

Obstetra que atua em áreas de zika endêmica vai ao Senado defender interrupção da gravidez

(Trincheira do Aborto Legal, especial para Agência Patrícia Galvão, 26/04/2016) A médica Melânia Amorim enfrenta um duro cotidiano. Ela atende mulheres de baixa renda em [Campina Grande \(PB\)](#) e Recife (PE). Sua realidade, como médica que atende pelo SUS, a faz testemunha dos enfrentamentos que essas mulheres vivenciam, tanto no contexto da ilegalidade do aborto, quanto no cenário de epidemia do [vírus zika](#), que apresenta graves consequências para as mulheres grávidas infectadas. Melânia não se acanha e coloca todo o seu conhecimento em favor do melhor atendimento para essas mulheres.

Com mestrado em saúde materno-infantil pelo [IMIP/Pernambuco](#), doutorado em tocoginecologia pela Unicamp e pós-doutorados em tocoginecologia e saúde reprodutiva, Melânia é também pesquisadora com mais de 240 publicações em revistas médicas nacionais e internacionais, além de professora e orientadora em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal de Campina Grande.



Melânia Amorim dividirá sua experiência como especialista na quinta e última audiência pública da SUG 15/2014, que acontecerá nesta quinta-feira, 28 de abril, no [Senado Federal](#). A SUG 15 propõe regular a interrupção voluntária da gravidez pelo SUS dentro das doze primeiras semanas de gestação, pelo sistema único de saúde.

Veja a entrevista da médica para o projeto [Trincheira do Aborto Legal](#), uma parceria da Cfemea, Ipas e SPW.

Como médica ginecologista e obstetra, a senhora vive uma realidade muito peculiar nos atendimentos a mulheres de baixa renda. Como a senhora enxerga propostas como a SUG 15/2014 e seu efeito sobre os direitos das mulheres no Brasil?

O aborto representa um sério problema de saúde pública no Brasil, uma vez que lidamos com cerca de 800 mil a um milhão de abortos provocados por ano. Aborto é a quinta causa de [morte materna no Brasil](#).

A legislação atual, que criminaliza o aborto, não consegue coibir a prática e, ao contrário, penaliza as mulheres pobres, pardas e negras, porque enquanto as mulheres de classe média e alta que querem abortar o fazem recorrendo a métodos seguros, quer porque têm acesso a medicamentos ou porque pagam por procedimentos em clínicas clandestinas porém em condições adequadas de antissepsia, as mulheres sem condição financeira correm sérios riscos quando buscam soluções perigosas, resultando em complicações como hemorragia, choque, infecção e morte materna.

Em qualquer serviço público do Brasil é essa a realidade que estamos acostumados a enfrentar: o atendimento a mulheres pobres sofrendo complicações e [sequelas de abortos](#) provocados.

O acesso ao [aborto seguro e legal](#) dentro do SUS assume especial relevância dentro do contexto dos direitos reprodutivos e das políticas públicas de saúde. Há amplas evidências, de estudos sérios, incluindo recomendações da OMS e da FIGO, que o aborto legal **não** aumenta o número de abortos provocados, ao contrário, em médio e longo prazo é estratégia que reduz o número de abortamentos, além de ser medida essencial para salvar vidas: as vidas das mulheres. O aborto seguro reduz a mortalidade materna e, a par de uma política de contracepção efetiva, reduz o número de novos abortos, bem como as mulheres que são acolhidas pelo sistema de saúde quando têm a intenção de abortar podem também desistir de o fazer, como se verifica na experiência do Uruguai.

Qual a sua expectativa com relação ao debate que acontecerá na Audiência Pública a ser realizada nesta quinta-feira no Senado

Federal?

Minha expectativa é avançar nessa discussão mostrando a perspectiva médica e as evidências científicas correntemente disponíveis, inclusive de todos os países do mundo onde se demonstrou a relação importante entre legalização do aborto e redução da mortalidade materna. Porque a ideia é de reforçar que a criminalização **não** é efetiva, porque as mulheres continuam abortando, e é perigosa, coloca as vidas das mulheres em risco, isso quando não resulta em complicações graves e sequelas para toda a vida.

Sabemos que a audiência pública da SUG 15/2014 não aborda o contexto do vírus zika, mas não podemos retirá-lo do debate, por ser hoje uma epidemia que tem consequências devastadoras para as mulheres que planejam ter filhos hoje no Brasil. Como a SUG poderá beneficiar essas mulheres?

Em relação à zika, no contexto geral, ainda sabemos muito pouco, mas aparentemente os casos mais graves de complicações resultantes da zika congênita estão relacionados com infecção no primeiro trimestre, embora o diagnóstico das malformações só vá ser feito em geral no segundo trimestre. Então, se for possível oferecer legalmente a cada mulher no âmbito do SUS a possibilidade de interrupção da gravidez até a 12^a semana, aquelas que tiveram zika no primeiro trimestre podem ter essa opção, como aconteceu em muitos países em que o aborto é permitido no contexto da rubéola.