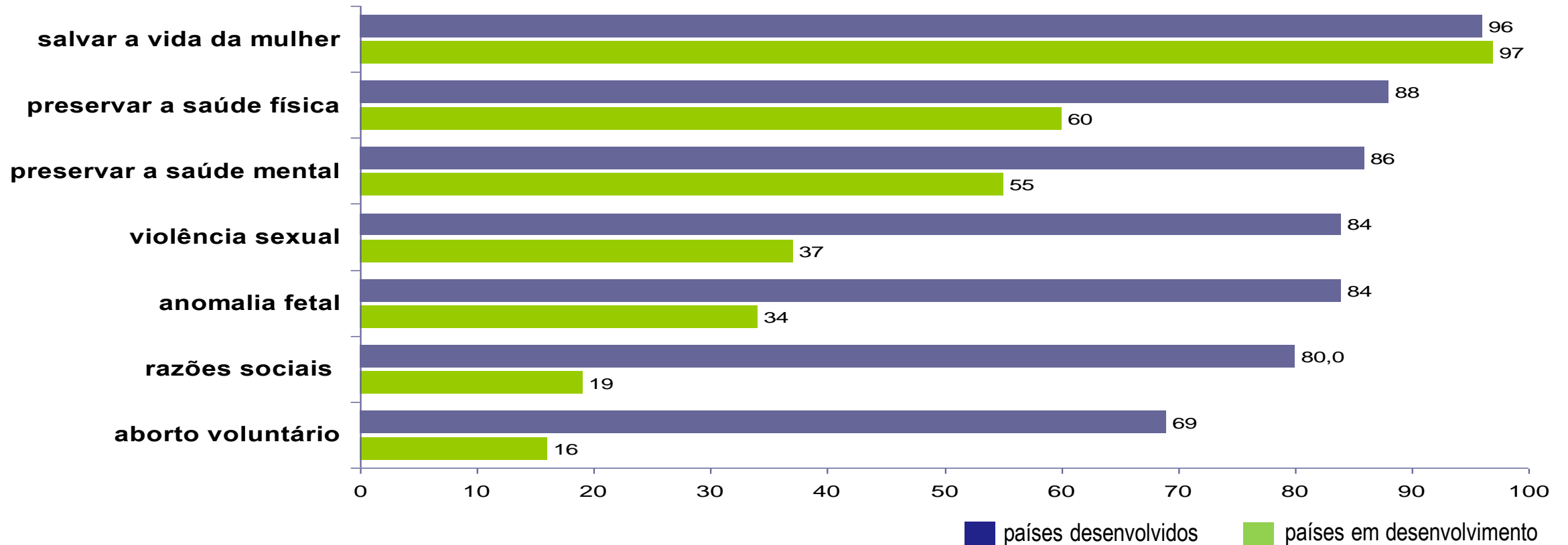


ABORTO NO BRASIL
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP
Prof. Dr. Jefferson Drezett

PERMISSIVOS LEGAIS PARA O ABORTO

LEGISLAÇÃO DE PAÍSES SEGUNDO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ECONÔMICO



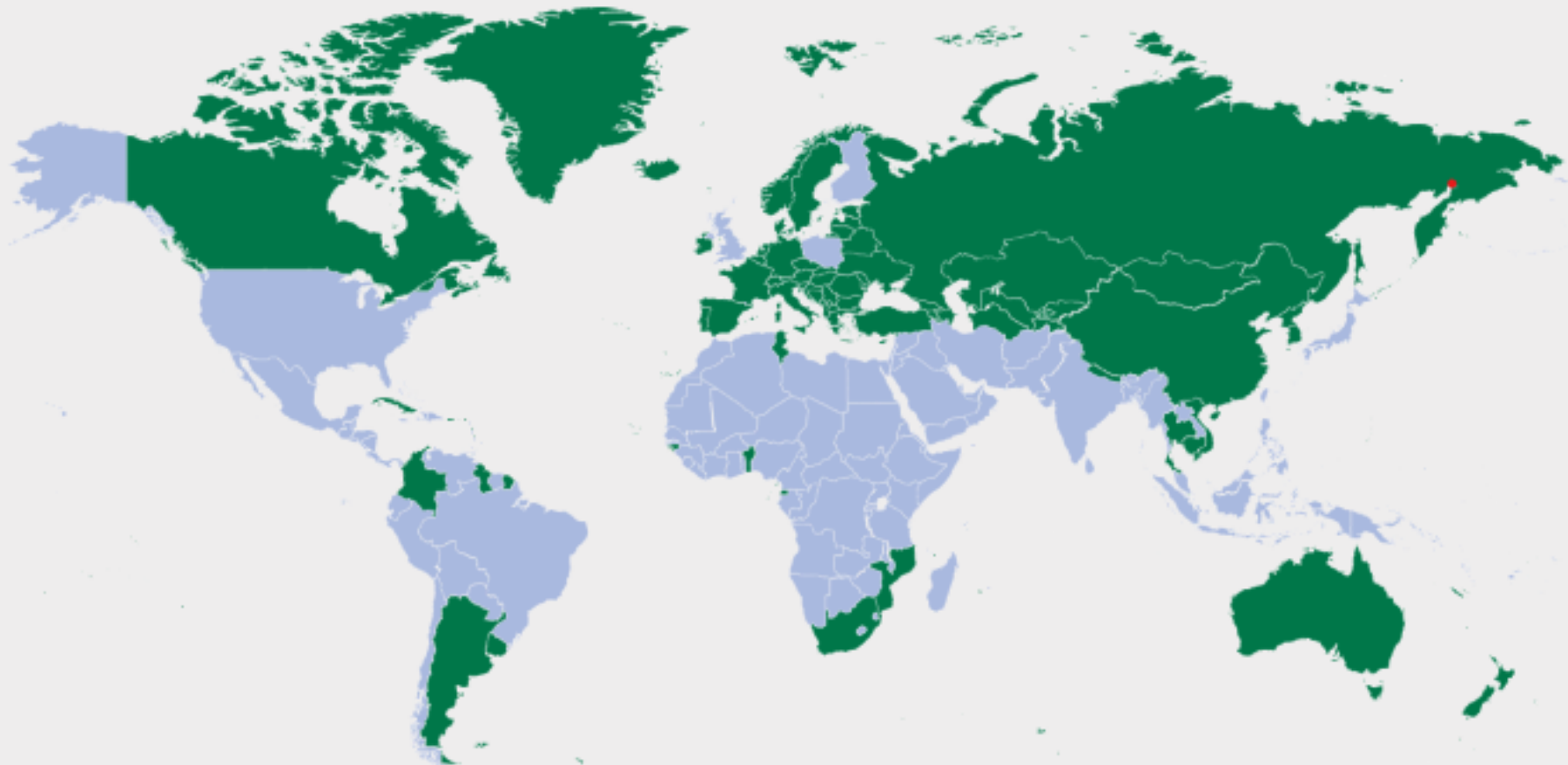
ABORTO NO MUNDO

SITUAÇÃO DOS PAÍSES SEGUNDO LEGISLAÇÃO (2023) – CATEGORIA I

Categoria I - Sob Consulta
(Limites Gestacionais Variam)

661 milhões
35% das mulheres
em idade
reprodutiva

viver onde o aborto é permitido mediante solicitação. Essas leis geralmente têm limites gestacionais, embora a rigidez desses requisitos varie entre os países.



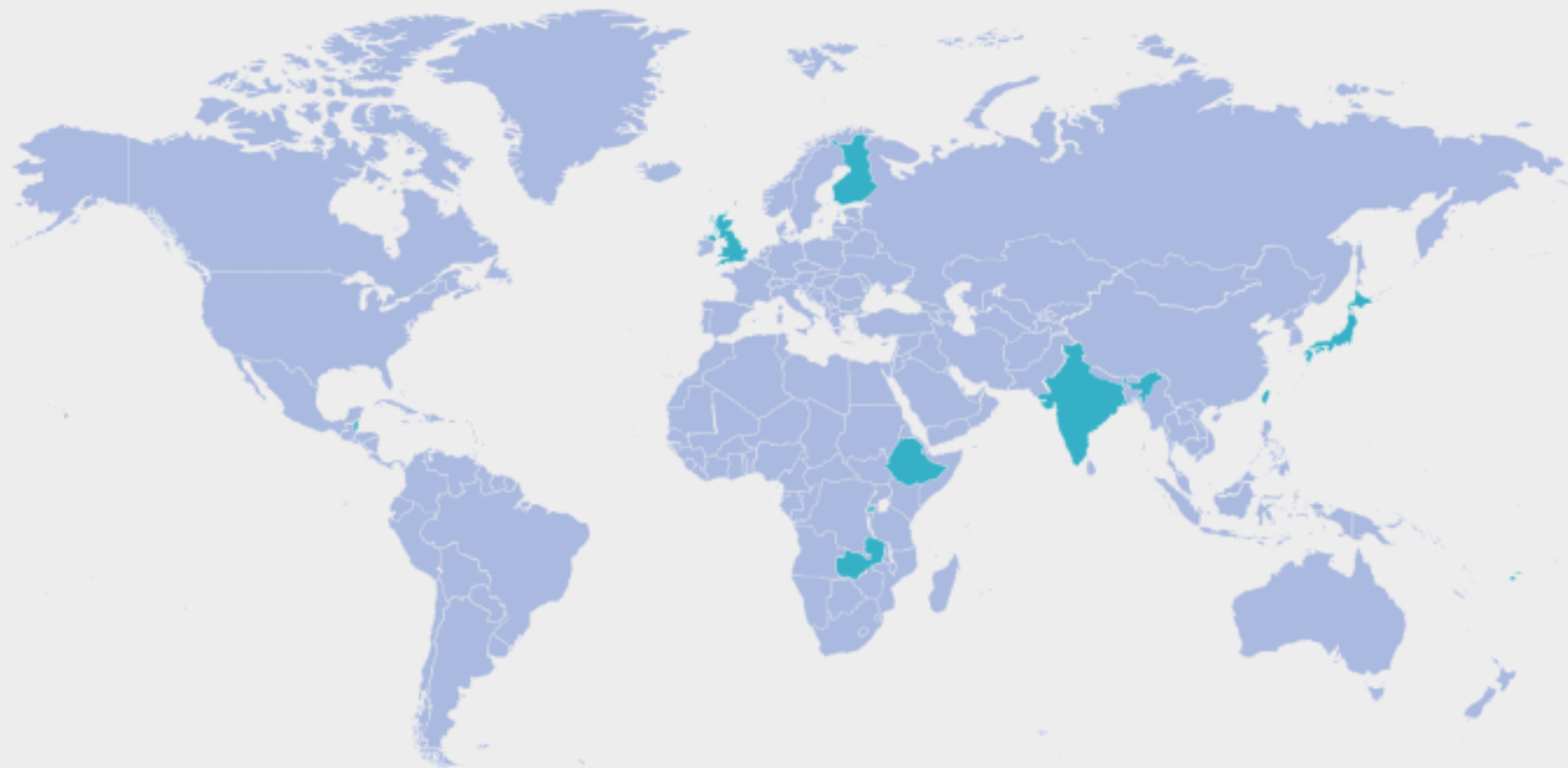
ABORTO NO MUNDO

SITUAÇÃO DOS PAÍSES SEGUNDO LEGISLAÇÃO (2023) – CATEGORIA II

Categoria II - Amplos
Fundamentos Sociais ou
Econômicos

457 milhões
25% das mulheres
em idade
reprodutiva

vivem onde o aborto está
disponível por razões sociais e
econômicas amplas que levam
em conta a situação da pessoa
grávida, as circunstâncias
econômicas e o bem-estar.



