

**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Conhecimento sobre aborto legal em um serviço de referência baiano**

Knowledge about legal abortion in a Bahian referral service

Conocimiento sobre el aborto legal en un servicio de referencia de Bahia

Thalita Nascimento Gazar¹ , Lilian Rezende Novais² 

1 - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

2 - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO

O aborto legal tem barreiras para ser efetivado, incluindo o insuficiente conhecimento sobre o tema, embora haja normas legais e técnicas publicadas. Objetivou-se avaliar o conhecimento sobre aborto legal em um serviço de referência baiano. Metodologia: Foi realizado levantamento de campo com 90 profissionais, dentre médica(o)s, enfermeira(o)s, técnicas de enfermagem, assistentes sociais e psicóloga; utilizado questionário autoaplicado com 28 questões, tabulado no SPSS v. 22 Premium; analisado com estatística descritiva e testes X^2 e Mann-Whitney. Resultados: O perfil de participantes foi prioritariamente feminino e negro. Com relação às normas legais, evidenciou-se baixíssimo conhecimento com relação aos permissivos legais e ao consentimento; baixo conhecimento quanto ao limite de tempo gestacional, aos documentos necessários e à objeção de consciência; e conhecimento suficiente sobre responsabilidade da inveracidade de informações. Foi também verificado baixíssimo conhecimento quanto às normas técnicas e condutas da equipe. Conclusão: Os dados revelam a importância da qualificação profissional, almejando garantir acesso ao direito com assistência qualificada.

Palavras-chave: Aborto legal; Normas jurídicas; Guia de Prática Clínica; Serviços de saúde.

Histórico do Artigo

Recebido	10 Dezembro 2024
Aprovado	01 Junho 2025

Correspondência

Thalita Nascimento Gazar
Hospital Roberto Santos
Estrada do Saboeiro s/nº, Saboeiro
CEP: 41180-000 - Salvador-BA, Brasil.
E-mail: thaygazar@hotmail.com

Como citar

Gazar TN, Novais LR. Conhecimento sobre aborto legal em um serviço de referência baiano. Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(2): e11485.



INTRODUÇÃO

Desde 1940, o aborto induzido é legalizado no Brasil em gestações resultantes de violência sexual ou que colocam em risco a vida da mulher. Mais recentemente, em 2012, também foi permitido em gestações com feto anencefálico e, mediante judicialização, casos de malformações fetais incompatíveis com a vida¹. Em 1989, o primeiro serviço de aborto legal foi implantado no país, resultado da luta incansável de organizações feministas. Ainda hoje, os serviços são incipientes, pouco capilarizados, com oferta desigual no país².

Na Bahia, existem 13 serviços de referência concentrados na capital e em grandes centros urbanos. Há pouca disseminação sobre o direito ao aborto legal e invisibilidade dos serviços de referência. Persiste deficiência na estrutura física dos hospitais. Prevalecem métodos proscritos na assistência e estabelecimento de limites de tempo gestacional para efetivar o direito. Predomina o uso irregular do direito à objeção de consciência por profissionais de saúde. E, ainda, há desconfiança da palavra da mulher, sobressaindo o enviesamento por valores religiosos e morais na assistência³. Dentre outros fatores, a formação insuficiente e a falta de capacitação e de sensibilidade da equipe também performam como barreiras do acesso qualificado ao aborto legal, resultando em revitimização das mulheres em um momento de fragilidade emocional, além de representar um atentado aos seus direitos reprodutivos e humanos³.

Para proporcionar efetivação do direito e qualidade da assistência, órgãos e entidades se empenham em produzir normativas legais e técnicas para profissionais de saúde⁴⁻⁸. No entanto, Fonseca *et al.*⁹ apontaram que o conhecimento de profissionais sobre o tema é escasso, a demanda é reprimida e a formação é deficiente. A literatura científica revela formação profissional precária, desconhecimento de normativas legais e técnicas, uso excessivo de objeção de consciência, desconfiança da palavra da mulher e solicitação de documentos desnecessários⁹⁻¹⁹.

Não havendo ainda estudos sobre o tema no serviço de referência supracitado, buscou-se avaliar o conhecimento sobre aborto legal de profissionais de saúde, a fim de dar ênfase ao tema no serviço e ofertar subsídios que amparem capacitações para a equipe de saúde. Especificamente, buscou-se relacionar o perfil sociodemográfico e profissional da(o)s participantes, descrever e analisar o conhecimento quanto às normativas legais e técnicas.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento de campo com 90 profissionais do Centro Obstétrico de uma maternidade pública de alta e média complexidade, referência estadual para gestações de alto risco, para o cuidado às pessoas em situação de violência sexual e para aborto legal, cujo credenciamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

se deu em fevereiro de 2022. Foram incluída(o)s no estudo profissionais que compunham a equipe mínima estabelecida na normativa legal⁸ e que desejaram participar da pesquisa, excluindo aquelas que trabalhavam há menos de três meses no serviço ou que por qualquer limitação funcional não conseguissem responder ao questionário. Foi traçada uma amostra não probabilística por conveniência separada por quotas, considerando grau de confiança de 95% e margem de erro de 10%, sendo consultadas 40 técnicas de enfermagem, 25 médica(o)s, 22 enfermeira(o)s, 2 assistentes sociais e 1 psicóloga.

Utilizou-se um questionário autoaplicado com 28 questões, construído com base nas normas técnicas e legais⁵⁻⁸ e em estudos similares^{10,11,16,20,21}. Os dados sociodemográficos, de formação profissional, do trabalho no serviço e do aborto legal na maternidade foram contemplados em questões de escolha única e respostas abertas. Os dados sobre as normativas legais (permissivos, limite de tempo gestacional, documentos necessários, objeção de consciência, veracidade da informação e consentimento) e técnicas (normas técnicas e condutas de toda a equipe multiprofissional) foram abordados em questões de múltipla escolha.

