

## AVORTUL

### 14.1. ASPECTE GENERALE

În caracteristica sănătății publice, indicatorii demografici, inclusiv reproducerea, au o însemnătate deosebită. În acest context avortul influențează negativ natalitatea, condiționează reducerea sporului natural al populației, iar în condiții de crize social-economice poate fi și cauza depopulației.

Avortul spontan sau „la cerere” este unul dintre cele mai obișnuite evenimente obstetricale-ginecologice în întreaga lume, ocupând locul 2 după naștere. Efectuat de către un specialist instruit, cu un echipament potrivit, tehnică corectă și respectarea standardelor sanitare, avortul este una dintre cele mai sigure proceduri din practica medicală. Avortul, efectuat în condiții nesigure, contribuie la dezvoltarea sechelelor serioase pentru sănătatea femeii, deseori duce la infertilitate (OMS, 2003).

**Definiție.** Avortul reprezintă terminarea sarcinii prin orice mijloace, înainte ca fătul să fie suficient dezvoltat pentru a supraviețui. Definiția dată de OMS este limitată la terminarea sarcinii înainte de 22 de săptămâni de gestație, calculată în funcție de data primei zile a ultimei menstruații și expulzarea unui făt nou-născut care cântărește mai puțin de 500 gr.

Avortul voluntar sau electiv este întreruperea sarcinii la cererea femeii, dar nu pentru motive de afectare a sănătății mamei sau de suferință fetală. Acesta se poate efectua conform legislației în cazul sarcinilor sub 12 săptămâni.

**Istoric.** Existența avortului provocat a fost menționată în istoria diverselor civilizații, chiar înainte de apariția primelor mărturii scrise, și se regăsește în documentele scrise ale celor mai vechi civilizații.

Prima țară care a legalizat avortul a fost URSS (1920). Tendința lumii întregi spre legile de liberalizare a avortului a început în Statele Nordice în anii 1930, când Islanda (1935), Suedia (1937) și Danemarca (1938) au decretat legi mai puțin restrictive, urmate de Finlanda (1950) și Norvegia (1960).

#### **Reglementări privind avortul în lume.**

La ora actuală în lume există următoarele tipuri de legislație cu privire la avort:

1. Legislație permisivă – prin care avorturile sunt permise la cerere.
2. Legislație semirestrictivă, conform căreia avorturile sunt permise numai în următoarele cazuri:
  - motive de sănătate fizică și pentru a salva viața femeii;
  - motive de sănătate fizică și mentală și pentru a salva viața femeii;
  - motive social-economice.
3. Legislație restrictivă, prin care avorturile nu sunt permise sau sunt permise doar pentru salvarea vieții femeii.

### **Reglementări privind avortul în țările Uniunii Europene.**

Din punctul de vedere al legislației privind avortul, țările UE se împart în 3 grupe.

*În prima grupă* se află Malta, Irlanda și (practic) Polonia, la care se adaugă Irlanda de Nord, aflată în componența Marii Britanii.

Malta oprește cu desăvârșire avortul, în ciuda presiunilor uriașe din partea ONU și UE care solicită modificarea legislației.

În Irlanda, avortul este oprit cu excepția cazului în care mama este în pericol de a se sinucide, însă Guvernul și Biserica Catolică încearcă să închidă și această „porțiță”.

În Polonia și Irlanda de Nord, teoretic se poate apela la avort dacă sarcina a apărut în urma unui viol, incest, dacă fătul are malformații grave sau dacă viața și sănătatea mamei sunt puse în pericol; practic, însă, atât reglementările specifice, cât și sprijinul dat de stat în asistarea femeilor, care intenționează să apeleze la întreruperile de sarcină reduc până aproape de ne semnificativ numărul avorturilor.

*Grupa a doua* include statele în care se pot face avorturi în anumite condiții, mai relaxate: Cipru, Insulele Feroe (teritoriul danez), Finlanda, Luxemburg, Spania, Portugalia și Marea Britanie.

Avortul motivat de situația socială și materială dificilă este permis practic doar în Marea Britanie și Finlanda.