ABORTO NO MUNDO

SITUAÇÃO DOS PAÍSES SEGUNDO LEGISLAÇÃO (2023) – CATEGORIA III

Categoria III - Preservação da Saúde

226 milhões
12% das mulheres
em idade
reprodutiva

vivem onde o aborto é permitido quando a gravidez representa um risco para a saúde da pessoa. Muitas dessas leis incluem ameaças à preservação da saúde.



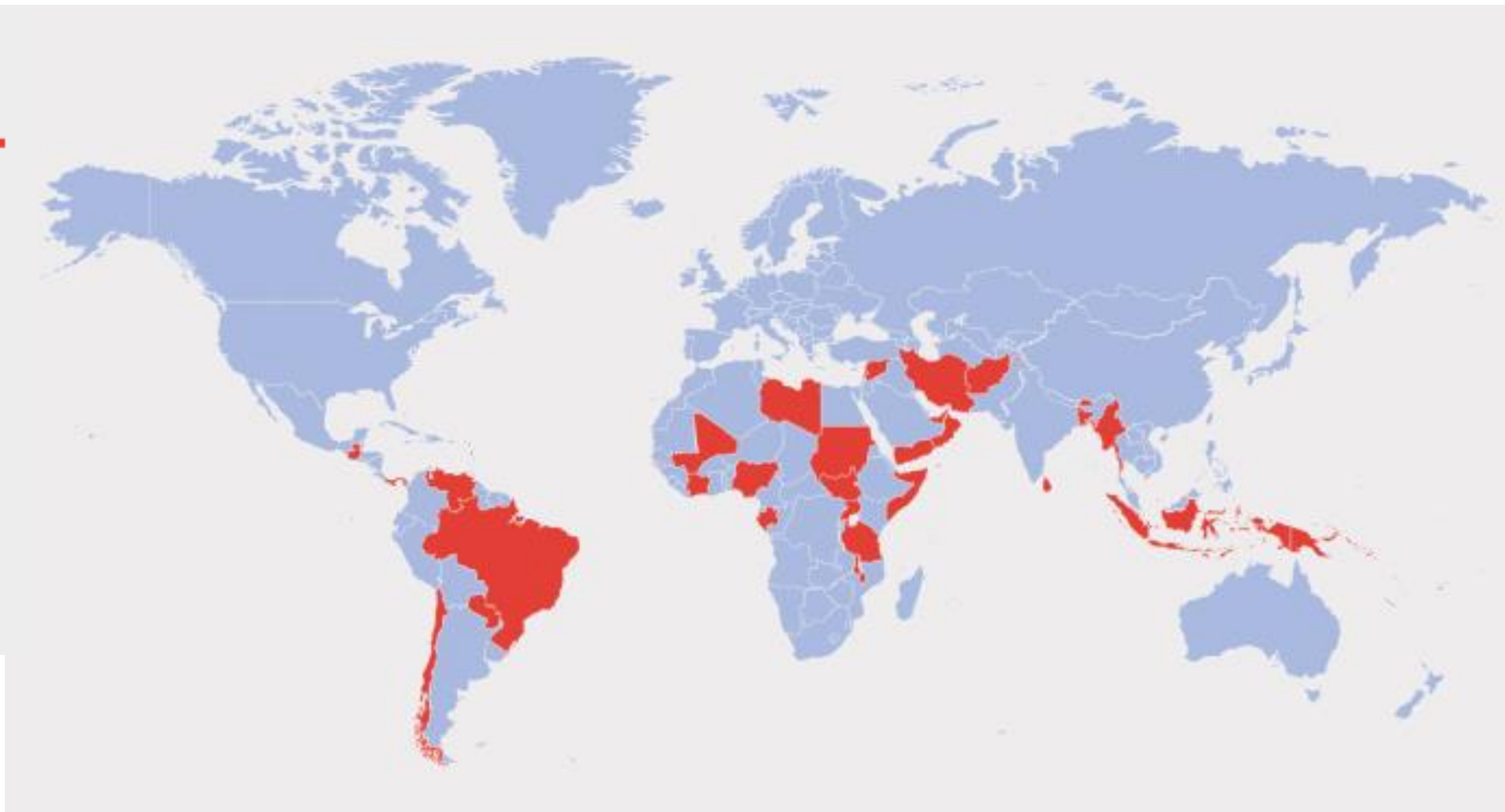
ABORTO NO MUNDO

SITUAÇÃO DOS PAÍSES SEGUNDO LEGISLAÇÃO (2023) – CATEGORIA IV

Categoria IV - Para salvar a vida de uma mulher

416 milhões
22% das mulheres
em idade
reprodutiva

vivem onde o aborto é permitido para preservar a vida da pessoa grávida.



ABORTO NO MUNDO

SITUAÇÃO DOS PAÍSES SEGUNDO LEGISLAÇÃO (2023) – CATEGORIA V

Categoria V - Proibido por completo

111 milhões
6% das mulheres
em idade
reprodutiva

vivem em países onde o aborto é totalmente proibido. Essas são as leis de aborto mais restritivas do mundo.



LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O ABORTO

DECRETO-LEI 2.848, DE 1940

CRIMINALIZAÇÃO

Artigos 124, 125 e 126 do Código Penal

EXCLUDENTES DE ILICITUDE

Artigo 128 do Código Penal

“Não se pune o aborto praticado por médico:

I – se não há outro meio de **salvar a vida da gestante**

II – se a gravidez resulta de **estupro** e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”

ANENCEFALIA

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54 | STF, 2012)