A coleta de dados ocorreu pessoalmente, entre 5 de outubro e 28 de novembro de 2023, nos três turnos de trabalho, com apresentação do estudo, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autoaplicação do instrumento sem identificação nominal e posterior inserção em urna acrílica transparente, a fim de enfatizar confidencialidade e sigilo.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do SPSS, versão 22 *Premium* através de estatística descritiva com média, desvio padrão, frequências absoluta e relativa; e estatística inferencial, a partir dos testes X^2 e de Mann-Whitney. Para analisar o nível de conhecimento, utilizou-se de faixas percentuais: abaixo de 10% de respostas corretas, considerou-se conhecimento baixíssimo; entre 11% e 30%, baixo; dentro de 31% a 50%, moderado; na faixa de 51% a 80%, suficiente; e entre 81% e 100%, excelente. Para análise e discussão, optou-se por utilizar a publicação *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*⁶, de 2014, ao invés da mais recente *Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento*, de 2022, já que a última é menos disseminada entre profissionais e ainda pauta de discussão quanto à sua adequação em termos de evidências científicas. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer n. 6.183.115).

RESULTADOS

As características sociodemográficas e de formação profissional da(o)s participantes estão dispostas na Tabela 1. A média de idade foi de 40,87 anos ($\pm 10,86$), entre 25 a 70 anos e tempo médio de formação de 12,08 anos ($\pm 9,44$). 40% tiveram disciplinas que trataram sobre aborto legal em sua formação, destacando-se aquelas sobre ética e saúde da mulher. 20% relataram ter trabalhado em outro serviço de

referência e 16,7%, ter recebido treinamento externo sobre tema. Na categoria de médica(o)s, foram consultada(o)s especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e em Neonatologia, residentes das especialidades supracitadas e outra(o)s sem especialização. Os testes estatísticos não revelaram associação entre perfil sociodemográfico e demais variáveis.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de formação profissional, Bahia, 2023

Variáveis	n	%
Raça/cor		
Preta	29	32,2
Parda	45	50,0
Branca	14	15,6
Amarela	1	1,1
Indígena	1	1,1
Sexo		
Feminino	86	95,6
Masculino	4	4,4
Religião		
Sem práticas religiosas	13	14,4
Católica	33	36,7
Evangélica	27	30,0
Espírita	7	7,8
Matriz africana	3	3,3
Oriental	1	1,1
Outra	6	6,7
Formação profissional		
Curso técnico	40	44,4
Graduação	16	17,8
Pós-graduação	34	37,8

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A(o)s profissionais trabalhavam na maternidade há, em média, 5,54 anos ($\pm 6,08$), variando de 0 a 30 anos. Quanto ao serviço de referência, 40% souberam discernir que a maternidade é referência para aborto legal, 38,9% não souberam afirmar e 21,1% negaram. Da amostra, 52,2% já haviam atendido ao menos um caso de aborto legal no serviço, ressaltando-se que o teste de Mann-Whitney demonstrou que quem já havia atendido ao menos um caso tinha mais de tempo de trabalho ($U=560,500$; $p<0,005$). Apenas 10% da(o)s participantes referiram ter recebido treinamento sobre o tema no serviço de referência. Deste modo, 21,1% receberam treinamento, dentro ou fora do serviço de referência. A maioria (54,4%) da(o)s participantes fez sugestões de como o tema pode ser abordado em treinamentos, sobressaindo a modalidade de palestras, aulas expositivas e implantação de protocolo hospitalar com fluxograma de atendimento da equipe multiprofissional.

Perguntadas sobre o nível de conhecimento que tinham sobre o tema, numa escala de 0 a 10, a média de resposta foi 6,29 (± 2). Além disso, o teste de Mann-Whitney mostrou que ter realizado treinamento ($U=436,000$; $p<0,05$), atendido ao menos um caso ($U=695,500$; $p<0,05$) e tido disciplinas sobre o tema na formação ($U=491,500$; $p<0,001$) tiveram efeito sobre o nível de conhecimento autorreferido. As variáveis quanto ao conhecimento da(o)s participantes sobre as normas legais estão dispostas na Tabela 2, sendo elencadas nos permissivos legais e nos documentos requeridos apenas as opções corretas.

Tabela 2. Conhecimento referente às normas legais, Bahia, 2023

Variáveis	n	%*
Permissivos legais		
Violência sexual	84	93,3
Malformação fetal incompatível com a vida via judicialização	84	93,3
Feto anencéfalo	80	88,9
Risco de vida	57	63,3
Tempo gestacional		
Até 12 semanas	30	33,3
Até 24 semanas	19	21,1
Em qualquer tempo gestacional	18	20,0
Não sei	23	25,5
Documentos para casos de violência sexual		
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	44	48,9
Termo de Relato Circunstanciado	33	36,7
Termo de Responsabilidade	33	36,7
Ficha de notificação individual de violência sexual	27	30,0
Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez	23	25,6
Parecer técnico de médica(o)	18	20,0
Documentos para casos de risco de vida		
Avaliação por duas/dois médica(o)s com registro em prontuário de saúde	61	67,8
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45	50,0
Documentos para casos de anencefalia		
Laudo de ultrassonografia assinado por duas/dois médica(o)s	64	71,1
TCLE	47	52,2
Documentos para casos de malformação fetal incompatível com a vida		
Avaliação médica alicerçado em exames	63	70,0
TCLE	52	57,8
Autorização judicial	42	46,7

Fonte: Elaborado pelas autoras.

*% de respondentes que acertaram a questão.

