În 1994, Sfântul Sinod al Bisericii Ortodoxe Române a luat o poziție oficială de combatere a avortului.⁴ Reacția a venit într-un moment în care situația, explicabilă ca reacție la politica demografică a regimului comunist, căpătase aspecte grave. „După decembrie 1989, s-a ajuns la 1 milion și ceva de avorturi pe an“ – declara într-un interviu părintele Constantin Stoica, purtătorul de cuvânt al Patriarhiei Române.

În februarie 1997, a fost adresat „Apelul Sfântului Sinod al BOR pentru apărarea dreptului la viață al copilului nenăscut“, intitulat „Copiii sunt

² Părintele Juvenalie, „Teroriștii uterului. Terorism științific și etica începuturilor vieții, Eseu de bioetică a gestației, București, Editura Anastasia, 2002, p. 265

³ Floca, Ioan, N (Arhid. prof. dr.), *Canoanele B.O.R., legislație și administrație bisericească*, vol. II, București, p. 155

⁴ Pr.Constantin Stoica, interviu acordat autorilor

binecuvântarea lui Dumnezeu”, iar la 1 iunie în același an, în cele aproape 12.000 de parohii din România, a fost citită Pastorală Sfântului Sinod al Bisericii Ortodoxe Române „Copiii sunt un dar și o binecuvântare de la Dumnezeu”.⁵ Aceste documente făceau referire la avort ca la pruncucidere, considerat „un păcat strigător la cer”. Suprimarea vieții a circa 1 milion de copii în fiecare an se produce în absența „unei convingeri creștine puternice”.⁶

Cuvântul pastoral reafirma rostul familiei și al copilului, „dincolo de greutățile materiale și greutățile tranziției”. „Nu numai oamenii Bisericii, ci și medicii, antropologii și biologii cinstiți spun că avortul este o crimă. Consecințele acestui principiu fundamental – și anume că embrionul este o persoană din momentul concepției – este aceea că femeia, care avortează copilul cu voie se numește ucidere, iar complicitatea la avort a bărbatului și a medicului ginecolog este complicitate la crimă. Pentru Biserica creștină avortul este omor mult mai grav și mai oribil decât altele pentru că ia dreptul la viață unei ființe omenești înainte de a se învrednici de Sfântul Botez... Nu numai avortul, dar și contracepția are urmări grave și dureroase... Dincolo de consecințele tragice ale avortului asupra mamei, în particular, și asupra familiei, în general, acest păcat are urmări catastrofale, cu consecințe de nebanuit și pe tărâm național. De aceea considerăm că acest aspect l-ar putea observa cu mai multă atenție forurile legiuitoare, realizând condițiile liberalizării avortului”.⁷

Foarte multe femei, însă, ajung în situația de a încălca aceste recomandări ale Bisericii. În 1996, România, conform datelor OMS, avea cea mai ridicată rată a avortului din Europa, respectiv 78 la 1000 de femei. Deși Biserica Ortodoxă Română și-a exprimat poziția, fie prin publicarea unor documente oficiale, fie prin atitudini luate de diverși preoți și teologi, nu s-a înregistrat nici o acțiune concretă pentru a îmbunătăți actuala legislație proavort. În septembrie 1997, a fost depus un proiect de lege antiavort la Parlament, dar inițiativa s-a stins în această fază.⁸

Există o tendință, în tradiția Bisericii Ortodoxe Române, de a se accepta avortul, ca singura concesie făcută acestei practici, în cazul în care sarcina pune în pericol viața mamei. „Toate aceste cazuri sunt rezolvate în scaunul spovedaniei. Preotul nu impune, căci în biserică totul se face respectând libertatea omului, dar, prin sfatul lui, mărturisește că susține păstrarea copilului.”⁹

Timothy Ware, episcop ortodox grec, în cartea sa referitoare la Biserica Ortodoxă, deși arată că există diferențe de opinie în privința subiectului contracepției, „avortul este condamnat, fără echivoc, de învățătura morală ortodoxă”.¹⁰

⁵ „Viața cultelor”, 20 iunie, 1997

⁶ *Ibidem*

⁷ *Ibidem*

⁸ Moisin, Anton, *Ocotirea copiilor nenăscuți*, Sibiu, 1997,

⁹ Pr. Constantin Stoica, interviu acordat autorilor

¹⁰ *Apud A Way od Life*, p.43

Biserica Ortodoxă Română susține activitatea mai multor asociații, care militează pentru drepturile copiilor nenăscuți. În 2001, împreună cu Biserica Romano-Catolică, a organizat un congres internațional pe tema „Familia și viața la începutul unui nou mileniu creștin“, ocazie ce a permis reafirmarea principiilor ce decurg din tradiția bisericii. Majoritatea reprezentanților Bisericii Ortodoxe Române au condamnat avortul și contracepția.

Prea Fericitul Patriarh Teoctist afirmă: „Ne aflăm, astăzi, noi, românii, într-o situație deosebit de complexă, care ne pune în situația de a alege, printr-un efort de voință lucidă, între un mare viitor, favorizat de conjunctura universală și de experiența noastră ancestrală unită cu însușirile noastre sufletești și intelectuale, pe de o parte, și dispariția pur și simplu ca popor din istorie și de pe fața pământului, pe de altă parte. Vă este cunoscută tragedia demografică din țară, estimată de specialiști la 12 milioane de români, care nu s-au mai născut, căzând pradă înfricoșătorului păcat al avortului. Nici unul dintre cele două războaie mondiale nu s-a dat cu câte un milion de victime, dar noi astăzi am ajuns să aflăm de uciderea anuală a mai mult decât într-un război mondial.

Biserica se confruntă astfel cu o adevărată avalanșă de desfigurare morală a societății noastre. A-i face față, a-i riposta, a reda neamului nostru voința și puterea de a trăi și a învinge răul este o misiune care intră în însăși definirea chemării noastre, ca slujitori ai Bisericii străbune, nădejdea dăinuiri noastre ca popor. Dacă ne vom dovedi neputincioși în fața acestei primejdii pe scară națională, Dumnezeu ne va osândi la judecata de pe urmă a neamurilor. Pe noi, mai întâi, păstorii sufletești, dovediți nevolnici și nevrednici de rolul nostru în fruntea turmei celei cuvântătoare de Dumnezeu. A reda însă dorința de viață și puterea de viață unui popor înseamnă a-i reda încrederea în el însuși, în rostul lui pe lume, în ziua de mâine.”¹¹

2.2 Poziția Bisericii Romano-Catolice

În tradiția Bisericii creștine, avortul a fost considerat drept crimă. Pentru cei care au căzut în acest păcat au fost create canoane aspre. Păcatul pruncuciderii privește atât Biserica, cât și pe fiecare credincios în parte.

Scrierea *Didahia* (Învățătura Apostolilor, secolul II d.Cr.), ca și epistola lui Barnabas, din aceeași perioadă, prezintă imaginea copilului în sânul mamei ca pe o operă a lui Dumnezeu. În aceste scrieri, avortul și infanticidul sunt condamnate în mod explicit: „Să nu ucizi nici un copil, prin avort sau după naștere”. În *Didahia* se

¹¹ Din cuvântul Prea Fericitului Părinte Patriarh Teoctist, adresat Adunării Eparhiale a Mitropoliei Ortodoxe Române pentru Germania, Europa Centrală și de Nord, Catedrala Metropolitană din Nürnberg, 10 mai 2003 (www.patriarhia.ro)

arată că drumul morții în lume începe prin „uciderea copiilor“ și „uciderea prin avort a creaturilor lui Dumnezeu”.¹²

Primii lideri creștini, scriitori și apologeți din Est și din Vest, au condamnat avortul. În perioada patristică, referiri la avort au făcut: Sfântul Justin Matririul, Atenagoras, Clement din Alexandria, Tertulian, Minuciu Felix, Sfântul Ciprian, Sfântul Ieronim, Sfântul Vasile cel Mare, Sfântul Ioan Gură de Aur și Sfântul Augustin.

Începând cu Conciliul Elvira (anul 300 d.Cr.), Biserica a condamnat întotdeauna avortarea fătului, echivalând acest act cu uciderea unui om inocent. În Evul Mediu, când era luată în considerare teoria duratei animării, avortul efectuat înainte de a 14-a zi pentru băieți și în a 18-a zi pentru fete era condamnat în mod sever. Teoria prezenței sufletului spiritual, după câteva săptămâni, de la concepere, teorie care a circulat ca opinie generală în secolele XIII și XIV, a fost susținută de mari teologi, precum Toma D'Aquino, care se baza pe ideea lui Aristotel. Filozoful grec a considerat că viața umană începe printr-un proces gradual. Fătul, în prima perioadă după concepție (40 de zile pentru băieți și 80 de zile pentru fete), nu este înzestrat decât cu suflet vegetativ. Embrionul devine ființă umană numai când achiziționează suflet uman sau rațional. Sufletul constituia principiul după care se deducea viața umană. Sfântul D'Aquino a considerat că sufletul lui Iisus Hristos nu s-a dezvoltat într-un mod normal, ci a fost complet și deplin uman din momentul concepției sale miraculoase. Declarația privind avortul provocat, elaborată de Congregația pentru Doctrina Credinței (25 noiembrie 1974), susține că în acea perioadă „nimeni n-a negat niciodată că avortul provocat, încă din primele zile, era, din punct de vedere obiectiv, un păcat grav. Această poziție a fost susținută în mod unanim”.¹³

Procesul ovulației și al concepției a fost cunoscut și înțeles începând cu 1827, când a fost descoperit ovulul. Profesorul John Seward, cunoscător profund al operei lui Toma D'Aquino, scria: „Dacă ar fi trăit astăzi Sfântul Toma D'Aquino, ar fi susținut fără îndoială doctrina însuflețirii imediate. Principiile fundamentale ale filozofiei sale despre om sunt independente de descoperirile de început ale biologiei. Într-adevăr, când aceste principii sunt aplicate la știința contemporană, ele oferă un sprijin formidabil pentru ideea animării imediate”.¹⁴

Unii teologi au admis posibilitatea avorturilor tardive, mergând pe principiul salvării vieții mamei, principiu care avea la bază „doriința presupusă a copilului de a-și sacrifica viața”. Această teorie însă nu a fost acceptată niciodată de către Biserica Catolică în învățăturile sale. Punctele de vedere relativiste din perioada

¹² *Apud a Way of Life*, p. 88

¹³ Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est” în *Congresul internațional „Familia și viața la începutul unui mileniu creștin”*, București, 2002, p. 298

¹⁴ *Apud, A Way of Life*, p. 42

Renașterii, care justificau avortul, au fost condamnate aspru de către Papa Inocențiu al XI-lea.

Credința în însuflețirea imediată a fost amplu argumentată în Declarația privind avortul provocat, elaborată de Congregația pentru Doctrina Credinței la 25 noiembrie 1974. Până la această dată, poziția Bisericii a fost expusă în mod explicit în Enciclica *Casti Connubii* (1930), Enciclica *Humanae Vitae* (1972), și în discursurile ținute de Papa Pius al XII-lea (Congresul Uniunii Catolice a Moașelor, 1951 și Frontul Familiei și Asociației, 1951) și Papa Paul VI-lea (al XIII-lea Congres Mondial al Uniunii Juriștilor Catolici Italiani, 1972). Documentul din 1974 aduce multe argumente ce susțin ideea existenței vieții umane din momentul conceperii: „În momentul în care ovulul este fecundat începe o nouă viață, care nu este nici a tatălui, nici a mamei, ci a unei noi ființe umane, care se dezvoltă în mod autonom. Viața noii ființe umane trebuie înțeleasă ca un proces de dezvoltare continuu. Această ființă nu s-ar numi niciodată umană, dacă nu ar fi fost așa de la început, de la concepție”.¹⁵

Ideea unicității vieții umane, chiar de la momentul concepției, este susținută de știința geneticii moderne, cu argumente valoroase. Genetica arată că, primele celule, de după fecundare, au inserate date ale omului individual, care se va naște, cu toate caracteristicile bine determinate. „Din momentul fecundației începe deja aventura vieții umane”. Această Declarație a apărut într-un moment în care se discuta despre legislația avortului, în mod favorabil, în multe țări europene. Afirmațiile din acest document vor fi reînnoite, în aceiași termeni, în „*Donum vitae*” (22.02.1987).¹⁶

Papa Ioan Paul al II-lea a condamnat avortul în numeroase documente, în special în *Familiaris Consortio* (nr. 30), în „Scrisoare către familii”(nr. 13) și în Scrisoarea Enciclică „Evanghelia Vieții” (*Evangelium Vitae*). Sanctitatea Sa vorbește despre „valoarea sacră a vieții umane de la începuturile sale, valoare pe care se bazează fiecare comunitate umană și politică” și demască lupta dintre „cultura vieții” și „cultura morții”. «A revendica dreptul la avort, la infanticid, la eutanasi și a cere recunoașterea lor legală echivalează cu a atribui libertății umane o semnificație perversă și nedreaptă, aceea a unei puteri absolute asupra și împotriva celorlalți. Dar acest fapt constituie moartea adevăratei libertăți: „Adevăr, adevăr vă spun: tot cel care săvârșește păcatul este rob al păcatului” (In 8,34)».¹⁷

Concepția privind avortul este extinsă asupra tuturor activităților abortive a mijloacelor de control al nașterilor, cum ar fi dispozitivul intrauterin sau pilulele cu hormoni. Biserica Catolică interzice, de asemenea, metoda fertilizării *in vitro*, cercetarea distructivă pe embrionii umani, efectuată în orice scop (inclusiv pe

¹⁵ Seauveau, Jacques (Mons.), *op.cit.*, p. 298

¹⁶ *Ibidem*, p. 299

¹⁷ Papa Ioan Paul al II-lea, *Evanghelia vieții*, Secțiunea 20, p.27

embrioni clonați), precum și orice acțiune care duce la distrugerea vieții umane în momentul concepției.¹⁸

2.3 Biserica Română Unită cu Roma

Lucian, Arhiepiscopul și Mitropolitul Bisericii Române Unite cu Roma, Greco-Catolică,¹⁹ consideră că „liberalizarea avortului a dus la practicarea acestuia fără discernământ, la libertinaj și concubinaj cu consecințe a unor sarcini nedorite eliminate prin avort“, iar „practica nesăbuită a avorturilor crește și numărul femeilor care ajung să-și dorească copilul, dar nu mai pot, din cauză că organismul le este slăbit.” Biserica Greco-Catolică „nu a fost niciodată de acord cu practicarea avortului, acesta fiind considerat crimă. Decalogul, care constituie și un îndrumar de viațuire creștinească, spune, în Porunca a V-a, «Să nu ucizi». În acest context, considerăm că această «liberalizare» constituie de fapt o înrobire a persoanei umane preocupărilor exagerate față de sexualitate și degradarea prin crimă”.

În legătură cu contracepția: “Excluzând cazurile medicale riguros diagnosticate (în care administrarea unor produse înrudite celor contraceptive se face pentru stabilizarea fiziologiei ciclului biologic și care pot avea ca dublu efect, în perioada tratamentului, excluderea conceperii), nu împărtășim nici practica și nici politica instituțiilor care promovează aceste practici. Tratamentele amintite sunt recomandate; ele țin și de concepția etică a medicului curant.”²⁰

2.4 Cultul creștin Biserica Evanghelică Română

Cultul creștin Biserica Evanghelică Română și-a formulat răspunsurile, la aceste probleme de ordin moral, pornind de la textul biblic. Petre Miu, președintele cultului,²¹ considera că, prin fiecare avort, „este omorâtă o viață deja începută” și apreciază că statul român, acceptând legea avortului liber, „îi exclude pe cei slabi (ființe vii, copii lipsiți de apărare) și se face garantul celor puternici”, comițând un grav abuz de putere. „Soluția în fața sărăciei nu stă în suprimarea săracului (născut sau nenăscut), adică a copilului”, ci în stăruința de a-i crea acestuia „condițiile cele mai bune de viață”. Avortul, permițând suprimarea vieții umane într-o anumită fază a ei, conduce la eutanasiu.

Programele de planning familial omit să informeze femeile despre consecințele contracepției abortive. „Singura metodă de contracepție admisă de Biblie este cea naturală, reprezentată de abținerea pentru o perioadă de timp”.

¹⁸ *A Way of Life*, p. 43

¹⁹ Scrisoare trimisă autorilor, 9 septembrie 2002

²⁰ *Ibidem*

²¹ Scrisoare adresată autorilor, 2 august 2002

2.5 Federația Comunității Evreiești din România

Tora, legea iudaică, ce cuprinde primele cinci cărți din Biblia creștină, interzice luarea unei vieți inocente. Dumnezeu a creat omul. Fiecare membru al familiei umane este făcut după chipul Său. Copilul din uter este comparat, în Talmud, cu o candelă sau o lumânare. Pornind însă de la un text antic, *Mishna Ohalot*, în tradiția iudaică există și tendința de a așeza viața mamei mai presus decât cea a fătului: „Când o femeie se află în dificultate la naștere, e permis să se taie fătul în pântecele mamei și să fie scos în bucăți, pentru că viața mamei are prioritate față de cea a fătului”.²² Acest principiu se regăsește și în textele lui Maimonide, interpret al legii iudaice, din secolul al XII-lea. El susține că interzicerea omuciderii din Tora se extinde și asupra fătului.²³ Un descendent al lui Noe, care a omorât un făt, a fost condamnat la moarte. Maimonide introduce însă și o excepție: avortul este posibil atunci când sarcina pune în pericol viața mamei. Acest act este permis în virtutea principiului legitimei apărări, căci fătul atentează la viața mamei.

Există tendința, în contemporaneitate, ca această excepție să fie acceptată de mulți evrei. Au apărut multe disensiuni, mai ales în comunitatea evreiască din America, pornind de la această interpretare. În 1978, șeful Curții Rabinice Supreme din America a fost îngrijorat de diversitatea interpretărilor, la nivel local, și a susținut instaurarea unei morale universale acceptate de catolici, protestanți sau iudei. Omorârea unei persoane, în tradiția Torei, reprezintă un act interzis. O dată cu acceptarea legii avortului în Israel (1977), numărul acestor susținători ai avortului a crescut. Anual, în Țara Sfântă sunt făcute, în mod legal, 22.000 de avorturi.²⁴

Marele Rabin Menachem Hacohen, susține, în numele Federației Comunităților Evreiești din România, că „legea permite avorturi în cazuri excepționale (când e vorba de sănătatea femeii sau când îi este viața în pericol) și numai la începutul sarcinii. Când sarcina se află în stadiu avansat, interdicția este totală. Decizia rămâne la latitudinea medicului de specialitate și a rabinului. Când e vorba de o minoră sau de o sarcină în afara căsătoriei, comisia analizează fiecare caz în parte.”

Federația Comunității Evreiești din România, de asemenea, nu interzice folosirea metodelor de contracepție și acceptă ideea planificării familiale.

Când e vorba de cupluri, care nu pot avea copii din motive medicale, tehnicile fertilizării *in vitro* pot constitui o soluție. „Atât donatorul cât și purtătoarea sarcinii trebuie însă foarte bine analizați”.

Și cercetările pe embrionii umani sunt acceptate, dacă sunt în folosul vieții. În lumea iudaică, clonarea ridică însă probleme morale și teologice. Deocamdată nu a fost formulată nici o poziție, un fapt care lasă loc oricărei decizii („nu există nici o hotărâre de ce e permis și ce nu”).

²² A Way of Life, p. 45

²³ *Ibidem*, p.46

²⁴ *Ibidem*

2.6 Cultul Musulman

Coranul, cartea sfântă a Islamului, interzice uciderea copiilor. Viața începe în momentul concepției, iar omorul este incriminat. Coranul acceptă o excepție în cazul pedepselor care sunt date în conformitate cu legea islamică sau în cazul „războiului just“. Există un pasaj în textul sfânt care lasă loc la interpretări. Omul a fost creat dintr-o picătură a fluidelor care aparțin bărbatului și femeii. Participarea la acest act determină apariția vieții în uter. Forma de viață rezultată rămâne în uter pentru o anumită perioadă de timp, urmând să fie adusă la lumină prin nașterea unui copil. Muftiul Baghis Sanghirai, șeful Muftiatului Cultului Musulman din România,²⁵ pornind de la textul Coranului, mai precis în Surat el Isra (versetul 31), arată că Dumnezeu poruncește: „... și nu omorâți copiii voștri din frica sărăciei! Noi le vom asigura cele de trebuință, ca și vouă. Omorârea lor este un mare păcat!“

Punctul de vedere, prin care mama are o poziție privilegiată față de făt impune multe condiționări: „Dacă sarcina nu constituie un pericol care să afecteze starea de sănătate a mamei, chiar dacă cei doi soți sunt de acord ca avortul să aibă loc, Islamul interzice acest lucru, consacându-l ca un mare păcat. În cazul în care fătul este format, iar avortul are loc, această faptă se consideră crimă.“ „Dacă nașterea copilului pune în pericol viața mamei, atunci avortul este permis. În acest caz nu se sacrifică mama pentru copil, ci copilul pentru mamă“.

Moartea copilului, în acest caz, este înțeleasă ca un rău mai mic decât moartea mamei, argumentează dr.Yusuf Al Qaradawi, președintele Consiliului European Fatwa de Cercetare, reamintind un principiu unanim acceptat în jurisprudența islamică.²⁶ Cu toate acestea, în toate țările islamice există legi foarte restrictive în privința avortului.

Problema utilizării metodelor contraceptive capătă răspunsuri diferite de la o țară musulmană la alta. În unele țări, unde există legi liberale în privința avortului, ca în multe țări predominant creștine, este încurajată folosirea metodelor de contracepție. „În Islam este permis ca, în urma înțelegerii soților, să se folosească acele metode de contracepție care nu afectează starea de sănătate a soților“. Nu sunt permise operațiile de sterilizare, dar sunt acceptate multe metode de fertilizare *in vitro*. „Islamul permite obținerea sarcinii prin metode prescrise de medici, cu condiția ca atât sperma cât și ovulul să aparțină soților. Nu este permisă situația când sarcina unei femei se obține cu sperma altui bărbat“.

²⁵ Scrisoare adresată autorilor, 15 noiembrie 2002

²⁶ *A Way of Life*, p. 46

2.7 Creștinii cu poziții echivoce

În secolul al XX-lea, creștinii protestanți au avut deseori poziții echivoce referitoare la avort. Pe de o parte, în mod oficial, au susținut că avortul nu este dezirabil, iar, pe de altă parte, au fost de acord cu excepții de la această regulă, considerând că avortul poate fi justificat și din punct de vedere moral, în funcție de circumstanțe. Aceste biserici iau în considerare dreptul mamei la autodeterminare, socotind că acest punct de vedere de a lua în seamă poziția mamei oferă mai multe avantaje, în comparație cu situația când avortul nu era legalizat.²⁷

²⁷ Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 162

1. LEGEA AVORTULUI ÎN LUME

1.1 Tradiție

Avortul a fost practicat în toate epocile istoriei, dar niciodată nu a fost acceptat ca în societatea contemporană. Trăim într-o epocă dominată de mentalitatea abortivă. Avortul nu mai este considerat o infracțiune sau o culpă, nu mai este urmărit de lege, pedepsit ca atare, ci este asimilat ca un drept al femeii. De altfel, în acest sens termenul de „avort” a fost înlocuit cu conceptul de „întrerupere voluntară a sarcinii”. Pe primul plan a fost așezat dreptul femeii, fapt ce a determinat mișcările feministe din anii '60, când principiul autodeterminării materne, lansat în anii '30, a cunoscut o amploare nemaîntâlnită, lăsând în plan secundar poziția fătului.

Faptul că avortul a fost practicat din cele mai vechi timpuri este dovedit astăzi prin textele unor legi care îl interziceau. Prima formă a unei asemenea legi datează din anul 1800 î. Cr., în Sumer. Acte normative similare au existat în vechiul Babilon și în Asiria.

Se știe că avortul provocat, fie cu ierburi, fie prin manipulare, era practicat în vechiul Egipt, Grecia și Roma antică. O rețetă a fost descoperită în arhiva împăratului chinez Shan-Nung (mileniul al III-lea î.Cr.). În operele marilor filozofi (Aristotel, Platon) se găsesc recomandări privind provocarea pierderii de sarcină, în scopul reducerii membrilor familiei. Dimpotrivă, în Imperiul Roman, a existat tendința ca statul să fie împotriva acestor practici. Împăratul Augustus, îngrijorat de reducerea populației, după cum consemnează Plutarh, a dat câteva legi împotriva avortului.¹ Erau considerate avort atât metodele chirurgicale, cât și cele pe care le numim astăzi metode contraceptive. Ca metode de contracepție se utilizau foarte des drogurile spermicide (Sf. Ieronim).² „Prin jurământul lui Hipocrat (460–377 î. Cr.), viitorul medic se angajează «nu voi da niciodată vreunei femei vreo băutură abortivă»”.³ Această viziune se regăsește în toată tradiția medicală occidentală. Teologii creștini au condamnat intervențiile omului asupra fătului, din momentul concepției. Între secolele XI-XIII, „controversele s-au restrâns și un oarecare consens s-a format cu privire la momentul intervenției, și anume cât mai devreme

1 *A Way of Life*, p. 83

2 Scripcaru, Gh. *et.al.*, *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Iași, Ed. Polirom, 1998, p. 108

3 Părintele Juvenalie, *Teroriștii uterului. Terorism științific și etica începuturilor vieții. Eșeu de bioetică a gestației*, București, Editura Anastasia, 2002, p.265

înainte ca fătul să primească «suflet»⁴. La începutul secolului al XIX-lea, primele state americane au interzis avortul, după momentul în care apăreau mișcările fetale. Avortul era considerat infracțiune. Se admiteau însă excepții în scopul salvării vieții mamei. La începutul secolului XX, Biserica Catolică a reînceput să condamne vehement avortul, indiferent de momentul sarcinii. Nu mai sunt luate în seamă riscurile „salvării vieții mamei și a copilului”.

În aceeași perioadă, mișcările feministe americane au impus conceptul „maternitate voluntară” („voluntary motherhood”), ce desparte viața sexuală de procreare. La începutul anilor '60, un alt concept, planificarea familială (family planning) mută atenția dinspre autonomia femeii spre controlul nașterilor. Pe acest fundal, al creșterii conștiinței asupra drepturilor femeilor, organizațiile feministe solicită legalizarea avortului.

În secolul XX, URSS a fost prima țară care a legalizat avortul (în 1920). Norme restrictive au fost impuse în spațiul sovietic în perioada 1936 – 1955. După acest an, majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est, aflate după cortina de fier, au urmat modelul sovietic. România, îngrijorată de reducerea populației, urmare a regimului liberal, a aplicat o politică de control a populației, începând cu 1966. A fost singura țară din blocul comunist, care s-a abătut de la modelul sovietic, elaborând un sistem legislativ antiavort. Toate aceste legi și decrete au fost abrogate în decembrie 1989. Multe dintre țările foste comuniste au restrâns libertățile proavort după căderea cortinei de fier. Cu toate acestea, ratele asociate acestui flagel, în toată Europa de Est, au rămas foarte înalte. Singura țară care a adoptat o legislație antiavort este Polonia (1993).

Țările scandinave au început liberalizarea legislației avortului în 1930. Prima țară necomunistă care a legalizat avortul la cerere a fost Japonia (1948). A urmat Marea Britanie (17 octombrie 1967), după care multe țări din Comunitatea națiunilor britanice (*Commonwealth*) și-au asumat acest model. În 1967, pentru prima dată, a fost legalizat avortul în Statele Unite, în statul Colorado. După adoptarea deciziei Curții Supreme în procesul *Roe vs. Wade*, în 1973 - prin care embrionul uman, până la 28 de săptămâni, nu se mai bucura de protecția constituției americane -, avortul a fost legalizat în toate celelalte 50 de state americane. După aceea, multe țări din Europa occidentală au urmat această cale: Danemarca - 1973, Austria - 1974, Germania Federală - 1974, Suedia - 1974, Franța - 1975, Norvegia - 1975, Islanda - 1975, Grecia - 1978, Italia - 1978, Portugalia - 1985, Spania - 1985 și Belgia - 1990.

Cercetători americani au arătat că legalizarea avortului a condus la creșterea numărului cazurilor de boli cu transmitere sexuală (BTS) cu aproximativ 25%. Un studiu efectuat de John Klick și Thomas Stratmann, ambii de la Universitatea Mason, Virginia, evidențiază că prin legalizarea avortului „au fost oferite noi motive de angajare într-o relație sexuală riscantă”. În același timp, costul avortului a scăzut.

4 Scripcaru, Gh., *op. cit.*, p.108

Toate acestea au avut efecte directe asupra măririi ratelor de îmbolnăvire cu BTS. Incidența acestor boli „a crescut atât calitativ, cât și cantitativ”.⁵

Legile privind liberalizarea avorturilor vor duce la exterminarea legală a altor ființe umane și vor însemna încă un pas spre decăderea valorilor morale din lumea contemporană.

1.2 Problema avorturilor clandestine

Cei care susțin liberalizarea avorturilor consideră că aceasta este singura cale de a lupta împotriva avorturilor clandestine. Se adoptă, în subsidiar, soluția „răului minim”. La vedere, se discută nu despre legalitatea avortului, ci de necesitatea de a găsi legislația prin care să se controleze avortul clandestin, care implică costuri mari financiare și pericole numeroase pentru sănătatea femeii.

Multe organizații pro-avort pun în circulație pe piață multe statistici „retușate”, urmărind amplificarea dramei avortului clandestin. În anii '60-'70, a fost configurat un asemenea tablou derutant. Astăzi se știe că, în acei ani, numărul avorturilor clandestine a fost exagerat. În Anglia, s-a vorbit, la începutul anilor '60, de 100.000 sau chiar 250.000 de avorturi clandestine pe an. În realitate, cum arată investigațiile făcute ulterior, numărul acestor cazuri a fost estimat la 25.000. În Franța, în 1971, s-a discutat mult pe marginea unui milion de avorturi clandestine pe an. Instituțiile specializate (INED, de exemplu) au susținut în mod oficial valoarea de 250.000. Ulterior, această cifră a coborât la 65.000, valoare recunoscută unanim. În Parlamentul italian s-a vorbit, urmând aceleași manipulări, de unul sau chiar două milioane de cazuri pe an. Verificările nu au arătat mai mult de 200-250.000. În Statele Unite, organizațiile pro-avort au susținut că, anual, între 5.000 și 10.000 de femei mor din cauza avortului clandestin. Pentru anul 1972, statisticile OMS arătau 70 de decese la această categorie.

Prin astfel de joc al statisticilor, legislația permisivă la avort s-a extins în lume. Conform datelor Diviziei de Populație a Secretariatului Națiunilor Unite, în 1999, existau 193 de țări care adoptaseră asemenea soluții. Dintre acestea, 189 permiteau avortul mai ales pentru a salva viața mamei. Un număr de 122 de țări, reprezentând 63% din populația lumii, a acceptat avortul ca o soluție pentru sănătatea fizică a mamei, iar alte 120 de țări, pentru sănătatea mentală. Un număr de 83 de țări (43%) a luat în calcul cazurile de viol și de incest. În timp ce 70 de țări (39%) au considerat că anomaliile fătului impun suprimarea lui. Avortul din motive sociale și economice a fost acceptat în 63 de țări (33%), iar avortul la cerere, în 52 de țări (27%).⁶

⁵ LifeSite, 31 martie 2003

⁶ *A Way of Life*, p. 84

1.3 Avortul terapeutic

Avortul terapeutic reprezintă un caz complex care a căpătat multe interpretări în timp. Dificultatea derivă din așezarea în poziții antagonice a sănătății vieții mamei și a vieții fătului. Dezbaterile acestui caz nu s-au axat pe găsirea unei soluții terapeutice, ci au scos la vedere și mai mult pericolele pentru sănătatea mamei, evidențiindu-se astfel soluția întreruperii sarcinii.

Multe dintre indicațiile medicale, cum prevedeau tratatele clasice, și-au pierdut din forța argumentelor lor, dat fiind progresul medicinei. Multe maladii, care se agravau în timpul sarcinii, pot fi prevenite. Tuberculoza este tratată în orice condiții și se recunoaște că întreruperea sarcinii nu oprește evoluția ei. Mai complexe sunt cazurile care se asociază cu o cardiopatie sau un diabet. De asemenea, marea majoritate a cardiopatiilor pot fi tratate cu succes, fără a se recurge la avort provocat. Literatura de specialitate arată că avortul este mai traumatizant decât continuarea sarcinii cu supraveghere atentă și dietă. Chirurgia cordului se poate practica în timpul sarcinii, de preferință până în luna a IV-a de gestație. În aceeași categorie mai intră maladiile cardiovasculare, bolile hepatice și pancreatice, tumorile ș.a. Însă, din motive greu de înțeles, de multe ori aceste cazuri au încă indicații de întrerupere a sarcinii. De fapt, aceste maladii nu reprezintă decât aproximativ 22% din totalul avorturilor terapeutice practicate în lume (date statistice de Hefferman și Lynch, 1953).⁷

Majoritatea acestor cazuri pot fi controlate de medicina modernă. Riscurile care privesc viața și sănătatea mamei s-au redus. Există și situații de sănătate, care se agravează în mod real în timpul sarcinii, când se profilează un conflict dramatic între viața mamei și a fătului. În toate aceste cazuri, este de datoria medicului să susțină în viață atât mama cât și copilul, utilizând toate mijloacele terapeutice.

1.4 Alte motive

Argumentul asigurării libertății individuale a cântărit cel mai greu în decizia legalizării avortului. În asemenea dezbateri, s-a pornit de la principiul că persoana umană are valoare maximă, care transcende toate considerațiile morale și economice. Pornind de la acest reper, motivele sociale (numărul copiilor, educația acestora, pericolul pentru continuarea cuplului, violența fizică în familie) sau motivele economice (micșorarea bugetului familiei) își pierd din însemnătate.