PENA PARA O CRIME DE ABORTO

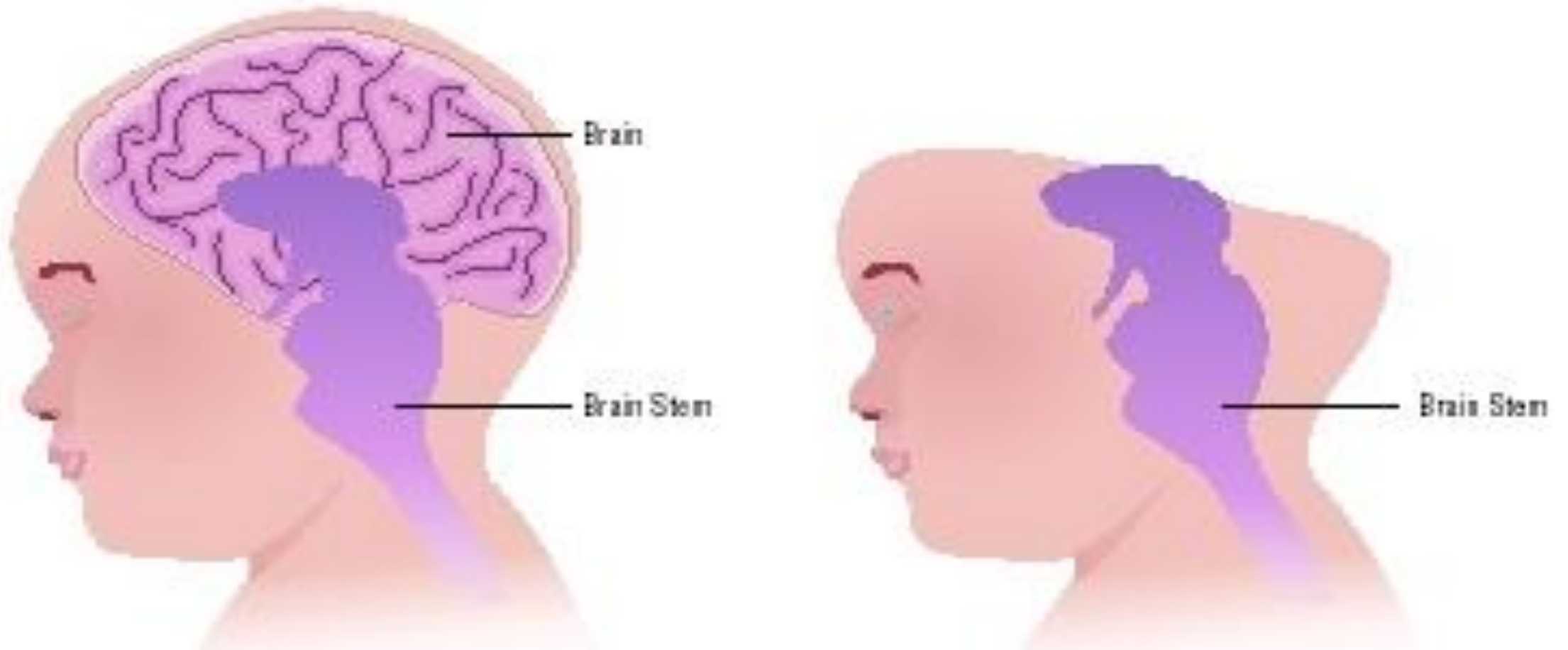
1 – 3 anos de reclusão

PENA PARA O CRIME DE HOMICÍDIO

6 – 20 anos de reclusão

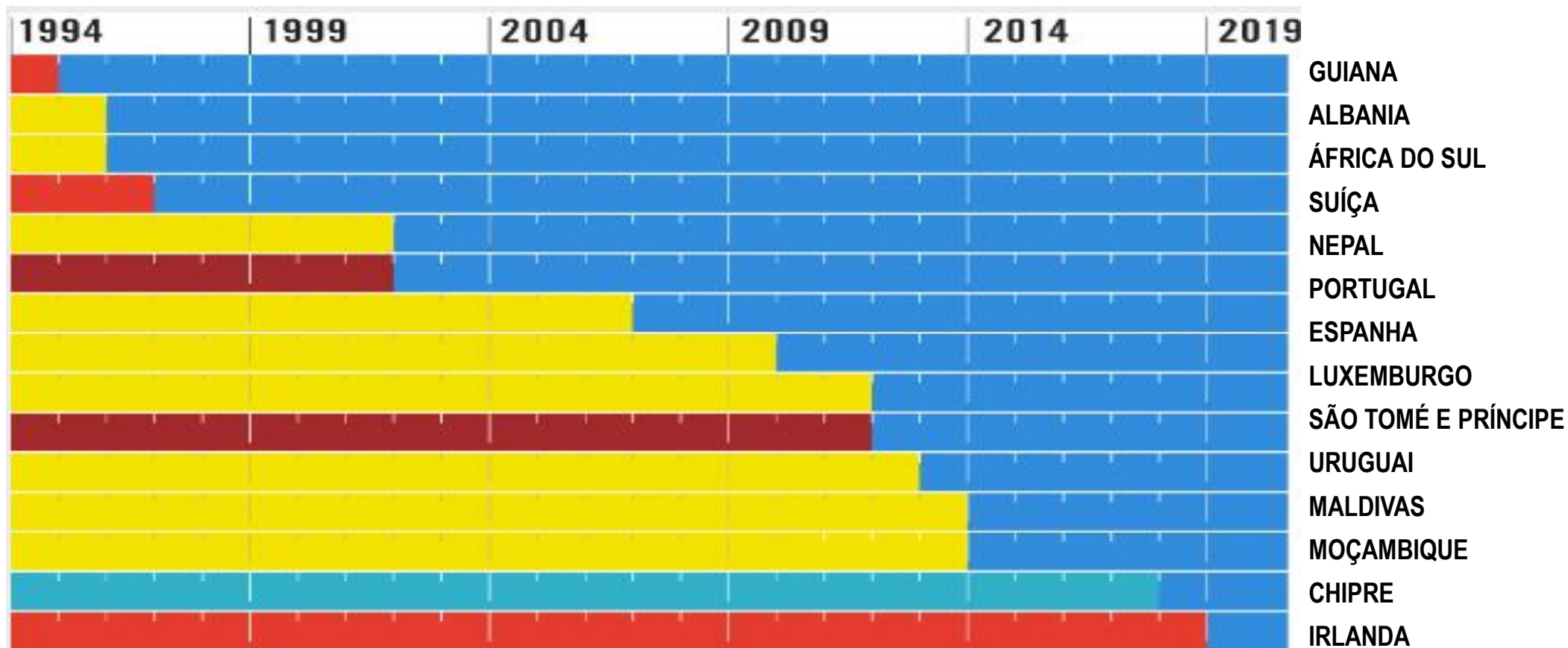
ANENCEFALIA

DEFEITO DE FECHAMENTO DO TUBO NEURAL (DFTN)



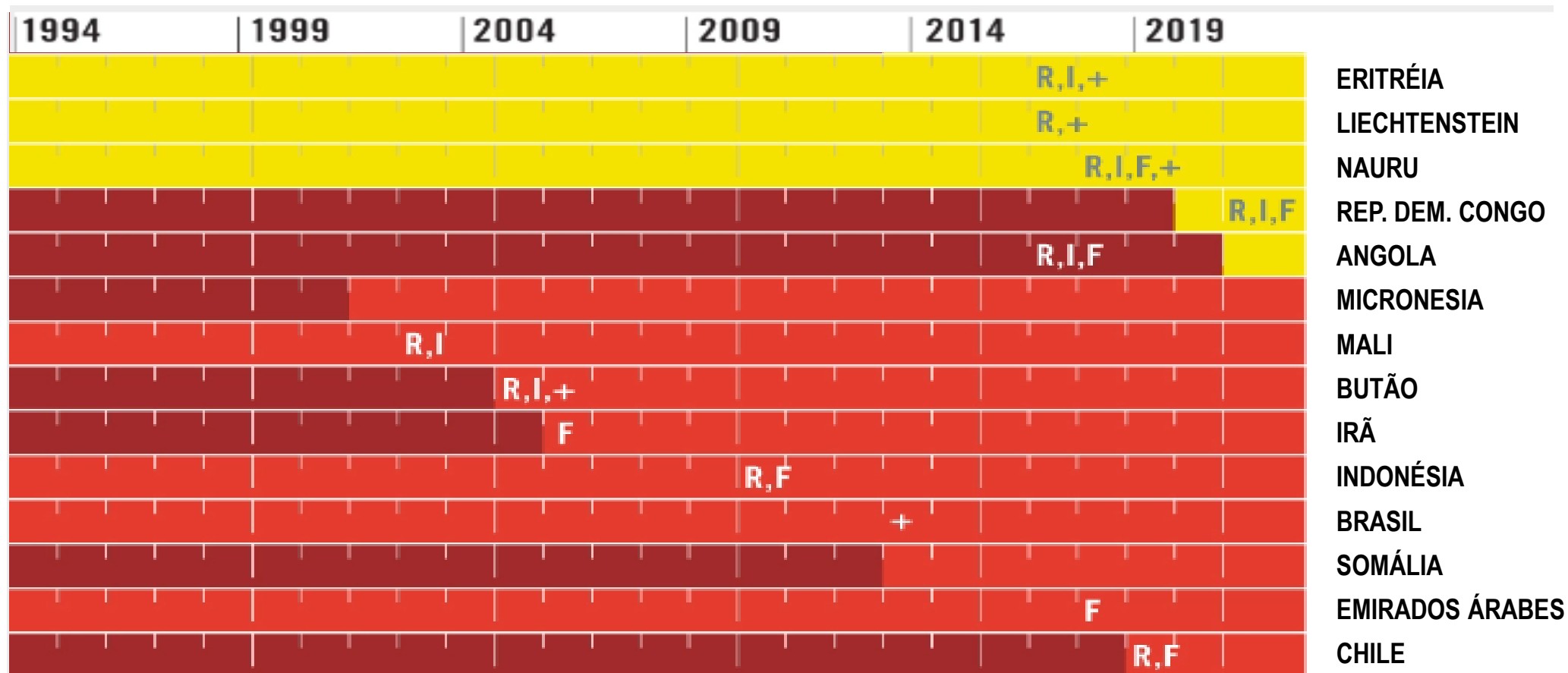
PRINCIPAIS MUDANÇAS NAS LEIS SOBRE ABORTO

MODIFICAÇÕES NA LEGISLAÇÃO NOS ÚLTIMOS 25 ANOS



PRINCIPAIS MUDANÇAS NAS LEIS SOBRE ABORTO

MODIFICAÇÕES NA LEGISLAÇÃO NOS ÚLTIMOS 25 ANOS



ABORTO

CONCEITUAÇÃO NA LEGISLAÇÃO PENAL BRASILEIRA

No Brasil, “(...) o conceito jurídico-penal do aborto é a conduta de interrupção da gestação, a **qualquer tempo**, antes de seu termo final, **dolosamente, causando a morte fetal**. Esse conceito decorre da descrição da conduta do aborto no Código Penal. Portanto, o conceito penal do aborto **não** se relaciona com a idade gestacional.”



World Health
Organization

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP - UNFPA - UNICEF - WHO - WORLD BANK

Diretriz sobre cuidados no aborto

REGULAMENTAÇÃO DO ABORTO

3 (LP)

Desaconselhar leis e outras regulamentações que proíbam o aborto com base nos limites da idade gestacional.

ABORTO

FUNDAMENTAÇÃO PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o **aborto** é a interrupção da gestação antes que o feto tenha alcançado alguma **viabilidade**, com a expulsão ou extração fetal antes de **20 a 22 semanas** de idade gestacional, quando o peso fetal geralmente é menor do que **500 gramas** medindo menos de **16,5 cm**. Nos casos de aborto legal, a OMS **não estabelece e não recomenda** que se adote limite de idade gestacional. O aborto pode ser classificado como **precoce** ou **tardio**, ou como **espontâneo** ou **induzido**. Conforme as condições em que é praticado pode ser classificado como **seguro** ou **inseguro**

ABORTO INSEGURO

DEFINIÇÃO GERAL

Procedimento para interromper uma gravidez não desejada realizado por pessoas que **não tenham** as habilidades e capacidades necessárias para o manejo da técnica, ou quando realizado em ambientes que **não cumpram** com os mínimos requisitos médicos e sanitários, ou em **ambas as condições**

ABORTO INSEGURO

GRADIENTES DE RISCO RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO



ABORTO

IMPACTO DAS PRÁTICAS INSEGURAS PARA A SAÚDE DA MULHER

98% dos abortos inseguros ocorrem em **países em desenvolvimento** [1]

40% dos abortos no mundo são praticados em **condições inseguras** [1]

Até 25% das **mortes maternas** decorrem do aborto inseguro [1]

5 milhões de mulheres por ano com sequelas temporárias ou permanentes: **570 mulheres a cada hora** [1]

39 mil mortes de mulheres a cada ano: uma morte a cada **13,4 minutos** [2]

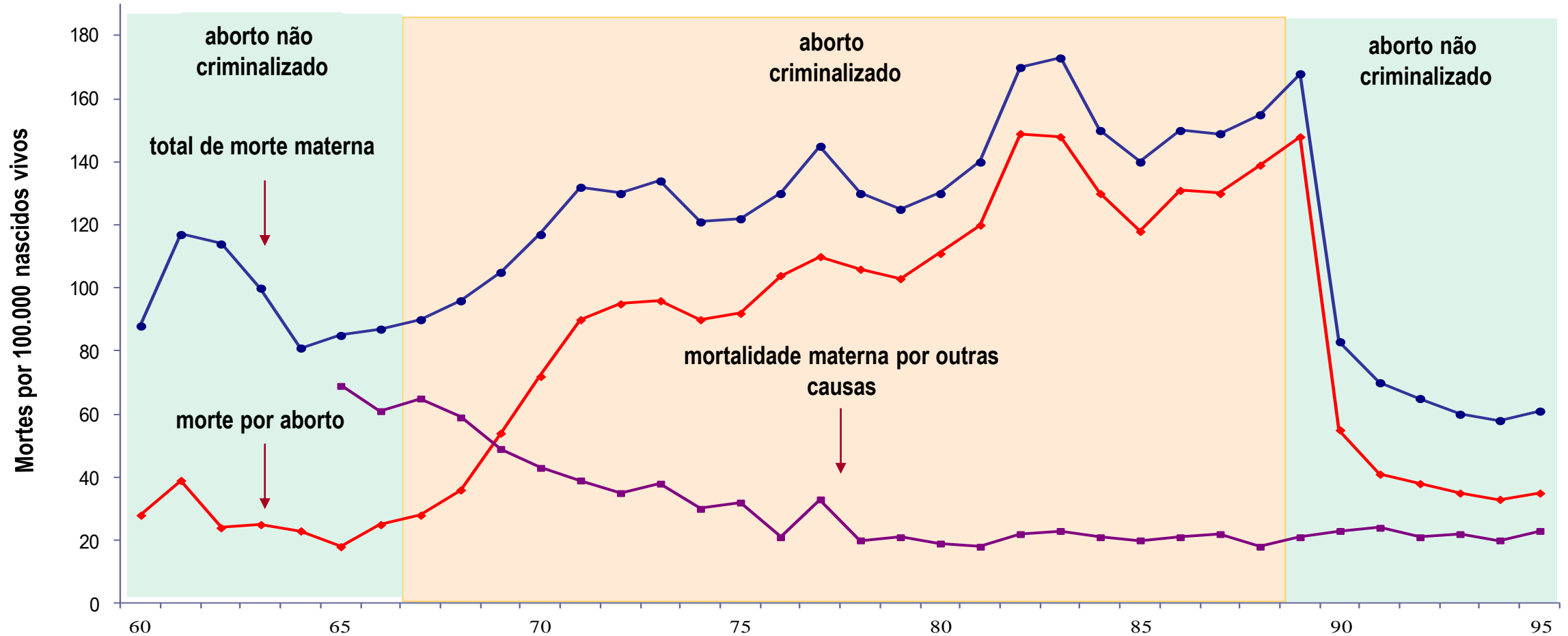
1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: 2012