A maioria assinalou corretamente os três permissivos legais, indicando ainda a opção de realizar o procedimento em caso de feto com malformação incompatível com a vida via judicialização. Entretanto, pouca(o)s participantes (17,8%) indicaram, dentre as opções dos permissivos, a gravidez em menores de 14 anos, que configura violência sexual presumida. A resposta correta para esta pergunta seria a marcação em conjunto das opções que contemplam violência sexual, risco de vida, feto anencéfalo e malformação incompatível com a vida via judicial. No entanto, apenas cinco participantes (5,6%) marcaram em conjunto tais opções, demonstrando baixíssimo conhecimento sobre o tópico. A(o)s participantes também assinalaram opções que não condizem com o aborto legal, como mulher ou parceiro(a) com HIV/AIDS (7,8%), vulnerabilidade social ou financeira (5,6%) e falha de anticoncepcional (3,3%), e 1,1% referiram não saber responder à questão.

Em se tratando do tempo gestacional limite para realizar o procedimento, as respostas foram equilibradas, prevalecendo o grupo que respondeu até 12 semanas (33,33%), sendo que a resposta considerada aceitável era não haver limite de tempo gestacional (20%), com o menor percentual entre as opções, demonstrando baixo conhecimento sobre o tópico.

Quanto aos documentos necessários em casos de violência sexual, menos da metade soube apontá-los separadamente, valendo destacar que nenhuma/nenhum participante marcou simultaneamente apenas os documentos requeridos, elencados na Tabela 2, demonstrando assim baixíssimo conhecimento. Também apareceram nas respostas documentos desnecessários, como Boletim de Ocorrência (BO) (41,1%), laudo do exame de corpo de delito (34,4%), autorização judicial (33,3%), comunicação ao conselho profissional (7,8%) e consentimento de genitor (4,4%), sendo que 15,6% referiram não saber responder e 1,1%, não consideraram que o aborto seja permitido neste caso.

Em casos de risco à vida, mais da metade assinalou documentos necessários, embora outros documentos tenham sido assinalados, como autorização judicial (20%), consentimento de genitor (8,9%), comunicação ao conselho profissional (7,8%), BO (1,1%), bem como 23,3% não souberam responder e 2,2% não consideraram que o aborto era permitido neste caso. Por outro lado, apenas 27,7% marcaram corretamente o conjunto de documentos necessários para este permissivo, descrito na Tabela 2, demonstrando baixo conhecimento.

A maioria soube indicar separadamente os documentos requeridos para casos de aborto legal de fetos anencéfalos. Porém, também houve número reduzido (18,8%) de respostas contendo todos os documentos necessários. Também indicaram outros documentos desnecessários: autorização judicial (43,3%), consentimento de genitor (14,4%), comunicação ao conselho profissional (7,8%) e BO (2,2%), bem como 16,7% não souberam responder.

Quanto aos casos em que se faz necessária a judicialização para interrupção da gestação de fetos com

malformação incompatível com a vida, a maioria soube indicar a avaliação médica e o TCLE, deixando de assinalar o parecer judicial aprovado. No entanto, apenas 23,3% assinalaram simultaneamente os três documentos, revelando baixo conhecimento sobre o tópico. Outros documentos assinalados foram: consentimento do genitor (12,2%) e comunicação ao conselho profissional (7,8%), e 18,9% não souberam responder à questão.

Em todos os permissivos, o TCLE é necessário, comprovando o consentimento para realização do procedimento. Neste quesito, 48,9% disseram que o TCLE deve ser assinado pela mulher que tem mais de 18 anos, 33,3% e 30% responderam que deve ser assinado pela família quando a mulher tem menos de 18 anos e/ou quando estiver inconsciente, respectivamente, e 37,8% apontaram que devem ser judicializados os casos em que há conflito de opinião. No entanto, 25,6% afirmaram não saber responder à questão e apenas 7,7% responderam todas as assertivas acima em conjunto, conformando baixíssimo conhecimento sobre consentimento.

No que tange à objeção de consciência, perguntada(o)s sobre a possibilidade de não atender um caso de aborto legal devido às convicções pessoais, 50% responderam corretamente sobre ser necessário providenciar outra(o) profissional para atender o caso, 31,1% sobre processo judicial ser acionado caso condição anteriormente citada não seja cumprida e 8,9% sobre não ser possível deixar de atender caso envolva risco à vida. Apenas 15,5% responderam em conjunto tais alternativas, conformando baixo conhecimento sobre o assunto. Houve também outras respostas assinaladas: a(o) profissional responde a processo judicial, caso se negue a atender (14,4%); não ser possível negar atendimento em casos de aborto legal (10%); e negar-se a atender ser apenas direito da categoria médica (1,1%), sendo que 18,9% não souberam responder.

Perguntada(o)s sobre o que ocorre caso a informação passada pela mulher quanto à condição que possibilita legalidade ao aborto seja inverídica, a maioria (52,2%) considerou que nada ocorre, já que a veracidade da informação é de responsabilidade da própria mulher, indicando conhecimento suficiente sobre o tema. Vale ressaltar que a média do nível de conhecimento autodeclarado foi maior para a(o)s participantes que acertaram essa questão, conforme o teste de Mann-Whitney ($U=709,000$; $p<0,05$). O teste X^2 revelou associação entre não saber responder a essa questão e o fato de não ter realizado treinamento sobre o tema [$X(2)^2=8,25$; $p<0,05$].

Em relação às normativas técnicas, 27,8% conheciam a publicação *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*⁵; 21,1%, a norma técnica *Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos*⁶; e 20%, a *Atenção humanizada ao abortamento*⁷. Apenas 6,6% relataram conhecer todas as três normativas, revelando baixíssimo conhecimento e 61,1% não conheciam nenhuma delas.

A(o)s participantes foram questionada(o)s quanto às atitudes que devem ser adotadas por toda a equipe

multiprofissional na atenção ao aborto legal, cujas assertivas corretas estão sintetizadas na Tabela 3. Destaca-se que apenas 4,4% marcaram simultaneamente tais assertivas, performando baixíssimo conhecimento.

Além das atitudes elencadas acima, consideraram adequado: comunicar o fato à autoridade policial (7,8%); convencer a mulher a ouvir os batimentos cardíacos e ver exames de imagem do conceito (3,3%); convencer a mulher a não abortar (2,2%); e se recusar a atender caso julgue que a mulher não está falando a verdade em caso de violência sexual (1,1%), bem como 13,3% não souberam responder à questão.