Multe dezbateri pe tema avortului se concentrează asupra riscurilor handicapului și ale malformațiilor. În spatele motivelor umanitare, ca și ale celor

⁷ Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est” în *Congresul internațional „Familia și viața la începutul unui mileniu creștin”*, București, 2002, p. 304

socio-economice, se află camuflate convingeri, care țin de ideologia „purificării rasei”. Acest tip de motivație devine tot mai frecvent, pe măsură ce metodele de diagnostic prenatal se extind. În special, se impune diagnosticul genetic. Asocierea avortului cu acest curent de opinie impune găsirea unor noi soluții medicale, sociale și de mentalitate pentru problema handicapului. Conform principiului subsidiarității, prezența malformațiilor sau a handicapului solicită prezența și ajutorul cât mai multor actori din partea societății.

Autorizarea avortului provocat nu s-a dovedit a fi o soluție pentru limitarea avorturilor ilegale. Ba mai mult, atitudinea protectoare, creată de legi și mentalități, a stimulat o industrie înfloritoare.⁸ În multe țări, această industrie este sprijinită chiar prin legi specifice.

Sub diverse motivații, avortul este legal în 193 de țări. Diferențele legislației permissive sunt date fie de religie, fie de nivelul de dezvoltare al zonei. Conform statisticilor OMS (1999), țările cu cele mai mari rate ale avortului în Europa (număr de avorturi la 1000 de nașteri vii) au fost: Rusia – 1695,66, Ucraina – 1204,51, România – 1107,79 și Bulgaria – 1001,26.⁹

Cea mai grea situație se întâlnește în spațiul fostelor țări comuniste. Cu excepția Poloniei, unde avortul a fost interzis (1993), după 1990, în toate aceste țări numărul avorturilor este mult mai mare decât în țările occidentale. Raportul Organizației Mondiale a Sănătății, publicat în anul 2000, a arătat că în Rusia și țările Europei Centrale și de Est, care au aproape 10% din populația lumii, se efectuează cam o treime din totalul avorturilor la nivel mondial.

2. LEGISLAȚIA AVORTULUI ÎN ROMÂNIA

În România tradițională, avortul a fost ținut sub control, atât prin presiunea mentalităților, dominate de influența Bisericii Ortodoxe, cât și cu ajutorul legilor. Cu toate acestea, evoluția reglementărilor referitoare la avort „se înscrie în mișcarea universală de emancipare a femeii”.¹⁰

În epoca medievală, femeia avea un rol distinct, fiind distribuit prin prisma normelor universului familiei. Această poziție a femeii se regăsește și în Codul Calimachi (1817) și Codul Caragea (1818). Primele prevederi referitoare la avort le introduce „Codul Penal din 1 mai 1865. În articolul 246 (modificat prin legea din 17 februarie 1874) se stipula: «oricare, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii violente sau prin orice alt mijloc s-ar face, cu știință, pe femeia însărcinată să lepede, ori cu voia ei ori nu, se va pedepsi»”.¹¹ Pe lângă femeie, mai erau pedepsiți medicii, chirurgii, ofițerii de sănătate, spițerii și moașele.

⁸ *Ibidem*, p. 308

⁹ WHO/Europe, HFA Database, January 2002

¹⁰ Scripcaru, Gh. *et al.*, *op.cit.*, 1998, p. 109

¹¹ *Ibidem*

Codul Penal din 1937 pedepsea (prin articolul 482) „delictul de avort, indiferent dacă era săvârșit cu sau fără consimțământul femeii însărcinate.” Erau exceptate câteva cazuri: cele autorizate din partea parchetului, „în urma cererii medicului pentru a înlătura un pericol iminent, amenințând viața femeii”, când sarcina agrava o boală existentă și punea viața femeii în pericol, neexistând o altă posibilitate de a-l înlătura și când unul dintre părinți „era atins de alienație mintală și pericolul trecerii unei asemenea tare la copil era o certitudine” (art. 484).¹²

Codul penal din 1948 (republicat), în articolul 482, definea avortul ca fiind „delictul comis de acela care, prin orice mijloace, provoacă întreruperea cursului normal al sarcinii. Se făcea distincție, de asemenea, între „avortul comis fără consimțământul femeii” (pedepsit cu închisoare corecțională de la două la cinci luni), „avortul comis de însăși femeia însărcinată, necăsătorită, sau care a consimțit ca altcineva să i-l provoace” (închisoare corecțională de la trei la șase luni) și cel comis sau consimțit de femeia căsătorită (închisoare corecțională de la șase luni la un an). Nu se pedepseau avorturile avizate de medic, în condițiile prevăzute în Codul penal din 1937.¹³

Acest regim restrictiv s-a păstrat până în 1957. Decretul 463 (Buletinul oficial nr. 26, 1957) modifică prevederile din Codul penal 1937 și Codul penal 1948, prevăzând pedepsirea avortului doar când acesta este efectuat în afara instituțiilor medico-sanitare, sau dacă era efectuat în aceste instituții, dar de către o persoană fără calificare medicală de specialitate.¹⁴

Decretul 463 a legiferat de fapt avortul la cerere. Întreruperile de sarcină se efectuau la cererea femeii, iar intervenția chirurgicală trebuia să aibă loc numai în instituții medico-sanitare de stat. Codul Penal a fost modificat în același an, aliniindu-se la orientarea proavort. Articolul 482 preciza că întreruperile de sarcină, efectuate în afara instituțiilor medicale sau sanitare ori de către o persoană care nu are calificarea necesară, erau sancționate. Costul avortului era relativ mic, aproximativ 2 dolari la cursul vremii. Liberalizarea avortului din 1957 a fost o măsură cu caracter politic. Majoritatea țărilor din lagărul comunist adoptaseră o asemenea legislație (1956), după modelul sovietic. Uniunea Sovietică a reintrodus avortul liber, în 1955, după o perioadă de interdicție de aproape 20 de ani (1936-1955).

Legalizarea avortului în România a condus la scăderea semnificativă a populației. La 1 octombrie 1966, Consiliul de Stat a emis Decretul 770 (completat prin Legea 6 din 1973), prin care a fost reintrodus regimul restrictiv. România, în felul acesta, a devenit o excepție în sistemul statelor comuniste. Totuși, avortul era permis în câteva situații, când sarcina punea viața femeii în pericol, stare care nu putea fi înlăturat prin alt mijloc, când unul din părinți suferă de o boală gravă, care

¹² *Ibidem*

¹³ *Ibidem*

¹⁴ *Ibidem*

se transmite ereditar sau care determină malformații congenitale, când femeia însărcinată prezenta invalidități grave fizice, psihice sau senzoriale, când femeia a crescut 4 copii pe care îi avea în îngrijire și când sarcina era urmarea unui viol sau a unui incest.

Primul decret din seria celor antiavort a fost ușor modificat în 1973 (Decretul 53). În 1974 (prin „Instrucțiunile pentru aplicarea Decretului 770/1966 pentru reglementarea cursului sarcinii”), au fost adăugate vechiului act normativ (1966) încă 25 de articole. În 1985, a fost operată ultima schimbare (Decretul 111).¹⁵

Schimbările politice bruște de la sfârșitul anului 1989, au avut ca efect imediat, sub imperativul libertății individuale, revenirea la legislația permisivă. În favoarea acestei măsuri proavort au cântărit mult insuccesele politicilor demografice anterioare. Nu s-a putut ține seama de faptul că schimbările legislative, făcute în perioada 1966-1989, au avut doar un caracter propagandist.

Atitudinea statului comunist, de a urmări și controla societatea la toate nivelele, a conferit o notă politică, la nivelul imaginii publice, și legislației antiavort. Intervențiile statului comunist la nivelul familiei nu au fost dublate de măsuri sociale și economice. În același timp, ideologia materialismului istoric a subminat valorile tradiției, clădite pe fundamentele Bisericii Ortodoxe. Statutul persoanei umane a fost grav afectat, în comunism, omului fiindu-i rezervat doar rolul de simplu individ al unei mase de manevră.

Decretul - Lege nr. 1 din 26 decembrie 1989 a reintrodus avortul la cerere, în primele trei luni de sarcină. Această lege, impusă mai mult politic, asigură în continuare cadrul legislativ al acestui domeniu. Avortul tardiv, după trei luni, poate fi efectuat atunci când apare „starea de necesitate” sau când unul dintre părinți suferă de o boală gravă, care se transmite ereditar sau poate conduce la malformații congenitale grave. Decretul prevede și două excepții, incestul și violul.

Aceste norme se regăsesc și în Codul Penal, refăcut în 1996. Avortul poate fi practicat și în cazul sarcinii de peste 12 săptămâni, caz în care „întreruperea cursului sarcinii e necesară pentru a salva viața, sănătatea și integritatea corporală a femeii însărcinate de la un pericol grav și iminent, care nu poate fi înlăturat altfel” și „întreruperea cursului sarcinii se impune din motive terapeutice, potrivit dispozițiilor legale”.

Autoritățile recunosc că nu pot ține sub control avortul. Practica avortului ilegal – argumentul de bază al susținătorilor avortului - continuă, realitate confirmată de rata înaltă a mortalității materne prin avort. Numărul avorturilor se menține la un nivel foarte ridicat (1156,5 cazuri la mia de nașteri vii) fiind, conform OMS, de 254.855 de avorturi (2001).¹⁶ Sporul natural negativ se amplifică. În ultimii zece ani, populația României a scăzut cu 1,1 milioane de locuitori, ajungând la nivelul

15 Kligman, Gail, *Politica duplicității*, București, Humanitas, 2000, p. 61-79

16 Site-ul Organizației Mondiale a Sănătății: <http://www.hfa.db.who.dk>

anului 1977.17 Sociologii susțin că golul demografic masiv se va resimți începând cu anul 2005.

17 Raportul Institutului Național de Statistică, iunie 2003, în ziarul „Adevărul”, 20 iunie 2003

EȘECUL POLITICILOR DEMOGRAFICE COMUNISTE

1. Legislația avortului

În perioada comunistă, România s-a dovedit a fi un caz aparte, în spațiul țărilor-satelit ale URSS-ului. La începutul anilor '60, au început să fie vizibile eforturile liderilor comuniști de la București de a lua distanță față de Moscova. Adoptarea unei legislații restrictive, în legătură cu avortul, poate fi înțeleasă mai degrabă ca făcând parte din această strategie, decât ca o măsură justă în apărarea dreptului la viață al persoanei umane. În 1957, avortul fusese liberalizat, după model sovietic. Abia în această măsură se pot distinge intențiile reale ale regimului comunist, care a intervenit cu violență, ocultând mentalitățile unei lumi creștine așezate. Avortul la cerere fusese reintrodus în URSS în 1955, iar în celelalte state din spatele cortinei de fier, în 1956. În 1966, la un an de la instalare, noul lider al PCR, Nicolae Ceaușescu, prin Decretul 770 din 1 octombrie 1966, lege care individualizează situația din România, avortul putea fi practicat în câteva cazuri de excepție: 1) sarcina pune viața femeii în pericol, stare ce nu putea fi înlăturată prin alt mijloc; 2) unul din părinți suferea de o boală gravă care se transmite ereditar sau care determină malformații congenitale; 3) femeia însărcinată prezenta grave invalidități fizice, fiziologice, psihice sau senzoriale; 4) femeia avea vârsta de peste 45 de ani; 5) femeia a crescut 4 copii pe care îi avea în întreținere; 6) și sarcina era urmarea unui viol sau a unui incest.

Această poziție a României a trecut neobservată în Occident, unde problema liberalizării avorturilor era pusă tot mai insistent în acea perioadă. De altfel, un an mai târziu, în 1967, Marea Britanie a deschis seria țărilor europene care au legiferat avortul la cerere.

De fapt, numeroasele legi, decrete și alte acte normative, care au fost date în perioada 1966-1989, nu au urmărit scopul declarat de a acorda familiei și omului un statut în conformitate cu valorile umane. Statul autoritar a încercat mereu o restructurare a societății, urmărind, prin nenumărate legi, edificarea noii ordini sociale și economice. În felul acesta, statul a pătruns tot mai mult în perimetrul familiei, influențând relațiile interumane la nivel familial și social. Prin strategia schimbărilor radicale s-a urmărit distrugerea instituțiilor tradiționale și înlăturarea normelor și valorilor sistemului social anterior. Noua ideologie marxist-leninistă a impus, până la urmă, noi valori la nivelul familiei.

Valorile tradiționale, impregnate de cultura creștină, deveniseră pentru liderii comuniști un adevărat reziduu, ce se cerea înlăturat. De aceea familia, în statul comunist românesc, a devenit ținta schimbărilor strategice, considerându-se că nucleul și mediul său, care păstrau formulele familiei tradiționale, conservau relațiile burgheze. Încet-încet, intervențiile statului au avut succes, familia nu a mai fost cimentată de valorile tradiționale și creștine, ci de sentimente noi, cerute de adaptarea la sistemul comunist, ale așa-zisei datorii sociale, care de fapt îi subordonau pe cetățeni partidului, națiunii. Statul însuși trebuia să fie perceput ca o mare familie, unită prin conceptul de identitate ideologică, unde omul își pierdea calitățile de persoană umană, devenind un „om nou”, de fapt un individ înglobat într-o masă de manevră.

După 1948, statul comunist s-a angajat în mari proiecte industriale. Succesele din economie au asigurat, în felul lor, legitimitatea regimului comunist. Necesitatea sporirii forței de muncă a impus schimbări și la nivelul politicii demografice. Pe de altă parte, industrializarea intensivă a dus la sporirea mobilității sociale și geografice. Acest fapt a avut, până la urmă, o influență negativă asupra evoluției natalității. Din păcate, măsurile restrictive în legătură cu avortul nu s-au bucurat de susținere din partea populației pentru că au avut de la început o motivație politică evidentă.

Pe plan intern, statul intervenționist și-a justificat politic schimbările radicale inițiate la toate nivelele societății. Toate relațiile interumane, în spiritul determinismului materialist, au căpătat aspect juridic. Or, regimul comunist nu a avut susținerea populației chiar de la început. Pe lângă motivațiile politice de ordin intern, noua legislație în domeniul avortului indica o distanțare a României față de URSS. În viziunea noului lider, Nicolae Ceaușescu, instalat în fruntea PCR în 1965, aceste măsuri întăreau poziția geostrategică a României, consolidând autodeterminarea politică în sistemul comunist internațional.

La sfârșitul anilor '50, între stat și societate au apărut tensiuni evidente. Această distanțare de realitate, a făcut ca legile și normele impuse de statul intervenționist să capete un caracter tot mai formal. Planificarea socialistă a luat în calcul toate compartimentele societății. Până la urmă, majoritatea acțiunilor cu încărcătură ideologică au eșuat. Programul alimentației raționale, prin care se urmărea asigurarea unui regim de viață sănătos și echilibrat, fiecărui cetățean, constituie un asemenea exemplu.¹ În felul acesta, toate ideile nobile, regăsite la nivelul legislației sau cel al propagandei, au creat, încet-încet, o rezistență la nivelul populației.

¹ Actele normative principale care, până în 1989, au reglementat acordarea diferitor forme de sprijin financiar, acordate familiei cu copii și minorilor: Decretul 190 din 27 iunie 1970; Regimul protecției anumitor categorii de minori („Buletinul oficial” nr.28/1970); Legea 10 din 23 noiembrie 1972; Decretul 197/1977; Legea 1 din 8 iulie 1977; Legea 3 din 6 iulie 1978; Codul Muncii, 1978 („Buletinul oficial” nr.140, 1978); Legea 3 din 26 martie 1979; Decretul 65 din 17 februarie 1982; Organizarea activității creșelor și grădinițelor („Buletinul oficial” nr.20, 1982); Decretul 410/1985 al Consiliului de Stat, publicat în „Buletinul oficial” nr.76, 1985

Violența mijloacelor de punere în practică a unor asemenea idei i-a obligat pe oameni să-și asume o continuă stare de scepticism. Până la urmă, din nefericire, legislația restrictivă în domeniul avortului, în acest cadru politic opresiv, nu a avut finalitatea scontată.

2. Statutul femeii

Statul comunist a căutat, încă de la începutul instalării sale, înfruntând principiile unei societăți profund religioase, să „așeze pe noi baze” relațiile dintre bărbat și femeie. În perioada interbelică, acestea funcționau după modelul tradițional. Și bărbatul, și femeia aveau roluri distincte. Bărbatul asigura sursele materiale, iar femeia, creșterea și educarea copiilor. Industrializarea, inițiată în mod agresiv în anii '50, cerea tot mai multă mână de lucru. În mod determinist, urmând acest scop precis, statul a inițiat măsuri pentru schimbarea statutului femeii, mergând pe principiul lărgirii bazei de procurare a forței de muncă.

Egalitatea de șanse sau despovărea de prea multele obligații nu au fost decât sloganuri, care, în mod oportunist, veneau în prelungirea ideologiei feministe, renăscute, în anii '60 în Occident. Scopul evident, neprecizat în mod deschis, a fost atragerea femeii în zona muncii salariate. Astfel, a fost elaborat un întreg edificiu legislativ, prin care, doar la modul declarativ, trebuia pusă în practică aducerea femeii la același statut social cu bărbatul. Egalitatea dintre femeie și bărbat, care, în spiritul determinismului vremii, viza o evaluare a cantităților decât a calităților, a fost formulată, pentru prima dată, în Constituția din 1952. Această prevedere a fost dezvoltată și în noul Cod al Familiei, promulgat în 1953.

Concomitent cu aceste modificări, și programele partidului comunist au trasat noi priorități politice și economice. Cererea sporită de forță de muncă, determinată de industrializarea socialistă, a inclus schimbări în ierarhia rolurilor îndeplinite de bărbat și femeie. Femeia era obligată din ce în ce mai mult să-și asume rolul de salariată, în dauna celui de mamă, ceea ce a condus la diminuarea importanței copiilor și a educației lor în sânul familiei. Aceste schimbări nu erau specifice numai României, ci întregului bloc comunist. Trebuie remarcat și faptul că linia impusă de URSS urma îndeaproape unele schimbări din Occident. La începutul anilor '60, opiniile privind „liberalizarea sexului” au fost fundamentele pentru noile orientări ideologice din Vest. Pe acest fundal, ideile feminismului deveneau tot mai pregnante. De aceea conceptul egalității femeii cu bărbatul, promovat în România, poate fi asimilat cursului larg al ascensiunii feminismului pe plan internațional.

Deși statul autoritarist a promovat politici în favoarea femeii, intervențiile sale fiind nerealiste, au avut până la urmă efecte nescontate. Egalitarismul, dirijat politic, a condus de fapt la împovărea femeii. Ca să camufleze realitatea, propaganda a impus câteva mituri în societatea comunistă. Literatura vremii a evidențiat rolul femeii de mamă, de soție și de creator de bunuri, din care primele două au fost diminuate fără cruțare pentru potențarea celui din urmă, care constituia un principiu

fundamental al viabilității comunismului. Ideea promovării femeii a ascuns totdeauna în spate intenția de a suplimenta resursele forței de muncă. Conceptul de egalitate a condus la diminuarea atât a statutului femeii, cât și al bărbatului. Diferențele dintre sexe trebuiau să dispară, astfel încât oamenii să nu aibă decât calitatea de membru de partid și de cetățean.

Noul statut al femeii, atât cât s-a impus, a condus de fapt la amplificarea tensiunilor din plan social. A existat continuu o contradicție dinte rolul de mamă și cel de „om al muncii“. Aceste tensiuni au fost recunoscute în mod oficial în 1978, la Conferința Națională a PCR.² Abia atunci s-a pus problema găsirii mijloacelor care să ușureze muncile multiple ale femeii. A fost lansată astfel ideea construirii centrelor de îngrijire a copiilor și, pentru prima dată, s-a cerut dezvoltarea unei industrii de aparate de uz casnic și de producere a semipreparatelor alimentare. Toate aceste măsuri, formulate mai întâi la nivelul programelor politice, au fost puse cât de cât în practică după perioada „integrării“ în muncă forțată, la începutul anilor '70. Astfel numărul femeilor salariate în industrie a crescut mereu.³

Atragerea în spațiul public îi aducea femeii doar în mod aparent avantaje. Egalitatea cu bărbatul a dus la suprasolicitarea ei. În același timp, „noul statut“ a atras diminuarea poziției sale în societate, fapt ce se distinge chiar din pozițiile ierarhice inferioare, care i se rezervau. „În spațiul public, al muncii, a funcționat segregarea orizontală și alocarea pozițiilor de conducere și de decizie, deci celor de putere, mai bine plătite, mai avantajoase și mai mobile bărbaților. Femeilor le erau asigurate locuri de muncă în conformitate cu viziunea tradițională a *self*-ului relațional al femeii. Această viziune a dus la feminizarea serviciilor. În spațiul public, legat de politic, femeia era subreprezentată și ocupa poziții ierarhice inferioare bărbaților, cu toate notele de optimism prezente în discursul public“.⁴ Echitatea socialistă nu funcționa decât în aparență, femeile trebuiau să facă față, pe de o parte, eforturilor profesionale, care erau din ce în ce mai mari, iar pe de altă parte, sarcinilor lor firești de mame, soții și gospodine.

3. Sprijinul statului

Conceptul egalității genurilor, care presupunea privilegii noi pentru femeie și politici familiale noi, în țările din Europa Centrală și de Est, aflate sub influența URSS-ului, a fost exagerat și glorificat de organizațiile feministe occidentale.⁵

Schimbările de la nivelul familiei au fost sprijinite, începând cu 1954, de măsuri de creșterea asistenței financiare pentru familie și copii. Acestea însă nu au fost

² Kligman, Gail, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu*, București, Humanitas, p. 151

³ Liiceanu, Aurora, „Privat- public în viața femeilor în România. O perspectivă istorică“, p.2, dactilogramă

⁴ *Ibidem*, p.2

⁵ *Ibidem*, p.2

niciodată pe măsura realității, astfel încât să conducă la diminuarea tensiunilor sociale.

Statul promitea o gamă variată de beneficii pentru susținerea femeilor și copiilor. Există un sistem de alocații financiare acordate familiilor cu mai mulți copii sau în care doar unul din soți era angajat. Soțiile celor care își satisfăceau stagiul militar obligatoriu primeau sume acordate fie obligatoriu, fie suplimentar față de alocațiile pentru copii. Femeilor care nășteau li se acordau indemnizații sau prime pe toată durata vieții, indiferent de venit. Alocațiile pentru copii, în cazul când aceștia urmau o formă de învățământ, erau prelungite până la absolvire, dar nu peste vârsta de 25 de ani. Pentru fiecare naștere, după primul copil, femeile primeau o primă de naștere. Alte măsuri vizau protejerea viitoarelor mame. Codul Muncii prevedea o serie întregă de norme pentru asigurarea protecției familiilor salariate cu copii. Statul garanta concedii de maternitate plătite, în perioade pre- și post-natale. După terminarea concediului, femeile puteau să lucreze cu program redus. Cele gravide și mamele cu copii mici primeau îngrijiri medicale speciale iar cele care munciseră 25 de ani și care născuseră cel puțin 3 copii puteau ieși mai devreme la pensie, adică mai devreme de 55 de ani (vârsta minimă era de 50 de ani).

În aparență, statul acorda prin intermediul femeilor un sprijin substanțial familiilor. Beneficiile, însă, erau neînsemnate. Quantumul alocațiilor și al salariilor specifice au fost păstrate la același nivel pe parcursul întregii perioade 1977-1987. Statisticile reale, date publicității după 1989, au arătat că populația a resimțit scăderea puterii de cumpărare, creșterea inflației și degradarea traiului zilnic.⁶ Beneficiile acordate de stat pentru copil nu acopereau decât 20% din costurile directe ale îngrijirii lui.⁷ Este adevărat că la veniturile obținute în mod oficial ar trebui incluse resursele dobândite de schimburile de bunuri între locuitorii de la oraș și cei de la țară. De asemenea, trebuie luate în calcul și activitățile economice secundare ale familiilor, stare care s-a perpetuat și după 1990.

Începând cu 1984, ca să-și plătească datoriile externe, statul comunist a impus pe plan intern o politică de austeritate extremă. Planificarea socialistă lua în calcul toate compartimentele societății, inclusiv familia și fiecare persoană în parte. Fiecărui cetățean îi era alocată o rație lunară de alimente: 1,5 kg carne prelucrată, 1-½ kg orez, 10 ouă, 1 kg de brânză, 1 pachet de unt, 1,5 kg zahăr și 0,5 litri de ulei (în mediul rural) sau un litru de ulei (la oraș). Rații ușor îmbunătățite erau rezervate femeilor gravide.⁸

Începând cu anii '80, aproape toată populația României era subnutrită. Lipsa hranei pentru femeile gravide a dus la un mare număr de nașteri premature (în 1989, 73% din totalul nașterilor erau nașteri premature). Mortalitatea infantilă avea una dintre cele mai mari rate la nivel european (33,1 la mia de nașteri). Distrofia,

⁶ Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 86

⁷ *Ibidem*, p. 86

⁸ *Ibidem*, p. 153

determinată de o proastă nutriție și de o dezvoltare musculară inadecvată, constituia una din cauzele majore ale mortalității infantile. Numărul mare de copii (0-1 an) morți a fost asociat de specialiști cu malnutriția maternă.⁹

Costurile vieții în ansamblul societății au variat mult, fiind determinate de condiții specifice. Și nevoile pe persoană erau diferite, fiind în strânsă legătură cu nivelul educațional și cultural. Un factor ignorat de statisticile oficiale era costul educației unui copil. Cu toate că învățământul era gratuit, familiile care aveau copii la liceu erau împovărate cu cheltuieli suplimentare. Aceste cheltuieli se amplificau în cazul învățământului superior. În societatea comunistă, educația și învățământul ofereau o cale de acces la poziții sociale importante. De aceea familiile făceau mari cheltuieli pentru a oferi copiilor asemenea condiții. Accesul la pozițiile superioare ale ierarhiei sociale depindea de titlurile academice obținute sau de capitalul politic. Începând cu anii '70, după o perioadă în care în aparatul politic și administrativ nu se punea accent pe nivelul educației, accesul la capitalul politic presupunea un grad ridicat de educație. Nivelul educației devenise criteriu de bază al ascensiunii sociale. Numărul copiilor înscriși în grădinițe, școli primare și gimnaziale a crescut constant, începând cu 1966, până la începutul anilor '80. În aceeași proporție a crescut și numărul învățătorilor și profesorilor. Până în 1982, serviciile pentru îngrijirea copiilor în creșe și grădinițe au fost gratuite, după care s-a trecut la programe de autoconducere și „autogospodărire”, sistem care funcționa la nivelul întregii economii. Părinții, până la urmă, trebuiau să asigure o parte din costuri. În aceste condiții, numărul copiilor care frecventau grădinițele a scăzut constant, iar calitatea serviciilor asigurată de creșe și grădinițe s-a deteriorat continuu. După 1985, calitatea lor a scăzut dramatic. Îngrijirea și supravegherea copiilor revenind în mare măsură familiilor, s-au amplificat cheltuielile părinților. Bunicii, pentru că asigurau asemenea „servicii”, au devenit foarte apreciați în familiile cu copii. Multe familii, ai căror capi proveneau din mediul rural, își lăsau copiii la țară. Acești copii nu se mutau la oraș decât atunci când urmau să intre la școală. Pensionarii, în ultimii ani ai regimului comunist, se ocupau mai ales cu aprovizionarea cu alimentele necesare traiului zilnic, ei fiind cei care formau, în principal, cozile de la magazine.

Acest lucru poate fi privit și ca un fapt pozitiv, căci a impus o prezență mai mare și mai activă a bunicilor în familiile tinere. În felul acesta, mentalitățile specifice familiei tradiționale au supraviețuit, iar educația în familie s-a întetit, devenind mai bogată prin aport afectiv și moral.

Începând cu anii '80, învățământul a devenit mai puțin riguros și performant.¹⁰ Funcționarea sistemului din învățământ crea probleme atât copiilor, cât și părinților. La nivelul populației se crease o stare de nemulțumire legată de serviciile prestate de școală. De aceea, pentru a face față rigorilor examenelor (admitere în liceu, treaptă, admitere în facultate), familiile cheltuiiau suplimentar mari sume de bani. Procesul

⁹ *Ibidem*, p. 152

¹⁰ *Ibidem*, p. 88

educației s-a deplasat tot mai mult spre zona familiei, care, ca toate entitățile și structurile specifice unei societăți normale, a supraviețuit în afara politicii oficiale, manifestând chiar rezistență la practicile puterii discreționare.

4. Instituționalizarea copiilor

Instituționalizarea copiilor este o consecință a politicii paternaliste a statului autoritarist și a slăbirii autorității părinților.¹¹ Mulți copii au fost luați din sânul familiei și internați în instituții speciale. Situația reală a acestui fenomen nu a fost cunoscută până în 1990. Instituțiile specializate în acest sens la sfârșitul anilor '80 nu mai puteau face față situației, fiind mai mulți copii decât paturi. În același timp, a crescut de la an la an numărul mamelor care își abandonau copiii în spitale, copii care, în majoritate, ajungeau în instituțiile statului.

La începutul anilor '80, a devenit o practică frecventă abandonarea copiilor în stradă, situație care nu a fost cunoscută decât după 1990. Statisticile arată că există în medie 5.000 de copii, care stau pe străzi, în piețe sau în gări, la nivel național, și aproape 1.500, în București.¹² Copiii străzii reprezintă o consecință directă a politicilor din perioada comunistă, fiind un efect al destrămării familiilor. Pe lângă copiii fără adăpost – copiii străzii – după 1989, a apărut și o categorie impresionantă de vagabonzi de ocazie. Aceștia muncesc pe stradă, ca să-și obțină minimele venituri. Cei mai mulți dintre ei cerșesc, spală parbrizele autoturismelor, sau, foarte puțini, practică activități de cărăușie a coletelor, bagajelor etc. Copiii străzii, care în majoritate provin din minoritatea romă, prin activitățile lor, contribuie substanțial la creșterea delincvenței juvenile. O parte dintre ei se droghează inhalând substanțe volatile halucinogene.¹³ Oficialii comuniști au trecut cu vederea acest fenomen. Multe femei, care și-au abandonat copiii în stradă, și-au justificat gestul prin invocarea lipsei resurselor materiale. După 1990, o parte dintre acești copii au fost adoptați de familii de străini.

Instituțiile, în care ajungeau copii abandonați, înainte de 1990, erau diverse. Unele asigurau adăpost pe termen lung orfanilor, altele, din aceeași categorie, erau destinate orfanilor sociali, copiilor handicapați sau celor predați de bunăvoie de familiile nevoiașe. Cei care și-au abandonat copiii au invocat mereu lipsa resurselor financiare, necesare traiului normal și educației copiilor. Minorii abandonați se aflau sub îngrijirea mai multor instituții, patronate de Ministerul Sănătății, Ministerul Învățământului și Ministerul Muncii. Ei erau repartizați în aceste locuri în funcție de vârstă, de starea fizică sau mentală.

¹¹ Această idee a fost dezvoltată, cu multe argumente, la Tecliu, Valentina, *Vina de a fi copilul străzii*, București, Editura Oscar Print, 1998

¹² Kligman, Gail, *op.cit.*, p.256

¹³ *Ibidem*

Cei de la 1 la 3 ani se aflau în aria Ministerului Sănătății. Marea majoritate a acestora fuseseră abandonați la naștere. De multe ori, în spiritul manipulatoriu al vremii, foarte mulți copii, care fuseseră abandonați din motive sociale, apăreau în acte drept „cazuri medicale”.

Cei considerați „normali”, cu vârsta cuprinsă în intervalul 3-18 ani, erau transferați în casele de copii patronate de Ministerul Învățământului și de cel al Muncii. Copiii, diagnosticați cu diferite handicapuri, erau internați în instituții speciale. Cazurile cu deficiențe mintale sau grave handicapuri fizice, în care copiii nu putea fi „folositori”, trebuiau, în viziunea determinist-materialistă, ținuti separat. Ideologia vremii făcea o netă deosebire între oamenii „productivi” și oamenii neproductivi. Marea majoritate a celor suferinzi sau cu handicap erau „uitați” în aceste instituții, condamnați, într-un fel, la moarte. O parte dintre cei cu handicap fizic și mintal erau repartizați mai degrabă Ministerului Muncii decât celui al Sănătății sau Învățământului. Statul urmărea dinadins să-i aducă, printr-o educație sumară, la statutul de cetățeni productivi. Ministerul Muncii nu avea de fapt specialiști pentru a se ocupa serios de acești copii cu handicap, dintre care mulți ar fi putut fi recuperați cu adevărat. Programele terapeutice sau de recuperare nu puteau fi aplicate în aceste instituții, căroră le lipsea total căldura umană.

După 1990, foarte multe societăți și fundații din străinătate au oferit sprijin material și uman copiilor instituționalizați. Au fost renovate și igienizate clădirile și au fost aplicate programe de pregătire și îngrijire în mod profesionist. Începând cu 1991, au apărut primele măsuri legislative în sprijinul oamenilor cu handicap (Legea 53/1991 și 57/1992). În martie 1993, a fost înființată prima instituție care se ocupa de activitățile pentru protecția copilului, Comitetul Național pentru Protecția Copilului (CNPC). Acest organism a elaborat Planul Național de Acțiune în Favoarea Copilului, în decembrie 1995, document care trasa principalele linii ale politicii de îngrijire și protecție a copilului. În februarie 1997, a fost înființat Departamentul pentru Protecția Copilului (DPC), prin reorganizarea CNPC și a Comitetului Român pentru Adopții (CRA).