2. The Center for Reproductive Rights. 2023. Disponível em: <https://reproductiverights.org/>



LEGISLAÇÃO PROIBITIVA DO ABORTO E MORTALIDADE MATERNA

A EXPERIÊNCIA DA ROMÊNIA, 1960 - 1995



REFERÊNCIAS

World Health Organization. 1997

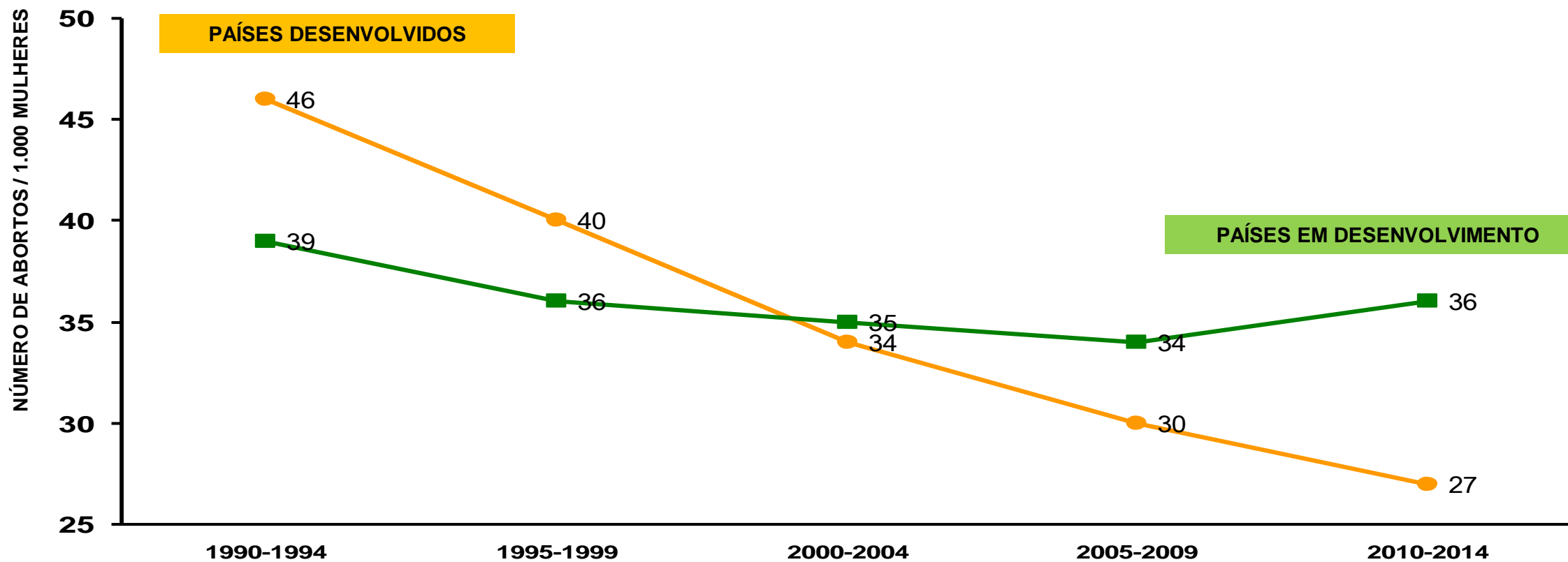
Stephenson et al. AM J Public Health. 1992



EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE ABORTO NO MUNDO

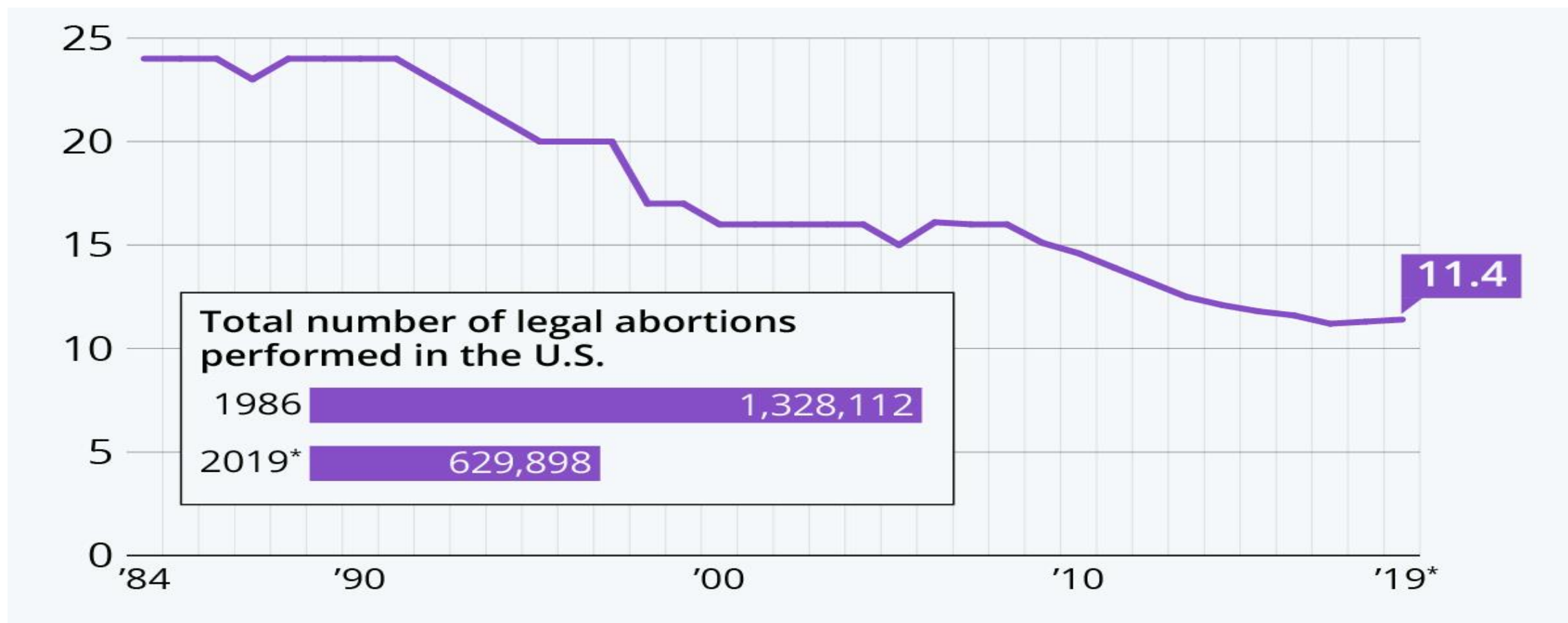
TAXA POR MIL MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA

SEGUNDO PAÍSES DESENVOLVIDOS E PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO (1990 – 2014)