Tabela 3. Conhecimento referente às normas técnicas, Bahia, 2023

Atitudes da equipe multiprofissional	n	%
Garantir privacidade e confidencialidade	74	82,2
Respeitar a fala da pessoa	68	75,6
Realizar procedimentos de forma humanizada	68	75,6
Estabelecer comunicação efetiva	60	66,7
Identificar e avaliar necessidades e riscos de agravos à saúde	47	52,2
Orientar sobre métodos concepcionais e anticoncepcionais	44	48,9
Organizar acesso da pessoa no serviço	44	48,9
Informar sobre orientações gerais e clínicas	42	46,7
Encaminhar para rede de saúde, quando necessário	38	42,2
Possibilitar tomada de decisão	32	35,6
Promover prioridade no atendimento	32	35,6
Encaminhar casos pertinentes ao Conselho Tutelar	16	17,8

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O teste X^2 foi utilizado buscando associação ($p \leq 0,05$) entre as categorias profissionais e as variáveis, sendo necessário considerar apenas médica(o)s, enfermeira(o)s e técnicas de enfermagem ($n=87$), já que as outras categorias performavam um quantitativo baixo. Observou-se que mais médica(o)s e enfermeira(o)s acertaram: quanto à inveracidade da informação trazida pela gestante [$X(2)^2=6,51$]; referente à demanda de avaliação médica para casos que envolvem risco de vida [$X(2)^2=11,01$]; em relação ao laudo de ultrassonografia para casos de anencefalia fetal [$X(2)^2=11,56$]; quanto à necessidade de avaliação médica de condições de incompatibilidade com a vida [$X(2)^2=10,49$]; e de autorização judicial para casos de malformação fetal via judicialização [$X(2)^2=6,74$].

O mesmo fenômeno ocorreu com relação às normas técnicas, quando, segundo o teste, mais médica(o)s e enfermeira(o)s relataram a necessidade de: realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada [$X(2)^2=12,09$]; organizar o acesso da pessoa no serviço [$X(2)^2=6,88$]; possibilitar tomada de decisão [$X(2)^2=17,15$]; identificar e avaliar necessidades e riscos de agravos à saúde [$X(2)^2=7,69$]; e respeitar a fala da pessoa [$X(2)^2=6,25$]. Mais médico(a)s

marcaram a opção orientar sobre métodos concepcionais e anticoncepcionais [$X(2)^2=8,17$] e mais enfermeira(o)s indicaram a opção de notificação da violência sexual [$X(2)^2=10,91$]. O teste também apontou associação entre ser técnica de enfermagem e não saber responder quanto ao consentimento [$X(2)^2=7,14$] e ao relato inverídico [$X(2)^2=7,88$].

O teste X^2 também demonstrou mais acertos de participantes que já trabalharam em outro serviço de referência com relação ao TCLE como documento necessário para todos os permissivos legais, respectivamente violência sexual, feto anencéfalo, risco à vida e judicialização [$X(2)^2=5,03$; $X(2)^2=9,44$; $X(2)^2=10,74$; $X(2)^2=10,20$], ao termo de responsabilidade e à ficha de notificação para casos de violência sexual [$X(2)^2=5,60$; $X(2)^2=4,02$] e à avaliação médica para risco de vida [$X(2)^2=5,31$]. Da mesma forma, acertaram em maior quantidade quanto à necessidade de consentimento para pessoas menores de 18 anos [$X(2)^2=4,76$] e quanto às normas técnicas de: orientação sobre métodos anticoncepcionais e concepcionais [$X(2)^2=7,84$], organizar acesso da pessoa no serviço [$X(2)^2=11,42$], realizar orientações gerais e clínicas [$X(2)^2=6,02$] e notificar a violência sexual [$X(2)^2=6,55$].

DISCUSSÃO

O perfil da(o)s participantes neste estudo se assimila quanto ao gênero e à idade ao da pesquisa de Rocha *et al.*¹⁶ e, quanto à religião e tempo de formação, ao de Bichara²³. O presente estudo não evidenciou, mediante testes estatísticos, associação entre características sociodemográficas e conhecimento sobre aborto legal. No entanto, outros estudos revelam o impacto da religiosidade, por exemplo, na percepção sobre o tema^{16,24}.

Quanto ao conhecimento de que a maternidade sedia um serviço de referência para aborto legal, foi preocupante constatar que apenas 40% conheciam tal informação, já que a(o)s profissionais em questão atuam no serviço. Aqui vale destacar a distância entre ser uma maternidade credenciada para realizar aborto legal e ter um serviço implantado para tal.

Em se tratando da formação profissional, um número moderado (40%) de participantes relatou ter tido disciplinas que tratavam do tema, sobretudo aquelas que discutiam sobre saúde da mulher e ética profissional, como no estudo de Almeida *et al.*¹⁰. Outras pesquisas com estudantes de Medicina já sinalizavam a necessidade de revisar a formação quanto aos direitos sexuais e reprodutivos^{10,12,25}.

Referente à formação continuada, pouca(o)s participantes já haviam recebido capacitações internas ou externas sobre o tema, assim como foi visto no estudo de Ribeiro e Fonseca¹⁵ e de Mourão e Osterne¹⁷. A maioria fez sugestões de como tratar o tema no serviço, em concordância com a importância de treinamentos e implantação de protocolo hospitalar para guiar a assistência prestada, o que também foi observado no estudo de Rocha *et al.*¹⁶, em que foram sugeridas maneiras de proporcionar aprendizagem através de oficinas de capacitação, treinamentos, cursos e formações.