Marea majoritate a copiilor instituționalizați, arată un studiu făcut în 1991, au fost internați din motive medicale.¹⁴ Ei proveneau din familii de romi, din cele cu mai mulți copii și sărace sau din cele cu un nivel scăzut de educație. Un număr însemnat fuseseră abandonați de femei necăsătorite. De asemenea, au fost instituționalizați foarte mulți copii cu handicap, fiind numiți în limbaj popular „copii întârziati”. În 1993, exista chiar în statisticile oficiale o cifră record – 158.078 copii instituționalizați.¹⁵ Situația lor s-a ameliorat cu întârziere. Abia după 2000 numărul lor a scăzut. Guvernul a aplicat mai multe programe, prin care, conform datelor oficiale, marea majoritate a acestor copii au fost fie reintegrați în familiile din care proveneau, fie au fost dați spre îngrijire asistenților maternali.

¹⁴ *Ibidem*, p. 247

¹⁵ *Ibidem*

În anul 2002, potrivit, potrivit datelor recensământului realizat de Institutul Național de Statistici, un număr de 49.484 de copii nu au familii naturale și trăiesc în 940 de instituții de tip rezidențial.¹⁶ Două treimi dintre aceștia se aflau în centre de plasament iar restul erau internați în diferite instituții sanitare (pentru copii cu handicap, sau în centre speciale cu regim familial). Aproximativ jumătate din copiii instituționalizați au vârste cuprinse între 12-17 ani (cei mai mulți fiind băieți – 55%), iar 85% dintre ei frecventează o instituție școlară.

O altă consecință a politicilor demografice comuniste a fost fenomenul adopțiilor internaționale. După 1990, foarte mulți părinți și-au „vândut” pur și simplu copiii unor familii din Occident. E vie în continuare tendința de-a încredința copii mai ales străinilor. Se poate citi, în felul cum a evoluat acest fenomen, deprinderea oamenilor, accentuată de practicile comuniste, de a renunța la responsabilitățile firești, de a diminua valoarea copiilor și a vieții afective. Modelul omului filantropic se restrânge și se amplifică cel axat pe egocentrism și mizantropie. Din păcate, această stare s-a extins și cu aportul multor fundații străine, care au investit efort uman și financiar, mai ales pentru a mări numărul adopțiilor internaționale. Multe din aceste organizații, sprijinite de altele din țară, provin din țări cu un standard înalt de viață și cu un număr mare de familii, ce solicită copii spre adopție. În România, adopțiile internaționale, în anumite perioade fără un cadru juridic riguros, s-au transformat din activități filantropice în afaceri profitabile. În decursul anului 1990, familiile românești au adoptat doar un număr de 1741 de copii, cifră echivalentă cu cea a adopțiilor internaționale în doar 3 luni (august, septembrie și octombrie) ale aceluiași an.¹⁷

În România tradițională existase obișnuința ca, în anumite situații, îngrijirea copiilor să fie făcută de către alte persoane decât părinții biologici. Din 1990, această tendință s-a transformat într-o mentalitate care stigmatizează societatea românească. Pentru familiile sărace sau familiile de rromi, aceasta s-a dovedit a fi o cale de a asigura resurse financiare pentru îmbrăcăminte, hrană, repararea locuințelor. În cele mai multe cazuri, tatăl și-a manifestat dreptul patriarhal de a-și îndemna soția să-și vândă copilul. Cei mai mulți consideră că prin adopție internațională le este asigurată copiilor șansa de a ajunge în familii străine bogate.

Profesorul Andrew Bainham, specialist în dreptul familiei, la Universitatea Cambridge, Marea Britanie, după un turneu în România (2003), în timpul căruia s-a întâlnit cu oameni politici, avocați, asistenți sociali și ziariști, a declarat că autoritățile românești încurajează adopțiile internaționale, în loc să le restricționeze. El crede că opinia publică ezită să ia o atitudine față de acest „export de copii”, care deja „a devenit o afacere”.¹⁸ „Orice stat care apără drepturile copilului trebuie să aloce un număr mare de resurse pentru a păstra copiii în familiile lor și să-i protejeze

16 Ziarele „Curentul” și „Jurnalul național”, 3 iunie 2003

17 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 248

18 Ziarul „Evenimentul Zilei”, 1 iulie 2003

în mediul familial. Copiii nu pot fi dați în grija altcuiva, decât dacă acest lucru nu poate fi evitat”. Profesorul britanic a mai semnalat faptul că legislația românească continuă să fie deficitară la acest capitol. Într-un articol amplu, publicat în ziarul britanic „Financial Times”, în octombrie 2003, se precizează că, în România, există în continuare un sistem corupt de adopție a copiilor instituționalizați.¹⁹ Phelim McAleer, corespondentul acestei publicații la București, care redactează o carte despre adopțiile ilegale, susține că funcționează „o piață comercială”, specializată în vânzarea copiilor.

În octombrie 2001, printr-o ordonanță de urgență, guvernul a stopat adopțiile internaționale, arătând că, la acea dată, acestea „se transformase într-o piață internațională prin Internet de aproape 100 de milioane de dolari”. Secretarul de stat, responsabil de această problemă, Șerban Mihăilescu, a precizat că, „în principiu, existau 20 de copii pentru fiecare cerere, făcându-se un fel de licitație”.²⁰ Moratoriul a fost valabil mai întâi până la 8 octombrie 2002, după care a fost prelungit până în momentul în care Parlamentul va adopta un pachet de legi, care să asigure protecția copilului.

5. Degradarea stării de sănătate

La sfârșitul anilor '50, pentru prima dată în istoria României, a fost creat un sistem național de sănătate. Sistemul, la toate nivelurile sale (al familiei, al femeii, al nou-născutului etc.), a fost creat pornind de la principiul planificării socialiste. Totuși, în anii care au urmat, au fost înregistrate rezultate incontestabile. Oamenii au devenit mai atenți la problemele sănătății iar, pe calea educației sexuale, la cele ale procreației.

Toate aceste progrese, pe termen lung, nu și-au făcut efectele. Ele au fost anihilate de deteriorarea condițiilor de viață, la sfârșitul anilor '80, când au fost aplicate politici agresive de austeritate. Statul, decis să achite datoria externă printr-o creștere excesivă a exportului, a raționalizat alimentele de bază și a limitat furnizarea căldurii și a electricității. Specialiștii în demografie, chiar cei ai regimului, au observat o legătură strânsă între vremurile austere și scăderea numărului nașterilor. În același timp a continuat degradarea morală a familiei, fapt care a diminuat importanța copiilor în societate. În aceeași perioadă s-a intensificat politizarea practicilor medicale. Colaborarea dintre medicină și politică a urmat raționamente determinist-științifice ale ideologiei. Bolile au constituit o modalitate de exercitare a intervenției statului, care încerca să controleze tot mai mult societatea. Politizarea activităților medicale a condus și la diminuarea calității acestor sarcini.

¹⁹ Ziarul „Cotidianul”, 21 octombrie 2003

²⁰ Ziarul „Ziua”, 17 aprilie 2003

Condițiile grele din spitale au dus la declanșarea unei epidemii de SIDA la sfârșitul anilor '80. Primul caz a fost raportat în 1985, însă informațiile despre ravagiile acestei boli au fost ținute în secret. În 1988, Ministerul Sănătății a publicat un studiu amplu asupra patogenezei și diagnosticării acestei maladii noi. „Indicațiile de partid” au accentuat manipularea informațiilor. Astfel, prin raportul din 1988, li s-a indicat medicilor să nu facă referiri în certificatele medicale despre infecțiile cu HIV.²¹

Starea de haos indusă de măsurile politice a amplificat fenomenul infectărilor cu HIV. Epidemia a fost determinată de sângele netestat folosit în transfuzii. Pentru a combate mortalitatea infantilă, în anii '80, în spitale a fost introdusă recomandarea de-a folosi injecțiile cu antibiotice, care se făceau cu seringi utilizate de mai multe ori. Sterilizarea nu era bine controlată, în condițiile în care nu existau seringi de unică folosință.

În 1989, Ministerul Sănătății a realizat primul studiu, urmărind incidența la această infecție a copiilor din orfelinate. Au fost testați 12000 de copii, descoperindu-se un număr de 1.300 de infecții cu HIV, ceea ce însemna 10,7% din totalul copiilor aflați în orfelinate.²²

Cea mai cunoscută cale de îmbolnăvire a fost cea a microtransfuziilor. Copiii bolnavi de mai multe ori erau tratați prin microtransfuzii de sânge repetate. În felul acesta, ei primeau un plus de proteine, hemoglobină și anticorpi, urmărindu-se întărirea sistemului imunitar și stare de nutriție. Starea de haos din sistemul de sănătate și precaritatea dotărilor din spitale au făcut ca foarte mulți copii să se îmbolnăvească de SIDA. La sfârșitul anului 1990, când au fost făcute publice primele date, existau 1094 copii, cu vârste între 0 și 12 luni, bolnavi de SIDA.²³ Situația nu a fost cunoscută la dimensiunile ei reale nici în mediul medical românesc. Epidemia SIDA, în viziunea multor medici români, era limitată doar la categoria copiilor mici. Centrul European de Supraveghere Epidemiologică pentru SIDA a anunțat, la 30 septembrie 1992, existența unui număr de 3 577 de copii cu SIDA în Europa, din care 1948 se aflau în România. Un an mai târziu, în statisticile Ministerului Sănătății, figurau un număr de 2 545 de copii infectați, mult mai mare decât cel al adulților (1169), aflați în această situație.²⁴ Epidemia de HIV/SIDA a început să se calmeze începând cu anul 1994, după mari eforturi depuse de autoritățile românești, care au beneficiat continuu de sprijinul comunității internaționale.

După 1990, numărul de îmbolnăviri HIV/SIDA a crescut și la adulți. Au apărut tot mai multe infecții pe cale heterosexuale și prin folosirea seringilor în comun, în

21 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 240

22 Consfătuirea Caritas cu tema „HIV/SIDA”, Cluj-Napoca, Caritas International, 1991, p. 2

23 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 241

24 Pleșca, Doina, *Infecția HIV la copii*, București, Editura Amaltea, 1998, p. 15-17

cazul narcomanilor. Numărul total de sugari, copii și adulți cu infecție HIV/SIDA, existent în rapoartele oficiale, la 1 ianuarie 2001, era de 9.763.25

Societatea comunistă a avut multe dezechilibre încă de la naștere. Ideologia și propaganda partidului au venit mereu în contradicție cu realitatea și cu tradiția. În felul acesta, propaganda a accentuat și mai mult aceste dezechilibre structurale. Oferta ideologică a crescut, pe măsură ce viața economică s-a degradat. Nevoile traiului de subzistență au fost asigurate doar pe cale artificială, din rezerva ideologică. Involuțiile de la nivelul economiei au fost contrabalansate de o dezvoltare inflaționistă a producției propagandistice. Totdeauna regimul a fost mai bogat în intenții și mai sărăcăcios la capitolul realizări.

25 *Strategia Guvernului privind sănătatea femeii, copilului și familiei pentru perioada 2002-2006*, în „Relansarea reformei în domeniul sănătății. Strategii naționale în domeniul sănătății”, Snagov, 5 decembrie 2001

PROBLEMELE FAMILIEI ROMÂNEȘTI

1. Tendințe în lumea contemporană

Ca în majoritatea țărilor creștine, codurile familiei în România sunt în bună parte influențate, „sau chiar originare în Vechiul sau Noul Testament”.¹ Regulile privind conviețuirea dintre soți, încheierea căsătoriei, raporturile dintre părinți și copii din codurile civile sunt identice cu cele din morala creștină. În multe țări, în perioada contemporană, a început laicizarea vieții familiale, ceea ce a dus la îndepărtarea acestora de reglementările Bisericii. În România, efectele laicizării sunt mai puțin evidente decât în culturile occidentale. Renunțarea la ideologia materialismului istoric, impusă înainte de 1989, a avut drept consecință firească revenirea populației la valorile religiei creștine. „Dacă judecăm după indicatori statistici, aproape toate familiile din România, întemeiate printr-o căsătorie civilă, sunt consolidate și printr-o căsătorie religioasă. Că acest lucru este făcut dintr-o credință profundă, sau pentru respectarea ritualică a unor norme sociale, este foarte greu de afirmat. Sunt cercetări aproape imposibile – nu poți ști ce este comportament efectiv, ce este credință profundă și ce este doar o mimare a unui comportament colectiv. În majoritatea cazurilor, însă, comportamentele prenuptiale și cele familiale nu contravin regulilor religioase generale. Adulterul sau prostul tratament aplicat copilului sunt reprimare și de legile laice, și de biserică. Și majoritatea cuplurilor, deși au mai multă permisivitate, mai multă libertate, se supun normelor de identitate conjugală și de reprimare, cel puțin simbolică, a unor comportamente deviate, cum ar fi adulterul”, apreciază sociologul Ioan Mihăiescu, specialist în probleme de familie.²

În contemporaneitate, sociologii au căutat să înțeleagă abruptele transformări din viața modernă, care au condus la schimbări fundamentale în structura și funcțiile familiei. S-a spus, în multe astfel de studii, că industrializarea, urbanizarea și migrația au impus familiei dimensiuni din ce în ce mai mici, pentru a deveni mai mobilă și a face față noilor cerințe.³

Familiile din lumea rurală au fost împinse mereu spre oraș, fapt care a produs un sentiment adânc de deșănțare în rândul celor aflați în miezul acestor transformări. Sentimentul deșănțării a determinat consecințe grave asupra

¹ Mihăiescu, Ioan, interviu, Dosar Provita Media, nr. 9-10, aprilie 2003, <http://www.provita.ro>

² *Ibidem*

³ Toffler, Alvin, *Al treilea val*, București, Editura Politică, 1983

omului. Trăind un sentiment acut de frustrare, el a devenit mai vulnerabil la bolile psihice și îi este tot mai propriu sentimentul insecurității și al devianței. Ritmul rapid al vieții din orașe a determinat apariția stresului de suprasolicitare și de alienare spirituală. Omul a devenit din ce în ce mai depersonalizat.

O dată cu prăbușirea valorilor tradiționale, a scăzut și importanța familiei. În aceste condiții au apărut noi forme de viață familială și de căsătorie. Au devenit tot mai frecvente cuplurile fără copii sau „familiile monoparentale”, persoanele celibatate, persoanele divorțate și a crescut frecvența concubinajului.

În paralel cu înmulțirea numărului familiilor cu un singur părinte, este tot mai evident pericolul delincvenței. Pe acest fond, al existenței unor criterii sociale tot mai relaxate și a unei toleranțe crescute, viața sexuală începe tot mai devreme, iar numărul căsătoriilor scade. Se extinde celibatul, crește numărul de divorțuri, de concubinaje, iar căsătoria de probă devine o obișnuință. O parte din funcțiile tradiționale ale familiei, mai ales cele de protecție, sunt preluate de instituții noi, cum ar fi creșele, grădinițele sau azilurile pentru bătrâni.

Transformările intervenite în societatea modernă au fărâmițat structura familiei tradiționale.⁴ Au apărut, în primul rând, relații noi între familie și societate, relații determinate de scăderea importanței funcției economice la nivelul familiei. Structurile restrânse au permis oamenilor o mobilitate crescută, cerință impusă de urbanizare și industrializare.

Familia și-a redus din importanță, mai ales după instaurarea laicizării. Modelul tradițional intră astfel în desuetudine. Funcția socială a femeii crește. Cu cât este mai prezentă în activități din afara familiei, cu atât tinde să devină egală cu bărbatul. Participă mai intens la viața socială și politică, își mărește gradul de profesionalizare și școlarizare. În relația bărbat-femeie se impune tot mai mult ideea independenței economice. Toate aceste tendințe au fost duse la extrem, fiind falsificate de mișcările feministe, care au intrat într-o fază violentă, începând cu anii '60.

Transformările din sânul familiei duc la o diminuare a relațiilor de rudenie și vecinătate. Relația dintre familie și societate este din ce în ce mai deschisă, astfel încât membrii ei sunt mai preocupați de problemele societății, de situația economică, de calitatea vieții și de crizele economice. În același timp, crește toleranța la noile comportamente demografice.

Aceste modificări sunt prezente mai ales la nivelul tinerilor. Viața sexuală începe tot mai devreme, iar experiența „premaritală” se extinde. Tinerii acceptă ușor coabitări prelungite, înainte de căsătorie. În asemenea condiții, conceptul de control al nașterilor se fixează ușor în practica obișnuită. Cazurile de celibat nu mai sunt privite ca o excepție. Toate acestea au loc pe fondul unei creșteri a permisivității și toleranței părinților față de copii.

Procesul de laicizare a desacralizat familia, iar rolurile și pozițiile în sânul ei se reasează. Oamenii sunt din ce în ce mai determinați de latura emoțional-afectivă a

⁴ Mihăilescu, Ioan, *Sociologie generală*, București, Editura Universității București, 2000, p. 210-219

relațiilor interumane. Devin din ce în ce mai mult prizonierii unor proiecte concepute pe ideea măririi calității vieții, în sensul creșterii confortului mai ales. În același timp, scade importanța familiei întemeiată pe actul căsătoriei. Prind rădăcini, în felul acesta, noi mentalități, care evidențiază toleranța socială crescută. Se impun tot mai ușor normele care reglementează cuplurile consensuale. Aceste norme au deja o acceptare generală. Emanciparea femeii se produce în același timp cu o acceptare socială mai largă a relațiilor extraconjugale. Și acest fapt ne arată că feminismul nu poate fi bine înțeles, dacă nu sunt luate în calcul consecințele lui nefaste.

În familia modernă scade importanța copiilor. Actul de procreație devine un act de reproducere, iar nașterea copiilor este guvernată de o viziune materialistă, centrată pe conceptul „controlului”, aidoma cu cea promovată de statele comuniste.

În sistemul „familiei nucleare”, cu dimensiuni reduse, neliniștile schimbărilor se resimt mai ușor. În felul acesta, crește pericolul instabilității. Această stare conduce la creșterea numărului de divorțuri, la scăderea numărului de căsătorii și la diminuarea importanței copiilor. Intrată în acest ritm, societatea se arată tot mai deschisă la noile mentalități, ceea ce face ca și legislația în acest domeniu să se modifice, ceea ce conduce până la urmă la instituționalizarea noilor orientări.

2. Evoluția familiei românești în secolul XX

Lumea românească s-a modificat mai greu în modernitate, iar evoluția ei poartă amprenta schimbărilor petrecute în zona Europei Centrale și de Sud-Est. Procesul de modernizare, cu tot cortegiul schimbărilor sociale, a devenit mai evident în perioada interbelică și s-a accentuat după cel de-al doilea război mondial.

Până la începutul secolului XX, România a fost o țară eminentamente rurală. În 1831, în Țara Românească și Moldova, doar un procent redus de populație (6,5%) locuia la oraș. Urbanismul s-a instalat mai bine, în câteva locuri, abia după primul război mondial. Populația puținelor orașe a crescut mai ales după prima jumătate a secolului XIX. În perioada interbelică, gradul de urbanitate a sporit, dar într-un ritm cu multe sincope. Procesul înnoirii a fost în mod direct determinat de realitatea economică, aflată în vădit progres, și de evenimentele istorice globale, între care cele două războaie au avut o importanță capitală. Populația orașelor a crescut mai ales prin migrație, fenomen ce a influențat cu predilecție orașele mici. Între orașele mari și celelalte, au existat totdeauna decalaje foarte mari la toate capitolele.

Industrializarea agresivă, resimțită mai ales după 1948, a accentuat fenomenul de urbanizare. Populația de la orașe a crescut. În perioada 1948-1966, populația urbană a evoluat de la 23,4% la 38,3%. Expansiunea urbană s-a accentuat, după 1966, și mai ales după reforma administrativă din 1968, când 53 de comune au fost „decretate” orașe.

5 Abraham, Dorel, *Introducere în sociologia urbană*, București, Editura Științifică, 1991, p. 205-210

Modificările din planul economiei, inițiate în anii '50, au determinat începutul tranziției pe plan național de la o societate de tip agrar la una de tip industrial. Industrializarea accelerată a amplificat exodul rural. La toate nivelele societății, după anii '50, s-au impus noi realități. A crescut gradul de educație și de asistență medicală, prin crearea sistemului național de învățământ și medical. Industrializarea și exodul au determinat o mai mare mobilitate socială și teritorială. În consecință, familia și-a modificat funcția și mărimea.

Familia în comunism a evoluat în mod particular față de cea din Occident. În comunism, omul a suportat numeroase constrângeri, ceea ce l-a determinat să se concentreze, firește, mai mult asupra familiei și a copiilor. Ca să fie corect înțeleasă realitatea românească, această apreciere ar trebui corelată cu strategiile Partidului Comunist, care a urmărit diminuarea valorilor specifice familiei tradiționale. În spațiul democrațiilor liberale, omul are posibilități crescute de consum și de petrecere a timpului liber. Acest grad mare de libertate socială a creat percepția că legăturile specifice familiei constituie o piedică în calea fericirii membrilor acesteia.

Urbanizarea pe scară largă a deschis seria transformărilor specifice modernității. Un prim efect al înlăturării valorilor tradiționale a fost creșterea ratei divorțurilor, în perioada 1956-1966. Aplicarea unor măsuri restrictive a diminuat această evoluție până în 1973. Ca să-și asigure un control mai bun asupra societății, statul comunist, mergând în răspăr ideologic, și-a asumat, într-o primă fază, chiar ideologia tradițională și unele valori ale Bisericii. Toate aceste disponibilități, prezente în ideologia partidului comunist în perioada 1965-1972, au vizat doar creșterea gradului de manipulare a oamenilor. Evoluția economiei centralizate era dependentă de volumul forței de muncă. Partidul Comunist a încercat mereu să mărească numărul oamenilor în câmpul muncii. Din toate punctele de vedere, acest fapt asigura sistemului o mai mare stabilitate.

Familia tradițională a fost modificată mai ales de schimbările economice. În familia veche românească, în care domneau valorile creștine, rolul și statutul membrilor se modelau după structura economiei arhaice și după structura juridică a proprietății. A existat, spun sociologii, un mod particular de transmitere a proprietății în timp. Aceste particularități au generat un sistem de valori bine ierarhizat. Părinții stăteau pe o treaptă superioară copiilor, situație care se întâlnea în relațiile bătrânilor față de tineri, bărbaților față de femei, fraților mai mari față de frații mai mici. Autoritatea tatălui creștea cu cât familia era mai mare. Ca persoană, tatăl se identifica în totalitate cu familia, sacrificându-se intereselor ei. Bărbatul avea un rol privilegiat și pentru că rolul său în economia arhaică era foarte important. Importanța femeii decurgea direct din importanța acordată actului procreării și a educării copiilor. Criteriile conviețuirii erau trainice, căci, pe lângă potențarea dinspre morala creștină, ele erau întărite și de regimul economiei, care se dovedea mai aspru, resursele ei fiind mai puține.

Copiii aveau un rol important în viața familiei vechi românești. La sfârșitul secolului al XIX-lea, rata natalității era aproape de 40 la mie. Până la sfârșitul

primului război mondial acest parametru a crescut ușor, la 42 la mie. Faptul că rata mortalității a scăzut, iar rata natalității a crescut a dus la o creștere surprinzătoare a populației. După primul război mondial însă, rata natalității a intrat pe un trend descrescător. În 1949, ajunsese la 29,3 la mie. Această situație a fost determinată de schimbarea concepției despre naștere în rândul populației, în perioada interbelică. La începutul secolului XX, rata fertilității totale era de 5,26 copii. În 1950, a ajuns la 3, iar până în 1989, numărul copiilor născuți, în medie, de o femeie s-a redus cu 50%.⁶ Statisticile recensământului din 2002 arată că 37% din populația fertilă (15-49 ani) nu avea nici un copil, 49% - unul sau doi și numai 13,2% - trei sau mai mulți copii.⁷

În perioada modernă, până în 1957, în România avortul a fost interzis, iar mijloacele de contracepție nu au fost utilizate. În familia românească tradițională se foloseau metode contraceptive tradiționale, mai ales abstința, coitus interruptus, ciclul lunar al femeilor, dușul după actul sexual și o serie de remedii pe bază de plante.

Familia tradițională, care s-a dezvoltat în satele românești, avea un grad ridicat de sacralitate. Odată cu urbanizarea, a început erodarea acestor valori. Desacralizarea familiei a avut mari repercusiuni asupra oamenilor. Relațiile dintre bărbat și femeie s-au modificat, făcând ca, în primul rând, actul de căsătorie să-și diminueze importanța. Aceste schimbări dramatice au fost influențate pe de o parte de ideologia ateistă, iar pe de altă parte de revoluția sexuală, un fenomen al secolului XX. Schimbările radicale intervenite în înțelegerea sexualității s-au impus în același timp cu revoluția industrială.

Amândouă aceste evenimente globale au creat o cultură nouă, cu consecințe nefaste și asupra familiei românești. Omul, supus așa-zisei „înnoiri”, și-a asumat din ce în ce mai greu responsabilitățile legate de actul sexual și de întărirea familiei.

Biserica Ortodoxă a avut un rol profund în modelarea mentalităților societății tradiționale. Odată cu urbanizarea, accentuată în anii '50, ca efect al industrializării, la care s-au adăugat violențele comunismului, această lume s-a prăbușit. Schimbările s-au impus mai ușor în mediul urban. Diminuarea influenței Bisericii și a religiei asupra valorilor și componentelor familiei a fost determinată mai ales de practicile regimului comunist ateu.

3. Noile mentalități și interesul scăzut pentru copii

Valul schimbărilor a fost destul de puternic în perioada comunistă, erodând edificiul familiei tradiționale. A devenit tot mai prezent așa-zisul model al familiei nucleare, centrată doar pe cei doi părinți. Diminuarea relațiilor de rudenie și de vecinătate s-a produs o dată cu instalarea noului nou stil de viață.

⁶ Kligman, Gail, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu*, București, Humanitas, 2000, p. 56

⁷ Ziarul „Adevărul”, 20 iunie 2003

Stilul de viață al familiei tradiționale era dominat de ideea autorității. Există o scară de valori bine determinate. Raporturile dintre părinți și copii erau relativ rigide, autoritatea fiind reprezentată de părinți și de vârstnici. Valorile morale, spirituale sau educaționale se păstrau prin regulile nescrise. Aceste mentalități au fost atât de puternice, încât și în această ultimă perioadă, când domnește „modelul nuclear”, raporturile dintre membrii ei poartă pecetea celor din familiile de origine.

Stilul de viață modern a întors pe dos această structură. Spiritul autorității a fost înlocuit cu cel al cooperării și egalității. Au apărut valori noi, care stau la temelia familiei de tip nuclear, iar dintre acestea cele mai importante sunt egalitatea, schimbarea și comunicarea. Pentru a susține asemenea valori au fost necesare alte aptitudini: spiritul competitiv, nonconformismul și însingurarea.⁸ Sociologii români consideră că familia românească deja nu mai funcționează după modelul tradițional. Membrii săi, inclusiv părinții, își urmează doar interesele personale. După normele vechi, spiritul sacrificiului se asocia cu acela al autorității. Părinții activau doar în folosul familiei și al copiilor.⁹

La nivelul relațiilor economice, care domină ansamblul social, au apărut schimbări mari la capitolul producerii de bunuri și la cel al administrării bugetului de venituri și cheltuieli al familiei. Familia nu își mai poate asigura existența din propria producție, membrii ei fiind dependenți de câștigurile din afara gospodăriei.¹⁰ S-a schimbat și felul cum era asigurată pregătirea profesională. Ocupațiile și informațiile din această sferă nu mai sunt transmise prin relația părinți-copii. Foarte mulți membri ai familiei muncesc în întreprinderi și servicii sociale. Pe de altă parte, trebuie menționat că părinții, în majoritate crescuți în limitele sistemului comunist, marcat de ateism și izolare, nu posedă aptitudini și cunoștințe, care să asigure o instrucție corespunzătoare copiilor, ca să-i așeze bine în contemporaneitate. Mai mult, copiii ies din sfera părinților pentru perioade lungi de timp, de la vârste fragede. Nu mai au conștiința unor relații apropiate, în centrul cărora să existe acțiuni de tip educativ.

Solidaritatea în sânul familiei moderne se diminuează. Oamenii trebuie să facă față unei mobilități sociale din ce în ce mai mari, condiție impusă de distanțele lungi dintre locurile de muncă și reședința familiei. În felul acesta, familia se macină, căci crește separarea fizică și afectivă între membrii ei. O dată cu solidaritatea, se deteriorează și relația conjugală. Relațiile dintre părinți încep să fie determinate de frământări și contradicții. Acestea sunt rodul unui complex mare de factori: emanciparea femeii, schimbarea rolurilor în familie sau preocupări de ordin sexual. Frământările sunt determinate și de existența unor modele culturale diferite la nivelul generațiilor.

⁸ Mitrofan, Iolanda, „Schimbări și tendințe în structura familiei” în revista „Sociologia familiei”, nr. 2, 1999

⁹ Mihăilescu, Ioan, „Politici sociale în domeniul populației și familiei”, în vol. *Politici sociale. Români în context european*, București, Editura Alternative, 1999, p.35

¹⁰ Iluț, Petre, *Familia – cunoaștere și asistență*, Cluj-Napoca, Editura Argonaut, p. 195

Sexualitatea domnește peste toate funcțiile importante ale familiei. Membrii ei acordă tot mai mult interes „performanțelor“ din acest domeniu. Apar componente noi, ciudate pentru persoanele în vârstă, care evidențiază dorința de a poseda. Funcția de procreație este goliță de virtuți și responsabilități, fiind asumată ca o funcție de ordin biologic. Scade interesul pentru copii și importanța acestora în structura familială. Încet-încet, familia extinsă din perioada interbelică, cu 5-6 copii s-a erodat, s-a împușinat dramatic, ajungând la o familie cu maximum 2 copii. Studiile, puține câte sunt, scot în evidență faptul că majoritatea femeilor și a bărbaților își doresc un copil, maximum doi.¹¹

Caracterul individualist se extinde în structura familiei. Modelul familiei monoparentale, care bântuie în societatea americană, a prins rădăcini în Europa Occidentală și apoi în Europa Centrală și de Est. Familiile centrate doar pe mamă sau doar pe tată se înmulțesc în tot spațiul european. Sociologii americani au scos în evidență faptul că cei mai mulți criminali în statele nord-americane provin din familiile destrămate și din mediile sărace.¹² Ultimul recensământ (2002) arată că 8,5 milioane (40%) de români nu sunt căsătoriți.

Familia modernă, care funcționează după principiul individualismului, impune relații impersonale între oameni, relații care exclud afectivitatea, comuniunea, iubirea. Majoritatea oamenilor își justifică „răceala”, considerând că doar pe această cale pot face față legăturilor tot mai variate, cu treceri rapide de la o stare la alta și de la un rol social la altul.¹³

În absența unor valori morale sau chiar în cazul diminuării acestora, se face resimțită tot mai mult o stare de instabilitate, care generează mari traume, care s-au transformat în adevărate fenomene sociale: infidelitatea, alcoolismul, disfuncțiile sexual-afective și violența în familie. Omul, ca individ despovărat moral, nu resimte decât constrângerile socio-economice. Fericirea, ca ideal al oricărei ființe umane, este determinată doar de autoafirmare, automulțumire și autorealizare. Absența afecțiunii și a cadrului moral pune pe gânduri nu numai pe promotorii ideilor pro-vita, ci și pe cei care susțin practicile abortive: „Meditând asupra evenimentelor sale psihologice, dar și asupra resurselor ei afective, morale, biologice și culturale, întru autogenerare, în a face față prezentului și viitorului, familia rămâne pentru fiecare din noi o întrebare la care nu se poate răspunde decât cu iubire.”¹⁴

4. Divorțul

11 *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999, Raport final, martie 2001*, CDC, ARSPMS, p. 239

12 Parkinson Lisa, *Separarea, divorțul și familia*, București, Editura Alternative, 1993, p. 12-15

13 Mitrofan, Iolanda, *Schimbări și tendințe în structura și funcțiile familiei*, în revista „Sociologie românească”, nr. 5, 1999, p. 477

14 *Ibidem*, p. 480

Sociologii susțin că analiza evoluției divorțului poate pune în evidență problemele stabilității din familie.¹⁵ Datele sumare care există pentru perioada 1972-1989 arată o creștere constantă a ratei divorțialității în ultimele trei decenii. Totuși, România, la acest capitol, stă mult mai bine decât țările occidentale. SUA și URSS, până la destrămarea, au fost țările cu cele mai multe divorțuri în ultimele decenii.

După al doilea război mondial, pe fondul unei ușoare deteriorări constante, situația s-a agravat în perioada 1961-1965. Statul comunist, după 1965, a adoptat câteva reglementări, care vizau protejarea familiei și limitarea divorțialității (Decretul 770 din 1 octombrie 1966 și Decretul 774 din 1974). Și până atunci, legislația fusese revizuită de câteva ori la acest capitol. În 1948 au fost scoase din Codul Civil câteva articole de bază referitoare la motivele de divorț. Prin Legea 18 din 1948, divorțul a devenit dependent de justiție.¹⁶ În 1954, Codul Familiei cerea desfacerea căsătoriei doar în cazul decesului uneia dintre părți, iar decizia legală era dată numai dacă existau motive temeinice.

Legea din 1966 și-a făcut efectul imediat, căci, un an mai târziu, a fost înregistrat un număr minim de divorțuri. Din 1974, desfacerea căsătoriei putea avea loc numai în cazul în care relațiile dintre soț și soție erau considerate iremediabil deteriorate. Judecătorii aveau obligația de a cântări bine circumstanțele agravante. Situația gravă de la începutul anilor '60 a reapărut în perioada anilor '80. După 1990, o dată cu schimbările majore din societate, rata divorțialității a crescut și mai mult, fără să atingă însă valorile din țările din nordul Europei și SUA.