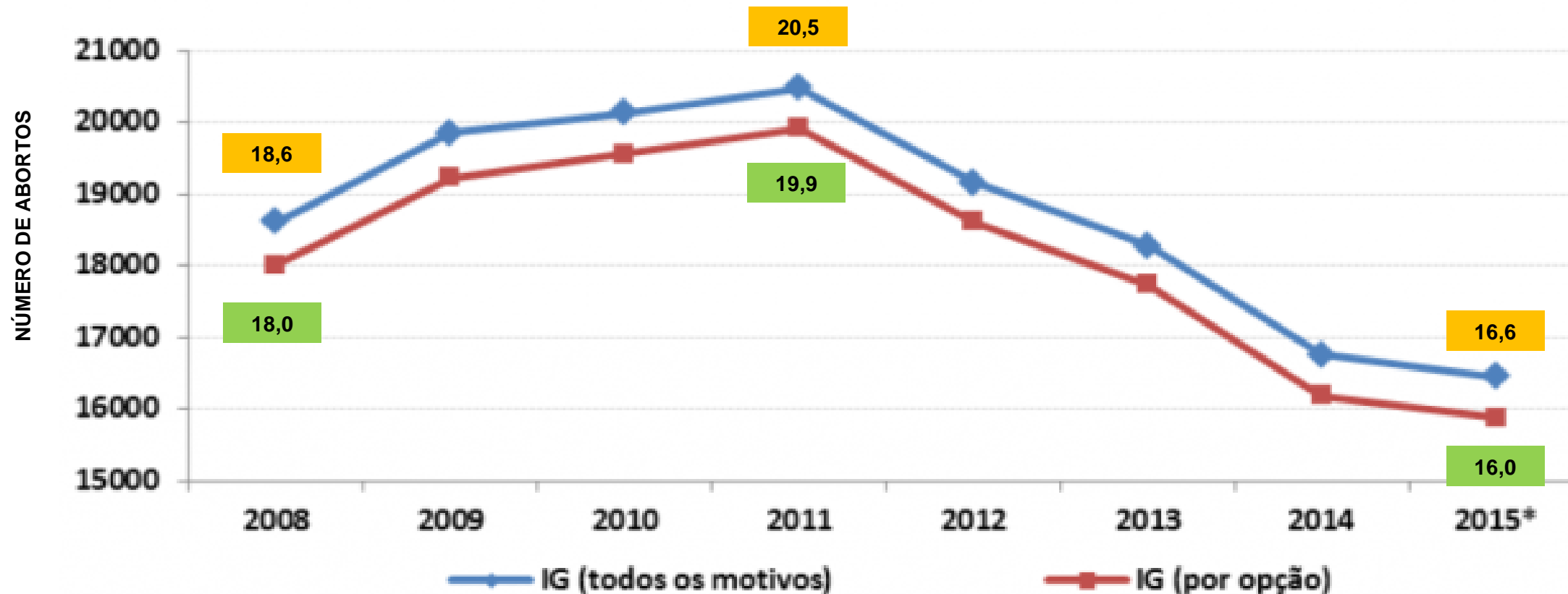
US ABORTION RATE IN STEADY DECLINE

NUMBER OF LEGAL ABORTIONS IN THE U.S. PER 1,000 WOMEN AGED 15-44



EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ABORTOS LEGAIS EM PORTUGAL

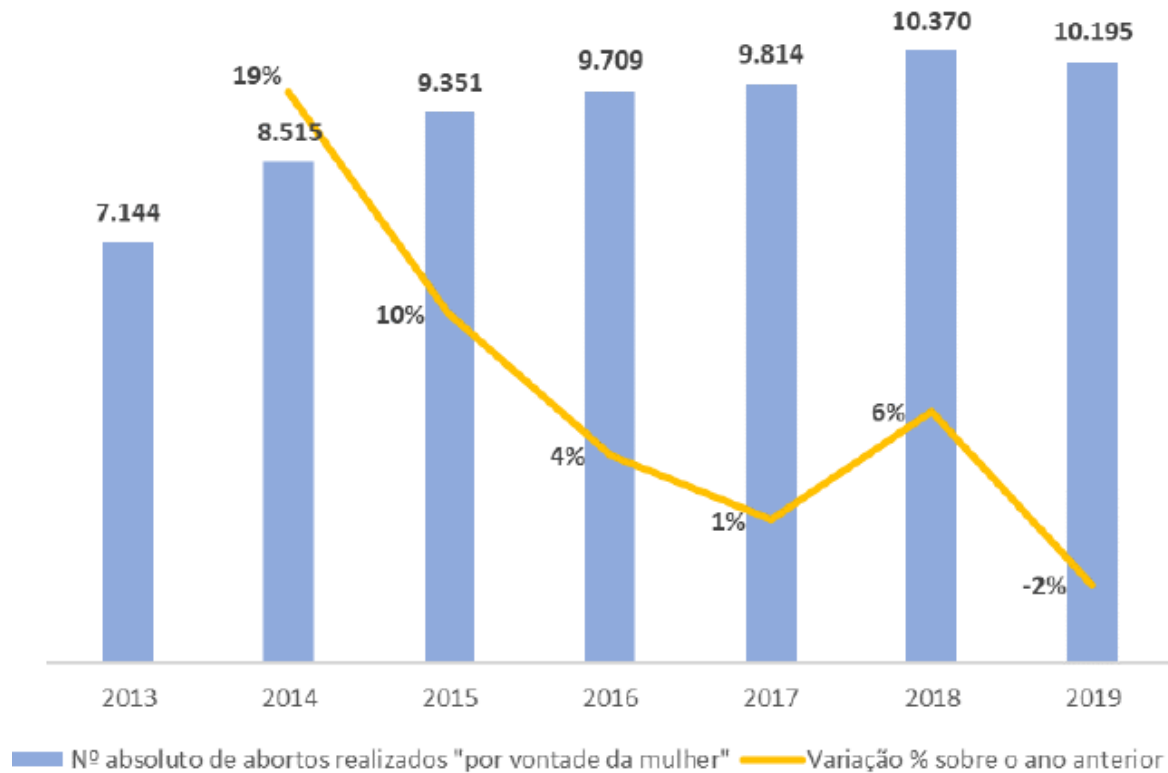
DADOS SEGUNDO ABORTO VOLUNTÁRIO E POR DE MAIS MOTIVOS DESDE A DESCRIMINALIZAÇÃO



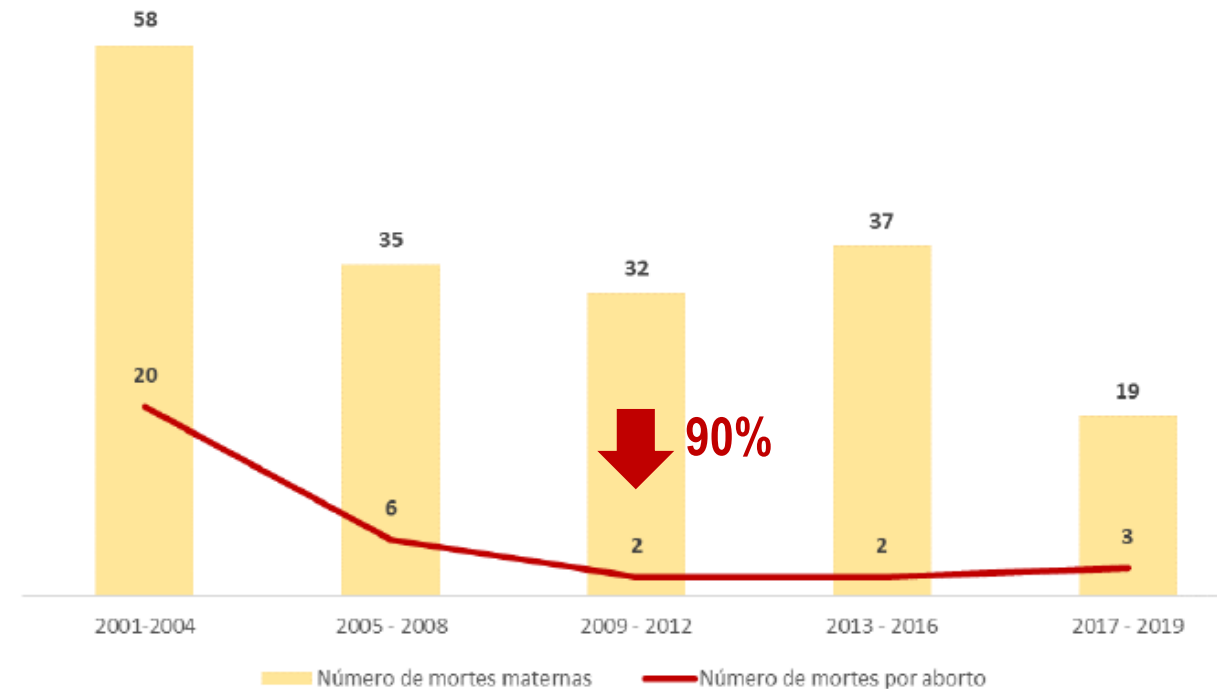
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ABORTOS LEGAIS E MORTES MATERNAS

URUGUAI, 2013 - 2019

VARIAÇÃO DO NÚMERO DE ABORTOS

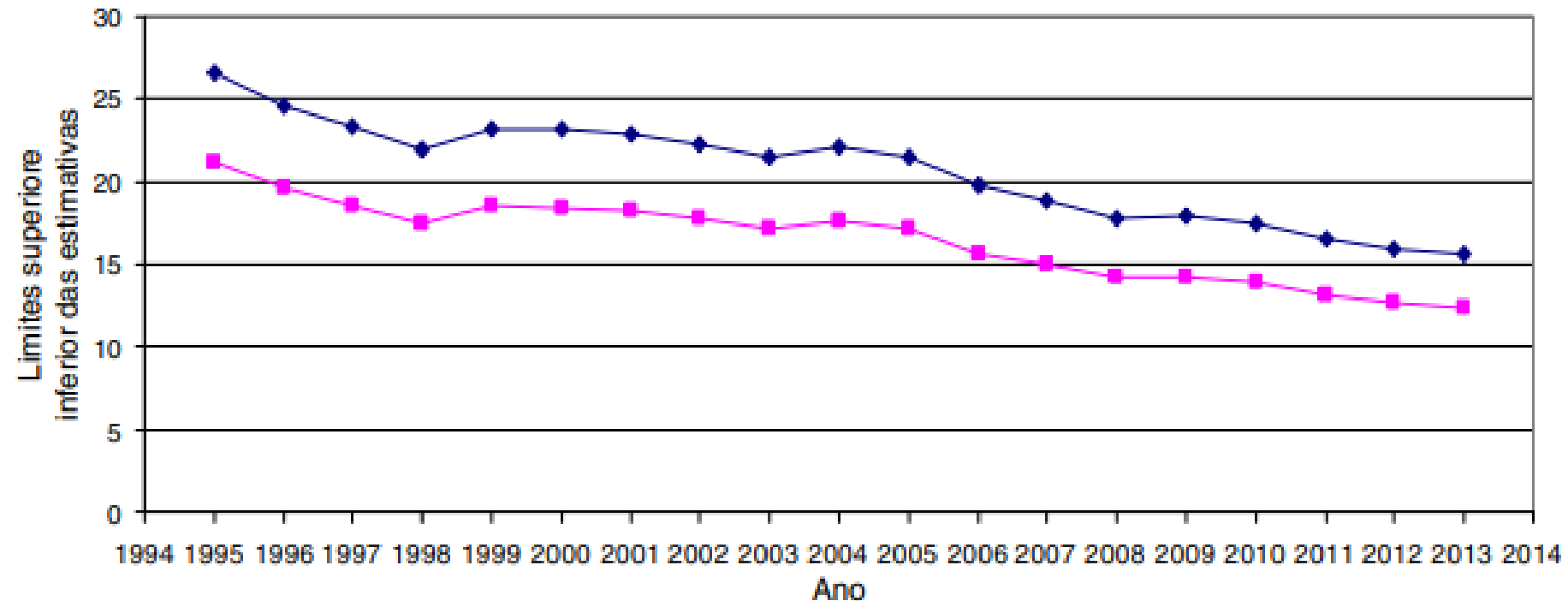


MORTE MATERNA POR ABORTO



ABORTO INDUZIDO NO BRASIL

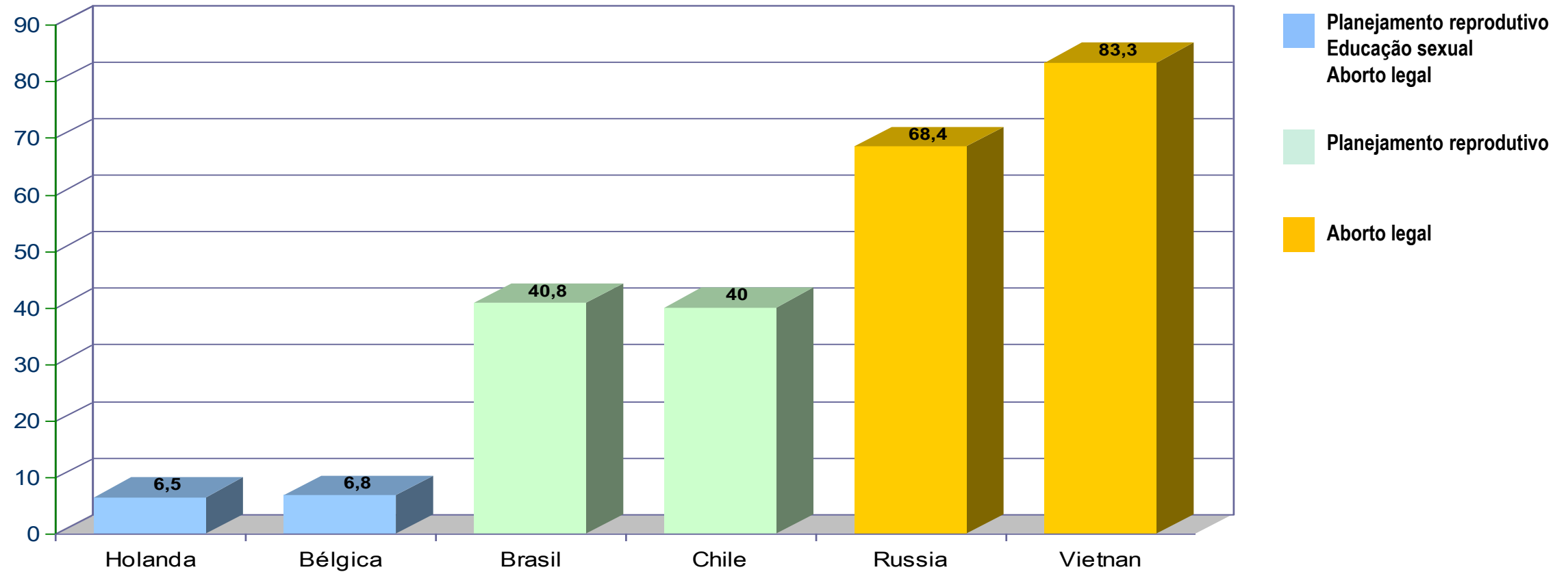
VARIAÇÃO DOS LIMITES INFERIOR E SUPERIOR DA TAXA DE ABORTO EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA, 1995 - 2013