O nível de conhecimento autorreferido sobre o tema obteve média de 6,29, revelando a autopercepção de um conhecimento suficiente, muito embora a maioria dos tópicos alcançou a faixa percentual de conhecimento baixo e baixíssimo. Tal variável foi associada a outras, mediante teste estatístico, como ter recebido treinamento, atendido ao menos um caso de aborto legal e tido disciplinas sobre o tema na formação, o que revela a importância da formação na percepção do domínio do tema. Em comparação, no estudo de Benute *et al.*¹¹ em um hospital público, 75,9% de médica(o)s, 42,5% de enfermeira(o)s e 19% de demais profissionais referiram acreditar ter conhecimento pleno da legislação de aborto legal.

Tratando-se da legislação, este estudo identificou baixíssimo conhecimento quanto aos permissivos legais e assim como em outras pesquisas foi verificado conhecimento insuficiente^{11,19}. Se sobressaíram aqueles permissivos relativos à gestação por violência sexual e com fetos anencéfalos, embora tenham sido indicados casos não legalizados, como em outras pesquisas^{11,20,21,23}. Mas, vale o destaque de que as malformações fetais incompatíveis com a vida, que necessitam de judicialização para obter a aprovação da interrupção, foram mais indicadas do que os casos de risco à vida, direito assegurado desde 1940, demonstrando a invisibilidade deste permissivo.

Quanto ao limite de tempo gestacional, as regras não são tão claras, à medida que o Código Penal não estabelece margem e a normativa técnica para os casos de violência sexual define até 22 semanas, devendo prevalecer em serviços de referência a primeira recomendação^{4,5}. Cabe aqui destacar que o serviço pesquisado não é referência para realizar interrupções acima de 24 semanas, o que exige equipe especializada e técnicas mais complexas. Os fatos supracitados podem ter influenciado os resultados obtidos, sendo encontrado baixo nível de conhecimento.

Em se tratando dos documentos necessários, há legislações e recomendações éticas a serem seguidas. A regulamentação em caso de violência sexual considera etapas realizadas no serviço de referência, a começar com a escuta do relato da mulher, descrito no Termo de Relato Circunstanciado, assinado por ela ou por responsável legal. Um parecer técnico é feito por médica(o), em paralelo ao acolhimento da equipe multiprofissional. Posteriormente, a mulher ou sua/seu responsável legal assina também o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, o Termo de Responsabilidade e o TCLE⁸. Vale ressaltar a obrigatoriedade de notificar a ocorrência da violência em até 24 horas à Secretária Municipal de Saúde, em ficha específica para fins epidemiológicos²⁶, que apenas 30% da(o)s participantes consideraram uma conduta relevante.

Em se tratando do aborto por risco à vida, as recomendações éticas indicam avaliação por no mínimo duas/dois médica(o)s quanto à patologia que motiva a interrupção, registro em prontuário de saúde e, se possível, o TCLE

assinado pela mulher ou por familiar¹. Em caso de feto anencéfalo, é preciso garantir o diagnóstico da condição em laudo ultrassonográfico assinado por duas/dois médica(o)s e o TCLE assinado pela mulher ou por responsável legal⁶. Já os casos de malformação incompatível com a vida, é necessário laudo médico constatando a condição, alicerçado em exames, e um pedido judicial com parecer aprovado, seguindo para o serviço, onde deve ser aplicado o TCLE²⁷.

Observou-se baixo conhecimento quanto ao procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, já que menos de 30% da(o)s participantes apontaram simultaneamente os documentos necessários para cada tipo de permissivo, indicando ainda documentos desnecessários, como visto na literatura^{16,17,20,21,23}. Quanto ao BO, cabe aqui destacar que, apesar de dispensado, o documento deve ser foco de orientação no serviço de saúde, a fim de tomar as providências legais pertinentes, se a mulher assim desejar.

Em aspectos ético-profissionais e jurídicos, destacados nas normas técnicas, o código civil indica a importância do consentimento quanto à realização do aborto, sendo o TCLE um documento relevante para todos os permissivos⁵⁻⁷. Por isso, deve ser assinado pela mulher maior de 18 anos, por responsável legal de mulher com menos de 18 anos e por familiares em caso de a mulher estar inconsciente, sendo que os conflitos de interesse entre mulheres menores e responsável legal devem ser judicializados. No entanto, menos de 50% dos participantes da pesquisa souberam indicar as condutas necessárias e menos de 10% souberam apontar todas essas situações em conjunto.

Outros aspectos ético-profissionais e jurídicos estão postos, como os casos em que profissionais de saúde, respaldados em códigos de ética profissional, podem negar a execução de atividades que não tenham capacidade técnica, científica, ética e legal. O Código de Ética de Medicina é bem mais específico quanto a isso, podendo a(o)s profissionais recusarem-se a realizar atos que sejam contrários aos ditames de sua consciência, tratando-se de uma prerrogativa para protegê-la(o)s em situação de conflito moral²⁸. A objeção de consciência, porém, não deve acontecer em casos de aborto por risco à vida, na ausência de outra(o) profissional que o faça, e em atendimento derivado de complicações de aborto inseguro⁷. Tais recomendações éticas são essenciais para que o direito não proporcione violação da autonomia e do cuidado à mulher.

As investigações sobre o tema com profissionais demonstram que a objeção de consciência pode ser utilizada para velar preconceitos e receios por desconhecimento da lei e está comumente associada à alta religiosidade da(o) profissional de saúde. Seu uso abusivo, inclusive, reflete o estigma do aborto, com impacto desproporcional na saúde reprodutiva de populações mais pobres²⁴. No presente estudo, verificou-se conhecimento moderado sobre o tema, à medida que 50% ou menos apontaram sobre a necessidade

de indicar outra(o) profissional de saúde para atender o caso e a possibilidade de responder a processo judicial caso não o faça. Assim também, estudos de Rocha *et al.*¹⁶ e Bichara²³ identificaram pouco conhecimento de profissionais de saúde sobre o tema. Então, se faz necessário diferenciar deveres profissionais de crenças pessoais, cabendo aos serviços a institucionalização da objeção de consciência com fluxo a ser seguido com base nas recomendações éticas, já que a recusa não deve obstruir o acesso ao direito.

