



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/10.7213/psicolargum.42.119.A005>

## **As raízes das percepções sociais sobre o aborto no Brasil**

*The roots of social perceptions on abortion in Brazil*

*Las raíces de las percepciones sociales sobre el aborto en Brasil*

---

Natália da Fonseca Fonseca  
Universidade Federal do Rio Grande  
<https://orcid.org/0009-0003-2991-3065>  
[nataliaff@furg.br](mailto:nataliaff@furg.br)

Daniela Barsotti Santos  
Universidade Federal do Rio Grande  
<https://orcid.org/0000-0002-6154-4525>

João Centurion Cabral  
Universidade Federal do Rio Grande  
<https://orcid.org/0000-0002-2526-2256>

---

### Resumo

O aborto inseguro é uma das principais causas de óbito materno em países como o Brasil. No entanto, ainda são observadas barreiras legais e sociais para sua realização em muitos países, como a criminalização e o julgamento social, respectivamente. Além de potencializar as desigualdades socioeconômicas e de gênero, a proibição da interrupção segura de uma gestação pode causar prejuízos significativos à saúde física e mental das mulheres, que são legalmente impedidas e socialmente estigmatizadas no Brasil. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar os fatores que contribuem para o preconceito e a discriminação enfrentados pelas mulheres que optam por interromper uma gestação indesejada. Para tal, foi conduzido um levantamento transversal (n = 308), no qual foram aplicados questionários com perguntas sociodemográficas e de saúde, e o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto, além de questões referentes a opiniões e percepções sociais sobre o aborto espontâneo e induzido. Os resultados indicaram que fatores sociodemográficos, como gênero, idade e religiosidade, além da proximidade pessoal com o aborto, permitem estimar significativamente o julgamento e as atitudes negativas em relação à decisão feminina de interromper uma gravidez indesejada. Os achados permitem discutir que, além da influência de fatores históricos, a empatia pode ser um determinante para a percepção social sobre o aborto, visto que pessoas mais distantes desse procedimento médico (i.e., menor envolvimento pessoal ou emocional) tendem a se posicionar mais contra a sua prática.

**Palavras-chave:** *Aborto; Poder Familiar; Percepção Social.*

### Abstract

Unsafe abortion is one of the leading causes of maternal death in countries like Brazil. However, legal and social barriers, such as criminalization and social judgment, respectively, are still observed in many countries. In addition to exacerbating socioeconomic and gender inequalities, the prohibition of safe pregnancy termination can cause severe physical and mental health damage to women who are legally prohibited and socially stigmatized in Brazil. Thus, the aim of this study was to investigate the factors contributing to the prejudice and discrimination faced by women who choose to terminate an unwanted pregnancy. To this end, a cross-sectional survey (n = 308) was conducted, in which questionnaires with sociodemographic and health questions, the Values and Beliefs about Sexuality, Motherhood, and Abortion Questionnaire, and questions regarding opinions and social perceptions about spontaneous and induced abortion were applied. The results indicated that sociodemographic factors, such as gender, age, and religiosity, as well as personal proximity to abortion, significantly predict judgment and negative attitudes toward women's decision to terminate an unwanted pregnancy. The findings highlight that, in addition to the influence of historical factors, empathy may be a determinant of social perception of abortion, as individuals more distant from this medical procedure (i.e., less personal or emotional involvement) tend to be more opposed to its practice.

**Keywords:** *Abortion; Family Power; Social Perception.*

### Resumen

El aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna en países como Brasil. Sin embargo, todavía se observan barreras legales y sociales para su realización en muchos países, como la criminalización y el juicio social, respectivamente. Además de potenciar las desigualdades socioeconómicas y de género, la prohibición de la interrupción segura de un embarazo puede causar daños severos a la salud física y mental de las mujeres, que están legalmente impedidas y socialmente estigmatizadas en Brasil. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue investigar los factores que contribuyen al prejuicio y la discriminación enfrentados por las mujeres que optan por interrumpir un embarazo no deseado. Para ello, se llevó a cabo una encuesta transversal (n = 308), en la que se aplicaron cuestionarios con preguntas sociodemográficas y de salud, y el Cuestionario de Valores y Creencias sobre Sexualidad, Maternidad y Aborto, además de preguntas sobre opiniones y percepciones sociales sobre el