Sociologii au individualizat câteva cauze ale acestor dezechilibre. În România, numărul de divorțuri a crescut o dată cu accentuarea migrațiilor, mai ales de la sat la oraș, determinate de industrializare, urbanizare și destrămarea familiei tradiționale. Schimbările inițiate la începutul anilor '50 au impus un set nou de comportamente oamenilor, fapt ce a determinat fărâmițarea cutumelor tradiționale. S-a redus, în primul rând, controlul social local asupra oamenilor. O influență considerabilă, în acest sens, au avut-o și schimbările legislative, petrecute după 1990, schimbări care „adaptau” România la Occident.

Dezechilibrele din interiorul familiei, care au deteriorat relațiile dintre soți, au apărut în anii '50, evoluând după aceea în mod agresiv. Astfel, rata divorțialității, după cum arată anchetele sociologice ale vremii, a crescut mult în anumite județe.

Migrațiile s-au accentuat în perioada industrializării. Fenomenul debutase în perioada interbelică, când societatea românească a fost supusă unui proces amplu de urbanizare. Înainte de cel de-al doilea război mondial, divorțialitatea în mediul urban era aproape de trei ori mai mare decât în mediul rural.¹⁷

15 Mihăilescu, Ioan, *Familia în societățile europene*, București, Editura Universității București, 1999, p.104-105

16 Klilgman, Gail, *op.cit.*, p. 61

17 *Ibidem*, p.62

Diferențele dintre mentalitățile din mediul rural și cel urban au fost mari totdeauna în România. Familia tradițională, ale cărei trăsături supraviețuiesc în mare parte în mediul rural, a fost atașată de căsătorie. Sfârșirea universului ei este îngreunată de intervenția rudelor și chiar a colectivității locale. Totuși, aceste medii de rezistență au slăbit în ultimii ani. Tendințele, prezente de multă vreme în țările occidentale, se manifestă astăzi și în zona rurală. Numărul căsătoriilor din mediul rural este mai mic decât în mediul urban, în schimb sunt înregistrate mai puține divorțuri. Anuarul statistic din anul 2000 arată că ponderea tinerilor din mediul rural, în ansamblul acestei generații, este de 45%. De altfel, populația tânără a scăzut atât în mediul rural, cât și în mediul urban. Diferențele existente între cele două medii țin de gradul de mobilitate teritorială. Cercetările Institutului de Sociologie al Academiei Române evidențiază faptul că 90% din populația care migrează pleacă din zona rurală.¹⁸

O dată cu accentuarea migrației, în anii '60-'70, determinată de industrializarea masivă, controlul social al comportamentelor specifice omului integrat în familie s-a redus. Actul căsătoriei, dintr-un eveniment social, a devenit unul personal. Tinerii au acceptat ușor noile mentalități, care au creat o disponibilitate mărită la divorț.

Cele mai mari influențe asupra stabilității familiei o au factorii din interiorul ei. De exemplu, divorțul apare mai rar la cuplurile unde soțul este mai în vârstă cu 1-10 ani. Situația se schimbă brusc atunci când diferențele de vârstă sunt mai mari. În același timp, divorțul este perceput diferit în funcție de profesiile de bază ale partenerilor. Agricultorii acceptă mai greu o asemenea soluție. Rezistențele cele mai mari la divorț le manifestă însă pătura intelectualilor. Dacă cei care locuiesc în mediul rural, atunci când sunt puși în fața unor asemenea dileme, resimt controlul social puternic al comunității lor, intelectualii percep desfacerea căsătoriei ca având multe implicații negative sau nedorite la nivel individual și, mai ales, la nivel social. Cuplurile de muncitori, pentru care un rol important îl au conflictele generate de lipsa de afecțiune și de infidelitate, sunt cele mai vulnerabile la divorț.

Prezența copiilor constituie un important factor care împiedică divorțul. De asemenea, divorțul survine mai greu în familiile care au o vechime de peste 20 de ani, iar sănătatea soților constituie mai degrabă un factor de frânare decât de favorizare. În fața instanțelor, conform anchetelor sociologilor, bărbații sunt considerați vinovați îndeosebi de violență și alcoolism, iar femeile de concubinaj și relații extraconjugale.

Schimbările din comportamentul oamenilor s-au accentuat după 1990, explicate prin reducerea constrângerilor de tip social și creșterea constrângerilor de tip material.¹⁹ „Schimbările de tip legislativ, precum modificările legii privind avortul și divorțul, involuția economiei, ce a generat fenomene precum sărăcirea și șomajul,

18 Buburuzan, Leon, (coord.), *Starea tineretului din România*, București, Centrul de Studii și Cercetări pentru Probleme de Tineret, 2001, p. 70

19 Berevoescu, Irina, „Schimbări în familia românească – o lectură a datelor demografice din perioada de după 1990”, în revista „Dilema”, nr. 363, februarie 2000

sau transformările sociale, mai cu seamă accesibilitatea sporită la informație, modele culturale externe sau companiile de promovare a planificării familiale, au determinat schimbări fundamentale în comportamentul demografic al populației”.²⁰ Numărul căsătoriilor a scăzut, în 1999, cu 5,3 mii, iar rata nupțialității a ajuns la 6,2 căsătorii la mia de locuitori, în 2000, față de la 6,5, în 1998.²¹ În același timp, vârsta medie la prima căsătorie a crescut de la 22,1 ani în 1992, la 23,2 ani în 1998, pentru femei, și pentru bărbați, de la 25,2 ani în 1992, la 26,4 în 1998. Rata maximă a divorțurilor a fost atinsă în 1998, când a avut valoarea de 1,78 divorțuri la 1000 de locuitori (39.985).

Pe acest fond, și natalitatea a scăzut abrupt. De la 13,6 copii, în 1990, la 10,5 copii la mia de locuitori în 1999.²² Totuși, România încă nu se află printre țările europene care au atins un prag de criză, adică sub 10 nou-născuți la mia de locuitori. De asemenea nici numărul divorțurilor și cel al căsătoriilor (6,5 căsătorii la mia de locuitori în 1998) nu se ridică la nivelul țărilor cu risc ridicat.

Noile mentalități au creat cadrul apariției formelor alternative la căsătoria legalizată: cuplurile consensuale sau uniunile libere, în cadrul cărora bărbatul și femeia au o relație stabilă, locuiesc împreună, fără a fi căsătoriți oficial. Din 1993, ponderea acestor cupluri se află în creștere, de la 4,4% în 1993, la 10% în 1999, la femei cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani. Cele mai multe astfel de situații se întâlneau la femeile cu vârste cuprinse între 20 și 24 de ani, în 1999.²³ În 2002, după datele recensământului, un număr de 828.000 de persoane au declarat că trăiesc în „uniune consensuală” sau concubinaj. Aproape jumătate din acestea trăiesc la țară și cu vârste cuprinse între 20-34 de ani.²⁴

Sociologii susțin că divorțialitatea determină în mod direct scăderea numărului de nașteri și are o influență deosebită asupra natalității.²⁵ Chiar dacă divorțul nu mai are consecințele economice sau sociale asupra omului, așa cum se manifestau în perioada interbelică, totuși acest eveniment le provoacă românilor puternice tulburări emoționale. Din cercetările psiho-medicale reiese că stresul provocat de un divorț este similar cu cel determinat de un cutremur de pământ.

Consecințe dintre cele mai negative se înregistrează asupra copiilor. Absența unuia dintre părinți, mai ales a tatălui, naște în familiile românești efecte negative asupra socializării copiilor. Numărul mare de copii ai străzii este o consecință directă a creșterii numărului de divorțuri în România. Toate aceste neliniști pot fi atenuate dacă autoritățile ar aplica măsuri care să ducă la creșterea stabilității familiei. Cercetările sociologice arată că ar trebui să fie promovate modelele stabile în

20 *Ibidem*

21 Institutul Național de Statistică, iunie 2000

22 Berevoescu, Irina, *op.cit.*

23 *Ibidem*

24 Ziarul „Adevărul”, 20 iunie 2003

25 Mihăilescu, Ioan, *Familia în societățile europene*, București, Editura Universității București, 1999, p.104-105

familie, ar trebui intensificate relațiile de bună vecinătate și amplificată viața societăților locale. De asemenea, se simte nevoia pregătirii tinerilor pentru viața de familie, printr-o consiliere premaritală. Multe căsătorii din România se desfac din cauza șocurilor culturale dintre soți. Autoritățile trebuie să-și intensifice sprijinul acordat familiilor aflate în situații conflictuale, iar soții trebuie să cunoască mai bine consecințele divorțului.

5. Sărăcia

România îndeplinește toate condițiile de a fi considerată o țară săracă. Există destule blocaje, mai ales la nivelul economiei, care-i pun pe oameni în imposibilitatea de a-și produce veniturile necesare unui trai decent. În ansamblul economiei, care este lipsită de performanțe, se manifestă mari dezechilibre pe piața internă, iar previziunile în privința evoluției șomajului sunt tot mai sumbre. Oamenii par deja a fi adaptați unei stări cronice de sărăcie, care presupune un stil de viață neadaptat la condițiile moderne de viață și muncă. Mulți oameni, aflați în asemenea imposibilități, devin dependenți de alcool, iar în rândul tinerilor consumul de droguri ia amploare. Din punct de vedere profesional, oamenii au o calificare redusă, iar pentru tinerii calificați piața muncii nu oferă mari oportunități.²⁶ Sărăcia a generat unele stări specifice, de ordin psihologic. Oamenii manifestă un profund sentiment de demoralizare și resemnare, lipsă de speranță, lipsă de capacități și lipsă de voință de a ieși din această situație. În fața unor asemenea situații, omul trebuie să dovedească o mai mare tărie morală. El trebuie să-și asume sau să-și recapete viziunea creștină asupra vieții.

În țările occidentale, sărăcia afectează un segment restrâns din populație, însă, în România, gradul ridicat de sărăcie tinde să se generalizeze sub toate aspectele. În Raportul Băncii Mondiale din 1994, un procent de 22% din populație se afla în această stare. În anul 2000, după Barometrul de opinie publică al Fundației pentru o Societate Deschisă (mai 2000), 41% dintre oameni susțineau că „veniturile nu le ajung nici pentru strictul necesar”.

Acest fenomen a evoluat în două valuri. O primă etapă a început în 1991 și s-a încheiat în 1993, iar a doua s-a produs în perioada 1997-1999. Atunci au fost atinse cele mai ridicate rate ale sărăciei. După datele oferite de unele instituții internaționale, cum sunt Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD), UNESCO sau UNICEF, toate grupurile sociale sunt afectate de lipsuri materiale. Familiile și-au împrumutat resursele mai ales când membrii ei și-au pierdut locurile de muncă sau când au fost lipsiți de locuință. În aceeași situație, au ajuns și cei cu boli cronice și dependenții de alcool și droguri. Banii s-au redus în cazurile în care au fost făcute cheltuieli mari cu medicamentele și în cazurile de divorț sau de părăsire a familiei.

²⁶ Zamfir, Cătălin (coord.), *Dimensiuni ale sărăciei*, București, Editura Expert, 1995

6. Starea de sănătate

După 1989, ca în toate țările foste comuniste din aria fostei Uniuni Sovietice și din blocul țărilor din Europa Centrală și de Est, în România, starea de sănătate s-a degradat. Speranța de viață a scăzut foarte mult. Creșterea mortalității este pusă de specialiști în strânsă legătură cu intensificarea comportamentelor dăunătoare sănătății. În această ipostază se află mai ales bărbații. Cei mai mulți români mor din cauza bolilor cardio-vasculare, situație întâlnită mai în toate țările din vecinătatea României, foste comuniste. Mortalitatea crescută în mod alarmant atestă faptul că sistemul de sănătate s-a deteriorat foarte mult. El nu mai poate furniza servicii preventive și de tratament adecvate. În cazul bolilor cardio-vasculare, în România, nu există programe de screening al hipertensiunii sau, dacă există, sunt de slabă calitate. De asemenea, monitorizarea lipsește, serviciile de urgență sunt slab dezvoltate, iar accesul la medicația potrivită este limitat.

Starea de sănătate a femeilor din România rămâne în continuare proastă. O mulțime de factori contribuie la această situație. Cea mai frecventă boală întâlnită la femeile de vârstă fertilă este anemia. Aproape o femeie din două suferă de o anemie deficicientă. Anemia este determinată de carența de fier. Aceste dezechilibre constituie o consecință a unei diete dezechilibrate, cu un consum inadecvat al alimentelor. De asemenea, situația a fost impusă și de consumul mare de produse care nu sunt de origine animală, care au un conținut mic de fier. Lipsa fierului se resimte la femei mai ales în timpul sarcinii sau când alăptează. Atunci, o mare cantitate de fier este transferată de la mamă la făt.²⁷

O altă problemă de sănătate, întâlnită la femei, o constituie infecția tractului urinar. Cu aceeași frecvență, o femeie din patru, se întâlnește boala inflamatorie pelviană. Cauzele acestor infecții sunt variate. Ele se amplifică o dată cu vârsta și sunt foarte mult determinate și de numărul avorturilor. De asemenea, o importanță în acest sens o are numărul de parteneri sexuali din timpul vieții. Astfel, incidența lor, conform *Studiului Sănătatea Reprodusei România 1999*, crește de la 28% la femeile monogame, la 40% la femeile cu cel puțin 3 parteneri sexuali.²⁸ Alte probleme de sănătate, prezente cu o frecvență ridicată, sunt: tensiunea arterială, hepatita B, astmul și diabetul.

6.1 Controlul ginecologic și mamar

²⁷ *Studiul Sănătatea Reprodusei, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC ARSPMS, p. 286

²⁸ *Ibidem*, p. 289

În România, numărul femeilor, care apelează la controale ginecologice de rutină, este încă mic. Examenul medical implică efectuarea screening-ului de rutină, implicit screening-ul pentru cancerul de col uterin și de sân. Femeile își justifică această atitudine pasivă în diferite moduri. Obstacolele apar pornind de la percepția scăzută asupra riscurilor neefectuării controalelor. Des invocat este și minimul disconfort pe care-l implică o asemenea activitate. De asemenea, foarte multe femei manifestă o atitudine fatalistă față de cancer și au o percepție scăzută a beneficiilor screening-ului. Alte argumente, care justifică acest comportament, țin de lipsa cunoștințelor privind problemele de sănătate, de neîncrederea față de recomandările medicului, de comunicarea nesatisfăcătoare dintre pacient și medic și de factori socio-economici și geografici. Femeile nu pot concepe controale cu perioadă riguroasă și pentru că disfuncționalitățile din sistemul de sănătate sunt mari. Furnizorii de astfel de servicii sunt distribuiți inadecvat și deficitar.

În Occident, se recomandă ca femeile să-și facă un examen ginecologic de rutină în fiecare an. În România, conform SSRR 1999, doar 36% dintre femei au fost examinate în ultimele 12 luni. O asemenea situație scoate în evidență impactul negativ al screening-ului asupra populației, iar consilierea și educația în problemele de sănătate este deficitară. Una din două femei cu experiență sexuală a fost la ginecolog în ultimii 3 ani. În această situație improprie se află mai ales femeile din mediul rural, tinerele femei care nu au fost căsătorite sau cele cu un nivel educațional și socio-economic scăzut. Ca și cele din etnia rromă, femeile din această categorie au o mare probabilitate de a nu fi fost niciodată la un control ginecologic preventiv.

6.2 Consumul de tutun

Degradarea stării de sănătate, cu toate consecințele sale, a fost asociată în România cu unele fenomene specifice, dintre care se evidențiază creșterea consumului de tutun și alcool.

Un procent însemnat de oameni în România mor din cauza fumatului. Numărul de fumători a crescut simțitor, ca efect al campaniilor agresive de publicitate făcute de companiile transnaționale producătoare de tutun. Statisticile arată că tot mai multe femei tinere fumează. Fumatul, pe lângă faptul că determină în mod direct creșterea numărului bolnavilor de cancer pulmonar și de boli cardio-vasculare, influențează amplificarea unor riscuri specifice pentru femei. În primul rând, pe această cale, crește incidența cancerului de col uterin. În același timp, fumatul crește riscurile asociate consumului de contraceptive hormonale (infarcte, accidente vasculare etc.).

Fumatul s-a dovedit a fi cauza unora dintre cele mai grave maladii. Tutunul, în primul rând, este cunoscut ca un carcinogen uman potențial. El este asociat multor tipuri de cancer. Cel mai frecvent potențează cancerul aparatului respirator și al celui digestiv. Sunt din ce în ce mai dese cazurile de cancer de vezică, col uterin și rinichi.

Studiile arată că fumatul constituie cauza a 87% din decesele datorate cancerului pulmonar și 30% din decesele determinate de alte tipuri de cancer. Fumatul are de asemenea un rol important în cazurile de arteroscleroză, adică obturarea vaselor cu colesterol (grăsime). În acest caz, colesterolul constituie un factor major de risc pentru infarct, accident vascular cerebral, tromboze pulmonare și ale membrelor inferioare. Fumatul contribuie într-o mare măsură și la creșterea cazurilor de astm, emfizem pulmonar, pneumonie și osteoporoză.

La femei, el mărește riscurile unor nașteri dificile. Gravidele care fumează sunt expuse unui risc crescut de a naște înainte de termen, de a avea un avort spontan, de a da naștere unui făt cu greutate mică sau de a expune nou-născutul la un risc crescut al sindromului de morții subite.²⁹ De asemenea, este cunoscut faptul că fumătoarele pot avea o menopauză precoce.

Pe fondul unui sistem legislativ deficitar, în țările din Europa de Est, ca și în România, s-a dezvoltat foarte mult industria internațională a tutunului. În aceste condiții, mari companii internaționale au desfășurat campanii promoționale costisitoare. Această industrie, supusă restricției în SUA și Europa de Vest, a găsit un teren propice în Europa Centrală și de Est și în spațiul fostei URSS. În consecință, a crescut numărul femeilor fumătoare din rândul celor aflate la vârsta fertilă. În Cehia, în această situație, se află 30% dintre femei, în Rusia - 25%, și în România - 22%.³⁰

Cea mai mare creștere a consumului de tutun fost semnalată în rândul tinerilor. La nivelul acestei categorii, la femei s-a ajuns la 20% iar la bărbați, la 47%. În prezent, politicile de control ale industriei tutunului nu sunt bine puse la punct. Când există reguli impuse, acestea nu sunt aplicate cu fermitate. Restricții serioase asupra publicității și promovării acestui produs au apărut de curând.

La sfârșitul anului 2002, a intrat în vigoare legea care interzice fumatul în locurile publice. Nu există măsuri ferme, care să conducă la aplicarea acestei legi și, în final, la păstrarea unui mediu fără tutun și la limitarea vânzării de țigări copiilor și adolescenților.

Autoritățile nu sunt conștiente încă de costurile pe care le implică fumatul la nivel social. Anchetele efectuate în SUA sau în țările occidentale arată că societatea va consuma resurse enorme ca să elimine consecințele fumatului asupra sănătății populației. Un sondaj realizat de *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999* arată că, în 1999, 39% dintre femei au declarat că au fumat în viața lor. La bărbați, procentul este mult mai ridicat: 72%. Numărul fumătorilor activi este cu puțin sub aceste date. În medie, 30% dintre femei fumează zilnic și 54% dintre bărbați practică fumatul. Aceste date plasează România printre țările cu cele mai înalte procente de fumători din cadrul țărilor foste comuniste. Doar Polonia și Cehia se află înaintea României. Impactul fumatului este diferit. Fumătoarele sunt în număr mult mai mare

²⁹ *Ibidem*, p. 264

³⁰ *Ibidem*

în mediul urban decât în cel rural. O situație nouă, alarmantă, se întâlnește la tineri. Numărul fumătorilor tineri a crescut foarte mult în ultimii ani. S-a mărit, de asemenea, numărul tinerelor fumătoare aflate la vârsta fertilă cu 35%. Studiul Sănătatea Reproducerii în România arată că, în perioada 1993-1999, fumatul la nivelul tinerelor adulte a crescut cu 73%. Schimbări mari s-au produs și la nivelul rural. În această perioadă, în mediul rural, numărul fumătorilor s-a dublat. Conform acestor studii, industria tutunului a identificat drept țintă a campaniilor lor agresive tinerele femei. S-a creat, astfel, imaginea că femeile care fumează sunt privite ca fiind moderne, sofisticate și cu mult succes.

6.3 Consumul de alcool

La nivelul opiniei publice, există părerea potrivit căreia consumul de alcool a crescut în România. Nu există însă statistici despre evoluția consumului de alcool după 1990. Nici în perioada economiei centralizate nu au fost culese informații complete, acestea fiind distorsionate de sistemul birocratic comunist. Trebuie luat în calcul, de asemenea, faptul că, după 1990, statul a înlocuit modul de control asupra vânzărilor. România a fost și rămâne o țară cu veche tradiție în producerea și consumul de vin. Tranziția economică și politică a schimbat consumul, atât la nivelul băuturilor obișnuite (de la vin la bere și lichioruri tari), cât și al celui de alcool (de la consumul ocazional la consumul frecvent și în exces). Numărul băutorilor s-a mărit mai ales la nivelul tinerilor. În aceste condiții a crescut numărul tinerilor implicați în cazuri de comportamente sexuale riscante, de violență sau de probleme școlare. Statisticile Poliției Române arată că episoadele de consum abuziv de alcool sunt strâns corelate cu răniile grave, în special cele determinate de accidente de mașină. Abuzul de alcool la femei presupune intensificarea problemelor de sănătate, care afectează fătul sau copiii. Nu se știe încă ce cantitate de alcool produce modificări ale sănătății fătului. Nu se cunosc cantitățile de alcool minimale, pe care mamele le pot bea fără consecințe. Se știe însă că o femeie gravidă, cu cât bea mai mult cu atât este expusă la un risc mărit la anomalii ale noului născut, mai ales la sindromul alcoolic fetal. Chiar și ingerarea unei cantități minime de alcool poate provoca probleme grave unui nou născut. Alarmant este faptul că a scăzut vârsta băutorilor. Aproape 35% din bărbați declară că au consumat alcool înaintea vârstei de 11 ani și o femeie din 4 și 3 bărbați din 4 consumă zilnic alcool, adică sunt băutori frecvenți.³¹

Cele mai multe consumatoare de alcool locuiesc în București și în zona Moldova (62% și, respectiv, 35%). Un procent mare se întâlnește la femeile de peste 24 de ani și la cele aflate în cuplu sau angajate. Consumul de alcool crește ușor odată cu nivelul educațional și cu nivelul socio-economic. Îngrijorător este faptul că proporția tinerelor femei consumatoare de alcool s-a triplat în perioada 1996-

³¹ *Ibidem*, p. 272

1999.³² În aceeași perioadă, numărul femeilor care beau în mod frecvent a crescut de 10 ori. Mărirea impresionantă a consumului de alcool pare, în aparență, paradoxală, căci puterea de cumpărare a populației a scăzut considerabil. Multele probleme, legate de consumul mare de alcool, au fost determinate mai degrabă de faptul că statul nu mai are controlul pieței alcoolului, începând cu 1990.

³² *Ibidem*, p. 275

1. CONSECINȚELE AVORTULUI

1.1 Pericolele imediate asupra sănătății fizice

Avortul este o opțiune la limită, care implică nemăsurate riscuri. Faptul că rata avorturilor la cerere se menține la un nivel foarte ridicat (date oficiale, care, cum am arătat în capitolul „Problemele avortului” sunt mult sub cele reale: 1104,3 avorturi la mia de născuți vii, în 2000,¹ și, după date mai noi, 1156,5, în 2001)² arată că efectele nefaste ale avortului continuă să fie încă nesocotite în România. De altfel, și în practica medicală internațională riscurile procedurilor chirurgicale, pe care le implică avortul, sunt subestimate. Așa cum observa dr. Warren Hern, „există puține proceduri chirurgicale cărora li se acordă atât de puțină atenție, cărora le sunt subestimate riscurile potențiale, cum i se acordă avortului”.³

Un alt amănunt, care indică ignorarea riscurilor avortului, în România, îl constituie mortalitatea maternă cauzată de avort, a cărei rată este mult ridicată comparativ cu țările europene (16,79 de femei moarte la 100.000 de născuți vii, în 2001, după ultimele date ale Organizației Mondiale a Sănătății). În Raportul “12 ani de tranziție: bilanțul sistemului de sănătate ca sector social”, prezentat de fostul ministru al Sănătății și Familiei, Daniela Bartoș, în cadrul Conferinței FOCUS (Elveția, la 5 noiembrie 2002), mortalitatea maternă din toate cauzele era de 6 ori mai mare decât media ratei țărilor Uniunii Europene și de 3 ori mai mare decât media în țările din Centrul și Estul Europei (38 femei moarte la 100.000 de nașteri în 2000).⁴

Riscul avortului crește odată cu precaritatea tehnicilor chirurgicale folosite. Din datele oferite de Ministerul Sănătății și Familiei reiese că „nici una dintre cele 261 de maternități existente pe plan național nu se încadrează total în standardele normale de funcționare, fiecare unitate sanitară având nevoie de reabilitare într-un grad mai mare sau mai mic”.⁵

1 *Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000*, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, p. 26

2 Conform raportului Organizației Mondiale a Sănătății pe 2001 (<http://hfadb.who.dk>)

3 *Apud A Way of Life*, p.91

4 *Declarația de presă a Ministerului sănătății și Familiei*, 5 noiembrie 2002 (<http://www.gov.ro>)

5 Conform declarației făcute de Mihai Horga, director al Direcției de asistență familială și socială, în ziarul „Cotidianul”, 19 august 2002

Un studiu britanic efectuat pe 6105 femei, în perioada 1976-19796, a scos la iveală factorii importanți, care influențează morbiditatea postabortivă. Riscurile cele mai mari țin de locurile operației și de vârsta sarcinii. Contează foarte mult, de asemenea, vârsta femeii, procedura chirurgicală și „îndemânarea” medicului, tipul anesteziei, preexistența patologiei locale și obiceiul de a fuma al pacientei.

În România, din toate avorturile realizate începând cu 1994, aproape 10% din ele au fost urmate de complicații, dintre care 8% s-au manifestat imediat, iar 2% constituie sechele tardive.⁷

În literatura de specialitate nu există încă o definiție clară a complicațiilor avortului, fapt ce arată nivelul până la care se menține neglijarea acestei probleme. Acest fapt scoate în evidență lipsa de interes general, de la cei responsabili, oameni de știință, medici, până la nivelul cel mai cuprinzător al societății, pentru riscurile potențiale pe care le implică avortul. Specialiștii unui centru pentru controlul bolilor infecțioase au identificat aproape 100 de astfel de complicații. E adevărat, unele dintre ele sunt rare, iar altele nu amenință viața pacientei. În practica internațională însă au fost stabilite în jur de 30 de complicații fizice imediate.⁸

Autorii *Studiului Sănătatea Reproduserii România 1999* arată că majoritatea complicațiilor precoce, care au fost semnalate la femeile din România, au constat în hemoragii severe și prelungite (60%), dureri pelviene prelungite (59%), infecții pelviene (45%) și febră ridicată (43%). Dintre cauzele identificate, cea mai prezentă a fost perforația uterină (7% din avorturile complicate).⁹ Studiul nu a putut evalua gravitatea celorlalte complicații precoce (10%), cu excepția perforației uterine.

Totuși, numărul de zile de spitalizare determinate de complicațiile tardive poate fi un criteriu pentru stabilirea gravității complicațiilor. Statisticile arată că, în România, aproape jumătate din complicațiile imediate (44%) au necesitat una sau mai multe zile de spitalizare, iar 14% dintre ele au avut nevoie de un regim special de spitalizare, specific complicațiilor tardive.¹⁰ Majoritatea acestor afecțiuni au fost determinate de infecții pelviene și de complicații intrauterine. Un număr destul de mare de femei au rămas cu dureri pelviene cronice (16% dintre avorturile cu complicații tardive) și aproape un caz din șase dintre cele cu complicații tardive a fost urmat de sterilitate secundară.

Studii de specialitate arată că avortul constituie cauza cea mai probabilă a durerilor pelviene acute.¹¹ Durerile pelviene apar mai ales la femeile cu boli

6 *A Way of Life*, p. 91

7 Șerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.), *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 78

8 Cates W, Schultz K, Grimes D, *The Risks Associated with Teenage Abortion*, în “New England Journal of Medicine”, nr.309(11), 15 septembrie, 1983, p. 612-624

9 *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 78

10 *Ibidem*, p. 80

11 Heisterberg, Lars, *Factors Influencing Spontaneous Abortion, Dyspareunia, Dysmenorrhea, and Pelvic Pain*, în “Obstetrics and Gynecology”, nr. 81, 1993, p. 594.

inflamatorii postabortive. Această situație este determinată de tehnica chirurgicală folosită și, mai ales, de experiența medicului care a efectuat operația.

Metoda de chiuretaj implică un risc crescut pentru răni cervicale. Cel mai adesea, acest caz este întâlnit la adolescente. Rănilor cervicale influențează în mod negativ viitoarele sarcini. 12

Printre complicațiile majore ale avortului se numără inflamarea trompelor uterine, cauzate de infecții bacteriene și uter perforat. Pentru femeile infectate cu chlamydia, procedurile chirurgicale de avort sunt foarte periculoase. În România nu există date exacte privind evoluția acestei boli. În orice caz, *Studiul Sănătatea Reprodusei România 1999* arată valori mici ale evoluției acestei boli (0,6%, în 1999), situația arătând așa „probabil din cauza nivelului foarte scăzut de percepție a acestei boli la nivelul populației generale și a posibilităților limitate de testare în laborator a acestui tip de infecție în România” 13.

În țările occidentale, această infecție bacteriană transmisă sexual a devenit cea mai comună. Boala se instalează de obicei în zona cervixului și, neproducând simptome, poate să nu fie sesizată ani de zile. În timpul intervențiilor chirurgicale, prin intermediul instrumentelor, infecția se poate extinde asupra trompelor uterine. Țesutul și sângele rămase după avort în uter oferă condiții ideale pentru proliferarea microorganismelor. Studii efectuate în Marea Britanie arată că între 10 și 40% dintre femeile care solicită avort au chlamydia. Dintre acestea, între 10 și 25% dezvoltă infecții pelviene post-avort. 14

Statisticile din România, cu deficiențele pe care le-am sugerat, arată că aproape 40% din totalitatea femeilor consultate au diferite afecțiuni genitale. 15 Boala inflamatorie pelviană constituie un capitol de mare actualitate în ginecologie. Aceste inflamații, alături de cancer, determină consecințe nefaste pentru femei. Sechelele lor comune sunt sarcina extrauterină, durerile pelviene cronice și, în special, sterilitatea. Creșterea frecvenței acestor boli este determinată de recrudescența bolilor sexuale transmisibile, pe primul plan situându-se chlamydia și gonoreea. Estimările OMS arată o creștere de aproape 10 de ori a numărului de cazuri în România, față de celelalte țări din Europa Centrală și de Est. 16

Mai puțin luate în seamă, ca factori determinanți în diminuarea capacității de procreare, sunt avortul și contracepția. Începând cu 1990, în România, avortul a căpătat dimensiuni nemaîntâlnite oriunde în lume (în 1990, au existat aproape 1.000.000 de avorturi înregistrate în mod oficial, iar în 2000, aproape 250.000). În același timp, organizații transnaționale au finanțat asiduu programe de promovare a contraceptivelor moderne, într-o societate lipsită total de informații asupra consecințelor nefaste ale contraceptivelor, mai ales ale celor hormonale.

12 Cates W. *et al.*, *op.cit.*, p.612-624

13 *Studiul Sănătatea Reprodusei România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 362

14 *A Way of Life*, p. 91

15 Vârtej, Petrance, *Ginecologie*, București, Editurile All, p. 282

16 *Studiul Sănătatea Reprodusei România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 362

Bineînțeles că avortul chirurgical constituie cauza principală a infecțiilor postabortive, determinate de cauze multiple (răni cervicale, curățirea neglijentă a uterului etc.), care conduc la instalarea, în timp, a sterilității și pot provoca nașteri premature sau sarcini ectopice.

Un alt pericol major în cazul avortului îl constituie uterul perforat. Ratele înalte la perforare sunt determinate de utilizarea suplimentară a chiuretei chirurgicale, pentru a finisa avortul. Un studiu realizat în Norvegia arată că incidența uterului perforat apare în proporție de 1,66 la mia de avorturi, realizate de un singur doctor, în cazul sarcinilor de până la 10 săptămâni. Această traumă fizică are o incidență mult mai mare la avorturile efectuate la 15 săptămâni de sarcină (96,8%).¹⁷ Specialiștii susțin că detectarea poziției uterului și a mărimii acestuia imediat după operație conduce la o reducere simțitoare a riscului perforației.¹⁸ Laparoscopia și laparotomia sunt esențiale, dacă la controlul final s-a constatat perforarea uterului. În lipsa laparoscopiei și laparotomiei există riscul periclitării intestinelor și apariției unor sechele ce pot pune în pericol chiar viața femeii.