Por vezes, a prática da objeção de consciência se baseia na desconfiança de que a gravidez seja resultado de violência sexual²⁴. Sobre veracidade da informação, uma parcela do estudo de Ribeiro e Fonseca¹⁵ descreveu receio de que as mulheres faltem com a verdade ao procurar o serviço, o que causa insegurança às/aos profissionais. Cabe aqui destacar que a veracidade da informação é de responsabilidade da mulher que gesta, não ocasionando prejuízos legais para a(o) profissional, já que se trata de discriminante putativa, prevista no Código Penal⁴, o que foi considerado por cerca de 50% da(o)s participantes deste estudo, revelando conhecimento moderado. Ressalta-se também que 18,9% responderam incorretamente e 28,9% não souberam responder, indicando o peso da desconfiança e da suspeição como marcador da moralidade da(o) profissional¹⁶.

As três normas técnicas têm recomendações similares entre si, contemplando cinco elementos essenciais: rede integrada com a comunidade e com serviços; acolhimento e orientação; conformação com legislação vigente; atenção clínica adequada; oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo e integração com outros serviços de saúde⁵⁻⁷. As normas estão publicadas há cerca de dez anos, com acesso facilitado via internet, muito embora elas fossem pouco conhecidas por participantes deste estudo, como também foi verificado nos estudos de Rocha *et al.*¹⁶ e de Mourão e Osterne¹⁷.

Em se tratando do sigilo, conforme ética profissional, as normas salientam ser crime revelar segredo de que se tem ciência em razão da profissão, sem justa causa, cuja revelação produza danos⁵⁻⁷. O ponto foi destaque neste estudo, já que foi a conduta técnica mais indicada pela(o)s participantes (82,2%). Porém, deve-se salientar que esta é uma conduta geral, indicada para qualquer intervenção em saúde, não somente em caso de aborto legal, explicando a maior disseminação na área da saúde sobre o tópico.

As condutas essenciais para o cuidado multiprofissional trazidas pelas normas são: garantir privacidade no atendimento e sigilo das informações; identificar e respeitar as necessidades da mulher; estabelecer comunicação efetiva; organizar e priorizar o acesso de acordo com necessidades detectadas; informar e realizar procedimentos técnicos de acordo com condições clínicas; e possibilitar acesso ao pré-natal de alto risco, até que se resolva pela interrupção da gestação⁵⁻⁷. Elas foram elencadas por participantes deste estudo de forma separada, variando de 17,8% a 82,2%, que indica de baixo a excelente conhecimento sobre o assunto, porém apenas

4,4% as marcaram em conjunto, findando em conhecimento baixíssimo quanto às condutas da equipe multiprofissional.

Embora tenham aparecido em menor proporção, condutas inadequadas – como comunicar à autoridade policial, convencer a mulher a ouvir os batimentos cardíacos e ver exames de imagem do conceito, convencê-la a não realizar o aborto e se recusar a atender se julgar que a mulher está mentindo – são frutos do julgamento moral, já que acabam por punir pela escolha do aborto, mesmo sendo direito garantido. São originadas também no desconhecimento do papel da(o) profissional de saúde, que neste caso deve oferecer atenção à saúde, presumir veracidade da informação e resguardar o sigilo das informações evocadas, excluindo-se da sua competência o julgamento da informação prestada¹⁶.

Particularmente, as duas primeiras condutas supracitadas são pontos confusos entre profissionais devido à Portaria nº 2.282/2020, não mais em vigor, que recomendava ambas as condutas, muito embora violem códigos de ética profissional e mobilizem emocionalmente as mulheres. Ao investigarem concepções e práticas da equipe multiprofissional frente ao aborto legal, Mourão e Osterne¹⁷ evidenciaram postura julgadora, recusa de realizar o procedimento, dentre outros aspectos, além do reconhecimento da(o)s participantes sobre a importância de capacitações que recomendem condutas técnicas.

Apesar de poucos estudos investigarem o conhecimento de profissionais sobre tais normas técnicas, a percepção de mulheres atendidas nos serviços indica, junto às próprias normativas, as condutas essenciais para uma assistência qualificada. Dentre os aspectos negativos percebidos por elas, destacaram-se: tempo de espera para realizar o procedimento; reprovação moral do aborto por parte da equipe; suspeição da sua narrativa expressa por práticas de inquérito periciais de profissionais sobre a violência ocorrida; orientações precárias ou inexistentes; pouca divulgação do direito e de serviços de referência e interferência das relações de poder nas atitudes pós-violência sexual, incluindo continuidade de gestações indesejadas^{13,14,18}.

Já, os pontos positivos indicam a importância de cuidado acolhedor, estabelecimento de relações empáticas, respeito às histórias, cautela para não revitimizar as mulheres e prestação imediata de assistência perante a condição de vulnerabilidade a que estão submetidas^{14,18}. O cuidado da equipe multiprofissional é essencial nesta situação, sendo que suas atitudes devem tornar a vivência do aborto em serviços de referência menos penosa.

Comparando o conhecimento das categorias profissionais, observou-se que mais médica(o)s e enfermeira(o)s, cada uma a sua maneira, souberam responder às assertivas, em detrimento de técnicas de enfermagem, fenômeno observado também por Benute *et al.*¹¹. Cabe destacar que há condutas mais distantes da prática de trabalho na rotina de cada categoria profissional. Somando todos os grupos profissionais, foi observada associação entre a(o)s participantes que já tinham trabalhado ou trabalham em outro serviço de referência

e acertos nas assertivas, o que demonstra a importância do aprender fazendo, lidando com casos na rotina do serviço, possivelmente potencializados pelo processo de ensino-aprendizagem.