În Feroe se cere și consimțământul soțului, dacă femeia este căsătorită.

În Luxemburg, femeia trebuie consiliată cu privire la alternative și trebuie să aștepte 7 zile până la avort. Tot aici „obiecțiile de conștiință”, în general din motive religioase, sunt frecvente.

*În grupa a treia* se află restul statelor UE, în care avortul este disponibil „la cerere”. Din această grupă fac parte țări foste comuniste – Țările Baltice, Bulgaria, Cehia, Slovacia, Slovenia, Ungaria – care aveau o astfel de legislație încă din vremea „cortinei de fier”, sau țări cu veche tradiție democratică și liberală în care așa-numitele „libertăți individuale” sunt fundamentale – Belgia, Olanda, Germania, Franța, Suedia, Danemarca. Tot aici se include și Italia.

În Germania, Ungaria, Belgia este obligatorie sau opțională și asigurată gratuit, consilierea pre- și chiar post-avort. În Germania se fac chiar încercări pentru a determina femeia însărcinată să nu avorteze (modificări legislative determinate de scăderea catastrofală a natalității).

În Italia, „obiecția de conștiință” din cauze religioase intervine în cazul multor medici solicitați să întrerupă sarcini.

În Austria, factorul material este unul important, avortul costând destul de mult și fiind practic accesibil doar în marile orașe. În alte state intervenția este gratuită, costurile fiind acoperite de la bugetul de stat (Olanda, Danemarca, Estonia).

Acordul părinților în cazul în care femeia însărcinată este minoră este cerut în Italia, Grecia, Portugalia, Slovenia, Slovacia.

În Italia și Olanda se impune o perioadă „de gândire” de câteva zile înainte de intervenție.

În Cehia și Slovacia nu se pot face 2 întreruperi de sarcină la mai puțin de 6 luni distanță, decât dacă femeia are peste 35 de ani sau a născut de 2 ori.

Tot în această grupă se includ Grecia, unde legislația a fost relaxată de curând, și România, ultima fiind un caz special (singura țară în care a fost interzis avortul,

din 1967 până în 1989) și tragic totodată (cea mai mare rată a avorturilor din UE, lipsa aproape totală a oricăror restricții, lipsa consilierii).

În țările unde avortul este disponibil „la cerere”, limita de vârstă a sarcinii până la care se pot efectua intervenții este, în general, 12 săptămâni, cu excepția Sloveniei (10 săptămâni), a României (14 săptămâni) și a Suediei (18 săptămâni).

#### 14.2. CADRUL LEGISLATIV ȘI NORMATIV NAȚIONAL

Avortul legal la termenul până la 12 săptămâni de sarcină este valabil din anul 1955. Legislația precedentă a Uniunii Sovietice a fost modificată de Guvernul Republicii Moldova în august 1994 (ordinul nr.152, anexa nr.3), stabilind indicațiile (medicale și sociale) pentru terminarea sarcinii până la 24-25 de săptămâni. Decizia despre întreruperea sarcinii se ia de către Consiliul Medical Consultativ.

Noi modificări au fost introduse în 1995, când Moldova a aderat la definițiile OMS, când limitele pentru avortul în trimestrul 2 (la indicații medicale, genetice, juridice sau sociale) au fost diminuate la 21 de săptămâni. Avortul până la 28 de săptămâni este permis numai în cazuri de sifilis congenital sau malformații fetale severe (Ordinul nr.103, martie 1995).

Ordinul MS al RM nr.103 de la 07.04.2004 aprobă implementarea aspirării vacuum manuale în RM ca metodă de elecție pentru întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni și Ghidul clinic „Întrerupere de sarcină în primul trimestru prin aspirare vacuum manuală”.

#### 14.3. CLASIFICARE

*Avort precoce* – întreruperea sarcinii prin intervenție medicală până la termenul de 12 săptămâni de sarcină.

*Avort tardiv* – întreruperea sarcinii prin intervenție medicală până la termenul de 21 săptămâni de sarcină.

*Avort complet* – întreruperea sarcinii prin eliminarea în totalitate a produsului de concepție.