aborto espontâneo e inducido. Los resultados indicaron que factores sociodemográficos, como género, edad y religiosidad, además de la proximidad personal con el aborto, permiten estimar significativamente el juicio y las actitudes negativas hacia la decisión femenina de interrumpir un embarazo no deseado. Los hallazgos evidencian que, además de la influencia de factores históricos, la empatía puede ser un determinante para la percepción social sobre el aborto, ya que las personas más alejadas de este procedimiento médico (es decir, menor implicación personal o emocional) tienden a posicionarse más en contra de su práctica.

**Palabras clave:** *Aborto; Poder Familiar; Percepción Social.*

---

## Introdução

O aborto inseguro é amplamente reconhecido como um dos problemas de saúde reprodutiva mais negligenciados no mundo. A cada dez gestações, seis não são planejadas, e três resultam em aborto induzido (Estácio et al., 2018; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Estima-se que 45% desses abortos sejam inseguros, definidos como procedimentos realizados para interromper uma gravidez indesejada, conduzidos por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em um ambiente que não cumpre os padrões médicos mínimos (OMS, 2022). Esse fenômeno afeta principalmente os países em desenvolvimento, onde ocorrem 97% dos casos de aborto inseguro. Nessas regiões, o procedimento geralmente é criminalizado ou, mesmo quando permitido legalmente, não é facilmente acessível de forma segura (OMS, 2022; Estácio et al., 2018).

A falta de políticas públicas adequadas e as leis que restringem o acesso ao aborto seguro expõem mulheres e meninas a riscos, ignorando recomendações e boas práticas de saúde que promovem o bem-estar feminino e a igualdade de gênero (Tonetto, 2018). De acordo com agências internacionais de saúde e a legislação de diversos países, a interrupção médica da gestação é um procedimento seguro e eficaz, sendo amplamente utilizado em todo o mundo (Kapp et al., 2013). As populações mais afetadas por restrições governamentais ao aborto seguro são aquelas de mulheres em situações mais vulneráveis e marginalizadas (OMS, 2022; Tonetto, 2018; Erdman & Cook, 2020). No Brasil, devido às desigualdades estruturais presentes no país, nem todas as pessoas vivem em condições sanitárias adequadas, tampouco têm acesso equitativo a dispositivos de saúde, bens e serviços (Goes et al., 2020; Domingues et al., 2020; Camargo, 2020). Além disso, em muitos casos, faltam políticas públicas eficazes para garantir o direito a saúde, especialmente para populações que desejam interromper uma gravidez indesejada

(Pagani & Oliveira, 2015; Adesse et al., 2016). Portanto, embora diversas organizações internacionais defendam o aborto como uma estratégia de saúde eficaz e humanitária – e mais de 60 países já tenham adotado tais práticas –, mulheres brasileiras que recorrem ao aborto continuam a ser estigmatizadas, depreciadas e têm a sua imagem social atacada, acarretando em danos tanto à saúde física quanto à mental (Menezes et al., 2020; Pereira et al., 2020; Adesse et al., 2016).

Embora diversos estudos (Cardoso et al., 2020; Pagani & Oliveira, 2015; Biggs et al., 2017; Romio et al., 2015; Ogbu-Nwobodo et al., 2022; Zanello & Porto, 2016) apontem o aborto como uma questão de saúde pública, ele ainda é amplamente discutido e abordado na mídia sob argumentos moralistas e religiosos (Dozier et al., 2020; Molek-Kozakowska & Wanke, 2019; Nyathi & Ndhlovu, 2021). Essa perspectiva moralista tem respaldo na legislação brasileira, que classifica o aborto induzido pela gestante ou por terceiros como crime no Código Penal, com exceções apenas em três circunstâncias: quando não há outra forma de salvar a vida da gestante, em casos de estupro, ou quando o feto apresenta malformações incompatíveis com a vida (e.g., anencefalia). Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2016), a criminalização perpetua o estigma sobre quem realiza o aborto, reforçando um "ciclo vicioso perverso" que legitima a proibição e agrava a exclusão social dessas mulheres.