Em suma, outros estudos com profissionais de saúde também identificaram inegável deficiência no conhecimento sobre o tema^{11,15,20,21}. Deste modo, o editorial *Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde*²⁹, de 2007, segue atual ao indicar a persistente confusão a respeito dos documentos necessários e casos envolvendo mulheres com menos de 18 anos, reforçando a importância de ensino e participação de profissionais em discussões sobre o tema. Muito embora, ao tempo do editorial, a legislação e as normas técnicas vigentes fossem outras, o tema era menos debatido em espaços de saúde, havia menos serviços de referência implantados e menor acesso às normativas técnicas e legais via internet.

A falta de conhecimento, para além dos estigmas, leva ao risco de realizar condutas inadequadas, o que impacta diretamente a qualidade da assistência prestada, uma vez que, sem parâmetros legais e técnicos de como conduzir o caso, a(o) profissional de saúde pode evocar convicções pessoais para basear a assistência à saúde. Assim, profissionais que atuam com mulheres que pleiteiam o aborto legal devem ter consolidados os conhecimentos a fim de prestar um serviço qualificado e baseado em boas práticas assistenciais. Por isso, torna-se essencial o investimento em qualificações periódicas, focando em normas legais e técnicas, proporcionando espaço para discussão de casos e compartilhamento de dúvidas, como sugerido por participantes do presente estudo.

A formação de profissionais no serviço de saúde pode acontecer a partir da aprendizagem no trabalho, com a incorporação do aprender e do ensinar no cotidiano do serviço. A educação permanente permite uma aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar práticas profissionais, já que busca análise crítica e constituição de conhecimento sobre a realidade local. Isso requer articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho³⁰. Na educação em saúde, cabem abordagens vivenciais que proporcionem reflexões e exploração de questões da subjetividade da(o) profissional, sobretudo em temas estigmatizados, como o aborto, convocando-a(o) a desenvolver a capacidade de respeito ao outro e seus direitos.

Atendendo ao benefício final da pesquisa, de dar ênfase ao tema no serviço e ofertar subsídios que amparem capacitações para a equipe de saúde, os resultados foram apresentados para o grupo de trabalho institucional sobre o tema, sugerindo como condutas: realização de treinamento uni e multiprofissionais nas modalidades sugeridas por participantes; divulgação por meio de cartazes, pela maternidade, sobre o serviço de referência e sobre as normas técnicas e legais; roda de conversa sobre o tema; e implantação de protocolo hospitalar com fluxo assistencial.

CONCLUSÃO

Sumariamente, foi passível de observação o moderado conhecimento de que a maternidade é um serviço de referência para aborto legal, baixo número de profissionais treinada(o)s quanto ao tema e uma média suficiente de conhecimento autorreferido. Quanto às normativas legais, baixíssimo conhecimento com relação aos permissivos e ao consentimento; baixo conhecimento do limite de tempo gestacional, de documentos necessários para cada permissivo e da objeção de consciência. E conhecimento suficiente quanto à responsabilidade da inveracidade de informações. Em relação às normas técnicas, baixíssimo conhecimento quanto às três normativas e no que se refere a todas as condutas que devem ser realizadas pela equipe multiprofissional.

Tratando-se de amostra estipulada estatisticamente e por quota, os dados são passíveis de generalização para o referido serviço de referência, evidenciando conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre aborto legal. O encontrado neste estudo orienta a relevância de capacitações sobre o tema no serviço de saúde e sua divulgação sobre o direito na sociedade em vistas de alcançar qualidade da assistência prestada. Assim, é perceptível que são necessárias capacitações sobre as normas legais e técnicas, com destaque para os permissivos legais, documentos necessários, consentimento, recomendações éticas relativas à objeção de consciência, responsabilidade da veracidade da informação e condutas multiprofissionais. Tais temas podem ser trabalhados em educação permanente, com palestras, estudos de caso, aulas participativas a partir da lógica aprender e ensinar na rotina do serviço. O resultado encontrado é o reflexo da mudança no debate sobre aborto no Brasil, que deixa de ser tratado como questão de Saúde Coletiva e é pautado por moralidade religiosa, o que distancia o país de alcançar direitos reprodutivos conquistados pelas mulheres em outros países.

No entanto, o estudo tem limitações, sobretudo relacionadas às categorias profissionais, já que não aborda outros grupos, como recepcionistas e trabalhadora(e)s de serviços gerais, que têm contato com a mulher que pleiteia aborto legal; a não diferenciação das especialidades médicas, o que pode influenciar o nível de conhecimento sobre o tema; e não ter abordado condutas específicas das normas técnicas de cada categoria profissional. Por fim, há um largo espaço entre conhecer e aplicar as normas, o que pode ser mais bem investigado em estudos de avaliação da qualidade técnico-científica desta intervenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rosas CF. Interrupção da gestação. In: Boyaciyan K. Ética em ginecologia e obstetrícia [Internet]. 5. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2018 [acesso em 4 jan 2024]. p. 203-35. Disponível em: <https://>

- portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/LIVRO-COMPLETO_Etica-em-Ginecologia-e-Obstetricia.pdf.
2. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(12):e00085321.
 3. Viana APA, Meneses GMS, Silveira PS, Batista CG, Marinho LFB, Araújo MJO *et al.* Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da Covid-19: 2020 e 2021 - Resumo executivo [Internet]. São Paulo: Grupo Curumim; 2023 [acesso em 13 mar 2024]. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/wp-content/uploads/2023/04/Barreiras-de-acesso-ao-aborto-legal-na-Bahia-RESUMO-EXECUTIVO.pdf>.
 4. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet], Rio de Janeiro, 31 dez. 1940 [acesso em 2 jan 2024]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=250495.
 5. Ministério da Saúde (BR). Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes [Internet]. Brasília: MS; 2012 [acesso 2 jan 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.
 6. Ministério da Saúde (BR). Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica [Internet]. Brasília: MS; 2012 [acesso em 2 jan 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf.
 7. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica [Internet]. 4. ed. Brasília: MS; 2014 [acesso em 2 jan 2024]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Aten%C3%A7%C3%A3o-humanizada-ao-abortamento-2014.pdf>.
 8. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Capítulo VII: Do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual. Seção II: Do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei [Internet]. Diário Oficial da União Brasília, 28 set 2017 [acesso em 4 jan 2024]. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf.
 9. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal MC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(sup 1):e00189718.
 10. Almeida MAS, Amorim FHR, Barbosa IAF, Dias A, Morita I. Brazilian abortion law: knowledge in medical education. *REBEM* 2012; 36(2):243-8.
 11. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012; 34(2):69-73.
 12. Fróes NMF, Batista CB. Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre abortamento legal. *Rev. Bioét.* 2021; 29(1):192-207.
 13. Diniz D, Madeiro A, Rosa CF. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *SRHM* 2014; 22(43):141-8.
 14. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(2):345-353.
 15. Ribeiro DR, Fonseca CT. Atenção humanizada ao aborto legal em um hospital público de Belém-PA. *Rev. para. med.* 2015; 29(3):13-20.
 16. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. Bioét.* 2015; 23(2):287-99.
 17. Mourão RVC, Osterne MSF. Concepções e Práticas da Equipe Multiprofissional sobre o Aborto Legal em um Hospital Materno-Infantil de Fortaleza-CE. *Conhecer: debate entre o público e o privado* 2017; 7(18):24-43.
 18. Lima MCD, Larocca LM, Nascimento DJ. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. *Saúde debate* 2019; 43(121):417-28.
 19. Garbini R, Garbini LAMC, Ribeiro MC, Ferreira SMS, Nóbrega DF, Barbosa KGB. Legalidade e ética entre obstetras do serviço de aborto legal em Alagoas no atendimento às vítimas de estupro. *Femina* 2021; 49(10):622-30.
 20. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Andalaft Neto J. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2004; 26(4):89-96.
 21. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Andalaft Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas

e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29(4):192-9.

22. Ministério da Saúde (BR). Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento [Internet]. 2. ed. Brasília: MS; 2022 [acesso em 13 mar 2024]. Disponível em: https://multimidia.gazetadopovo.com.br/media/docs/1705782336_atencao-avaliacao-conduta-abortamento-2ed.pdf.

23. Bichara BM. Objeção de consciência em casos de aborto legal: percepção dos profissionais de saúde [Internet]. [Trabalho Conclusão de Curso Medicina – Universidade Federal da Bahia]. Salvador: UFBA; 2017 [acesso em 2 jan 2024]. p. 56. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36891>.

24. Darzé OISP, Barbosa Junior U. Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objeção consciente com relação à saúde reprodutiva entre estudantes de medicina. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2018; 40(10):599-605.

25. Darzé OISP, Azevedo BKG. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36(1):5-9.

26. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.º 217, de 1º de março de 2023. Altera o Anexo I do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017 [...].

Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 1 mar. 2023 [acesso em 4 jan 2024]. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/portaria-gm-ms-no-217-de-marco-de-2023-lista-nacional-de-notificacao-compulsoria/?wpdmdl=16385>.

27. Espírito Santo MS. Anomalias fetais incompatíveis com a vida: uma análise da judicialização da interrupção seletiva da gestação no Brasil [Internet]. [Trabalho Conclusão de Curso Medicina – Universidade Federal da Bahia]. Salvador: UFBA; 2018 [acesso em 5 jan 2024]. p. 70. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/27482/1/M%c3%a9rcia%20Esp%c3%adrito%20Santo.pdf>.

28. Conselho Federal de Medicina (BR). Código de Ética Médica: Resolução CFM n.º 2.217/2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso em 2 jan 2024]. p. 80. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

29. Colas O, Aquino, NMR, Mattar R. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29(9):443-5.

30. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 4 jan 2024]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

ABSTRACT

Legal abortion has barriers to its implementation, including insufficient knowledge on the subject, although there are published legal and technical standards. The objective was to evaluate knowledge about legal abortion in a reference service in Bahia. Methodology: Field survey was carried out with 90 professionals, including doctors, nurses, nursing technicians, social workers and psychologists. A self-administered questionnaire with 28 questions was used, tabulated in SPSS v. 22 Premium, analyzed with descriptive statistics and X2 and Mann-Whitney tests. Results: The profile of participants was primarily female and black. Regarding legal norms, there was very low knowledge regarding legal permissives and consent; low knowledge regarding the gestational time limit, the necessary documents and conscientious objection; and sufficient knowledge about responsibility for the untruth of information. Verified very low knowledge regarding technical standards and team conduct. Conclusion: The data reveal the importance of professional qualification, aiming to guarantee access to the right with qualified assistance.

Keywords: Legal Abortion; Enacted Statutes; Practice Guideline; Health Services.

RESUMEN

El aborto legal enfrenta barreras, incluyendo un conocimiento insuficiente sobre el tema, a pesar de las normas legales y técnicas publicadas. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento sobre el aborto legal en un centro de referencia en Bahía. Metodología: Se realizó una encuesta de campo con 90 profesionales, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, trabajadores sociales y un psicólogo. Se utilizó un cuestionario autoadministrado de 28 preguntas, tabulado en SPSS v. 22 Premium. El cuestionario se analizó mediante estadística descriptiva y las pruebas de chi-cuadrado y Mann-Whitney. Resultados: Los participantes fueron predominantemente mujeres y de raza negra. En cuanto a las normas legales, demostraron un conocimiento muy bajo sobre permisos legales y consentimiento; un conocimiento limitado sobre los límites de edad gestacional, los documentos requeridos y la objeción de conciencia; y un conocimiento suficiente sobre la responsabilidad por información falsa. También demostraron un conocimiento muy bajo sobre las normas técnicas y la conducta del equipo. Conclusión: Los datos revelan la importancia de la cualificación profesional para garantizar el acceso a la ley con atención calificada.

Palabras clave: Aborto legal; Normas legales; Guía de práctica clínica; Servicios de salud.