Avortul provocat crește incidența hipertensiunii. Un studiu efectuat în California (SUA) a arătat că „în comparație cu femeile care au născut, femeile care au avut un avort au un risc mai mare, din punct de vedere statistic, de deces cerebrovascular (5,46%). Aceasta este o dovadă că avortul provocat crește incidența de hipertensiune la femei”.¹⁹

Embolismul lichidului amniotic este o boală catastrofală și înseamnă o infectare a sângelui mamei cu lichid amniotic din conținutul placentei sau cu fragmente din țesutul fătului. Asemenea cazuri sunt deseori fatale. Boala apare cu o frecvență mai mare în cazul avorturilor tardive (după primul trimestru al sarcinii).²⁰

Multe complicații acute se dezvoltă în cadrul unui avort septic. În cazul unei septicemii, femeile pot suferi sindromul deficienței respiratorii, șocul septic, blocaj renal, embolii. Un avort septic poate sfârși și prin decesul femeii.²¹

1.2 Consecințe pe termen lung

Pe lângă riscurile determinate de avort cu manifestare imediată, există și multe pericole pe termen lung. În literatura de specialitate, în categoria acestor riscuri, domină cancerul de sân. Specialiștii nu au stabilit încă o legătură directă dintre avort

17 Conger S.B., Tyler Jr., C.W., Pakter, J. A., *Cluster of Uterine Perforations Related to Suction Curettage*, în "Obstetrics and Gynaecology", nr.40(4), octombrie 1972, p. 551-555

18 Moberg, Peter J., *Uterine Perforation in Connection with Vacuum Aspiration for Legal Abortion*, în "International Journal of Gynaecology and Obstetrics", nr. 14, 1976, p.77-80

19 Reardon D et al. - *Suicide Deaths Associated with Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of 173,279 Low Income American Women*, în "Clinical Medicine & Health Research", 25 aprilie 2001

20 Lawson et al., *Fatal Pulmonary Embolism during legal induced abortion in the United States from 1972 to 1985* în „American Journal of Obstetrics and Gynaecology”, nr. 162, 1990, p. 986

21 Faro, S., Pearlman, M., *Infections and Abortion*, New York, Elsevier, 1992, p. 42

și această maladie necruțătoare. Pe acest fapt se bazează răspunsurile reprezentanților industriei avortului, atunci când li se cere asumarea consecințelor devastatoare ale avortului.

O legătură între cancerul de sân și avort a fost precizată, însă, de medici încă de la începutul anilor '60, mai exact în 1957.²² Pornindu-se de la faptul că hormonii produși în timpul sarcinii au un efect protector, s-a ajuns la concluzia că avortul provocat induce o schimbare hormonală bruscă. Efectul acestei violențe afectează celulele sânelui, schimbare care, până la urmă, provoacă apariția cancerului.

Studii făcute în SUA (Universitatea din New York) arată că avortul determină creșterea riscului cancerului la sân cu 30%.²³ Riscurile cele mai mari se întâlnesc la femeile care avortează prima sarcină și la cele care au avut un avort înainte de 18 ani.

În România, se manifestă tendința de creștere anuală atât a cancerului de sân, cât și a celui de col uterin (50 de cazuri la 100.000 de femei, respectiv 30,7 de cazuri la 100.000 de femei).²⁴ O dată cu creșterea ratei, evoluează și vârsta minimă a apariției cancerului genito-mamar. În trecut, cancerul de sân predomina la vârste înaintate. Rar se întâlnea la femei sub 30 de ani și numai în mod excepțional, sub 25 de ani. Astăzi, spun specialiștii, au fost semnalate asemenea cazuri chiar la fete aflate la pubertate. După 1990, în România, s-a evidențiat tendința crescută a asocierii cancerului de sân și de col uterin cu mortalitatea. Această tendință are drept cauză defecțiunile sistemului sanitar, care nu poate dezvolta programe de depistare precoce și nu poate pune la dispoziție mijloace terapeutice eficiente în stadii incipiente ale bolii.

Nu se cunoaște încă o modalitate de a preveni apariția neoplasmului glandei mamare, însă este cert că diagnosticul precoce s-a dovedit a fi o cale de reducere a mortalității. Cu cât depistarea bolii se face mai devreme, cu atât tratamentul este mai eficient, mai puțin mutilant și necesită un efort financiar mai redus. Astfel se poate îmbunătăți nu numai rata de supraviețuire, ci și calitatea supraviețuirii. Datele existente despre conduita femeilor din România arată că, din păcate, între momentul în care femeia depistează, prin autopalpare, noduli la nivelul sânelui, ce pot trăda un cancer incipient (teoretic, curabil), și momentul prezentării la specialist trec, în medie, aproximativ doi ani. Aceste rezultate pledează în favoarea importanței programelor de educație pentru sănătate și de promovare a sănătății în salvarea vieții femeilor care sunt atinse de această boală. În 2001, au fost înregistrate în România aproape 3000 de decese, prin cancer mamar. Acest tip de cancer constituie cauza principală de deces prin cancer la populația feminină.

Cancerul de sân și cancerul de col reprezintă peste 50% din totalitatea cazurilor noi de cancer la femei în România. Într-un studiu efectuat de Institutul Oncologic

²² *A Way of Life*, p. 92

²³ *Ibidem*

²⁴ Vârtej, Petrace, *op.cit.*, p. 463

București, într-o perioadă de 20 de ani, din 27.243 de bolnavi de cancer, 18.070 constituiau femei. Anual, în România, se înregistrează peste 4000 de cazuri de cancer de sân și aproximativ 3000 de cazuri de cancer de col uterin. În 1993, de exemplu, au existat 4174 de cazuri noi de cancer de sân, cu 2475 de decese și 2748 cazuri noi de cancer de col, cu 1611 decese.²⁵ Conform datelor furnizate de OMS, România are cea mai mare rată a mortalității prin cancer de col uterin din Europa (33 cazuri la 100.000 de femei). Aceeași situație se întâlnește și în cazul cancerului de sân.²⁶

Depistate în forme precoce, toate aceste tipuri de cancer pot fi tratate. Cancerul mamar debutează mai ales la femei în vârstă de 40-45 de ani și poate fi depistat în faze inițiale, prin autopalpare și mamografie, investigație ce trebuie efectuată la 1-2 ani, dar și prin intermediul consultațiilor specifice, făcute în mod sistematic. În sistemul medical românesc, în mod teoretic, se practică metoda screeningului. După vârsta de 50 de ani, se recomandă asemenea investigații anuale. Screening-ul mamografic reușește să reducă cu până la 30% mortalitatea prin cancer mamar. În aplicarea acestor metode cu eficiență, un rol important îl are educația, în acest domeniu, a medicilor și a populației.

Din păcate, în România, după 1990, se resimte lipsa medicilor de specialitate. Mai ales această situație deficitară se manifestă la nivel local. Conform noii organizări a sistemului medical românesc, un rol important în depistarea precoce a cancerului de sân și de col îi revine medicului de familie. El are rolul de a populariza și de a da explicații femeilor asupra testelor de diagnostic precoce.

Ancheta efectuată de *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999* scoate în evidență faptul că doar 70% dintre femei practică un examen ginecologic de rutină.²⁷ În anul 1993, în această situație se aflau 56% dintre femei. Motivele invocate, în timpul anchetei, se referă la existența unor obstacole foarte mari în utilizarea serviciilor preventive. Lipsa educației determină 60% dintre femei să creadă că „nu au nevoie de un asemenea examen”.²⁸ Un alt motiv frecvent invocat a fost lipsa de timp (21%), urmat de teama de disconfort (9%).²⁹

Nici în ceea ce privește screening-ul pentru cancer de col uterin lucrurile nu stau prea bine. Deși proporția femeilor care au făcut un asemenea examen a crescut în perioada 1993-1999, de la 35% la 50%, specialiștii consideră că lucrurile nu s-au îmbunătățit semnificativ.³⁰

Efectuarea unui avort poate de asemenea să crească semnificativ riscul complicațiilor sarcinilor ulterioare. Studiile în acest domeniu scot în evidență faptul că femeile care au avut un avort comportă riscuri crescute la hemoragii, în prima

²⁵ *Ibidem*, p. 464

²⁶ *Ibidem*, p. 463

²⁷ *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 279

²⁸ *Ibidem*

²⁹ *Ibidem*

³⁰ *Ibidem*, p. 285

parte a sarcinii, la rupturi premature ale membranelor, la poziția anormală a copilului, la feți cu greutate mică și la nașteri premature. Complicațiile se amplifică în cazul femeilor care au avut două sau mai multe avorturi.

Există o legătură strânsă între avort și sarcina ectopică. Aceste sarcini apar atunci când embrionii se implantează pe trompele uterine și nu în uter. Hemoragiile interne, determinate de ruperea trompei uterine, care nu suportă copilul, pot avea consecințe fatale.³¹ Sarcinile ectopice apar mai ales în cazul prezenței cicatricilor de pe trompe. Aceste cicatrice, cauzate de folosirea neadecvată a chiuretei, împiedică zigotul „să se rostogolească” din trompe în uter. Sterilitatea este determinată, în multe cazuri, de cicatricile rezultate în urma tăieturilor chiuretei sau a infecțiilor. Cele mai expuse la acest risc sunt femeile care au recurs la unul sau mai multe avorturi. „Un studiu din 1981 arată că, printre femeile care au avut un avort pentru prima dată, a existat o creștere a riscului de 500% în incidența sarcinilor ectopice ulterioare. Un alt studiu a relevat faptul că riscul sarcinii ectopice a crescut cu 30% după un avort, și cu 160% după unul sau mai multe avorturi”.³² Tot în Statele Unite, în 1997, 17,6% dintre decesele materne aveau drept cauză sarcina extrauterină.

Studiile efectuate în SUA, arată că, în ultimii 20 de ani, în urma liberalizării avorturilor, incidența sarcinilor ectopice a crescut cu 600%.³³ Frecvența acestei afecțiuni variază între 0,58% - 1,3% din totalul nașterilor, în ultimii 20 de ani.³⁴

Pe lângă avort, sarcina ectopică este determinată din ce în ce mai mult de folosirea contraceptivelor estroprogestative și progestative și a dispozitivelor intrauterine.³⁵ DIU amplifică de 10 ori riscul sarcinii extrauterine la femeile cu leziuni de salpingită latentă, iar contraceptivele hormonale modifică mișcările peristaltice ale trompelor, „prin secrețiile steroidiene ovariene”.³⁶

Avortul rămâne cea mai importantă cauză directă a mortalității materne în România. Valorile rămân în continuare foarte mari, fapt care individualizează România din acest punct de vedere ca un caz special în Europa. În anul 2000, România se menținea pe primul loc în ceea ce privește mortalitatea prin avort și se situa pe locul 5 la mortalitatea prin risc obstetrical, în spațiul european. Numărul de decese scăzuse, în 1999, la 38, de la 44. Acesta este cel mai mic indice cunoscut în ultimii 20 de ani. Majoritatea femeilor decedate prin avort erau căsătorite (63,2%). În 2000, în urma decesului a 38 de femei au rămas orfani de mamă 59 de copii. Exceptând decesele prin sarcină extrauterină (6 cazuri), cauzele imediate ale morții

31 Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 324

32 *A Way of Life*, p.93

33 *Ibidem*

34 Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 326

35 *Ibidem*, p. 327

36 *Ibidem*

celorlalte femei (32) au fost infecția (59%), hemoragia (15%), embolia (3%) și alte complicații (21%).³⁷

Conform ultimelor date ale Organizației Mondiale a Sănătății, în 2001, decesele materne din cauza avortului (la 100.000 de născuți vii) aveau o valoare de 16,79.

1.3 Pericolele asupra sănătății psihice

1.3.1 Consilierea

Foarte puține femei cunosc ce efecte poate avea avortul asupra stării lor emoționale și psihice. Această realitate este ignorată de majoritatea instituțiilor din sistemul de sănătate și de educație ale României.

Nu există, în primul rând, în practica medicală, în acest domeniu, referiri la obligativitatea informării femeilor asupra consecințelor avortului. Sunt minimalizate riscurile asupra sănătății fizice și sunt ignorate total riscurile asupra sănătății psihice. Momentul consilierii ar trebui introdus prin legislație specială, cu caracter de obligativitate pentru toate activitățile din unitățile sanitare, care includ practicarea serviciilor de contracepție și avort. Necesitatea unor asemenea măsuri pornește de la situația ieșită din comun, raportată la spațiul Uniunii Europene, la capitoul avort. Un punct de vedere, împărtășit atât de adepții, cât și de adversarii avortului, constă în aprecierea că majoritatea populației este neinformată și dezorientată în acest domeniu.

În România, din primăvara anului 2003, se află în pregătire o lege care va obliga medicii să impună două zile de reflecție femeilor care vor să facă un avort. În decursul acestei perioade obligatorii de 48 de ore, femeile care intenționează să recurgă la avort, trebuie să beneficieze de consiliere privind riscurile avortului. De asemenea, ele ar putea primi informații cu privire la sursele de susținere, în cazul în care se hotărăsc să păstreze copilul.³⁸

Consilierea trebuie să dezbateze cu evaluarea datelor, căci informațiile furnizate au efecte diferite, de la un caz la altul. Marea majoritate a ginecologilor și obstetricienilor manifestă o atitudine subiectivă față de pacientele lor, minimalizând consecințele, pe termen scurt sau pe termen lung. Ignorarea consecințelor este determinată și de faptul că femeile nu rămân, în general, în grija medicilor care au efectuat avortul. Cei care ar putea evalua deci cel mai bine aceste cazuri nu mai au posibilitatea de a monitoriza evoluția post-avort a pacientelor și de a preîntîmpina eventualele complicații. În evaluarea datelor, nu trebuie neglijată situația concretă a

³⁷ *Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei în România, Anul 2000*, București, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, p. 12-19
³⁸ Ziarul „Adevărul”, 15 martie 2003

cazului, care diferă de la o pacientă la alta, în primul rând în funcție de numărul de avorturi suferite în timp.³⁹

Decizia asupra avortului ține în mare măsură de starea de șoc, de suferința personală în care se află o femeie ajunsă în fața medicului ginecolog-obstetrician. Nu toate pacientele vor acționa în același mod, chiar în circumstanțe similare.⁴⁰

Afla în stare de șoc, femeile își pot da consimțământul asupra avortului, fără să fie informate. De aceea trebuie să se acorde un timp de gândire unei asemenea paciente, necesar adaptării la situația ei și asumării informațiilor furnizate de medic.⁴¹ În fața deciziei de a avorta femeile cad pradă unei stări de criză, ceea ce diminuează capacitățile cognitive și psihice, necesare aprecierii informațiilor și găsirii soluțiilor optime.⁴²

Procedura de avort trebuie să cuprindă o minimă familiarizare cu problematica avortului, pornind de la argumentul că, în această situație, este implicată cel puțin o a doua ființă umană, fătul. Medicii trebuie să fie conștienți că, frustrând pacientele de o asemenea consiliere, își asumă o decizie morală, care poate avea consecințe nefaste și asupra lor.

Specialiștii americani consideră că sunt necesare câteva cunoștințe de bază, astfel încât o femeie să-și asume în mod responsabil decizia unui avort. De aceea consilierea trebuie să cuprindă, mai întâi, definirea avortului, prezentarea tipurilor de proceduri și expunerea la riscuri și sechele post-avort. Este necesară, de asemenea, prezentarea tuturor alternativelor la problemele sarcinii, care sunt avortul, adopția sau, în unele cazuri, mariajul.

În general, informațiile despre sexualitate și contracepție, în România, circulă în mod trunchiat, având în vedere că sursele lor cele mai active, presa și comunitatea restrânsă, sunt neadecvate. Un caz aparte îl constituie adolescențele, pentru care avortul implică costuri, la nivelul sănătății fizice și psihice, mult mai mari, decât dacă ar înfrunța presiunile societății, hotărând să nască și să păstreze copilul.

Un capitol important al consilierii ar putea să îl constituie furnizarea de informații despre sprijinul comunității acordat femeilor cu copii.⁴³ Factorii de natură religioasă sau cunoștințele despre sistemele de valori ale altor culturi și religii pot avea o influență ridicată în luarea deciziilor, atunci când femeile oscilează între avort și păstrarea sarcinii.⁴⁴

39 Stössel, Pius, *Myriam, de ce plângi? Sau trauma avortului*, Timișoara, Fundația Pro Vita Medica, 1998, p. 126-133

40 *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association*, în "Informed Consent", 1988

41 Hardison, Joseph E, *Uninformed Consent and Terms Without Definitions*, în "American Journal of Medicine", iunie 1983, p. 932-933

42 Riggs, Virginia P, *Regulating Abortion Services*, în "New England Journal of Medicine", 7 februarie 1980, p. 350

43 Kahn-Edrington M, *Abortion Counseling*, în "The Counseling Psychologist" nr. 8(1), 1979, p. 37-38

44 M Swiger et al., *Interview Follow-up of Abortion Applicant Dropouts*, în "Social Psychiatry", nr.11, 1976, p. 135-143

Foarte multe sarcini nedorite rezultă din eșecurile contracepției, fapt minimalizat de planificarea familială. În același timp, în multe cazuri, modul acesta de a raționaliza nașterile, care determină avorturi repetate, trezește conflicte în subconștientul acestor femei, iar stările emoționale, ale căror sursă o constituie necesitatea de a fi însărcinată, conduc, în final, la abandonarea contracepției.⁴⁵

Argumentele de ordin moral, care impun o reevaluare a considerațiilor despre sine, nu sunt suficiente, în multe cazuri, pentru conturarea unei decizii. De aceea pentru a trece mai ușor peste multele stări conflictuale, femeia, aflată într-o stare conflictuală, ar trebui să primească acel gen de informații, ce să-i permită formarea unei viziuni complete asupra situației sale.⁴⁶

Atât medicii, cât și psihologii susțin că schimbările somatice și psihologice, care se declanșează în timpul sarcinii, constituie argumente pentru a trata o asemenea stare ca pe una de criză.⁴⁷ Schimbările endocrine, cât și starea conflictuală psihică, de la nivelul subconștientului, sunt strâns legate de reorganizarea, la nivel biologic, a tuturor forțelor organismului. La nivelul psihicului, asumarea statutului de mamă poate induce un stres puternic. Aceste probleme de ordin individual pot fi evidențiate și conștientizate de persoanele care alcătuiesc mediul familial al viitoarei mame cu sprijinul celor care asigură consilierea.

Stările conflictuale sunt mult mai intense și mai diverse în cazul sarcinilor nedorite. Bineînțeles, reacțiile imature ale unei adolescente pot fi mult mai imprevizibile decât ale unei femei adulte, care este implicată într-o relație de căsătorie. Teama de sarcină nedorită sau chiar pasivitatea măresc vulnerabilitățile celor care utilizează contraceptivele. În mod inconștient, golul din suflet îi manipulează acțiunile unei femei aflate într-o astfel de stare, încât concepția constituie împlinirea de care are nevoie pentru a-și diminua comportamentul depresiv.⁴⁸

Avorturile repetate dau naștere unui sentiment contradictoriu față de contracepție. Există cazuri, analizate de psihologi, când dorința de a deveni mamă nu se suprapune întotdeauna cu dorința de a deveni însărcinată. Căci, în subconștient, există un reziduu, moștenit din copilărie, de rivalitate față de mamele lor.⁴⁹

45 Blumenfield M, *Psychological Factors Involved in Request for Elective Abortion*, „The Journal of Clinical Psychiatry”, ianuarie 1978, p.17-25

46 Friedlander, M.L.; Kaul, T.J. și Stirnel,C.A., *Abortions: Predicting the Complexity of the Decision-Making Process*, în “Women and Health” nr 9(1), Spring, 1984, p. 43-54

47 Bibring, Grete L., *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*, “Psychoanalytic Study of the Child”, 1959, nr. 14, p. 113-121

48 Raphael, B., *Psycho-Social Aspect of Induced Abortion*, în “Medical Journal of Australia”, nr. 2, July 1, 1972, p. 35-40

49 Tamian-Kunegel, I., *L'interruption volontaire de grossesse a répétition* în “Gynaecology, Obstetrics, Fertilization”, nr. 28, 2000, p. 137-140

În cazul femeilor, care își motivează în mod sistematic avortul din motive de sănătate psihică, stările lor conflictuale au surse mult mai adânci. Dintr-un studiu efectuat în Marea Britanie pe asemenea persoane a reieșit că aceste femei și-au justificat avortul, pornind de la eșecul strategiilor lor de a-și apropia bărbatii sau pornind de la conflicte nerezolvate din familia lor de origine. Sarcinile erau considerate nedorite, pornind de la intenția lor de a-și repara anumite dorințe sau având surse chiar unele dorințe de natură distructivă.⁵⁰

Se cunoaște deja că un avort dezvoltă un comportament agresiv, iar agresiunea țintește spre potențialul tată, spre propria persoană și, mai cu seamă, spre obstetrician.⁵¹

1.3.2 Sindromul post-avort

Convingerea că avortul afectează sănătatea mintală a femeii s-a consolidat de-a lungul timpului. Sindromul post-avort nu este recunoscut peste tot în lume, mai ales în România. Boala, căci o putem numi așa, a fost recunoscută de Asociația Americană de Psihiatrie, fiind definită ca o dereglare anxioasă, cauzată de un stres major personal, ce se naște după un eveniment grav, a cărui reacție se dezvoltă în timp.⁵²

Prof.dr. Wanda Poltawska, Polonia,⁵³ consideră că acest stres post-traumatic cuprinde trei etape, desfășurate pe o perioadă de câteva luni. Starea de depresie se manifestă cu preponderență printr-o abundență de gânduri de sinucidere și nevroze depresive, asociate cu tulburări de conștiință. Intensitatea acestor stări diferă de la caz la caz, fiind mai accentuate la femeile sensibile. Psihologii susțin că sindromul post-avort constituie de fapt un efect al atentatului la sensul vieții, pe care îl implică maternitatea, ceea ce declanșează tendințe de autodistrugere. Aceste tulburări au și un suport fiziologic, căci avortul produce un dezechilibru hormonal, accentuează tulburări organice. Este un fapt binecunoscut acela că starea de sterilitate, care se instalează, în multe cazuri, după avort, accentuează procesul de vinovăție.

Comportamentul agresiv pe care-l determină avortul se evidențiază prin ura față de partener sau prin instalarea frigidității. În cele din urmă, în cadrul unui cuplu, prezența acestei agresiuni determină ruperea relațiilor dintre parteneri. Atât depresia cât și agresivitatea aduc după ele, în timp, tulburări de personalitate, ce persistă vreme îndelungată.

Un stres extrem, afirmă psihologii, determină suferințe ce conduc la fragmentări ale sinelui. Aceste stări sunt potențate de sincope ale memoriei, de accentuarea

⁵⁰ Schmidt, R., Priest, R.G., *The effects of termination of pregnancy: A follow-up study of psychiatric patients*, în "British Journal of Medical Psychology" nr. 54, 1981, p. 267-276

⁵¹ Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 91-111

⁵² *A Way of Life*, p. 94

⁵³ *Apud* Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 126-133

manifestărilor violente, de lipsa sprijinului din partea celorlalți și de diminuarea încrederii până la lipsa de idealuri, scopuri și idei. Un astfel de om este predispus la relații distructive, posibile pe fondul unei sensibilități necontrolate.⁵⁴

Tulburările emoționale ce ating, în timp, cote înalte, sunt însoțite și de tulburări fizice, cum ar fi variații ale ritmului cardiac, hipertensiune arterială, migrene, tulburări gastrointestinale, dureri de bazin, pericol de naștere prematură la o nouă sarcină și tulburări ale somnului.⁵⁵ Stările depresive presupun și o accentuare a lăbilității emoționale, prin iritabilitate, schimbare bruscă a dispoziției, plâns spontan și teamă nejustificată.⁵⁶

Anxietatea fobică a fost determinată ca o reacție frecventă, asociată stresului post-avort. Coșmarurile sunt frecvente în puseurile de teamă excesivă. Psihologii au identificat trei categorii de coșmaruri pe care le trăiesc femeile care au avut un avort. Ele activează o întreagă simbolică despre judecăți și pedepse aspre, retrăiesc moartea copilului sau a fătului și se lansează în căutări îndelungate asupra unui lucru prețios.⁵⁷

Sindromul post-avort determină schimbări în relațiile din plan social și impun asumarea unui comportament, care are, de cele mai multe ori, un substrat distructiv. Un studiu efectuat în statul Washington, în perioada 1984-1987, arată că majoritatea femeilor care fumează în timpul sarcinii au, în istoria lor, câteva avorturi.⁵⁸ Acestea apelează mai des la alcool și la droguri. O cercetare sociologică, care a avut ca subiect grupul pacientelor de la Yale Haven Hospital, în perioada 1974 -1975, scoate în evidență faptul că femeile care aveau avorturi repetate erau într-un număr mai mare divorțate și trăiau mai degrabă din ajutoare sociale, față de femeile care se aflau la primul avort.⁵⁹

1.3.3 Vină și negare

Avortul, care se dovedește a fi o soluție radicală la o problemă apărută în mod neașteptat, lasă cicatrici și de natură fizică, și de natură psihică, urme ce vor dura luni și ani de zile. Efectele vor fi imprevizibile astfel că multe dintre femeile care, în adolescență, au apelat la avort, au declarat că foarte repede după aceea au rămas din

54 Brende, Joel O, *Fragmentation of the Personality Associated with Post-Abortion Trauma*, în "Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Newsletter" nr. 8(3), iulie/august 1995, p. 1-8,

55 Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 135-140

56 *Ibidem*

57 Speckhard, A.C., Rue, V.M., *Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern* în "Journal of Social Issues" nr. 48(3), 1992, p.95

58 Mandelson, M.T., Maden, C.B., Daling, J.R., *Low Birth Weight in Relation to Multiple Induced Abortions*, în "American Journal of Public Health", 82 (3), martie, 1993, p. 391-394

59 Shepard, M., Bracken, M., *Contraception and repeat abortion*, "Journal of Biosocial Science" nr.11,1979, p. 289-302

nou însărcinate pentru a atenua sentimentul de goliciune sufletească apărut după avort.

Vina este un sentiment strâns legat de valorile culturale ale unui om sau constituie un efect al violării valorilor fundamentale ale naturii umane.⁶⁰ Efectul emoțional al avortului este mult mai puternic în cazul femeilor cu convingeri religioase. Studiile sociologilor arată că femeile care acceptă avortul repetat au o natură mai puțin religioasă. Eileen Brydon, membru al organizației British Victims of Abortion, consideră că mulți „indivizi, ca și multe instituții, încearcă de foarte mult timp să judece avortul prin referire la conștiință, înțelegând prin asta că dacă o femeie alege să avorteze, alegerea este o chestiune stabilită între ea și doctorul ei”.⁶¹

Psihologii consideră că problema păcatului și a responsabilității morale trebuie privită cu mare atenție. Atitudinea față de cineva care trăiește intens asemenea sentimente, față de cineva care trăiește sentimentul păcatului trebuie axată chiar de la început pe înțelegerea deplină a stării acestuia, astfel încât să-i sporească suferințelor încrederea și respectul de sine. Răscumpărarea păcatului nu poate fi concepută dacă acea persoană se respinge și nu se poate ridica peste păcatele ei. În asemenea cazuri, cei care consiliază trebuie să țină cont de existența sindromului post-avort, iar discuțiile trebuie să aibă un caracter deschis. Această persoană trăiește de obicei în umbra vinei sale, neexplicate, dar reale, și doar sprijinul afectiv, care presupune eforturile de a-i da asigurările necesare recăpătării încrederii în sine și deschiderea acceptării în întregime, o va dezlipi de ura de sine. Dacă ea, cu sau fără asistență, va începe să-și accepte vina, calea spre însănătoșire se va deschide.⁶²

1.3.4 Repercusiunile avortului asupra celorlalți membri ai familiei și asupra medicilor

Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, în lume se produc anual între 40 și 60 de milioane de avorturi. Dacă adăugăm la acest număr de femei un altul, la fel de mare, al partenerilor lor, ajungem la concluzia că aproximativ 120 milioane de persoane, anual, sunt măcinate de problemele avorturilor. Luându-i în calcul și pe ceilalți din preajma unor asemenea familii - copii, bunici, frați, medici, prieteni etc. - acest număr cel puțin se dublează.⁶³

Efectele psihologice ale victimelor avortului, se știe, sunt transferate sau declanșate și la partenerii acestora. De altfel, atitudinea partenerului la apariția sarcinii are o însemnătate foarte mare asupra deciziei femeii. Un studiu efectuat de

⁶⁰ Lask, B, *Short-term Psychiatric Sequelae to Therapeutic Termination of Pregnancy*, “British Journal of Psychiatry” nr.126, 1975, p. 173-177

⁶¹ *A Way of Life*, p. 95

⁶² Mowrer, O. Hobart, *Sin, The Lesser of Two Evils*, în “American Psychologist”, mai, 1960, p. 301-304

⁶³ Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 117-125

Universitatea din Nebraska (SUA) a individualizat cele mai stresante evenimente ale unei sarcini: când o femeie a rămas însărcinată „din flori” și nu a primit sprijin din partea tatălui copilului sau când soțul ei nu dorește copilul.⁶⁴

În foarte multe cazuri, relația femeii cu bărbatul se deteriorează în perioada post-avort. În SUA, de exemplu, despărțirea devine iminentă în proporție de 80% la astfel de cupluri.⁶⁵ În această situație, atât femeile cât și bărbații manifestă tendința adoptării unui comportament violent.

Stările depresive determinate de avort au fost semnalate și de psihologi români. Astfel, dr. Aurel Clinciu consideră că „sentimentul de ușurare, determinat de acceptarea în pripă a soluției avortului, este înlocuit, în timp, de vinovăție, tristețe și regrete. Acest lucru se întâmplă mai ales în cazul mamei, în tentativa de a se atașa emoțional de viitorul copil. Depresia poate să nu iasă la suprafață decât la nașterea viitorului copil. La rândul lor, și bărbații sunt dispuși dificultății de a stabili relații cu viitorul copil. Bărbatul care a trecut printr-o experiență de avort este predispus să rămână insensibil la dezvoltarea următorului copil. Chiar și atunci, preocuparea sa va fi mai puțin normală, din cauză că ezită să se implice emoțional și să riște să fie iarăși rănit”.⁶⁶

Nu numai mama și tatăl sunt afectați de riscurile de natură psihică și emoțională a avortului. Au fost identificate o serie de probleme distincte și la copiii care au supraviețuit avortului. Acești copii manifestă stări repetate de neliniște, nesiguranță, iar între ei și părinți se instalează o lipsă de încredere. De asemenea, sunt predispuși mai mult la anxietate sau depresie și manifestă, de cele mai multe ori, diferite simptome psiho-somatice, cum ar fi durerile de cap sau abdominale.⁶⁷ Mutațiile la nivelul caracterului, începând cu adolescența, îi fac pe aceștia să fie mai vulnerabili la anxietate și depresie, iar, la maturitate, să manifeste cinism și reacții de nesupunere în fața autorității.

Există exemple care arată că medicii obstetricieni au avut de suferit de pe urma avorturilor pe care le-au efectuat. La nivel mondial, a fost constituită Societatea Centurionilor, organizație internațională care include foști medici care au practicat avortul.⁶⁸ Foarte mulți dintre aceștia, după perioada de recuperare, și-au asumat opinii pro-vita.

În România, o asemenea mișcare nu există în mod explicit. La Cluj și Timișoara, e adevărat, există un număr mai mare de medici ginecologi, susținători ai ideilor pro-vita, care nu practică avortul. Au fost emise și diverse opinii de către obstetricieni cu responsabilități importante în clinici de obstetrică-ginecologie, opinii care explică, în parte, lipsa de reacție a corpului medical la problemele avortului.

64 Helper, M., Cohen, R., Beitenman, E., Eaton, L., *Life Events and Acceptance of Pregnancy*, în “Journal of Psychosomatic Research”, nr.12, 1968, p. 183-188

65 Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 117-125

66 Ziarul „Monitorul de Brașov”, 23 septembrie 1999

67 *Ibidem*

68 *A Way of Life*, p. 97

afacere fără risc de faliment. Un instinct uman fundamental, și anume cel al sexualității, este speculat și comercializat”.⁷³

Prof.dr. Justin Diaconu, medic la Spitalul Clinic de Dermatovenerologie „Prof. Sarlat Longhin”, București, după statisticile pe care le are, declară că, în 2001, au existat 12.569 de cazuri de sifilis. La datele oficiale, ar mai trebui adăugate încă un număr de 8.000 de persoane infestate, care nu au putut fi încă identificate. „Răspândirea bolilor venerice și a sifilisului este influențată de fenomenul prostituției și de necunoașterea riscurilor activității sexuale de către tineri”.⁷⁴ Majoritatea prostituatelor, pe care le examinează, sunt bolnave de sifilis. La Centrul Național de Dermato-Venerice, la categoria de vârstă 10-19 ani, au fost înregistrate 1696 de cazuri, fete și băieți.

Față de țările din spațiul fostei URSS, în România, conform asigurărilor date de autorități, cazurile de sifilis congenital sunt ținute sub control, femeile însărcinate fiind monitorizate în perioada prenatală. O analiză a extinderii ratei la sifilis, în anii 1989-1999, cuprinsă în *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999*, a scos la lumină câteva din cauzele majore ale propulsării fenomenului. Există o strânsă legătură între creșterea numărului bolnavilor de sifilis și intensificarea migrației populației. O influență deosebită, de asemenea, au avut-o schimbările social-economice, care au dus la crearea diferențelor mari între veniturile oamenilor. Dezechilibrele au fost accentuate atât de amploarea răspândirii prostituției, cât și de comportamentul sexual ale tinerilor. În această perioadă, inițiindu-se reformarea sistemului de sănătate, s-a dovedit că infrastructura creată nu poate face față noilor realități.

1.4.2 HIV/SIDA

Afecțiunea cunoscută sub numele de SIDA apare la majoritatea persoanelor infectate cu virusul imunodeficienței umane (*human immunodeficiency virus* – HIV), virus care atacă în special limfocitele, celule implicate în apărarea corpului contra infecțiilor. Virusul poate sta în stare de latență o perioadă variabilă de timp, fără să producă simptomele îmbolnăvirii. După cercetările actuale, la aproximativ jumătate din persoanele cu acest virus, boala a apărut în primii 10 ani după infecție. Virusul se stabilește în mai multe tipuri de celule și în fluidele organismului. Transmiterea lui are loc prin expunere directă la sânge infectat sau prin activitate sexuală.