*Avort incomplet* – întreruperea sarcinii prin reținerea parțială a produsului de concepție.

*Avort criminal* – întreruperea sarcinii, efectuată de persoane incompetente fără respectarea standardelor sanitare.

*Avort provocat* – întreruperea sarcinii prin intervenție medicală specializată.

*Avort spontan* – întreruperea sarcinii fără intervenție medicală specializată.

##### **Rata și structura avorturilor**

În lume, anual se fac între 30 și 55 milioane de avorturi provocate, corespunzând la o rată a avorturilor de 70 la 1 000 de femei de vârstă fertilă și la o proporție de 300 de avorturi la 1 000 de sarcini cunoscute.

#### 14.4. CONSECINȚELE AVORTULUI

1. *Consecințe imediate* – în timpul intervenției sau în decurs de 3 ore după: hemoragie uterină, perforație uterină, leziune cervicală, complicațiile anesteziei, embolism, nașterea de feți vii.

2. *Complicații precoce* – între 3 ore și 28 de zile după avort: infecția, retenția produsului de concepție.

3. *Complicații tardive* – peste 28 de zile de la avort: dereglări menstruale, infertilitate, avort spontan, sarcină ectopică, prematuritate, imunizare Rh.

4. *Mortalitatea cauzată de avort.*

5. *Urmări psihice:* depresii, sentiment de vinovăție, tristețe, insomnie, atacuri de anxietate, frustrație, pierderea respectului față de sine, apariția răcelii emoționale și a pesimismului, distrugerea psihicului propriu, pierderea motivației. Pot apare și dereglări comunicaționale cu alți oameni, precum și cu partenerul de căsătorie și cu copiii deja născuți.

6. *Urmări asupra familiei:* datorită urmărilor fizice sau psihice care apar la părinți, apar evident dereglări ale relațiilor dintre membrii familiei.

7. *Urmări asupra societății:* societatea ar fi mult mai fericită dacă membrii ei nu ar fi afectați de fenomenul avortului. În plus, avortul duce la sporirea morbidității, agravarea situației demografice prin scăderea dramatică a natalității.

#### 14.5. CONSILIEREA CA METODĂ DE PREVENIRE A AVORTULUI

Majoritatea avorturilor legale nu se efectuează ca rezultat al indicațiilor medicale. Ele sunt considerate o procedură elective. O astfel de procedură implică luarea unei decizii, dacă avortul ar trebui sau nu făcut. Înainte de a începe să se facă avortul, este importantă sfătuirea cuplurilor pentru a fi sigur că aceștia doresc terminarea sarcinii. Consilierea trebuie să fie, pe cât posibil, imparțială și nondirectivă.

Scopul consilierii este de a ajuta femeia:

- să decidă care-i sunt dorințele adevărate;
- să se decidă asupra celui mai bun mod de a acționa;
- să-și asume responsabilitatea propriei decizii;
- să înțeleagă cum a ajuns să aibă o sarcină nedorită, astfel încât să-și poată planifica evitarea alteia.

Este foarte important ca femeii să i se ofere suficiente informații, astfel ca ea să poată lua o decizie. Acestea includ:

- alternative la avort – de exemplu, păstrarea copilului sau lăsarea lui spre adopțiune;
- detalii referitor la metodele abortive;
- complicațiile posibile și efectele adverse pe termen lung ale avortului;
- contracepția viitoare.

#### 14.6. PROFILAXIA AVORTURILOR PRIN PLANIFICAREA FAMILIALĂ

**Definiție.** Planificarea familială este determinarea conștientă de către familie a numărului dorit de copii și a eşalonării în timp a nașterilor.

Planificarea familială poate fi negativă – în scopul limitării numărului de sarcini, atinsă prin utilizarea contracepției sau pozitivă – în scopul obținerii unor sarcini, atinsă prin diagnosticul și tratamentul infertilității.

Planificarea familială este un drept fundamental al cuplurilor. Fiecare familie are dreptul să-și stabilească numărul dorit de copii și când îi dorește. În același timp, fiecare cuplu trebuie să fie conștient de obligațiunile și responsabilitățile pe care le are față de copii.