Monteiro et al. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod Clim.* 2015;30(1)

TAXAS DE ABORTO EM DIFERENTES PAÍSES

SITUAÇÃO SEGUNDO ACESSO AO ABORTO LEGAL, EDUCAÇÃO SEXUAL E ANTICONCEPÇÃO



REFERÊNCIA Henshaw et al. The incidence of abortion worldwide. Int Fam Plann Persp. 1999;25(Suppl):S30-8



ABORTO NO BRASIL

PESQUISA NACIONAL DE ABORTO - 2021

Cerca de **1 em cada 7 mulheres** realizou um aborto induzido ao longo da vida [1]

Fenômeno prevalente em todos os grupos sociodemográficos [1]. **56% católicas** e **25% evangélicas**

Mais frequente em mulheres com **menor escolaridade, pobres, negras e indígenas** [1]

Maior prevalência entre mulheres das regiões **Nordeste, Norte e Centro-Oeste** [1]

43% das mulheres foram hospitalizadas, **52%** tinham 19 anos ou menos quando realizaram o aborto [1]

Estimativa de **416 mil abortos induzidos** no Brasil em 2015 [1]

483 mulheres morreram por complicações do aborto entre 2012 e 2022 [2]

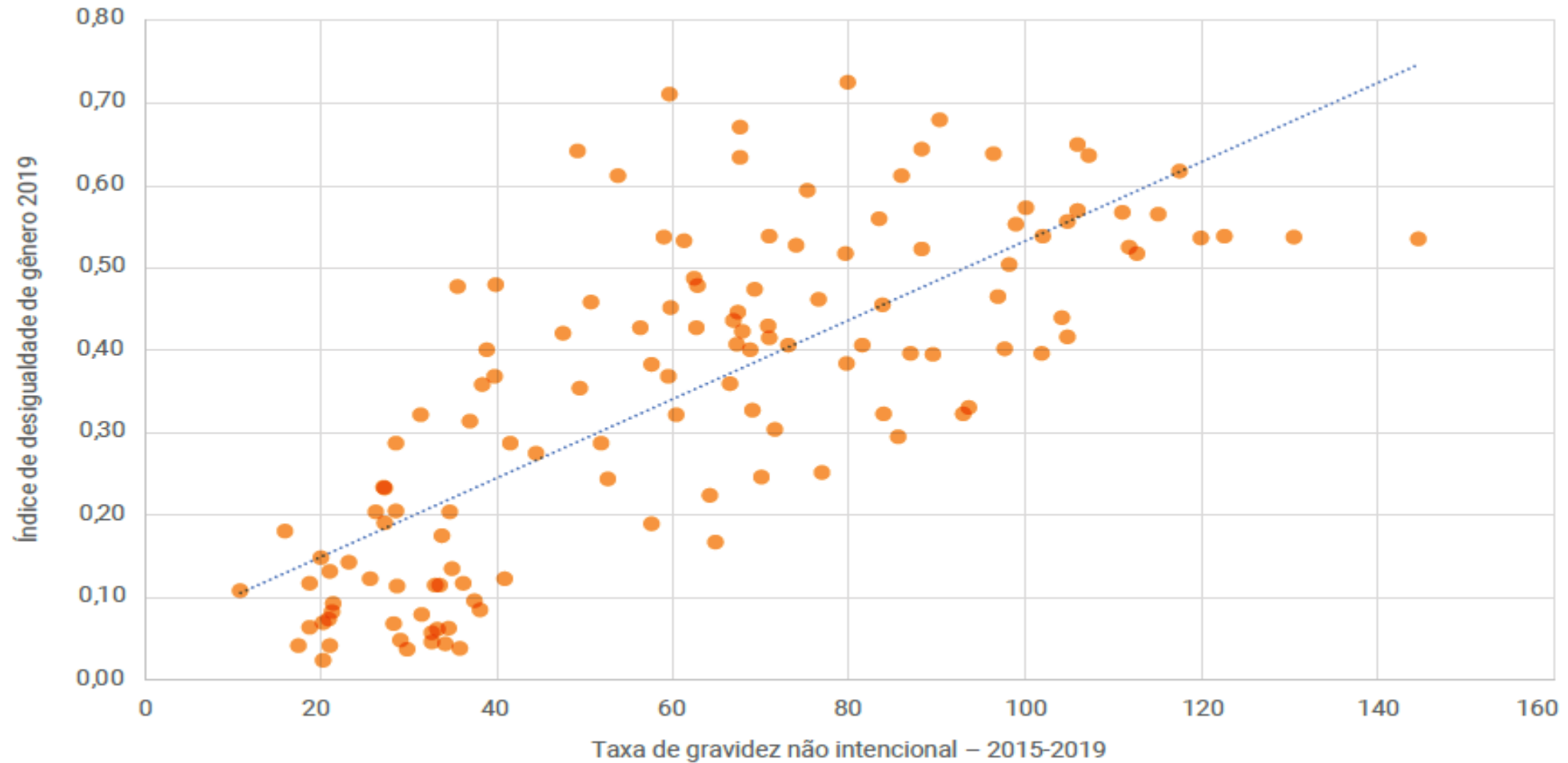
[1] Diniz et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2021. Cienc Saude Colet. 2023;28(6). DOI: 10.1590/1413-81232023286.01892023

[2] Gênero e Número. Disponível em: Gênero e Número (generonumero.media)



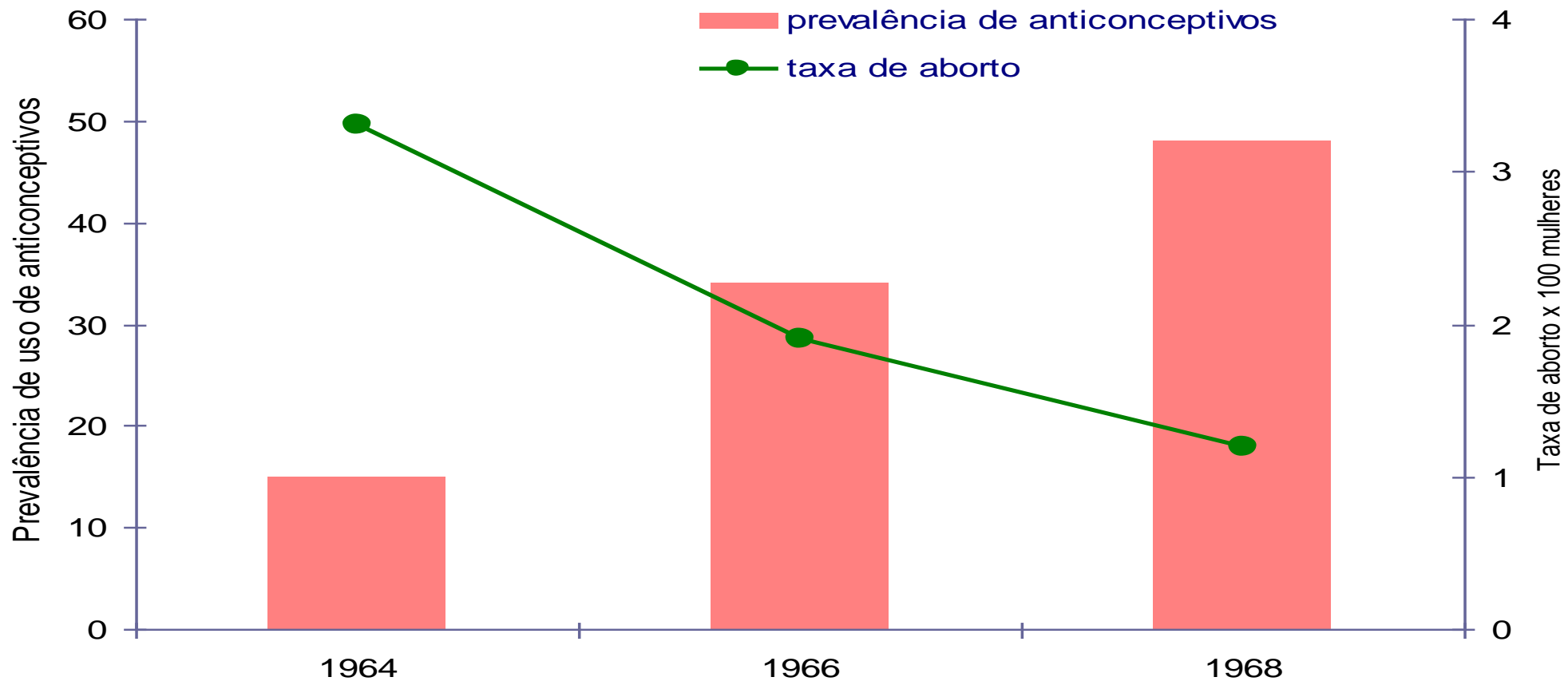
GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA

RELAÇÃO ENTRE TAXA DE GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL E ÍNDICE DE DESIGUALDADE DE GÊNERO



PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS E TAXA DE ABORTO

SAN GREGÓRIO, SANTIAGO DE CHILE, 1964-1968



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

Estimativa do número anual de gestações por falha de anticonceptivo, considerando todas mulheres em idade fértil a distribuição atual dos métodos disponíveis

5.886.000 gestações não planejadas

Estimativa de falha dos métodos anticonceptivos com

USO PERFEITO

26.567.000 gestações não planejadas

Estimativa de falha dos métodos anticonceptivos com

USO TÍPICO

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems



World Health
Organization

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

POSIÇÕES E RECOMENDAÇÕES SOBRE AS LEGISLAÇÕES SOBRE O ABORTO

“As leis e políticas referidas ao abortamento devem **proteger a saúde e os direitos humanos das mulheres.**”

“É preciso **eliminar as barreiras** regulatórias, políticas e programáticas obstaculizadoras do acesso a realização oportuna de abortamento bem como de atenção humanizada as mulheres em situação de abortamento.”