Pe plan mondial, boala a apărut la începutul anilor '80. În 1981, au fost raportate 200.000 de cazuri, în 152 de țări, iar până în 1989, au fost înregistrate 33,6 milioane de cazuri. Numai în 1989 au fost consemnate 5,6 milioane de îmbolnăviri la nivel mondial, ceea ce înseamnă că în fiecare zi au apărut 15.000 de noi infecții,

⁷³ Ibidem

⁷⁴ Ibidem

adică aproape 11 cazuri în fiecare minut. Numărul deceselor din cauza SIDA au ajuns, până în 1999, la 16,3 milioane (adulți și copii), din care 2,6 milioane în 1999.

În ultimii 20 de ani, programele de prevenire HIV/SIDA s-au axat pe distribuția pe scară largă a prezervativelor. Steve Mosher, președintele Institutului de Cercetare a Populației, consideră că aceste strategii nu numai că nu au avut efect, dar au contribuit la amplificarea în mod dramatic a acestei boli. „La nivel mondial, nu există nici cea mai mică dovadă că distribuția de vapoare cu prezervative ar fi avut vreun impact pozitiv. În cursul anilor '90, USAID a distribuit aproximativ 5 miliarde de prezervative în străinătate. Miliarde de alte prezervative au venit de la UNFPA, Agenția de Dezvoltare Externă a Marii Britanie și alți furnizori. Cu toate acestea, în ciuda acestor „râuri” de prezervative care au curs spre țările în curs de dezvoltare, rata infecției cu HIV/SIDA în aceste zone a continuat să crească, atingând nivele amețitoare. Numărul victimelor a crescut de o mie de ori, de la 40 de mii în 1990, la peste 40 de milioane în 2000.”⁷⁵ „Un articol recent publicat de revista britanică „Lancet” arată că abordarea bazată pe utilizarea prezervativului, prin crearea unei false păreri de protecție utilizatorilor, nu numai că a eșuat în stoparea răspândirii SIDA, ci de fapt a dus la exacerbara situației. Autorii fac o paralelă între legea utilizării obligatorii a centurii de siguranță, destinată scăderii dramatice a numărului de victime ale traficului. În loc să scadă, numărul acestora a rămas exact același, deoarece conducătorii auto, simțindu-se mai în siguranță, se angajau în situații de risc, pe care altfel le-ar fi evitat. Probabil acesta este unul dintre motivele pentru care, în ciuda distribuției masive de prezervative în străinătate, rata infecției cu HIV/SIDA continuă să crească.”⁷⁶ În cadrul emisiunii „Sexul și Sfântul Scaun”, difuzată de Canalul BBC1, Cardinalul Alfonso Lopez Trujillo, președintele Consiliului Pontifical pentru Familie, a declarat: „Virusul, care provoacă SIDA este de 450 de ori mai mic decât spermatozoidul, poate trece, uneori, prin prezervativ. Aceste limite ale nesiguranței ar trebui să reprezinte o obligație din partea ministerelor de sănătate, care ar trebui să se mobilizeze în același mod, în care o fac cu privire la consumul de tutun, considerându-l un pericol.”⁷⁷

Ca și în privința sifilisului, România se situează în topul țărilor din Europa, mai cu seamă la capitolul copii bolnavi de HIV/SIDA. În 1990, autoritățile românești au recunoscut prezența unei epidemii HIV/SIDA, care debutase cu câțiva ani în urmă.⁷⁸ Fenomenul a atins cote nemaîntâlnite în altă țară europeană. După 1994, s-au înmulțit și cazurile de infecție cu HIV la adulți.⁷⁹ În 1997, sistemul național de supraveghere a raportat un total de 4725 de cazuri de SIDA, dintre care 4226 la copii și 499 la adulți. Numărul de copii diagnosticați cu SIDA scade cu 10 cazuri anual,

⁷⁵ Mosher, Steve, *Metoda BBC de prevenire a HIV/SIDA*, <http://www.pop.org>

⁷⁶ *Ibidem*

⁷⁷ Ziarul „Adevărul”, 10 octombrie

⁷⁸ Vezi capitolul VII, Eșecul politicilor demografice comuniste

⁷⁹ Kligman, Gail, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu*, București, Humanitas, 2000, p. 347

începând din 1993. Situația de criză de dinainte de 1989, situație care a determinat epidemia, s-a îmbunătățit. A crescut siguranța folosirii sângelui pentru transfuzii, a început să se utilizeze doar seringile de unică folosință și a scăzut numărul tratamentelor cu injectabile.

În paralel cu îmbunătățirea situației la copii, a crescut incidența bolii la adulți. În perioada 1995-1997, numărul cazurilor aproape s-a dublat (de la 265, la 499). Cel puțin jumătate dintre acestea sunt rezultatul infecțiilor heterosexuale, iar o parte însemnată prin folosirea în comun a seringilor, în cazul utilizării drogurilor injectabile. La 1 ianuarie 2001, fusese înregistrat un total de 9.763 de cazuri cumulate – copii și adulți. 80

1.4.3 Controlul deficitar al bolilor cu transmitere sexuală

În România nu există informații exacte în legătură cu evoluția bolilor cu transmitere sexuală. Înainte de 1989, funcționa un sistem centralizat de supraveghere. Actualmente, datele despre HIV/SIDA, sifilis și gonoree provin din rapoartele medicilor, care, după cum prevede legea, trebuie înregistrate.

Singura boală care beneficiază de o monitorizare cât de cât exactă este sifilisul. Controlul se aplică în general pacienților spitalizați, donatorilor de sânge, femeilor însărcinate, pacienților cu boli cu transmitere sexuală, deținuților, prostituatelor și celor care utilizează droguri cu administrare intravenoasă. Informațiile, care circulă în rețeaua națională a serviciilor medicale, sunt furnizate de clinicile și spitalele de dermato-venerologie.

Cei infectați cu sifilis beneficiază de tratament gratuit. Prin lege, pacienții au obligația de a comunica partenerilor lor că sunt infectați (Decretul 141/1953). Celelalte boli cu transmitere sexuală - gonoreea, tricomonaza, candidoza, infecția cu chlamydia - pot fi diagnosticate și tratate de medici de obstetrică-ginecologie și de personalul medical din unele clinici de planificare familială. Foarte multe cazuri se tratează în sectorul privat, ceea ce face ca multe dintre acestea să nu se regăsească în statisticile oficiale, din cauza confidențialității datelor.

Supravegherea stării infecției HIV are un regim special, care asigură diagnosticare, raportare și tratament în clinicile de boli infecțioase. În general, testarea HIV este voluntară, excepție făcând donatorii de sânge, gravidele, grupurile de oameni cu risc înalt de infecție din rețeaua de sănătate națională sau de la unitățile sanitare.

Studiul *Sănătatea Reproduserii România 1999*, publicat în 2001, arată că cele mai frecvente infecții cu transmitere sexuală, diagnosticate la femei, au fost

80 Relansarea reformei în domeniul sănătății. Strategii naționale în domeniul sănătății”, Ministerul Sănătății și Familiei, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Snagov, 5 decembrie, 2001, p. 74

candidozele vaginale și tricomonas. Incidența acestor boli crește o dată cu numărul de parteneri avuți de-a lungul vieții. La bărbați, cele mai des diagnosticate cazuri au fost gonoreea, tricomonaza și sifilisul. Este greu însă de aflat care sunt datele reale.

Rezultatele anchetei *Studiului Sănătatea Reproduserii România 1999* au evidențiat o situație la sifilis și la gonoree de 10 ori mai mare, printre bărbații de 15-49 de ani, decât cea estimată de OMS pentru România.⁸¹ Oamenii, pe de o parte, privesc bolile cu transmitere sexuală, care nu au simptome deosebite, cum ar fi gonoreea, cu mai puțină seriozitate, considerând că sunt mai ușor de tratat, iar, pe de altă parte, manifestă multă teamă față de stigmatul social. De aceea ei se îngrijesc mai mult în sectorul privat sau la domiciliu, situație care face ca cele mai multe cazuri să nu fie consemnate în rapoartele oficiale.

Reforma sistemului de sănătate a impus o nouă politică medicală, care se bazează pe prevenția primară. La nivelul Ministerului Sănătății și Familiei, există un departament de medicină preventivă, responsabil de dezvoltarea unei strategii naționale de promovare a sănătății. Au fost create politici speciale, care presupun programe separate pentru HIV/SIDA și celelalte boli cu transmitere sexuală. Totuși, punerea în practică a acestor programe nu a dat rezultate. O primă cauză a acestor ineficiențe o constituie lipsa informațiilor corecte privind multiplele amenințări ale bolilor cu transmitere sexuală la nivelul populației. Oamenii capătă asemenea date mai ales din presă. Rolul mass-media a fost foarte important, de asemenea, în prezentarea epidemiei SIDA, în perioada 1990-1993.⁸² O altă sursă, la fel de importantă, dar care nu asigură acuratețe, o constituie mediul social, adică prietenii și cunoștințele (23%).⁸³ Și acest fapt evidențiază lipsa serviciilor de consiliere. Un procent insignifiant (3%) de oameni cred că cea mai bună sursă de informare o constituie educația sexuală în școală și acasă. În general, oamenii au tendința de a subestima riscul acestor infecții, iar starea de ignoranță este prezentă mai ales în mediul rural.⁸⁴ Doar HIV/SIDA creează neliniști.

1.5 Educația sexuală în familie și în școală

În ultimii ani, în toată lumea, se remarcă o creștere a atenției adolescenților pentru sexualitate. Schimbările culturale și de natură socio-economică au făcut ca tinerii să devină activi sexual la vârste din ce în ce mai mici. Studiile arată că din ce în ce mai mulți tineri din România, ca cei din toate țările europene, își încep viața sexuală înainte de căsătorie. Această situație determină creșterea, în același timp, a numărului de parteneri sexuali și a bolilor cu transmitere sexuală.

⁸¹ *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 362

⁸² *Ibidem*, p. 351-352,

⁸³ *Ibidem*

⁸⁴ *Ibidem*, p. 370-371

Amplificarea vieții sexuale și creșterea numărului de adolescenți și tineri, care își încep viața sexuală înainte de căsătorie, face să se mărească și numărul de sarcini așa-numite „nedorite”. Din păcate, instituțiile de specialitate din România, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației nu au găsit încă răspunsuri adecvate la aceste probleme, iar societatea civilă nu este pregătită pentru activități complexe, care cer experiență de organizare și costuri mari financiare. Lucrurile se dovedesc a fi greu de controlat și pentru că lumea românească se află într-o schimbare foarte rapidă. „Este trist și revoltător să vedem tot mai multe adolescente însărcinate, care aleg pruncuciderea drept rezolvarea problemelor”,⁸⁵ declară președintele Ion Iliescu, pus în fața acestei situații.

Dr. Christa Todea-Gross, coordonatoarea Proiectului „Pentru Viață” de la Cluj-Napoca, creionează un tablou sumbru: „Datele statistice obținute în urma procedurilor de consiliere, efectuate la Clinica de Obstetrică-Ginecologie I, cu aprobarea binecunoscutului profesor universitar dr. Ioan V. Surcel, arată faptul că, în anul 2002, în Clinicile de Obstetrică și Ginecologie din Cluj-Napoca, s-a înregistrat un număr mare de avorturi în rândul elevelor și studentelor. Un procent de 20% dintre acestea au fost efectuate «la cerere». Dacă în anul 2001, elevele care solicitau un avort erau majoritatea din clasele a XI-a și a XII-a, în ultimul timp (în special, pe parcursul anului 2003), vârsta lor a scăzut foarte mult, majoritatea dintre solicitante fiind din clasele a X-a și a IX-a. Mai mult, au început să solicite avort și eleve de clasa a VIII-a.”⁸⁶ „Sunt multe eleve cu 2-3 avorturi, vârsta lor scade tot mai mult și mă simt obligată să sesizez direcțiunile școlare, inspectoratele școlare și, nu în ultimul rând, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației, pentru a se lua măsuri de prevenire a acestor probleme atât de grave și atât de actuale.”⁸⁷

Profesorul universitar dr. Justin Diaconu, de la Spitalul Clinic de Boli Dermato-Venerologie „Prof. Dr. Scarlat Longhin”, București, susține că limita debutului în viața sexuală la fete a ajuns în jurul vârstei de 9 ani, justificând astfel trista realitate: „Relaxarea morală de după revoluție a permis apariția acestui fenomen”.⁸⁸ În 1999, conform studiilor efectuate de autorități, vârsta medie a primului contact sexual era de 19,5 ani, în descreștere față de 1993, când această vârstă era de 20,5 ani. Proporția femeilor care și-au început activitatea sexuală, înainte de 20 de ani, era de 56%, în timp ce, la bărbați, la aceeași vârstă, era de 80%.⁸⁹

Educația sexuală a adolescenților și tinerilor constituie un domeniu care nu a fost destul dezvoltat și analizat. Rezultatele înregistrate în țările occidentale ridică semne de întrebare asupra strategiilor aplicate. În anii '80, în școlile și liceele din

⁸⁵ Ziarul „Curentul”, 10 martie 2003

⁸⁶ Dr. Todea-Gross, Christa, vezi Dosar Provita Media nr. 30 (<http://www.provita.ro>)

⁸⁷ Dr. Todea-Gross, Christa, vezi Dosar Provita Media nr. 27 (<http://www.provita.ro>)

⁸⁸ Ziarul „Național”, 4 martie 2003

⁸⁹ *Relansarea reformei în domeniul Sănătății. Strategii naționale în domeniul Sănătății*, MSF, CNAS, Snagov 5 decembrie 2001, p.74

SUA, a început să se predea educația sexuală. Adolescenții și tinerii primeau mai ales informații despre cum să evite consecințele relațiilor sexuale („sarcini nedorite” și BTS). La acestea se mai adăugau indicațiile despre avorturi și despre utilizarea mijloacelor contraceptive. Chiar de la început s-a înțeles că aceste mesaje vor eroda relațiile de familie, pornind de la excluderea totală a părinților din acest tip de comunicare. Organizațiile de planificare familială (cu precădere International Planned Parenthood Federation, care are reprezentare la nivel internațional, inclusiv în România, prin organizația SECS) au nesocotit în mod programatic crearea unui cadru moral, necesar înțelegerii corecte a temelor de pe agenda educației sexuale. Activiștii planificării familiale aveau alte „ținte”. Astfel, au impus tinerelor generații o concepție hedonistă despre educație. Desacralizarea sexualității a accentuat viața sexuală. Fenomenul vieții sexuale precoce face deja multe victime. Crește amenințător numărul de adolescente însărcinate în afara căsătoriei, SUA și Marea Britanie fiind campioane. Aceste experiențe triste trebuie să constituie teme de meditație pentru reprezentanții instituțiilor românești, care pregătesc programe de educație sexuală.

Până în 2003, în România, au fost semnalate câteva încercări sporadice de implementare a unor programe de educație sexuală în școli. Prof.dr. Daniela Călugăru și Ioan Leon Naroși, de la Direcția Activități extrașcolare a Ministerului Educației și Cercetării, care se ocupă cu punerea în practică a unui asemenea program la nivelul Bucureștiului, recunosc că „nu au fost obținute rezultatele scontate” până acum.⁹⁰ Prof. dr. Justin Diaconu a propus Parlamentului, de mai multă vreme, un program adecvat de educație sexuală. Comisia de Învățământ și cultură „a apreciat că programul este bun, însă nu există bani ca el să fie pus în practică”.⁹¹

Consiliul Național pentru Curriculum al Ministerului Educației, Cercetării și Tineretului a elaborat și publicat în august 2003 „Programe pentru sănătate, clasele I – XII-a”. Coordonatorul acestui program, Ioan Leon Naroși, director general la Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului, consideră că tema vieții sexuale trebuie abordată în programele școlare pentru că „este firesc să fie abordată. Vedem că, în ultimul timp, televiziunile, la ore de maximă audiență prezintă violuri, fetițe la vârste din ce în ce mai fragede, care nasc sau care-și omoară pruncii, care au boli cu transmitere sexuală. Era de datoria noastră să ne ocupăm de această problemă, apelând la psihologi și la specialiști în ceea ce înseamnă igiena sexuală și viața sexuală asumată. Până acum, în școli, erau prezentate asemenea teme, în cadrul orelor de dirigenție. Existau forumuri de discuții, pe care unii diriginți mai înimoși le produceau cu specialiști din sănătate sau din cadrul unor structuri neguvernamentale. De asemenea, existau programe pe care ministerul nostru le-a agreat și le dezvoltă în parteneriat cu diferite structuri neguvernamentale, în care se pune un accent mai

⁹⁰ Ziarul „Național”, 4 martie 2003

⁹¹ Ibidem

mult sau mai puțin pe educația sexuală. Chiar pe ideea de contracepție. Exista o sumă de activități, pe care noi nu le-am considerat foarte consistente și unitare.”⁹² Acest program, însă, a stârnit multe reacții din partea susținătorilor pro-vita, considerându-se, în general, că multe idei din cuprinsul său vor determina pervertirea conștiinței copiilor și incitarea lor la viața sexuală, ceea ce presupune înclinarea lor spre contracepție și avort.

Mai multe organizații pro-vita au anunțat, la Conferința organizațiilor de acest profil, organizată la Băile Herculane, în perioada 10-12 mai 2003, că promovează asemenea activități destinate educării adecvate, în spirit pro-vita, a adolescenților și tinerilor. Organizația „Pași spre viață”, de la Târgu Jiu, a susținut un curs de educație sexuală la trei licee din oraș. Adolescenții, tinerii și profesorii au manifestat o mare deschidere. Extinderea acestor programe poate avea loc în condițiile existenței a cât mai multor formatori de opinie, de preferat ca aceștia să se regăsească printre profesori, diriginți sau alți reprezentanți ai școlilor și liceelor. Fundația RCE „Speranța copilului”, Arad, a anunțat deschiderea unui program de consiliere pentru prevenirea avorturilor. Acesta va fi destinat femeilor în criză, elevilor de liceu sau de școală generală, studenților și familiilor. Din experiența acumulată până acum de această organizație, reiese că succesul programului ar putea crește, dacă ar fi atrași mai mulți profesori, medici și părinți. Asociația „ACU – Slujirea vieții”, Iași, a inițiat primul curs de educație sexuală pro-abstinență. În paralel, a organizat acțiuni de instruire pentru consiliere maritală la Biserica Catolică și de educație prenatală în mediul rural. Concluziile dezbaterilor pe tema educației în spiritul familiei, concluzii sintetizate de Fundația „Eстера”, Timișoara, sunt: „crearea unui curs unitar de consiliere și educație sexuală, introducerea în manualul de anatomie de liceu a informațiilor exacte despre evoluția sarcinii, crearea unor centre profesionale de consiliere”.⁹³ O activitate intensă în școlile și liceele din Cluj și Iași au desfășurat Asociația Filantropică Medical-Creștină „Christiana”, Cluj prin Proiectul „Pentru viață”, coordonat de dr. Christa Todea-Gross și organizația „Primul Pas”, de la Iași. Dr. Christa Todea-Gross de la organizația Cluj și Mihaela Simion, „Primul pas”, Iași, au redactat scrisori de protest la actuala stare de lucruri, arătând, în mod explicit, care sunt căile adecvate pentru abordarea unei educații sexuale folositoare pentru copii și adolescenți, scrisori care au fost adresate ministrului Educației, Cercetării și Tineretului, în luna octombrie 2003.

Alte organizații, cum este Asociația Medicilor Creștini din România, consideră că „abstinența este o soluție temporară, ea nu poate fi impusă ca regulă, ca disciplină de viață. Cred, însă că ar trebui să se vorbească mai mult despre abstinență, despre beneficiile ei. Abstinența sexuală, încadrată într-un context al autodisciplinării, al

92 Dosar Provita Media nr.27 (<http://www.provita.ro>)

93 Scrisoare către autorii volumului de la Fundația „Eстера”, Timișoara, 13 iunie 2003

restricționării personale, al redirecționării spre alte scopuri, este foarte binevenită. Dar extremele, și într-o parte, și în alta, sunt dezastruoase”.⁹⁴

Înainte de 1990, în România, informațiile despre biologia reproducerii erau oferite de către profesori în licee la orele de biologie și anatomie. Cele despre bolile cu transmitere sexuală rămâneau în sarcina personalului medical asociat. După 1990, mai multe fundații și organizații neguvernamentale, ce susțin planificarea familială, au început să ofere, în școli și licee, consiliere privind „sănătatea reproducerii”. Din păcate, multe dintre informațiile puse la dispoziție de susținătorii *planning-ului* familial, deosebit de activi, sunt trunchiate. Cei care le oferă nu urmăresc decât folosirea pe scară largă a contraceptivelor. Discursurile lor se rezumă la o publicitate mascată a acestor „produse”, uitând să adauge informații utile despre consecințele nefaste, de ordin moral și fizic, ale avortului și ale unei vieți sexuale prea timpurii.

Este bine să se meargă la cauzele adânci ale acestor realități. Părinții și profesorii bine informați pot oferi copiilor o educație sexuală cuprinzătoare. În același timp, sunt îndreptățiți să creeze o atitudine morală, capabilă să facă față valului de pornografie și violența exacerbată din mass-media. „Standurile cu reviste porno, literatura pornografică, programele de televiziune, care încurajează crima și abuzul de droguri și care iau în derâdere moralitatea, buna creștere și comportamentul adecvat, contribuie la crime, ilegalități și violuri. Să încetăm să mai fim permisivi și să ne îndreptăm atenția asupra prevenirii acestor probleme enumerate mai sus”.⁹⁵ Tot mai multe studii și cercetări efectuate de sociologi și specialiști în sexologie scot în evidență lucruri demne de luat în calcul atunci când se elaborează programe de educație sexuală pentru școli și licee.

1.5.1 Rolul familiei asupra comportamentelor sexuale ale copiilor

Cercetări efectuate în Statele Unite, la Universitatea Southwest Texas, au semnalat o strânsă legătură între comportamentul violent al părinților și activitatea sexuală precoce a adolescenților. De asemenea, tinerii ai căror părinți fumează și consumă alcool au o probabilitate mai mare de a începe foarte timpuriu viața sexuală. Conexiunile merg și mai departe – părinții care fumează și beau alcool își împing copiii, prin comportamentul lor, spre droguri și spre comiterea de infracțiuni.

Cercetătorii au constatat că adolescenții ai căror părinți fumau și beau alcool sunt mai mult predispuși să se angajeze în relații sexuale, înainte de vârsta de 16 ani. De asemenea, un studiu realizat de Universitatea din Minnesota pentru *US National Longitudinal Study of Adolescent Health*, a analizat informații despre comportamentul sexual al 19 000 de adolescenți cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani,

⁹⁴ Interviu cu dr. Radu, Ileana, medic de familie, psihoterapeut, vicepreședinte al Asociației Medicilor Creștini din România, *Dosar Provita Media*, nr.14, mai 2003 (<http://www.provita.ro>)

⁹⁵ Grady, John (1967) „Abortion Yes or No?”, Rockfor, Illinois, Tan Books and Publishers, Inc, p. 15

subliniind faptul că părinții servesc drept modele esențiale pentru copiii lor.⁹⁶ Un comportament impropriu va determina, cu o probabilitate ridicată, tendințe similare la cei din jur aflați în formare.

Raportul privind Excluderea Socială (1999) dezvăluie faptul că elevii de 14-17 ani, care locuiesc cu ambii părinți, sunt supuși unui risc mai mic de a avea relații sexuale precoce, comparativ cu cei care au un singur părinte.

Adolescenții, care primesc de la părinți o bună educație sexuală, sunt tentați mai puțin să înceapă o viață sexuală de timpuriu. Există șansa unei comunicări calitative despre sex atât pentru fete, cât și pentru băieți, atunci când există doi părinți în familie, și nu unul.⁹⁷

Adolescentele sunt mai puțin expuse riscului de a începe o viață sexuală precoce, dacă mamele lor, stabilind o relație strânsă, comunică deschis despre sexualitate cu ele, este concluzia unui studiu, publicat de Universitatea din Minnesota. S-a observat, de asemenea, că mamele au o influență mai mică asupra fiilor decât asupra fiicelor. Băieții se lasă mai ușor influențați în această chestiune de tații, frații sau colegii lor.⁹⁸

1.5.2 Educația sexuală prin promovarea abstenenței

Ministerul Sănătății și Serviciilor Umane din SUA, urmărind prevenirea sarcinilor în rândul tinerelor, „promovează amânarea activității sexuale ca cel mai eficient mod de a preveni sarcinile printre adolescente și bolile cu transmitere sexuală la tineri...”⁹⁹ Organizația Mathematica Policy Research din SUA, care realizează cercetări în mod independent asupra implementării programelor de educație sexuală, finanțate la nivel federal, a emis recent un raport provizoriu. În același timp, Congresul SUA analizează eficacitatea programelor de abstenență, urmărind: reducerea activității sexuale în rândul tinerilor și convingerea tinerilor că experiența sexuală trebuie începută la timpul ei. Organizația a cercetat timp de 4 ani

⁹⁶ BBC Online, 18 septembrie 2002. Articolul poate fi citit la

<http://www.bbc.co.uk/1/hi/health/2264447.stm>

⁹⁷ McNeely et al, *Mothers' influence on the Timing of First Sex Among 14 and 15 year-olds*, „Journal of Adolescent Health”, nr.31, 2002, p. 256-265; <http://www.allaboutkids.umn.edu>

⁹⁸ BBC Online, 30 august 2002, la <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/2223115.stm>; Blake S.M. et al, Effects on parent-child communications intervention on young adolescents' risk for onset of early intercourse, *Family Planning Perspectives*, 2001, nr. 33, p. 52-61

⁹⁹ Mathematica Policy Research, *The Evaluation of Abstinence Education Programs Funded Under Title V Section 510: Interim Report*: <http://www.mathematica-mpr.com/PDFs/evalabstinenc.pdf> HHS teen pregnancy statistics and policy: US Department of Health and Human Services, HHS fact sheet, 31 ianuarie 2002, la <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/teenpreg.html> și, Comunicat de presă, 6 iunie 2002, la: <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/teenpreg.html>

implementarea programelor de educație sexuală, care promovează abținerea sexuală în SUA.

În 1996, Congresul american a aprobat o sumă anuală de 50 de milioane de dolari pentru promovarea abținerei. Finanțarea a devenit disponibilă pentru toate statele, în 1998, în conformitate cu precizările Secțiunii 510 a Legii Protecției Sociale. Programele de educare prin abținere, ce folosesc fonduri obținute pe această cale, promovează un mesaj clar în acest sens și nu susțin utilizarea contraceptivelor. Congresul SUA intenționează să crească sumele de bani alocate promovării abținerei sexuale la adolescenți, de la 50 de milioane de dolari, la 135 de milioane anual. În peste o treime din școlile americane este predată educația sexuală, susținându-se ideea abținerei sexuale până la căsătorie, în cadrul a 700 de programe, susținute în toate statele.

Organizația Mathematica Policy Research a subliniat că “majoritatea participanților la aceste programe arătau o deschidere mare față de criteriile impuse” și că “educarea prin această metodă oferă mai mult decât un simplu mesaj în favoarea abținerei”. Aceste programe pun accentul pe învățarea autocontrolului, pe cultivarea valorilor și formarea caracterului și personalității, evitându-se manifestarea unui comportament riscant. „Tinerii arată mai multă receptivitate în special la personalul care dovedește un angajament puternic și fără echivoc, în concordanță cu mesajul programului”.¹⁰⁰

Evaluările scot în evidență că mesajele și-au făcut efectele: comportamentul în favoarea acestei atitudini a crescut foarte mult printre adolescenți. Numărul liceenilor, care declară că au avut relații sexuale, a scăzut de la 54%, în 1991, la 46%, în 2001. Rata sarcinilor printre liceene a scăzut, în schimb au crescut utilizarea prezervativului și nivelul bolilor cu transmitere sexuală, realitate confirmată de statisticile Centrelor SUA pentru Controlul Bolilor.¹⁰¹

La sfârșitul anilor '80, a fost înregistrată o creștere constantă a nașterilor în rândul adolescentelor. În perioada 1991 și 2001, însă, de la introducerea acestor programe, în toate cele 50 de state, fenomenul nașterilor timpurii a intrat în declin. La nivel general, din 1991, numărul sarcinilor la adolescente a scăzut cu 26%. Din analiza rezultatelor programelor „pentru virginitate”, publicate în revista *The Journal of the American Medical Association*, reiese că nivelul activității sexuale printre adolescenții, care au adoptat un astfel de comportament, era cu 25% mai mic în comparație cu cei care nu și-au asumat un asemenea model de viață. ¹⁰²

Un raport al UNICEF subliniază faptul că Marea Britanie se află pe locul doi în topul țărilor dezvoltate cu rata gravității mare la adolescente. Pe lângă cauza deficienței educației sexuale, studiul arată că această situație a fost determinată de

¹⁰⁰ *Ibidem*

¹⁰¹ Abstinence funding: *Newsweek*, 9 decembrie 2002, http://ar.nesbank.com/arsearch/weArchives?p_action=doc&p_docid=0F7D395248

¹⁰² *Ibidem*

existența convențiilor sexuale prea relaxate. Adolescenții nu sunt pregătiți să facă față presiunilor privind sexualitatea.

Numărul nașterilor în rândul adolescentelor din Marea Britanie, cu vârstă cuprinsă între 15 și 19 ani, se ridică la 30,8 de cazuri la 1000 de nașteri în 1998. În aceeași perioadă, S.U.A. avea cea mai înaltă rată, de 52,1 de cazuri la 1000 de nașteri. Cifrele din 2001 arată că a existat o scădere a acestui coeficient, ajungând la 45,9 cazuri la 1000 de nașteri în SUA. Cea mai mică rată, în țările din Uniunea Europeană, a fost atinsă în Elveția (5,5 cazuri la 1000 de nașteri).

Carta Albă a guvernului Marii Britanii, intitulată *Graviditatea în rândul adolescentelor*, arată că, în 1999, doar 10% din aceste sarcini apăreau în cupluri căsătorite. Cu douăzeci de ani în urmă, situația era mult mai bună, corespunzând unui procent de 60%. „Cifrele subliniază o problemă majoră: eșecul contracepției în rândul adolescentelor. Creșterea constantă a numărului sarcinilor neintenționate printre adolescente coincide cu oferta largă a mijloacelor de contracepție, îndepărtarea controlului părinților asupra adolescenților și promovarea unui sistem de valori care absolvă individul de responsabilitatea actului sexual. Contraceptivele nu sunt de mare ajutor pentru tineri”.¹⁰³

2. EUTANASIA

În absența unei culturi a vieții, cultura morții se insinuează în toate actele omului, camuflându-i conștiința secătuită, ce se situează la limita eticului. În aceste condiții, eutanasia, înțeleasă ca posibilitatea omului de a-și hotărî în mod deliberat momentul și modalitatea morții sale, de a-și alege o metodă, care nu numai că îi accelerează apropierea de moarte, dar, pe cât posibil, îl ferește de durere, ca și problema sinuciderii, capătă tot mai multă legitimitate. Omul se simte îndreptățit să-și aleagă o „moarte mai bună”, socotind acest fapt ca un drept al său. Modul nedureros, prin care vrea să părăsească lumea sa este considerat un mod de „a muri demn”. Cel mai adesea a fost invocat, ca argument, sentimentul de compasiune, în relație cu suferința grea a unui bolnav. Adevărul este că, mai presus de orice bănuială, omul cu conștiința sleită dorește ușurarea propriei suferințe, decât cea a celorlalți.

În cultura teologică, sinuciderea a fost tratată, pornind de la învățăturile Scripturii și ale Sfinților Părinți. Astfel, Sfântul Augustin consideră că „cine se ucide pe sine este ca și cum ar ucide pe alt om”.¹⁰⁴ Să înțelegem, așadar că omul, care-și ia singur zilele, nu este vinovat doar pentru lipsă de înțelegere față de sine, ci, mai mult, produce un atentat la adresa dreptății, fundament al vieții umane. Sfântul Toma reamintește învățătura Scripturii, arătând că viața este un dar și nu un drept. Omul a primit-o nu ca pe o recunoaștere a meritelor sale, ci prin hotărâre liberă a lui

¹⁰³ BBC on line: http://www.news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_2014000/2014175.stm

¹⁰⁴ Sfântul Augustin, *De civitate Dei*, Iași, Goldner, 1936, cap. 20

Dumnezeu. Pornind de la acest argument, Sfântul Toma oferă trei tipuri de rațiuni, care exclud sinuciderea din sfera omului. Orice ființă, născută din iubire și cu iubire de sine, tinde să supraviețuiască și să-și lărgească existența. De aceea, gestul de a accepta moartea vine împotriva naturii sale. Sinuciderea este îndreptată împotriva naturii, împotriva dreptății și împotriva carității. Persoana umană, pe de altă parte, se definește și prin calitatea relațiilor sale cu comunitatea. Omul este creat ca o ființă singulară, dar are datoria de a deveni, prin deschidere, o componentă a unei comunități. Cel care se ucide pe sine face o nedreptate celor din jur. Reneagă, în felul acesta, raportul de justiție și de caritate față de aproapele său.

Pornind de la învățătura Scripturii, prin care viața este înțeleasă ca un dar dumnezeiesc și nu ca un merit al omului, sinuciderea este înțeleasă ca o uzurpare a dreptului „donatorului”, a lui Dumnezeu. Omul, în felul acesta, dovedește nerecunoașterea stăpânirii lui Dumnezeu. Omul a fost creat ca un individ, iar umanitatea sa se exprimă în relație cu ceilalți. El este o parte a comunității căreia îi aparține.