În esența sa, planificarea familială urmărește înainte de toate evitarea sarcinilor nedorite și previne cel puțin trei tipuri de sarcină cu risc sporit:

- sarcini la vârste mai mici de 20 de ani;
- sarcini la vârste mai mari de 35 de ani;
- sarcini la un interval intergenezic mai mic de 2 ani.

Pentru ca planificarea familială să își poată realiza scopul de a evita sarcina nedorită, uzează în mod obișnuit metodele de contracepție. Cunoscută din antichitate, la ora actuală contracepția este folosită pe tot Globul și este promovată de programe naționale și internaționale în majoritatea țărilor lumii.

Metodele de contracepție: hormonală; implante contraceptive; dispozitive intrauterine; metode de barieră și spermicidele; metode de planificare familială naturală (calendarul, t° bazală, coitul întrerupt); contracepția de urgență; sterilizarea.

Decizia finală referitor la alegerea metodei optime de contracepție îi aparține femeii, medicul fiind obligat să o informeze despre avantajele, dezavantajele și modul de acțiune a acesteia.

Factorii implicați în contracepție sunt: cultura, religia elementul politic, mass-media, evoluția „modernă” a vieții de familie, modul de a privi existența unui copil, și nu în ultimul rând, motivația cuplului.

Calitățile unei metode contraceptive ideale: 100% sigură; 100% eficientă; independentă față de actul sexual; administrare și reversibilitate simple; ieftină și ușor de distribuit; independentă de medic; acceptabilă pentru orice cultură, religie, politică; utilizabilă de sau evidentă pentru femei; protectoare față de boli cu transmitere sexuală.

Este important ca avortul să nu fie privit niciodată ca o metodă de contracepție. Solicitarea unui avort, pentru o sarcină neplanificată, este o dovadă de lipsă de cunoștințe în domeniul contracepției, eșec în folosirea unei metode eficiente sau eșecul metodei. O bună planificare familială caută să reducă numărul de sarcini nedorite. Astfel, cele mai scăzute rate ale avorturilor sunt în acele țări, care au un sistem de educație sexuală corespunzător și servicii dezvoltate de contracepție.

**Utilizarea curentă a metodelor de contracepție** (conform rezultatelor studiului Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, 2005, efectuat de către CNSPMP al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și ORC Macro):

Mai mult de două treimi din femeile căsătorite (68%) din Moldova recurg la anumite metode de contracepție. 44% din femeile căsătorite utilizează metode moderne, iar 24% – metode tradiționale. Dispozitivele intrauterine (DIU) constituie metoda cea mai utilizată, fiind folosită de 25% din femeile căsătorite, următoarea metodă fiind coitul întrerupt (20%). Femeile necăsătorite sexual active utilizează preponderent prezervativele și mai puțin dispozitive intrauterine.

Mai puțin de o treime (32%) din femeile căsătorite care nu utilizează contraceptive spun că au intenția să utilizeze planificarea familială în viitor, 55% nu au intenția de a o face și 11% nu sunt sigure de decizia lor.

Datele arată că doar 15% din bărbați cred că contracepția o privește doar pe femeie, pe când mai mult de un sfert din bărbați cred că femeile care recurg la planificarea familială s-ar putea deda desfrâului. Doar 13% din bărbați cred că femeia este cea care ar trebui să fie sterilizată, deoarece ea este cea care rămâne însărcinată.

În comparație cu alte țări din Europa de Est și Eurasia, utilizarea contraceptivelor de către femeile căsătorite cu vârsta între 15-44 de ani în Republica Moldova (72%) este mai înaltă decât în România (64% în 1999), Ucraina (68% în 1999), Armenia (58% în 2005), Azerbaidjan (55% în 2001), Georgia (41% în 1999), Kazahstan (62% în 1999), Kârgâzstan (60% în 1997), Turkmenistan (55% în 2000) și Uzbekistan (70% în 2002) (AIC, 2004; CDC și ORC Macro, 2003; NSS, 2006).