REFERÊNCIA

World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems
2nd ed.: World Health Organization; 2012. 134p.



FIGO Calls for the Total Decriminalisation of Safe Abortion

Decriminalisation of abortion refers to the removal of specific criminal sanctions against abortion from the law. This does not mean that the provision of abortion care is not carefully regulated. It means that the law, related policies and regulations are changed so that no one is punished for providing safe abortion or for having an abortion.¹ In practice, decriminalisation means that the police and the legal system are not involved in the investigation or prosecution of safe abortions. Instead, abortion care is treated like any other essential health issue in medicine, for which the standard of care is based on best practice guidelines, training and delivery. By contrast, in those countries where abortion law has only been liberalised – not fully decriminalised – even safe abortions that follow best practice guidelines may be subject to prosecution.

Global evidence demonstrates that restricting abortion with laws does not lead to fewer abortions, but to an increase in unsafe abortions and preventable maternal deaths and disability.² Likewise, decriminalisation does not result in an increase in the abortion rate but rather to a shift from unsafe abortion to safe abortion, often accompanied by comprehensive services that allow women to receive contraceptive counselling that further prevents unwanted pregnancies.



SISTEMA
INTERNACIONAL DE
DIREITOS
HUMANOS

ABORTO NO SISTEMA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS E REPRODUTIVOS

Consagra o princípio de que os Estados devem assumir o aborto como uma questão de **saúde pública**, promovendo a exclusão de todas e quaisquer **medidas punitivas** impostas às mulheres que realizam a interrupção voluntária da gravidez

REFERÊNCIA

Nações Unidas. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). 20ª Session. General Recommendation n. 24, 1999

Os direitos reprodutivos estão firmemente baseados nos princípios dos direitos humanos. Negar acesso ao aborto não criminoso é uma **violação dos direitos mais básicos da mulher**

REFERÊNCIA

Comitê de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), 2005



CONFERÊNCIA DO CAIRO

PROGRAMA DE AÇÃO – PARÁGRAFO 8.25, SETEMBRO DE 1994

“ Nas circunstâncias em que o aborto **não seja contrário a Lei, deve ser seguro.** Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de **qualidade** para a atenção de complicações derivadas do aborto. O aconselhamento, a educação nos serviços de planejamento familiar pós-aborto devem ser oferecidos rapidamente, com o propósito de **ajudar a mulher a evitar sua repetição.**”



ABORTO MEDICAMENTOSO COM MISOPROSTOL

REGIMES RECOMENDADOS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - 2022

IDADE GESTACIONAL ≤ 14 SEMANAS

800 mcg

sublingual | vaginal | bucal

3/3 horas

| 2 a 3 doses |

IDADE GESTACIONAL 14 - 28 SEMANAS

400 mcg

sublingual | vaginal | bucal

3/3 horas

| 5 doses |

CONSIDERAR A NECESSIDADE DE INDUÇÃO PRÉVIA DA MORTE FETAL COM KCL INTRACARDÍACO OU INTRACORDONAL APÓS 22 SEMANAS

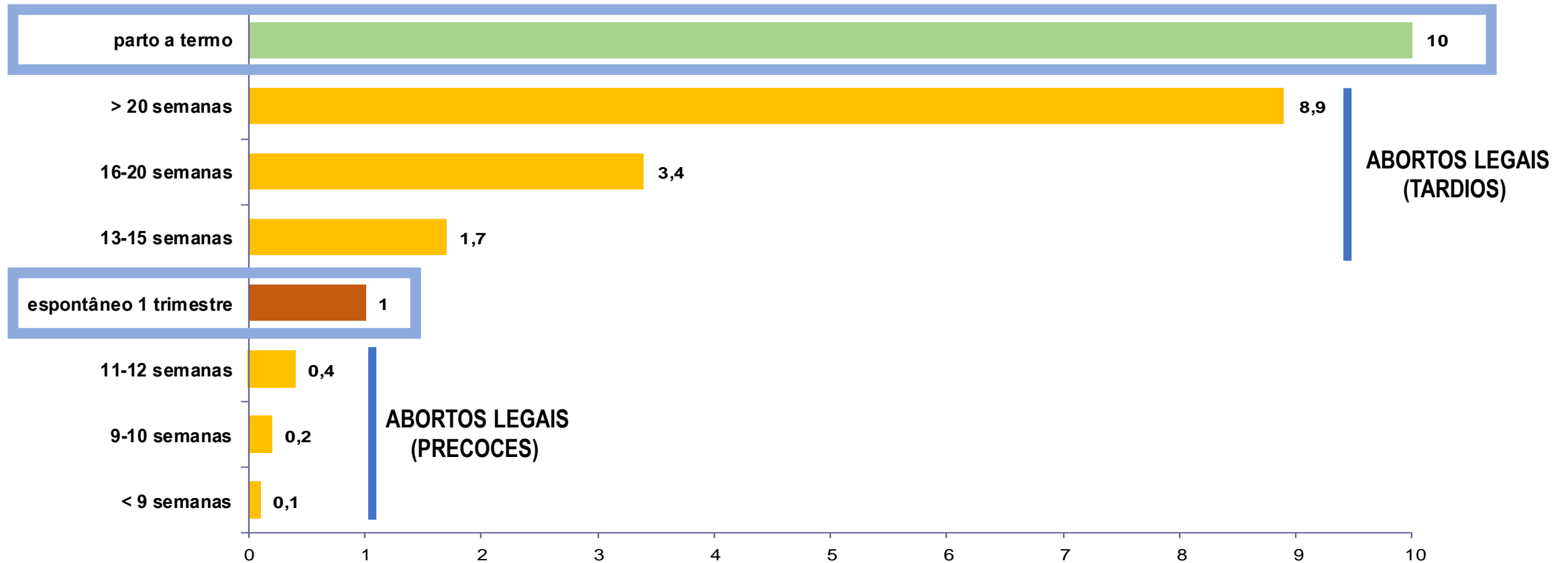
MIFEPROSTONE

200 mg

oral, 24 - 48 horas antes do misoprostol, dose única

ABORTO SEGURO E MORTALIDADE MATERNA

CASO-FATALIDADE DE ABORTOS LEGAIS E SEGUROS | 100 MIL PROCEDIMENTOS (EUA)



ABORTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS. PARECER 135.840/08, CREMESP 13.01.2009

“...nosso sistema jurídico permite a prática do abortamento ético, considerando-o absolutamente lícito, seria **absurdo** **incompreensível** negar assistência médica à mulher que pretende interromper uma gravidez decorrente de crime sexual, obrigando-a a suportar os riscos, inclusive ominosos, de um abortamento clandestino, marginal e inseguro, praticado sem as necessárias e imprescindíveis condições técnicas, em local inadequado, sem higiene, sem assistência psicológica, sem acompanhamento profissional e sem qualquer respeito à sua dignidade e à sua condição humana. (...) Decididamente, o aborto pós-estupro é um **direito da mulher** em razão de uma gravidez indesejada, direito esse garantido pelas normas internacionais de direitos humanos, pela Constituição Federal e, especificamente, pela legislação penal”

ABORTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS. PARECER 135.840/08, CREMESP 13.01.2009

“O Caderno editado pelo Ministério da Saúde esclarece, de forma **definitiva**, os diversos aspectos legais envolvidos na questão, deixando **crystalinamente claro** que não há previsão legal, portanto não há obrigatoriedade, de autorização judicial, Boletim de Ocorrência Policial ou Laudo de Exame de Corpo de Delito pelo IML, para realização do aborto humanitário”

ABORTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

PORTARIA MS/GM Nº 1.508

Termo de Relato Circunstanciado

Parecer Técnico

Termo de Responsabilidade

Termo de Aprovação do Procedimento de Interrupção da Gravidez

Termo de Consentimento Livre e Informado

ABORTO EM SITUAÇÕES DE ANENCEFALIA

RESOLUÇÃO 1.989/2012 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)

Esclarecimentos para a gestante com exposição dos riscos

Respeito pela **autonomia** da gestante para decidir

Obrigatório pelo menos um laudo firmado por **dois médicos** o diagnóstico

Realização de **Ata** para o abortamento ou antecipação do parto

Pré-Natal de **alto risco** nos casos de seguimento da gravidez

Aconselhamento para futura gravidez

REFERÊNCIAS

Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Parecer 135.840/08. São Paulo: CREMESP; 2009.
Ministério da Saúde. Atenção à mulheres com gestação de anencéfalos. Ministério da Saúde, 2014



ABORTO EM SITUAÇÕES DE RISCO DE MORTE PARA A MULHER

EQUÍVOCOS QUANTO A PERCEPÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

AFIRMAÇÃO: “A medicina atual está muito desenvolvida e são raras ou não existem mais situações que justifiquem o aborto para evitar a morte da gestante”

REALIDADE: A mortalidade materna **indireta**, resultado da letalidade de doenças preexistentes, responde por **15% a 30%** de todas as mortes maternas. A interrupção da gravidez representa, nesses casos, possivelmente a única alternativa para evitar a morte dessas mulheres

ABORTO EM SITUAÇÕES DE RISCO DE MORTE PARA A MULHER

PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS

Termo de Consentimento (sempre que possível)

Ao menos dois Relatórios Médicos constando a doença que acomete a gestante, sua gravidade, o risco relevante de morte materna e a necessidade de interrupção da gestação para evitá-la.

Exames complementares comprobatórios

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM 2.217 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

“O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”

Código de Ética, Capítulo I – Princípios Fundamentais - VII

“Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.”

Código de Ética, Capítulo IV – Direitos Humanos Artigo 24

GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS E A LEI SOBRE O ABORTO

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO

A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O ABORTO	n	%
DEVERIA AMPLIAR AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE O ABORTO NÃO É PUNIDO	2690	65,4
DEVERIA DEIXAR DE CONSIDERAR O ABORTO CRIME, EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA	598	14,6
NÃO DEVERIA SER MODIFICADA	550	13,4
DEVERIA PROIBIR O ABORTO OU AMPLIAR AS RESTRIÇÕES	9	0,2
SEM OPINIÃO	264	6,4
Total	4111	

REFERÊNCIA Faúndes et al. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):6-18.



GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

CONDUTA QUANDO MULHER DA CLÍNICA PRIVADA SOLICITA O ABORTO

CONDUTA	MULHER (CLÍNICA PRIVADA)	
	n	%
NÃO REALIZA O ABORTO	220	5,4
PEDE PARA CONSULTAR OUTRO MÉDICO	2360	58,0
INDICA MÉDICO DE SUA CONFIANÇA	1129	27,7
ORIENTA USO CORRETO DO MISOPROSTOL	642	15,8
REALIZA O ABORTO	64	1,6
TOTAL	4069	100

REFERÊNCIA Faúndes et al. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):6-18.



GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

CONDUTA QUANDO MULHER DA FAMÍLIA SOLICITA O ABORTO

CONDUTA	MULHER (FAMÍLIA)	
	n	%
NÃO REALIZA O ABORTO	213	5,2
PEDE PARA CONSULTAR OUTRO MÉDICO	2007	49,4
INDICA MÉDICO DE SUA CONFIANÇA	1305	32,1
ORIENTA O USO CORRETO DO MISOPROSTOL	762	18,7
REALIZA O ABORTO	92	2,3
TOTAL	4066	100

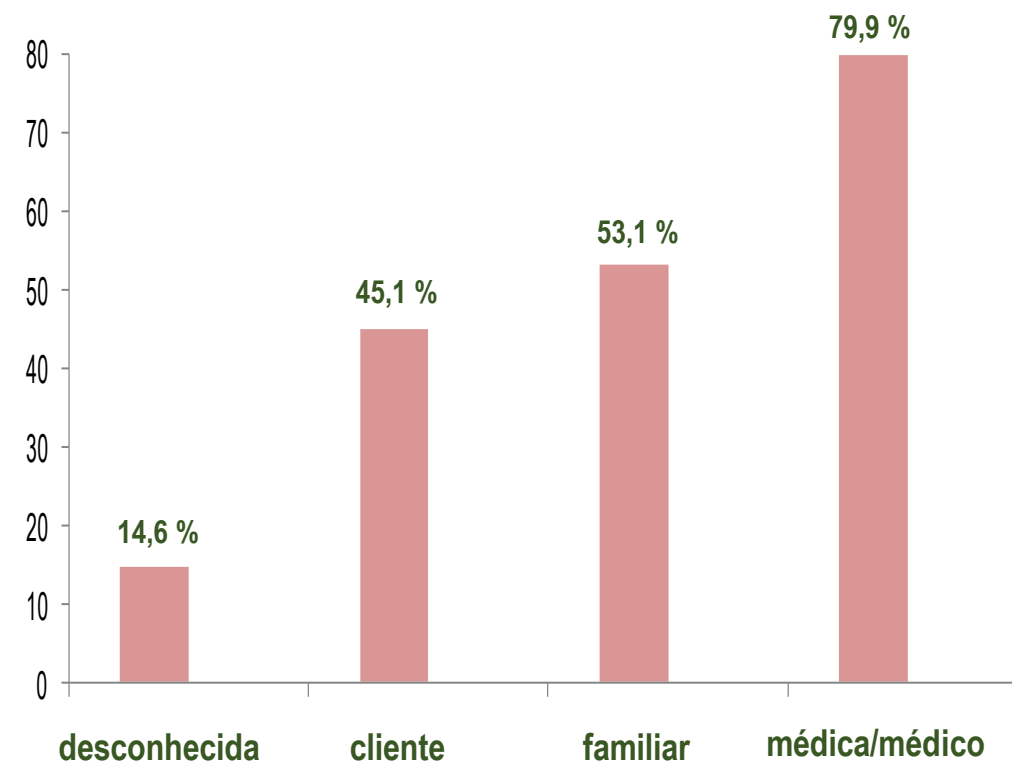
REFERÊNCIA Faúndes et al. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):6-18.



GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

CONDUTA DA MÉDICA OU DA PARCEIRA DO MÉDICO FRENTE A GRAVIDEZ INDESEJADA

ABORTO	MÉDICA		PARCEIRA DO MÉDICO	
	n	%	n	%
Sim	333	77,6	563	79,9
Não	96	22,4	142	20,1
TOTAL	429	100	705	100



REFERÊNCIA

Faúndes et al. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):6-18.



ABORTO E RELIGIÃO

CONDUTA FRENTE AO ABORTO INDUZIDO SEGUNDO RELAÇÃO DO MÉDICO/A COM SUA RELIGIÃO

Aborto solicitado por paciente* RELIGIOSIDADE

Conduta	Religioso	Intermediário	Não Religioso	p
Ajuda a conseguir ou faz aborto	19,1	39,1	54,4	0,000
Total	864	1263	997	

REFERÊNCIA Osis et al. O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. Bagoas. 2013;7(9):87-107.



ABORTO E OS/AS MAGISTRADOS/AS E PROMOTORES/AS DE JUSTIÇA

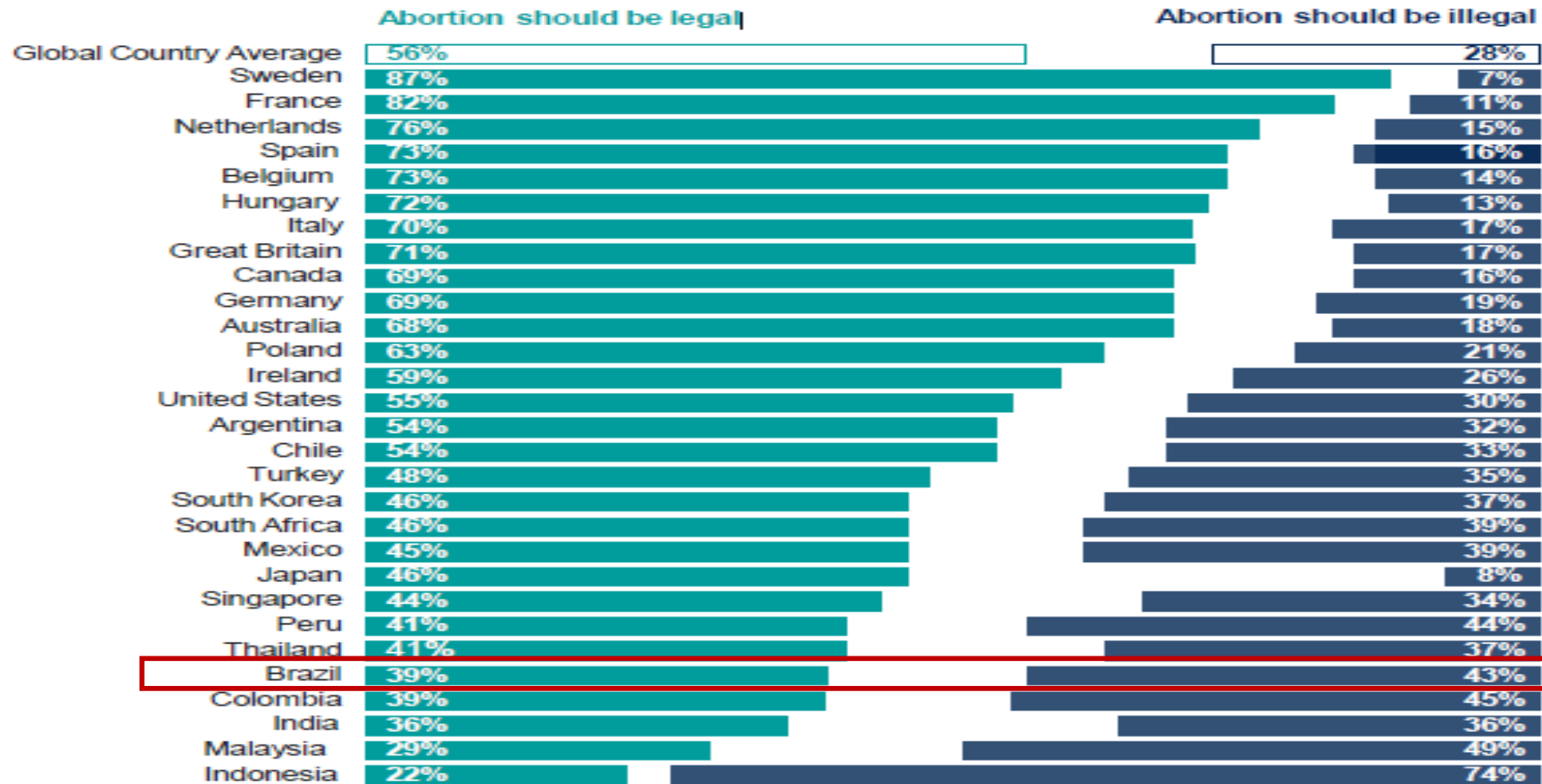
OPINIÃO SOBRE A LEGISLAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL

Variável	Opinião						N	p
	Ampliar permissivos/ Não considerar crime		Restringir permissivos/ Considerar crime sempre		Não modificar			
	n	%	n	%	n	%		
Importância da religião								
Muito importante	350	44,8	192	24,6	239	30,6	781	<0,001
Pouco/Sem importância/ Sem religião	2519	87,0	121	4,2	257	8,9	2897	

^a Qui-quadrado de Pearson

DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

OPINIÃO EM DIFERENTES PAÍSES (2023)



Religious implications in the positioning and practice of health professionals and students about induced abortion: systematic review

Jefferson Drezett^{1,2*}, Renato de Oliveira², Maria Ines Rosselli Puccia³

¹Centro Universitário Saúde ABC (FMABC), Santo André, São Paulo, Brasil

²Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil

³Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, São Paulo, Brasil

ABSTRACT

Objective: Review the literature on the relationship between religion and the practices and positions of professionals and students of sexual and reproductive health in relation to induced abortion. **Method:** Systematic review in SciELO, and LILACS databases, from January 2010 to May 2021, using the descriptors (“Abortion, Induced” [Mesh]) AND “Religion” [Mesh]. Two authors separately evaluated the articles, selecting those that met the eligibility criteria. Disagreements were submitted to the opinion of the third author. 270 articles were identified and 31 articles were selected for qualitative metasynthesis. Study exempted from submission to the Ethics and Research Committee. **Results:** 23 articles (74.2%) used quantitative designs, six (19.3%) qualitative methods, one (3.2%) case report, and one (3.2%) intervention design. Students and resident physicians were approached in 15 articles (48.4%), physicians in 14 (45.1%), midwives in four (12.9%), and nurses in two (6.5%). In all articles analyzed, the strongest link with religious beliefs showed influence in positions and practices that oppose or restrict induced abortion. **Conclusion:** Conservative and fundamentalist religious positions on induced abortion persist, which negatively influence students and health professionals, hampering women’s human rights and reproductive rights.

Keywords: Induced abortion, Religion and medicine, Conscientious refusal to treat, Medical education, Nurse’s role.