Dorința de a înlocui „răul cel mare” al suferinței, cu „cel mic” al morții, nu are o motivație care să se susțină. În tradiția filozofică și religioasă, moartea este considerată răul cel mai mare al acestei vieți. În nici un moment, suferințele vieții nu întrec daunele produse de moarte. Credinciosul, susținut de credința și adevărurile pe care și le asumă, înțelege să se realizeze pe sine, ca un proiect al lui Dumnezeu. Nu există lege „naturală”, în afară de voința care l-a creat. Dificultățile, suferințele vieții trebuie înțelese ca o cale de izbăvire.

2.1 Eutanasia și avortul

Viața umană, în orice stadiu ar fi, pornind de la demnitatea și valoarea ei inerentă, trebuie protejată din momentul concepției până în cel al morții naturale. Civilizația modernă, o dată cu legalizarea avortului, a devenit mult mai permisivă față de păcatele și crimele îndreptate împotriva demnității vieții. Avortul, prin efectele sale, poate fi pus alături de alte fenomene, cum ar fi violul, abuzarea copiilor sau terorismul. Toate aceste atitudini anti-umane alcătuiesc cadrul propice dezvoltării unei culturi a morții, care se amplifică amenințător. Societatea contemporană creează numeroase avantaje acestor atitudini nespecifice omului.

Avortul și eutanasia s-au influențat reciproc, ambele dezvoltându-se din lipsa de respect față de viața umană. Când a fost legalizat avortul, promotorii acestui sistem legislativ și-au justificat atitudinea susținând că la practica avortului se va apela ca la o ultimă soluție. Treptat, peste tot în lume a fost adoptată o legislație tot mai liberală, iar metodele abortive s-au înmulțit. Astfel la metodele „clasice” se adaugă, an de an, altele noi, prin care embrionul este atacat încă din primele momente după concepție.

Revoluția sexuală, declanșată la începutul anilor '60, a condus la o schimbare radicală a definiției persoanei umane.¹⁰⁵ Separarea sexualității de fertilitate a avut ca efect desacralizarea actului de concepție. S-au conturat astfel câteva modele privind înțelegerea concepției. Omul a devenit prizonierul plăcerii, iar etica hedonistă a propagat o cultură în care durerea și suferința au devenit contravalori. Acest model etic face posibilă confuzia fericirii cu plăcerea fizică, cu satisfacția simțurilor. Omul, pierzându-și sensul religios, care constituie, de fapt, sensul lui fundamental, și-a asumat o libertate nelimitată, devenind prizonierul unui subiectivism exacerbat, ceea ce a făcut ca să dispună întru totul de viața și de moartea sa. Medicinii, ca instrument perfecționat, i se cere să-i asigure omului integritatea fizică, psihică și socială și o moarte nedureroasă. Eutanasia este înțeleasă ca o cale de a înlătura durerea și agonia. De fapt, de a înlătura un mister nepătruns, acela al suferinței, care premerge morții.

Într-un asemenea cadru de relativism moral, unde avortul a căpătat dimensiuni nemaîntâlnite în istorie, se amplifică tendințele, care decurg din mentalitățile abortive: cercetarea pe embrionii umani (alegerea sexului, schimbarea sexului, eugenia), clonarea și eutanasia. Punctul de vedere consumist și pragmatic domină asupra scopurilor și mijloacelor vieții. Cercetările pe embrionii umani au fost generate de conceptul de îmbunătățire a „calității vieții”, un concept fundamental al viziunii utilitariste. Granița dintre om și natură a devenit tot mai subțire, iar ideile materialismului au impus acceptarea conceptului de evoluție asupra naturii morale.

Dezbaterile din anii '70-'80, care au dat răspunsuri incorecte asupra problemei avortului, au deschis și calea ofensivei eutanasierei. Noțiunea de eutanasiere a fost introdusă mai întâi în secolul al XVII-lea, însemnând „moarte ușoară”.¹⁰⁶ Ea s-a lărgit rapid, astfel încât, în secolul al XVIII-lea, desemna acțiunea de moarte blândă, iar în sec. al XIX-lea, „moarte din milă”. Actualmente, noțiunea și-a adăugat noi semnificații, însemnând „a omorî din milă pentru a suprima suferințele extreme sau a evita copiii anormali, dezvoltarea bolilor incurabile sau a maladiilor psihice, evitând o viață imposibil de suportat, ce implică greutăți prea mari pentru familie sau societate”.¹⁰⁷

Pornind de la definirea intențiilor și mijloacelor, se face uneori distincție între eutanasiere activă, când este bine conturată dorința de a cauza moartea „prin administrarea unei injecții letale”,¹⁰⁸ și eutanasiere pasivă, când intenția vizează atenuarea durerilor unei boli sau ale unei agonii, existând riscul asumat de a suprima viața prematur (când se suprimă tratamentul care menține în viață o persoană

105 Dumea, Claudiu, *Omul între «a fi» sau «a nu fi»/Probleme fundamentale de bioetică*, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, București, 1998

106 Seaudeau, Jacques (Mons.), *Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est* în *Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui mileniu creștin»*, București, 2002, p. 256-257

107 *Ibidem*

108 *Ibidem*

bolnavă). Din punct de vedere moral, nu există diferențe între aceste două poziții, în amândouă cazurile fiind prezent scopul intenționat de a priva de viață pe cineva. Eutanasia poate fi înțeleasă drept o omucidere voluntară, care exclude suicidul și moartea survenită, în urma aplicării unui tratament, administrat cu scopul de a întrerupe durerea.

Au existat multe cazuri de eutanasia în istorie. În Sparta, de exemplu, copiii malformați erau expuși și omorâți în public, fiind considerați o povară pentru societate. Puncte de vedere similare au fost susținute de Aristotel și Platon. În perioada modernă, există momente când eutanasia a fost practică programată. Regimul nazist a eliminat, „prin privare de valoare vitală”, mii bătrâni, copii și femei, în perioada 1939-1945. Eutanasia, în acest caz, a avut motive rasiste, eugeniste și utilitariste.¹⁰⁹

Eutanasia, ca „moarte din milă”, a revenit în dezbaterile publice, în anii '50. O dată cu legiferarea avortului, controversate s-au extins. În anul în care în Marea Britanie a fost legalizat avortul (1967), Euthanasia Society of America publică documentul „Testamentul vieții” („The Living Will”, autor: Luis Kutner), care va sta la baza elaborării legii „privind autodeterminarea pacientului, prin care cetățenii pot cere, prin testament, aplicarea procedurilor de eutanasia”. Deși a fost semnat de aproape 15% dintre americani, efectele eutanasiilor s-au resimțit în mod brutal: a crescut brusc numărul deceselor prin eutanasia directă sau prin suicid.¹¹⁰

Prima țară care a legalizat eutanasia a fost Olanda (decembrie 1993). Numărul cazurilor de „moarte blândă”, înregistrate în mod oficial, a crescut de la an la an. Astfel, de la o 1329 de cazuri în 1993, la 3600 în 1995, ceea ce reprezintă 2,6 % din numărul total al deceselor din această țară. În acest moment, se estimează că, în Olanda, au loc, anual, peste 4000 de decese provocate la cerere. Neliniștile comunității mondiale cresc sub efectul unei asemenea legislații. În 1994, Australia a adoptat o lege privind „consimțământul tratamentului medical și paliativ”, fapt ce a permis câteva cazuri de eutanasia voluntară. Un act legislativ similar a fost aprobat în statul Oregon, SUA. Dreptul de a muri, în cazul persoanelor care suferă de boli incurabile, a fost acceptat, printr-o hotărâre a Curții Supreme a Statelor Unite, excluzând suicidul asistat.

Schimbările conceptului de eutanasia, determinate atât de dezbaterile publice din ultimii ani, cât și de realitățile, care, de multe ori, o iau înaintea normelor, au scos în evidență relativitatea multor puncte de vedere. Astfel, noțiunea de „incurabilitate” a căpătat mai multe definiții. De fapt, înțelesul ei depinde de mijloacele puse în joc, existând, în multe cazuri, riscuri crescute de eroare de diagnostic. Medicii, în general, preferă să judece mai mult ca specialiști și mai puțin ca oameni capabili de compasiune.

¹⁰⁹ *Ibidem*

¹¹⁰ *Ibidem*

Cei care justifică eutanasia prin milă riscă să arunce multă confuzie asupra acestui sentiment profund uman. Suferința unui bolnav nu presupune doar durere fizică, iar, pe de altă parte, durerea nu este proprie doar bolnavului, ci și celor care asistă la suferința bolnavului.

Deraparea noțiunii de milă apare în mod evident la acceptarea legislației favorabile eutanasiiei. În felul acesta, juriștii pot participa, cu sau fără vrerea lor, la „eliminarea” părinților, în cazul unei eventuale moșteniri, sau la achitarea unor criminali adevărați. Foarte multe abuzuri au fost posibile în Olanda, pornind de la aplicarea legii eutanasiiei.¹¹¹

2.2 Eutanasia în România

În România, nu există încă un act normativ care să facă referire la eutanasia. Nu există prevederi referitoare la suicid. Constituie infracțiune doar ajutorul acordat persoanelor care se sinucid.

Din ancheta efectuată de autorii cărții a reieșit că fenomenul eutanasiiei este privit cu dezinteres de toate instituțiile laice. Guvernul nu și-a precizat poziția în mod oficial, iar reprezentanții partidelor politice n-au putut să ofere un răspuns coerent. Doar reprezentanții cultelor și bisericilor și-au afirmat împotrivirea față de practicarea eutanasiiei.

Pe agenda celor trei comisii locale de bioetică a căror activitate este condusă de Comitetul Național de Bioetică al Bisericii Ortodoxe Române, tema eutanasiiei se află alături de alte câteva, considerate prioritare: avort, anticoncepționale, eugenie, inginerie genetică (implantul de celule embrionare), fecundare *in vitro*, clonare. Nu a fost emis un punct de vedere oficial al Bisericii, dar au fost consemnate foarte multe luări de poziții ale reprezentanților ei. „Problema eutanasiiei este cercetată de Biserica Ortodoxă Română. Se pleacă de la considerațiile generale că Biserica Ortodoxă este în favoarea a tot ceea ce slujește viața și omul. Biserica Ortodoxă este împotriva practicării eutanasiiei pentru că viața, potrivit învățaturii creștine, este un dar primit de la Dumnezeu. Nimeni nu are dreptul să ia viața nimănui. În fața acestui adevăr, nu se susține nici punctul de vedere medical, după care, prin eutanasia, i se ușurează suferința omului. Viața este un dar de la Dumnezeu și numai Dumnezeu are dreptul să-i judece sfârșitul”.¹¹²

Biserica Romano-Catolică: „În învățătura Bisericii Catolice, viața este sacră și inviolabilă. Nu există viață lipsită de sens, de valoare, de demnitate. Atunci când Biserica condamnă eutanasia, se bazează pe câteva principii și adevăruri creștine fundamentale. Primul principiu este acesta: numai Dumnezeu este stăpânul vieții. Omul nu poate dispune de viața sa sau a altuia, fără a atenta la suveranitatea lui Dumnezeu și fără a-și revendica titlul de Dumnezeu. Medicul care, conform

¹¹¹ *Ibidem*

¹¹² Interviu cu pr. Constantin Stoica, purtător de cuvânt al Patriarhiei Române, interviu acordat autorilor

jurământului lui Hipocrate, este slujitorul vieții nu al morții, nu poate lua viața unui om la cerere, căci cel care o cere nu-i poate acorda un drept pe care medicul nu-l are. Orice legislație trebuie să recunoască, să consfințească și să apere dreptul fundamental la viață și nu la moarte.

În al doilea rând, în viziunea creștină nu există suferință inutilă. Boala, moartea, suferința au fost răscumpărate, sacralizate prin moartea lui Cristos pe Cruce. Unită cu suferința lui Cristos, suferința creștinului, din rod al păcatului, se transformă în instrument al mântuirii proprii și al mântuirii lumii. Drama bolnavului incurabil sau aflat în faza terminală este în primul rând de ordin psihologic. Să nu uităm că rugămintele bolnavilor foarte gravi, care, uneori, cer moartea, nu trebuie înțelese ca fiind expresia unei adevărate voințe de eutanasiere; ele sunt aproape întotdeauna cereri după ajutor și afecțiune ale unor suflete răvășite de tulburare” (Pr. Emil Moraru, Parohia Romano-Catolică „Sf. Apostoli Petru și Paul”).¹¹³ „Conform teologiei morale, fiecare om are dreptul la moarte naturală. Eutanasierea ființei umane este omor deservit la cerere, ajutor dat la sinucidere” (Lorant Kemenes, vicar parohial, Parohia „Sf. Ioan Botezătorul”, Târgu Mureș, responsabil cu problemele de mass-media al Arhiepiscopiei Romano-Catolice din Alba Iulia).¹¹⁴

Biserica Română Unită cu Roma, Greco-Catolică: „Eutanasia este o metodă de suprimare a unei vieți în condiții și stări de suferință sau «inutilitate socială» extreme. Oricât ar părea de interesant numele acesteia, precum și motivația că prin aceasta se procură o moarte ușoară, senină, în realitate, este o crimă. Viața nu ne aparține și atunci nu putem dispune de ea liber. Mai mult, există o concepție creștină, care ne interzice să prelungim artificial sau să suprimăm viața cuiva. Aceasta deoarece suferința nu se încheie pe pământ și are valență materială și spirituală cu contrapondere în fericirea veșnică în care credem și pe care o propovăduim” (Lucian, Arhiepiscop și Mitropolit, Mitropolia Română Unită cu Roma, Greco-Catolică).¹¹⁵

Biserica Evanghelică Română: „Eutanasia este strâns legată de practicile avortului. Omul nu mai este ucis înainte de a se naște, ci înainte de a-și sfârși viața. Din moment ce avortul este legalizat, liberalizat, urmează inevitabil acceptarea progresivă a eutanasiei. Această metodă de provocare a unei morți nedureroase unui bolnav incurabil pentru a-i curma o suferință îndelungată și grea, începe a fi folosită pentru terminarea vieții bătrânilor sau a persoanelor «nefolositoare» (copii, adulți, tineri cu diverse handicapuri majore).

Din cauza avortului, se pierde respectul și se elimină ocrotirea vieții umane în orice stadiu al dezvoltării ei, deci eutanasia nu face decât să fie al doilea pilon pe care omul fără Dumnezeu își sprijină dorința de a avea controlul total asupra existenței umane. În aceste condiții, se însușește principiul pronunțat de Hitler că, la

¹¹³ Scrisoarea Arhiepiscopiei Romano-Catolice către autorii volumului (22 iulie 2002)

¹¹⁴ Scrisoare adresată autorilor (4 august 2002)

¹¹⁵ Scrisoarea Mitropoliei Române Unite cu Roma, Greco-Catolică nr. 908, 9 septembrie 2002, adresată autorilor volumului

orice vârstă, «consumatorii inutili sunt o povară pentru societate și viața lor trebuie curmată». Singurul care poate limita o viață este Dumnezeu. El spune clar «să nu ucizi». Eutanasia, ca și avortul, este o crimă și noi nu suntem de acord cu asemenea practici.”¹¹⁶ (Președinte al Bisericii Evanghelice Române, Petre Miu)

Cultul musulman: „În religia islamică, eutanasia este interzisă deoarece religia acordă o mare importanță omului și vieții acestuia și, în același timp, o și protejează. În Coran, Dumnezeu poruncește: «... Nu ucideți sufletul pe care Dumnezeu vi l-a interzis» (Surat al Enam, verset 151); «... Și nu vă ucideți voi înșivă! Dumnezeu este îndurător cu voi!» (Surat al Nisa, verset 29). Omul în viață poate să întâmpine mii de greutăți, însă, pentru a le trece cu brio, trebuie să rabde, să se roage și să-i ceară ajutor lui Dumnezeu”.¹¹⁷ (Muftiu Bagis Sanghirai, șeful Cultului musulman din România)

Federația Comunităților Evreiești din România susține că nu a cercetat încă problema eutanasiilor și nu poate da un răspuns.

¹¹⁶ Scrisoarea Bisericii Evanghelice Române, adresată autorilor volumului, 2 august 2002

¹¹⁷ Scrisoarea Muftiatului cultului musulman adresată autorilor volumului, 15 octombrie 2002

ORGANIZAȚIILE PRO-VITA

1. Promotorii mișcării pro-vita

Activitatea pro-vita în România nu are nici pe departe dimensiunea pe care o cere realitatea tristă a avortului și a copiilor părăsiți de părinți. Ani în șir, după 1990, presa, atât cea românească, dar și cea străină, au adus în atenția opiniei publice situații și cazuri dintre cele mai îngrijorătoare și stranii.

Aspectele acestei inerții sunt multiple și se cer a fi analizate cu răbdare și îngăduință. În primul rând, e firesc să reamintim că urmele celor 50 de ani de comunism nu s-au șters, nici din câmpul realității social-economice, nici de la nivelul mentalităților și al stării morale. Schimbarea, de la un sistem centralizat și autoritarist, la unul clădit pe valorile democrației, a produs crize sociale și blocaje de infrastructură. Această față vizibilă a realității are un corespondent, cel puțin cu aceeași configurație a proporțiilor, la nivelul mentalului, sau, mai adânc, al viziunii despre viață. Jumătate de secol de ateism a atras confuzii fundamentale. Efectul lor a generat stridențe, care întunecă tot câmpul realității.

Eșecul politicilor demografice, inițiate de regimul comunist, în perioada 1957-1989, nu și-au stins efectele. Începând cu anii '80, atât familiile, cât mai ales copiii au avut mult de suferit de pe urma declinului economic. Ritmul foarte rapid al schimbărilor sociale, petrecute după 1990, a creat un bun cadru de manipulare a valorilor. De cele mai multe ori, vocile câtorva lideri de opinie pro-vita ori au fost reduse la tăcere ori mesajele lor au fost distorsionate, creându-se impresia că reînvie ideologiile regimului comunist.

Poetul Ioan Alexandru, un suflet cu mare credință, atașat valorilor Bisericii și Tradiției, scria, în anii cei mai grei ai dictaturii (1985): „Căsătoria nu-i un loc lesnicios de a câștiga plăceri, nici o asigurare a neputințelor de la bătrânețe, ci este comuniune și dăruire. Scopul căsătoriei este desăvârșirea personală a soților și procreația. Și totuși, în lumea postmodernă, tot mai multe familii nu-și doresc copii. Sunt și familii sterile, care nu pot face copii, de aceea trebuie precizat faptul că sexul nu este numai pentru copii și pentru comuniune. Este un mod de a-și manifesta dragostea soții, unul față de celălalt. Din această perspectivă, scopul final al relației conjugale nu este numai procrearea, și nici împlinirea personală, ci lucrarea reciprocă a soților la mântuirea lor. Unii argumentează atitudinea lor potrivnică poruncilor cu faptul că nu au mijloacele necesare pentru a crește copii, nu au o casă a lor. Din nefericire însă, la spatele tuturor acestor argumente stă un egoism dus

până la limite. A avea copii înseamnă a primi binecuvântarea lui Dumnezeu în casa ta.”¹

După 1990, poetul Ioan Alexandru a devenit, mergând în răspărul atitudinilor generale, promotorul activităților de ocrotire a copiilor nenăscuți și născuți: „Nu avorturile sunt soluția, ci înfierile... Dacă tu, Românie scumpă, nu poți să avortezi copiii, îi voi înfia eu cât sunt de bolnav și neputincios... România se face vinovată de genocid național!”²

La începutul anilor '90, mișcarea pro-vita s-a dezvoltat mai ales în prelungirea activităților Bisericii și cultelor. A rămas vizibilă multă vreme ruptura dintre restul societății și această zonă. Deși au existat programe și partide care își asumau public valorile creștine, nu au fost remarcate acțiuni, care să îmbunătățească viața copiilor. În septembrie 1997, un grup de preoți ortodocși și greco-catolici, în fruntea cărora se afla preotul Anton Moisin (Sibiu), au înaintat Parlamentului un proiect de lege anti-avort. Din păcate, inițiativa a rămas blocată, la nivelul Comisiei Drepturilor Omului a Camerei Deputaților, nefiind înaintată spre dezbateră în plenul Parlamentului.³ Reprezentanții singurului partid creștin-democrat (PNȚCD), aflați la putere, nu au făcut nici un gest ca să schimbe legislația pro-avort, impusă la începutul anilor '90. Activitatea de ocrotire a copiilor a rămas la latitudinea organizațiilor de planificare familială, ale căror strategii și le-au asumat toate guvernele din România.

În mod sporadic, în presă au apărut reacții la opacitatea clasei politice față de inițiativele și acțiunile adeptilor pro-vita. Un astfel de punct de vedere a fost formulat de dr. Pavel Chirilă, președintele Asociației Filantropice Medical-Creștine „Christiana”, București, în 1998.⁴

Trebuie, de bună seamă, menționată „neîntrerupta lucrare a unor duhovnici, precum părinții Cleopa Ilie, Ionichie Bălan, Arsenie Papacioc, Lavrentie Sovrea, Constantin Galeriu – ca să-i pomenim pe cei mai cunoscuți și mai căutați”.⁵

Alături de poetul Ioan Alexandru, în completarea mesajelor sale luminoase, preotul Nicolae Tănase, de la parohia Valea Plopului, județul Prahova, s-a angajat, în 1990, într-un proiect ale cărui rezultate au devenit repere pentru cei care activează astăzi în acest domeniu. A început „... în două etape: una în perioada comunistă, când am făcut biserica, cu ajutorul oamenilor din sat, iar a doua etapă, după revoluție. După 1989, când împreună cu Ioan Alexandru am încercat să salvăm copiii de la pierire. O mică parte dintre acești copii a trebuit să-i luăm, și așa am

¹ Alexandru, Ioan, *Iubirea de patrie*, București, Editura Eminescu, 1985, p. 94

² în Proiectul „Pentru viață”, material pe CD, despre consecințele avortului, creat de Asociația filantropică medical-creștină „Christiana”, Cluj-Napoca

³ Moisin, Anton, *Ocrotirea copiilor nenăscuți*, 1997, Sibiu

⁴ Ziarul „Ziua”, 28 februarie - 1 martie 1998

⁵ În scrisoarea trimisă de dl Sebastian Moldovan autorilor

început. Timp de 4 ani, până în 1994, am crescut copii, fără să avem o asociație cu un statut. Acum se cheamă Asociația Pro Vita pentru copii născuți și nenăscuți.”⁶

Preotul Nicolae Tănase a ajutat familiile aflate în dificultate, ca să-și poată crește copiii. A încercat apoi să propună familiilor din parohia sa (Valea Plopului și Valea Srezii, județul Prahova) să îngrijească de pruncii părăsiți la naștere de mamele lor. „Întâi am dat 12 copii la 8 familii, în timp de 2 zile. Era iarnă. Aveam o mașină foarte bună, încălzită. Copiii erau luați de la maternitate, erau micuți. Când mă vedeau oamenii așa, ca un Moș Crăciun, mă întrebau ce-i cu copiii. Îi vedeau cât de frumoși sunt. Unul din 10, când îi puneam în brațe un copil, nu mi-l mai dădea înapoi. Românii sunt buni, au această vocație, să crească copii. Problema e să nu-i condiționezi. Au fost și cazuri mai speciale”.⁷

Cu sprijinul fundațiilor străine a reușit să construiască câteva așezăminte, în care copiii trăiesc alături de femei, care, din motive întemeiate, au fost nevoite să-și părăsească familiile. În primăvara anului 2003 erau, în aceste locuințe, un număr de 208 copii. „Pe unii i-am văzut la 3 ani prima dată, pe alții i-am văzut prima dată la ecograf. Dintre fete, 6 s-au măritat și au născut 11 copii. Biserica are un mare rol că ne schimbă în timp. Pe cei mici îi ține, iar pe cei mari îi schimbă. În total au trecut pe aici peste 1000 de copii. (...) În viitor, ... nu se întâmplă nimic mai mult sau mai puțin decât se întâmplă cu copiii satului. Se vor căsători, vor avea casele lor. Noi îi vom ajuta ca părinți, nu ca instituție. Pentru că aici este o problemă: dacă reușim să lăsăm copilul să se descurce, după ce noi îl ajutăm. În limita în care părinții își antrenează copiii în treburile gospodărești, la fel îi antrenăm și noi să facă aceste lucruri. Avem atelier de tâmplărie, de pictură, de sculptură, de pictură pe sticlă, pe lemn. Învăț să îngrijească animalele. Avem vaci, porci și oi și păsări.”⁸

2. Diferențele de viziune

Un moment important, pentru evoluția mișcării pro-vita, l-a constituit apariția organizațiilor în care activează medicii creștini. „Asociația Medicilor Creștini din România a luat ființă foarte curând după revoluție, după februarie 1990, din entuziasmul câtorva medici. În felul acesta, ne-am hotărât să ne structurăm într-o organizație, care să combine standardele profesionale cu filozofia de viață creștină. Este o organizație profesională, interconfesională, care cuprinde medici și studenți. Ulterior, studenții și-au constituit propria lor organizație, cea a studenților creștini de la medicină. Ca filozofie a practicii, ne propunem să impunem standarde profesionale, înalte și competitive, bazate pe filozofia de viață creștină. Ca medic, important este să fii competent, instruit la standardele internaționale performante. Însă, într-o profesie ca a noastră, la fel de importantă este filozofia de viață, asta

⁶ Revista *Credința ilustrată*, nr. 3, mai 3003, p. 32-33

⁷ *Ibidem*

⁸ *Ibidem*

însemnând caracterul de viață pe care-l manifestă”, mărturisește dr. Ileana Radu, medic de familie, psihoterapeut, vicepreședinte al Organizației Medicilor Creștini din România.⁹ AMCR a luat atitudini publice față de avort, prin conferințe, seminarii, declarații sau scrisori trimise Parlamentului.

Numărul doctorilor ginecologi, a pediatriilor, a specialiștilor neonatologi, care și-au asumat filozofia de viață pro-vita, crește spectaculos. Mulți dintre aceștia coordonează cabinete de consiliere a femeilor cu sarcină nedorită. Au fost semnalate multe cazuri fericite, când aceste cabinete funcționează în incinta spitalelor de profil. Fundația Pro Vita Medica, Timișoara, înființată în 1998, a deschis un asemenea cabinet, care își desfășoară activitatea în incinta Spitalului Clinic nr. 5 de Obstetrică-Ginecologie din această localitate.¹⁰

„Dorim să oferim alternative la avort cât și psihoterapie pentru femeile care au avut un avort în trecut și sunt afectate de această traumă. Cel mai important aspect al consilierii femeilor cu sarcină nedorită este să le arătăm compasiune, dragoste și acceptare, indiferent de starea lor civilă, vârsta, naționalitate, stare materială sau convingeri religioase”,¹¹ precizează dr. Cristina Valea, președintele Fundației Provita Medica. Fundația mai oferă și alte tipuri de servicii, cum ar fi: recomandări către agenții de adopții, educarea elevilor și studenților pe tema sexualității, a sarcinii și a sindromului postavort. Reprezentanții acestei organizații au înaintat propuneri pentru proiectul de lege privind timpul de reflecție asupra avortului, proiect legislativ aflat în faza dezbaterilor la Camera Deputaților (în mai 2003, a trecut de Comisia de Sănătate din Camera Deputaților).

Activități de același profil sunt susținute și de Asociația Filantropică Medical-Creștină „Christiana“, prin Proiectul „Pentru viață”, coordonat de dr. Christa Todea-Gross. Cu acordul Policlinicii Sf. Pantelimon și al Clinicii de Obstetrică-Ginecologie, membrii fundației (medici, asistenți sociali, studenți la Facultatea de Teologie Ortodoxă – Asistență Socială, psihologi și preoți ortodocși) acordă consiliere familiilor aflate în criză de sarcină. Mamelor, care renunță la avort, li se oferă sprijin material, constând în alimente, scutece, haine, precum și ajutor financiar. Se acordă consiliere femeilor care vor să-și abandoneze copilul din diferite motive, oferindu-le ajutor material și financiar celor care îl păstrează. Asociația susține cursuri în liceele din Cluj, despre consecințele avortului, despre bolile cu transmitere sexuală și „efectele secundare și nocive ale contraceptivelor orale”.¹² A creat, în acest scop, materiale informative pentru licee, prezentate sub formă de cursuri, CD-uri și pliante.

Comparând activitățile celor două fundații coordonate de medici, se disting câteva diferențe. Deosebirea apar la poziția față de contraceptive. „Contracepția

⁹ Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003, <http://www.provita.ro>

¹⁰ Fundațiile și asociațiile pro-vita, menționate de noi aici, ne-au trimis materiale informative despre activitatea și istoricul lor

¹¹ <http://www.comparativereligion.com/provita2.html>

¹² Scrisoare trimisă autorilor, 12 aprilie 2003

trebuie să facă parte din peisaj. Când vorbim despre avort, trebuie să vorbim și despre alternative la avort. Eu am rămas foarte surprinsă când un medic spunea că alternativa la avort trebuie să fie confesiunea. Alternativa la avort trebuie să fie contracepția, trebuie să fie adopția. Trebuie să avem mari rezerve, însă, față de promovarea contracepției. Pentru că promovarea contracepției, în programele de educație sexuală, este o invitație directă la activarea vieții sexuale. Îi pui în mână omului lucrurile cu care ar putea să se descurce. Când se face într-un mod politizat, direct și susținut, cred că trebuie să avem foarte mari rezerve față de promovarea contracepției”, susține dr. Ileana Radu, vicepreședinte al Asociației Medicilor Creștini din România.¹³

Acest punct de vedere, care caracterizează corpul medical românesc, capătă câteva particularități necesare, în viziunea dr. Christa Todea-Gross. Prin Proiectul „Pentru viață“, ea insistă asupra efectelor nocive ale contraceptivelor hormonale: „Majoritatea elevelor care au început viața sexuală „consumă” acest medicament, fără ca cineva să le explice ce înseamnă el cu adevărat și mai ales ce consecințe grave are asupra sănătății lor. Cunoștințele elevelor despre pilulă sunt practic nule. Tot ce știu elevele este faptul că previne o sarcină nedorită. Nu întotdeauna acestea sunt prescrise de către un medic. (...) Toate contraceptivele folosite actual sunt și abortive, fiindcă ele nu acționează doar prin anularea ovulației, prevenind fecundarea, ci acționează și la nivelul mucoasei uterine, unde provoacă asemenea modificări, încât oul fecundat (după un posibil eșec al pilulei) să nu se poată nida, fiind eliminat și deci avortat. (...) Pilula acționează de asemenea asupra mucusului cervical secretat la nivelul colului uterin, modificându-i consistența pentru a împiedica ascensiunea spermatozoizilor. Rata de eșec al contraceptivelor este destul de mare (2-4% după unii autori, după alții mai mult), cazuri în care eleva rămâne însărcinată și va recurge la avort «la cerere». Desigur, după ani și ani de «consum» de contraceptive, numărul avorturilor «spontane» crește, deoarece mucoasa uterină, care este mereu „bombardată” de efectul distructiv („distructiv” în termeni medicali) al hormonilor contraceptivi, nu reușește să se regenereze în totalitate. Din această cauză care apar tulburări menstruale pe care din nou le tratăm cu «pilula». Iată un cerc vicios cauză-efect al acestui miraculos «medicament».”¹⁴

3. Centrele de consiliere și alte tipuri de activități pro-vita

Din ansamblul centrelor de consiliere pentru femei cu sarcină nedorită, se distinge cel coordonat de Fundația Estera de la Timișoara, care este o organizație neguvernamentală, înființată în martie 1998, „ca o reacție la ceea ce s-a întâmplat

¹³ Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003, <http://www.provita.ro>

¹⁴ Dosar Provita Media nr.28, septembrie 2003, la fel și <http://www.dntci.ro/NGOs/umanconstr/sp%20pantelimon.html>

după revoluție prin liberalizarea avortului: peste 1 milion de avorturi pe an.” Mai bine de 1000 de femei au pășit pragul Fundației Estera.“ Reprezentanții fundației (președinte, Rodica Paul-Faina) au organizat în ultimii doi ani, cinci conferințe naționale pe tema pro-vita, la care au fost invitate toate organizațiile de acest profil din țară. Conferința din noiembrie 2002 s-a centrat mai mult pe identificarea valorilor comune și creionarea filozofiei de lucru a mișcării pro-vita din România.

Un grup destul de mare de organizații s-au specializat în activități de consiliere. Gama acestor servicii este foarte diversă, fiecare organizație aducând ceva în plus la peisajul general.

Fundația Iochebed a fost înființată în iunie 1998, la Oradea, de către Sharon Herrera. În anul 2000, și-a deschis alte două centre, unul la Brașov și altul la Suceava, iar în 2002, unul la Alba Iulia. Oferă servicii „confidențiale și gratuite”: test de sarcină, consiliere în criză de sarcină, în avort și sindrom post-avort, în trauma abuzului sexual, consiliere maritală și premaritală, informare și educare despre sex, sarcină, avort și contracepție, vizionare de materiale informative, informare planning familial, BTS, intermediari cu instituții de ajutor social și medical, pregătire pentru naștere și gimnastică pentru femeile însărcinate.¹⁵ În perioada iunie 1998-martie 2003, la Centrul Iochebed din Oradea, au avut loc 2725 de ședințe de consiliere, majoritatea dintre acestea fiind pe tema crizei de sarcină. Din cele 300 de femei, care au avut test de sarcină pozitiv, jumătate dintre ele au fost necăsătorite. Un număr de 200 de femei, se gândeau la avort înainte de consiliere. Iar după consiliere, 50 dintre acestea nu și-au modificat hotărârea. La Centrul din Brașov, până în martie 2003, au avut loc 2283 de ședințe de consiliere. Din 232 de femei cu test pozitiv de sarcină, 181 erau hotărâte pentru avort, înainte de consiliere. Dintre acestea, un număr de 78 au fost convinse să-și păstreze sarcina. La Centrul Iochebed din Suceava, până în decembrie 2002, au fost consiliate 2200 de femei. Din cele 335 de femei cu test pozitiv de sarcină, 65 au păstrat sarcina, după consiliere. La centrul din Alba Iulia, pe parcursul anului 2002, au fost consiliate 490 de persoane, femei, cupluri și grupuri de tinere. Din cele 42 de femei cu test pozitiv de sarcină, 4 au păstrat sarcina.

Asociația „Primul Pas”, Iași, și-a început activitatea în 1998. Coordonează un centru de consiliere pentru sarcini nedorite, de serviciile cărui au beneficiat 1300 de persoane. A inițiat, în colaborare cu Maternitățile „Cuza Vodă” și „Elena Doamna”, un program de consiliere pre-avort, a dezvoltat un program de asistență socială și rezidențială și un centru maternal, „Casa Estera”, destinat tinerelor femei, cu probleme de familie și socială, în perioada pre- și post-natală. În anul 2000, a inițiat, la Iași, primele manifestații în aer liber, pentru sensibilizarea opiniei publice cu privire la avort.

Fundația „Agape pentru ocrotirea vieții”, Cluj, înființată în 1996, coordonează un centru de consiliere, care funcționează din octombrie 1997. În perioada

¹⁵ Scrisoare trimisă autorilor, 15 aprilie 2003

1997-2001, un număr de 270 de pacienți și familii au apelat la serviciile centrului și o sută de persoane au fost sprijinite pentru test de sarcină. Din aprilie 2001, a început un program de recuperare pentru copii cu nevoi speciale, la care participă voluntari de la secțiile de psihopedagogie și psihologie ale Universității „Babeș-Bolyai”. Are un grup de cercetare care prelucrează și culege date clinice, în colaborare cu International Institute for Pregnancy Loss and Child Abuse Research and Recovery (SUA). A pregătit câteva lucrări pentru conferințe în țară și în străinătate, pe tema sănătății mintale, cu referire la viața de familie și creșterea și educarea copiilor.

Asociația „Provita Brașov”, care funcționează de patru ani, a fost fondată de William Livingston Desloge JR și Margaret Barber Desloge, un cuplu de americani stabiliți în România. Are deschis un centru maternal, pentru femei însărcinate aflate în dificultate de sarcină sau pentru femei cu trauma avortului. Oferă o gamă largă de servicii, ce vizează protecția mamei și a copilului. Colaborând cu mai multe biserici din Brașov, a desfășurat câteva campanii de informare a populației, cu privire la efectele vieții sexuale în afara căsătoriei și la traumele avortului. A creat un curs intitulat „Valori, moralitate și caracter”, ce consta într-un serial video de 14 episoade, de câte o oră fiecare. În activitățile de informare, mai folosesc broșuri și postere. A organizat mai multe manifestații publice împotriva avortului, intitulate „Marșul vieții”, desfășurate, anual, pe 1 iunie.

Alte fundații, care desfășoară servicii din această gamă, sunt: Fundația Clinica Provita București, R.C.E. „Speranța Copiilor”, Arad, „Guadalupe”, Timișoara, „River of Life”, Cornești, jud. Timiș, Fundația „Pași spre viață”, Târgu Jiu și Centrul Caritas, Iași.

Asociația Pro-Vita Sibiu (pr.prof. Ilie Moldovan) își dedică activitatea „apărării vieții și educării conștiinței morale și comportamentului la cuplurile de familie, femei și mame, în special, privind dreptul la viață a ființei umane, care trebuie să se nască”. De la constituire (1992), a adoptat principiile și drepturile copilului nenăscut, conform Declarației Congresului Mondial Pro-Vita de la Oslo (Norvegia, 1990). Asociația organizează seminare de bioetică și eco-teologie și un curs opțional pe teme din agenda pro-vita (educație sexuală, planificare familială, introducerea în demografie, etapele vieții, introducerea în genetică, neonatologie, tanatologie, eutanasiile) și din domeniul eco-teologiei. Împreună cu reprezentanții Sectorului de Asistență Socială al Arhiepiscopiei Sibiu, membrii asociației au înființat un centru de consiliere „deservit de către un preot – prin rotație, două ore pe săptămână –, timp în care acesta stă la dispoziția celor care ar dori să-l consulte prin telefon sau direct, asupra unor probleme privind nașterea de prunci sau pruncuciderea.”

Organizează anual Universitatea de vară „Episcop-martir Nicolae Popovici”, în cadrul căreia conferențiază personalități marcante din învățământul universitar și preuniversitar. (În 2001, s-a dezbătut tema „De la educație la eroism și de la eroism la educație – problematica educației intime a adolescentului, elev de liceu”). De asemenea, organizează la Sibiu, anual, la 1 iunie, „Marșul vieții”.

Centrul pentru Viață și Familie „Bunavestire”, înființat în 1991 (director, Marina Fara), funcționează în strânsă legătură cu Arhiepiscopia Romano-Catolică din București.¹⁶ Activitatea acestei organizații, care se află în evidența Consiliului Pontifical „Pentru Familie”, este structurată pe trei secțiuni: cultura vieții, mijloace naturale de reglementare a fertilității (maternitate și paternitate responsabilă) și familia creștină. Centrul pregătește instructori de specialitate și susține activități ce urmăresc promovarea valorilor familiei creștine.

Asociația Creștin-Umanitară „Slujirea vieții”, Iași (președinte, prof.ing. Daniela Cadar), înființată la 1 iunie 2001, pe lângă programele de consiliere, coordonează și unele programe pe tema educației sexuale, destinate adolescenților și tinerilor. De asemenea, dezvoltă activități în mediul rural, urmărind sprijinirea comunității, „în vederea rezolvării nevoilor spirituale, sociale și medicale ale familiei, prin mobilizarea resurselor comunitare”. În atenția Asociației ACU „Slujirea vieții” mai intră și problemele traficului de ființe umane și cele ale abandonului copilului după naștere.

Asociația „Provita Media”, București, înființată la începutul anului 2003, editează săptămânal un buletin informativ în limba română („Dosar Provita Media”, <http://www.provita.ro>) și, lunar, unul în limba engleză („Newsletter Pro-Life Media”). Informațiile sunt preluate din presa română și străină. Larisa Ciocină (președinte) și Constantin Iftime au realizat un dosar de presă pe problema avortului în România, folosind ca sursă literatură de specialitate și informații culese prin anchete jurnalistice.

4. Perspectivele

Activitatea pro-vita a evoluat mult în ultimii ani în România. „Această mișcare a crescut sub ochii mei, timp de șapte ani, de când vin în România. În urmă cu șapte ani, erau două organizații de acest gen. Iar acum sunt 20 cel puțin. Din păcate, finanțarea vine doar din vest și va fi foarte greu. „Trebuie timp ca aceste organizații să învețe să colecteze fonduri. Și e vorba de comunicare aici. Pe de altă parte, organizațiile sunt condiționate de aceste fonduri. Nu pot să lucreze pe alte proiecte decât cele pentru care sunt finanțate. Mai există și posibilitatea ca aceste fonduri să nu ajungă acolo unde au fost destinate. Mișcarea pro-vita din România, ca un tot întreg, are un început foarte bun”,¹⁷ declară Kelly Price, director executiv la Centrul SLM, din Fairfax, Virginia, S.U.A.

Aceeași părere este împărtășită și de Ileana Radu, reprezentanta Asociației Medicilor Creștini din România: „Aș caracteriza mișcarea pro-vita ca o mișcare timidă și intimidată chiar. Intimidată de toată mediatizarea sexualizării, care, de fapt,

¹⁶ *Schematismul Arhidiecezei Romano-Catolice de București. Anul jubiliar 2000*, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice de București, 2000, p.322

¹⁷ Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003, <http://www.provita.ro>

constituie o mediatizare ce susține liberalizare sexuală, eliberată de orice restricții. Însă, în același timp, cred că mișcarea pro-vita din România face pași siguri în acest context. După cum știți, reprezentanții s-au întâlnit în seminarii, în conferințe, și se lucrează la standarde profesionale. Cred că peisajul românesc va fi mult îmbogățit și mult însănătoșit în felul acesta.”¹⁸

Participanții la Conferința organizațiilor pro-vita, organizată de Fundația „Eстера”, Timișoara (în perioada 10-12 mai 2003), căutând să impulsioneze evoluția mișcării, au susținut „dezvoltarea unei rețele naționale, bazate pe încredere și sprijin reciproc, colaborare la care au fost invitate toate organizațiile care promovează valorile vieții umane”,¹⁹ se precizează în comunicatul dat publicității, la ultima conferință de la Băile Herculane (10-12 mai 2003). Conferința de la Băile Herculane a subliniat faptul că problema avortului, la nivel general, are „o semnificație mai mare și cere un efort cu mult mai intens decât îl poate oferi oricare organizație în parte. Chiar și rețeaua inițiată anul trecut se dovedește a fi firavă și nu poate valorifica resursele umane și materialele disponibile. Se impune faptul să ne concentrăm eforturile în vederea realizării unei coaliții naționale pro-vita.”²⁰ La capătul acestei ultime întâlniri, cei aproape 40 de reprezentanți ai organizațiilor pro-vita din România au hotărât constituirea unui comitet de inițiativă pentru crearea rețelei naționale a organizațiilor pro-vita din România.

¹⁸ *Ibidem*

¹⁹ Dosar ProVita Media, nr.16, iunie 2003, <http://www.provita.ro>

²⁰ *Ibidem*

Anexă

1. Asociația „Caritas”, București, str. Gheorghe Misail nr.83, Sector 1, București, Tel: 21/224.30.36; christiana@christiana.sorostm.ro; persoană de contact: pr. Alexandru Cobzaru, director general
2. Asociația „Christiana”, Timișoara, str. Gh. Șincai nr.9, Tel: 0256/217.096; persoana de contact: pr. Vasile Secheres
3. Asociația creștin-umanitară „Slujirea vieții”, Tel: 0232/456793, e-mail: danielakadar@go.ro; persoană de contact: Daniela Cadar, președinte
4. Asociația filantropică creștin-ortodoxă „Sfântu Vasile cel Mare”, str. Domnească nr. 104, Galați, Tel: 0236/410.197; persoană de contact: pr. Gelu Aron
5. Asociația filantropică medical-creștină „Christiana”, Cluj-Napoca, Tel: 0264/421038; e-mail: policlinica@xnet.ro; persoană de contact: dr. Cristea Todea-Gross, coordonator de proiect
6. Asociația filantropică medical-creștină „Christiana”, București, Șos. Pantelimon nr.27, Sector 2, Tel: 252.05.17; persoană de contact: dr. Pavel Chirilă
7. Asociația filantropică medical-creștină „Christiana” – filiala Cluj, Piața Avram Iancu nr. 18, Tel: 0264/431.004; persoană de contact: Carmen Bârsan
8. Asociația Medicilor Catolici din România, str. G-ral Berthelot nr.19, Sector 1, București; dr. Rozalia Dănilă, președinte
9. Asociația Medicilor Creștini Timișoara, e-mail: m.radu@xnet.ro; persoană de contact: Dr.Ileana Radu, vicepreședinte
10. Asociația „Pași spre viață”, Târgu Jiu, Tel: 0253/223.495, hudulin@xnet.ro; persoană de contact: Sanda Hudulin, consilier
11. Asociația „Primul Pas”, Iași, Telefon: 032 / 277901, e-mail: casaestera@mail.dntis.ro, primpas@mail.dntis.ro; persoană de contact: Mihaela Simion, coordonator
12. Asociația Provita Brașov, Tel: 0268/251.173, e-mail: provitabv@xnet.ro; persoană de contact: Mariana Tache, asistent social
13. Asociația Provita Media, București, Calea Moșilor nr.245-249, bl.49, sc.A, et.5, ap.15, Sector 2, Tel: 21/210.33.56, Sector 2, persoană de contact: Larisa Ciochină, președinte, e-mail: larisac@pcnet.ro; www.provita.ro
14. Asociația „Pro-Vita Sibiu”, e-mail: sebastian.moldovan@ulsibiu.ro; persoană de contact: Sebastian Moldovan
15. Asociația Provita, Vălenii de Munte, e-mail: asociataprovita@hotmail.com; persoană de contact: pr. Mihai Tănase, consilier
16. Asociația River of Life, Cornești, Tel: 0740.790.995, e-mail: marygroze@hotmail.com; persoană de contact: Ileana Olaru, președinte
17. Centrul Caritas, Iași, e-mail: dcian@mail.dntis.ro; persoană de contact: Ramona Zapali, responsabil
18. Centrul pentru viață și familie Bunavestire, București, Aleea Râmnicu Sărat nr.3-5, Sector 3, 74542, Tel: 321.05.27; persoană de contact: Marina Fara, director

19. Fundația AGAPE pentru Ocrotirea Vieții, str. Moșilor, nr. 16, ap.4, Cluj-Napoca, Tel/fax:0264.430.382,e-mail: agape@mail.dntcj.ro; persoană de contact: dr. Agnes Konya
20. Fundația Clinica Pro-Vita, Cluj-Napoca, Bd. 21 Decembrie 1989, nr. 93, bl.L3, ap. 14, Tel: 0264/196.049, e-mail:provitacj@rdslink.ro, davidille@zapp.mobile.ro; persoane de contact: Carmen Nistor, coordonator; dr. David Ilie
21. Fundația „Confident”, Cluj, e-mail: confident@mail.dntcj.ro; persoană de contact: Daniel Popa
22. Fundația Estera, Timișoara, Tel/Fax: 0256/192.862, e-mail: estcons@mail.dnttm.ro; persoană de contact: Rodica Paul-Falina, președinte
23. Guadalupe Timișoara, e-mail: chisaraug@yahoo.com; persoană de contact: Gerda Chișărău, președinte
24. Iochebed Oradea, Tel: 0259/20129, e-mail: iochebed@rdslink.ro; persoană de contact: Dana Bagadar, psiholog
25. Iochebed Brașov, Tel: 0268/427125, e-mail: sperantabv@pcnet.ro; persoană de contact: Damaris Ungurean, psiholog
26. Iochebed Suceava, Tel: 0230/523380, e-mail: iochebed@e-suceava.com; persoană de contact: Mihaela Pintilei, coordonator
27. Iochebed Alba Iulia, Tel: 0258/832483, e-mail: iochebed@apulium.ro; persoană de contact: Dana Ujvari
28. Pro-vita București, Tel: 021/2235855, e-mail: cpvb@fx.ro; persoană de contact: Lavinia Calotă, psiholog
29. Pro-vita Medica Timișoara, Tel: 0723.440.393, e-mail: provita@mail.dnttm.ro; persoană de contact: Cristina Valea, președinte
30. R.C.E. „Speranța Copiilor”, Arad, danagiuglea@yahoo.com; persoană de contact: Daniela Giuglea, coordonator

BIBLIOGRAFIE

- Alexiu, Teodor-Mircea - "Părinți care își abandonează copiii", Timișoara, Editura Mirton, 2001
- Ancăr, Virgiliu - „Obstetrică”, București, Editura Național, 1997
- Anghel, Rodica - "Cancerul de col uterin", București, Editura Amaltea, 1996
- Astărăstoae, Vasile, Trif, Almoș Bela - „Essentialia in bioetica”, Iași, Editura Cantes, 1998
- „A Way of Life, Affirming a pro-life culture in Northern Ireland”, The Society for the Protection of Unborn Children, 2002
- Badea, Iulian - "Consecințele nefaste ale avortului", București, Editura Medicală, 1987
- Bartoș, Daniela - *Sănătatea femeii și a copilului și protecția familiei în viziunea Ministerului Sănătății și Familiei din România* în „Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui nou mileniu creștin»”, București, 2002
- Bărbătuș, Mihaela, „Pentru viață și familie”, în *Actualitatea creștină* nr. 5, 1993, p. 19
- Berevoescu, Irina - „Schimbări în familia românească – o lectură a datelor demografice din perioada de după 1990”, *Dilema* nr. 363, februarie 2000
- Bibring, Grete L. - „Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy”, *Psychoanalytic Study of the Child*, nr. 14, 1959
- Blumenfield, M. - „Psychological Factors Involved in Request for Elective Abortion” în *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1978
- Breck, John - “Darul sacru al vieții”, Cluj-Napoca, Editura Patmos, 2001
- Brende, Joel O. - “Fragmentation of the Personality Associated with Post-Abortion Trauma” în *Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Newsletter*, nr. 8(3), iulie-august, 1995
- Buburuzan, Leon, (coord.), “Starea tineretului din România”, București, Centrul de Studii și Cercetări pentru Probleme de Tineret, 2001
- Cates, W., Schultz, K., Grimes, D. - “The Risks Associated with Teenage Abortion”, în *New England Journal of Medicine*, nr.309(11), 15 septembrie, 1983
- „Cercetarea sănătății reproducerii. România 1993”, Raport final martie 1995, CDC, IOMC, 1995
- Chiovschi, Ștefan Ioan - „Obstetrică, ginecologie”, Timișoara, 1997
- Ciortoloman, Henriette - “Consecințele procedurilor abortive”, *Sănătatea*, nr. 2, 1966
- Conferința „Copiii de azi sunt părinții de mâine”, România, Băile Herculane 24-27 oct., Timișoara, Editura Eurobit, 1996
- Conger, S.B., Tyler Jr., C.W., Pakter, J. A. - „Cluster of Uterine Perforations Related to Suction Curettage” în *Obstetrics and Gynecology* nr.40(4), octombrie, 1972
- Coprean, Dina - „Genetica medicală”, Cluj-Napoca, Editura Risoprint, 1996
- Cramer, Friedrich - “Haos și ordine. Structura complexă a viului”, București, All, 2001
- Crișan, Nicolae *et al.* - „Nașterea prematură”, București, Editura Infomedica, 2001

- Dumea, Claudiu - „Omul între «a fi» sau «a nu fi». Probleme fundamentale de bioetică”, București, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, 1998
- Dworetzky, John - “[Introduction to Child Development](#)”, ediția a 6-a, San Francisco, CA, West Publishing Company, 1996
- „Enciclopedia Larousse pentru părinți”, Editura Aquila, Oradea, 1998
- „Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1989-2000”, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, 2001
- Faro, S., Pearlman, M. - “Infections and Abortion”, New York, Elsevier, 1992
- Filipescu, Ion P. - “Adopția și protecția copilului aflat în dificultate”, București, All, 1997
- Floca, Ioan N. (Arhid. prof. dr.), “Canoanele B.O.R., legislație și administrație bisericească” vol. II, București
- Friedlander, M.L., Kaul, T.J., Stimmel, C.A. - „Abortions: Predicting the Complexity of the Decision-Making Process” în *Women and Health*, nr. 9(1), 1984
- Grady, John - „Abortion Yes or No?”, Tan Books and Publishers, Rockfor, Illinois, 1967
- Graham, Janis - „Biblia femeii gravide”, Ploiești, Editura Elit, fără an
- Hardison, Joseph E. - „Uninformed Consent and Terms Without Definitions”, în *American Journal of Medicine*, iunie, 1983
- Heisterberg, Lars - „Factors Influencing Spontaneous Abortion, Dyspareunia, Dysmenorrhea, and Pelvic Pain” în *Obstetrics and Gynecology*, nr. 81, 1993
- Helper, M., Cohen, R., Beitenman, E., Eaton, L. - “Life Events and Acceptance of Pregnancy” în *Journal of Psychosomatic Research*, nr.12, 1968
- Horga, Mihai - „Contraception and Abortion in Romania”, Background paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy in Romania, dactilogramă, octombrie 2001
- Iluț, Petre, “Familia – cunoaștere și asistență”, Cluj-Napoca, Editura Argonaut, 1996
- Ionescu, Elena, “Embriologie umană”, București, Publishing Media, 1995
- Kahn-Edrington M. “Abortion Counselling” în *The Counselling Psychologist* nr. 8(1), 2001
- Kligman, Gail - „Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu”, București, Humanitas, 2000
- Lask, B. - „Short-term Psychiatric Sequelae to Therapeutic Termination of Pregnancy” în *British Journal of Psychiatry*, nr.126, 1975
- Lătăianu, Camelia-Manuela - “Social Policies for Protection of Abandoned Children”, Bucharest BCS, 2001
- Lawson *et al.* - “Fatal Pulmonary Embolism during legal induced abortion in the United States from 1972 to 1985” în *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, nr.162, 1990
- Lumsden, Mary Ann și Hickey, Martha (coord.) - „Totul despre sănătatea femeii”, Colegiul Regal de Ostetrică și Ginecologie, București, Polimark, 2002
- Lupea, Iulian - „Tratat de neonatologie”, Cluj-Napoca, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2000
- Mandelson, M.T., Maden, C.B., Daling, J.R. - „Low Birth Weight in Relation to Multiple Induced Abortions”, în *American Journal of Public Health*, nr.82 (3), martie, 1993
- Martino, Bernard - “Bebelușul este o persoană. Povestea minunată a nou-născutului”, București, Humanitas, 2002
- Maximilian, Constantin, Bembea, Marius, Belengeanu, Viorica - „Genetica/Început fără sfârșit”, Timișoara, Editura de Vest, 2001

- Mihăilescu, Ioan - "Consolidarea coeziunii familiale și rata divortialității", *Viitorul social*, nr.6, 1987
- Mihăilescu, Ioan - „Familia în societățile europene”, București, Editura Universității București, 1999
- Mihăilescu, Ioan, - Politici sociale în domeniul populației și familiei, în vol. „Politici sociale. Românii în context european“, Editura Alternative, București, 1999
- Miles, John - „Etica Bibliei”, București, Editura Peniel, 2001
- Mitrofan, Iolanda - „Schimbări și tendințe în structura familiei” în *Sociologia familiei*, nr. 2, 1999
- Moberg, Peter J. - “Uterine Perforation in Connection with Vacuum Aspiration for Legal Abortion” în *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, nr. 14, 1976
- Moisin, Anton - „Ocrotirea copiilor nenăscuți”, Sibiu, 1997
- Moldovan, Ilie - „Darul sfânt al vieții și combaterea păcatelor”, București, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 1997
- „Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei în România”, Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, 2000-2001
- Moskoff, W. - „Pronatalist Policies in Romania”, *Economic Development and Cultural Change*, nr. 28 (3), 1980
- Mowrer, O. Hobart - „Sin, The Lesser of Two Evils” în *American Psychologist*, mai, 1960
- Muntean, Ana - „Familii și copii în dificultate”, Timișoara, Mirton, 2001
- Mureșan, Cornelia - „Evoluția demografică a României/Tendențe vechi, schimbări recente, perspective (1870-2030)”, Cluj-Napoca, Presa universitară clujeană, 1999
- Mureșan, Petru - „Nupțialitatea și divortialitatea în România, în context european și în profil județean, în cea de-a doua jumătate a sec. XX”, București, 1996
- Nicu, Mihaela Corina - „Introducere în bioetică”, București, 1998
- Nine Month Miracle (CD ROM) , [A.D.A.M. Software, Inc.](http://www.A.D.A.M.Software.Inc.com), 1600 RiverEdge Parkway, Suite 800, Atlanta, GA, 30328
- Nițescu, Vasile - „Procrearea umană”, București, Editura Didactică și Pedagogică, 1999
- Nițescu, Vasile - „Obstetrică și ginecologie în practica medicului de familie”, București, Editura didactică și pedagogică, 2002
- Parkinson Lisa - “Separarea, divorțul și familia”, București, Editura Alternative, 1993
- Patapievici, Horia-Roman - “Omul recent”, București, Humanitas, 2001
- Părintele Juvenalie - „Teroriștii uterului. Terorism științific și etica începuturilor vieții.Eseu de bioetică a gestației”, București, Editura Anastasia, 2002
- Pleșca, Doina, “Infecția HIV la copii”, Editura Amaltea, București, 1998
- Pop, Ioan Victor, Coplean Dina - „Genetica umană”, Cluj-Napoca, Editura Risoprint, 2002
- Popescu, Antonia - „Neonatologie/Noțiuni fundamentale”, Cluj-Napoca, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2002
- Protopopescu, Denisa Marina, Chard Tim, Ancăr Virgil (prof.) - „Infertilitatea. Fertilizare in vitro și reproducerea asistată”, București, Editura Meteora Press, 2001
- Raphael, B. - „Psycho-Social Aspect of Induced Abortion” în *Medical Journal of Australia*, nr. 2, iulie, 1972
- Raguin, Yves - „Celibat pentru timpul nostru”, Iași, Ars Longa, 1998
- Raicu, Petre - „Genetica generală și umană”, București, Humanitas, 1997

- Reardon, D. *et al.* - "Suicide Deaths Associated with Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of 173,279 Low Income American Women" în *Clinical Medicine & Health Research*, 25 aprilie, 2001
- Ricman, Ștefania - „ Protecția copilului aflat în dificultate în țările Uniunii Europene”, Fundația Internațională pentru Copil și Familie, 2001
- Riggs, Virginia P. - „Regulating Abortion Services” în *New England Journal of Medicine*, 7 februarie, 1980
- „Relansarea reformei în domeniul sănătății. Programe prioritare de sănătate pentru anul 2002”, MSF, CNAS, Snagov, 5 decembrie, 2001
- „Relansarea reformei în domeniul sănătății. Strategii naționale în domeniul sănătății”, Ministerul Sănătății și Familiei, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Snagov, 5 decembrie, 2001
- Sarler, C. - „Shame About the Babies: Why Romania Has to Learn To Care”, *Sunday Times Magazine*, 20 ianuarie, 1991
- Schmidt, R., Priest, R.G. - “The effects of termination of pregnancy: A follow-up study of psychiatric patients” în *British Journal of Medical Psychology* nr.54, 1981
- Scripcaru, Gheorghe *et al.* - „Bioetica, științele vieții și drepturile omului”, Editura Polirom, Iași, 1998
- Seaudeau, Jacques (Mons.) - Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est în „Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui nou mileniu creștin»”, București, 2001
- Șerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.) - „Studiul Sănătatea Reprodusei România 1993”, Raport final martie 1995, CDC, ARSPMS, 1995
- Șerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.) - „Studiul Sănătatea Reprodusei România 1999”, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, 2001
- Shepard, M., Bracken, M. (1979) “Contraception and repeat abortion” în *Journal of Biosocial Science*, nr.11, 1995
- Speckhard, A.C.; Rue, V.M. - “Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern” în *Journal of Social Issues*, nr. 48(3), 1992
- Stössel, Pius - „Myriam, de ce plângi? Sau trauma avortului”, Timișoara, Fundația Pro Vita Medica, 1998
- Swiger M. *et al.* - „Interview Follow-up of Abortion Applicant Dropouts” în *Social Psychiatry*, nr.11, 1976
- Szabo, Judit - “Diagnosticul antenatal”, Timișoara, Eurobit, 1998
- Tamian-Kunegel, I. - „L'interruption volontaire de grossesse a répétition” în *Gynecology, Obstetrics, Fertilization*, nr. 28, 2000
- Teclici, Valentina - „Vina de a fi copil al străzii”, București, Editura Oscar Print, 1998
- Teitelbaum, M.S. - „Fertility Effects of the Abolition of Legal Abortion in Romania”, în *Population Studies* 26 (3), 1972
- “The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health”, Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics / Gynaecology, FIGO, august, 2000
- Toader, Cornel - “Dragoste sau violență în medicină?”, Cluj-Napoca, Napoca Star, 1999
- Trebici, Vladimir - „Fertilitatea și statutul social al femeii”, *Viitorul social* III (3), 1974
- Trebici, Vladimir - „Genocid și demografie”, București, Humanitas, 1991
- Tudose, Cristian, Maniu Mrilena, Maniu, Călin - „Genetica umană”, Iași, Corson, 2000

- Vârtej, Petrache - „Ginecologie”, ed. II-a, revăzută și adăugită, Editurile All, București, 2002
- Vlădăreanu, Radu (ed.) - „Afecțiunile medicale asociate sarcinii”, Editura Infomedica, București, 1999
- Voinea, Maria - Familia în societatea de tranziție, în vol. „Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui nou mileniu creștin»”, București, 2002
- Zamfir, Cătălin (coord.) – “Dimensiuni ale sărăciei”, Editura Expert, București, 1995
- Zanc, Ioan - „Bioetica medicală/Principii, dileme, soluții”, Editura Medicală Univeritară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2001
- Zanoschi, Ch. - „Embriologie generală”, Iași, 1997

Summary

The book "A Vision of Life" was conceived as an analysis - of the highest importance - of the real life of unborn children in Romania. This area has been darkened by myths, created by the press especially. The mass media have limited the spreading and sharing of pro-life views, which many people may have. It drew attention only to the breathtaking aspects of the problem, always speaking the same language as pro-abortion organisations, which promote a hedonistic way of life, by using abortifacient contraception.

The most innocent humans in Romania have suffered, particularly since 1989. That is why, in order to illuminate the situation, the authors have tried to build a proper understanding of life, and in favour of life.

The first chapter, "Life in the womb", describes the life of the unborn baby. The authors present several fundamental arguments supporting the unborn child's humanity. The main idea is that human life is continuous from natural conception and must be respected.

The modern inclination in favour of death, which starts from ignorance and lack of consideration towards life, is emphasized. The contemporary trivialization of abortion represents a sign of the culture of death.

The authors base their arguments for the humanity of the unborn child on many facts offered by medicine, and by science in general. The tragedy of abortion is emphasized by the sensitivity of the unborn baby. Each phase of pregnancy is described, with arguments by loving and believing scientists. Such knowledge of life in the womb is needed by young and old alike, to strengthen family responsibility.

The link between the mother's and child's health is shown, specifying the factors that can endanger the life of the unborn baby. Romanian doctors show that many pregnant women in Romania have anaemia and consequently their children have rickets. Also, the risks of alcohol and smoking during pregnancy were shown. The attitude about premature birth needs to change in Romania, taking into account the progress on the international level. Although premature births do not exceed an average of 10% of all births, it is obvious that the number of deaths from this category is very high (70%, i.e. 3,059 in 2000).

"Problems of abortion" reflects the detail of abortion (the second chapter). Officially, the number of abortions decreased since 1993, from nearly one million abortions to almost 260.000 in 2000. At the beginning of the '90s, three abortions for each live birth were registered; in 1998, the ratio was 1:1.1. However, according to a Ministry of Health official, many private units do not report all abortions

(approximately 80.000 abortions were not recorded in the health statistics, in 2001). The great number of abortions implies a high mortality rate, and Romania held the first position in Europe for abortion related death rates in 2000 (16 per 100,000 live births).

Romania continues to be a special case on the world level, and this situation was encouraged by the liberal legislation passed at the end of 1989 and by corrupted by communism mentalities. The positions of the government, political parties and different medical organizations are given, taking into account changing mentalities. The authors present briefly the positive development in Poland, after the ban on abortion, which might serve as a model for Romania.

Since 1990, both the official institutions and many non-governmental organizations, internal and international, have aggressively promoted contraception, as a method of diminishing the number of abortions. As it is shown in the chapter "Contraception", the fatal consequences have been overlooked. The increase in use of contraception, especially among teenagers, escalates the number of abortions, because of more sexual activity in consequence.

In the chapter "Artificial Fertilization", the ethical issues implied by the use of artificial fertilization are described. The development of legislation, which permits embryo experimentation, is examined. The openness towards the European Union tends to extend the culture of death. The use of the new technologies in developing countries for genetic prenatal diagnosis to detect deficiencies in unborn babies and, consequently to abort the handicapped, proves the eugenic mentality is easily accepted. More information and ideas should be spread in Romania in order to change the eugenic mentalities and the negativistic views on life.

The chapter "Religious perspectives" presents the positions of the Christian churches and of other religions from Romania. The 6th chapter describes how abortion legislation has developed in the world and in Romania. The authors have tried to underline the way different manipulations take place in the name of "medical" and "back-street abortions".

Romanian society is particularly vulnerable to the culture of death. In the 7th chapter, "Failure of the communist policies", the authors show why the restrictions in law have no positive effect. All communist policies have ignored the real problems of the human being, in trying to remove all Christian concepts of life in favour of a materialistic one. The value of a child had been appreciated as labour, which could assure economic and social progress. The failure of the utopian programmes could be seen in the human and material degradation of the status of human beings. The policies of children in institutions ended in the explosion of "street children" and epidemics of HIV/AIDS. The 8th chapter gives a retrospective view on the traditional Romanian family and a short analysis of the present situation.

"The consequences of abortion", the largest chapter of the book, explains women's ignorance regarding abortion and its upshot on their physical and mental health. The authors stipulate the need to inform women and adolescents. Details

exclusive to Romania are presented, as well as the whole range of dangers implied by abortion and contraception. The immediate and long term consequences on physical and mental health are underlined. The authors refer to many books, so that those interested may deepen their knowledge. Arguments are offered for an adequate model of sex education in family and schools, based on Christian and moral values. The problem of euthanasia is given a special place in this chapter and the authors underline the link between the euthanasia and abortion. The attitude of many churches and religions from Romania is presented.

In last chapter, the 10th, an analysis of pro-life activities is given. After 1990, several attitudes were noticed, which warned of the worsening abortion situation in Romania. Unfortunately, these ideas were not given much attention. In recent years, many counselling ministries have offered their services. The authors hope the ideas and information in this book, based on the reality in Romania, will be of use especially to those who share Christian ideas of life. Through this book, and by the weekly electronic news bulletin “Dosar Provita Media” and its monthly English version, “Newsletter Pro-Life Media”, the authors wish to widen the way of better information.