O caráter punitivo não tende a diminuir o número de abortos, somente precariza a forma que as pessoas lidam com gravidezes indesejadas, aumentando significativamente os riscos à saúde destas (Goes et al., 2020; Santos et al., 2013; Marta & Job, 2008; Pereira et al., 2020; Romio et al., 2015). Mesmo com a subnotificação dos casos (Cardoso et al., 2020; Domingues et al., 2020; Menezes et al., 2020), o Ministério da Saúde revela a magnitude do problema por meio dos dados de hospitalizações, apontando a curetagem pós-aborto como o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de saúde (Brasil, 2011). Além do mais, o aborto inseguro é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e uma das maiores causas de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) (Santos et al., 2013; Pagani & Oliveira, 2015; Marta & Job, 2008; Pereira et al., 2020). No entanto, a assimetria social pode levar à subestimação desses dados, uma vez que mulheres de classes mais altas recorrem a procedimentos no setor privado ou em países onde o aborto é legalizado (Cardoso et al., 2020; Domingues et al., 2020; Menezes et al., 2020; Pereira et al., 2020). Ainda assim,

os modelos indicam entre 500 mil e 1 milhão de abortos induzidos por ano no Brasil (Santos et al., 2013; Marta & Job, 2008; Camargo, 2020).

Mesmo considerando que o aborto é um ato comum em todo o território brasileiro, o Ministério da Saúde reforça que devido às diferentes trajetórias femininas, nem todas podem arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e com baixos riscos (Brasil, 2011; Pereira et al., 2020). A proibição do aborto seguro amplia as desigualdades de gênero, classe e raça/etnia, sendo esses fatores muitas vezes concomitantes. Reforçando tal perspectiva, achados recentes assinalam que as mulheres que mais morrem em decorrência de abortos inseguros são negras, indígenas, de baixa renda e baixa escolaridade (Domingues et al., 2020; Santos et al., 2013; Menezes et al., 2020). Segundo Goes e colegas (2020), 32% das mulheres negras relataram enfrentar mais barreiras individuais ao buscar o primeiro atendimento pós-aborto, em comparação com as mulheres brancas (20,3%). Também foi relatado que mulheres negras (13%) tinham mais medo de serem maltratadas do que as mulheres brancas (5,9%). Esses dados indicam que mulheres não brancas, em particular as negras, enfrentam desafios maiores para acessar serviços públicos de saúde e, quando em situação de abortamento, têm mais medo de serem destratadas e vítimas de discriminação racial (Goes et al., 2020). Essa interseção entre estigma e racismo pode aumentar a probabilidade de experiências negativas no atendimento médico, já que mulheres negras tendem a buscar ajuda mais tardiamente, o que resulta em maiores riscos de complicações graves e mortalidade (Goes et al., 2020; Domingues et al., 2020; Menezes et al., 2020).

Indo mais além, alguns profissionais da saúde podem discriminar as mulheres em situação de abortamento de diversas formas, incluindo negligência, práticas condenatórias e/ou violentas no momento do atendimento, julgamento moral e constrangimento, além de demonstrar pouco interesse em orientá-las ou prestar os cuidados necessários (Pereira et al., 2020; Adesse et al., 2016; Romio et al., 2015; Zanello & Porto, 2016). Esses profissionais muitas vezes são responsáveis por denunciar as pacientes, o que também pode retardar ainda mais a busca por cuidados, aumentando as chances de complicações e óbito (Goes et al., 2020; Marzarotto et al., 2022; Adesse et al., 2016). Tais procedimentos antiéticos ocorrem, em grande parte por crenças pessoais, morais e religiosas sendo aplicadas em contextos profissionais e médicos (Santos et al., 2013; Pereira et al., 2020; Adesse et al., 2016).

Historicamente, o aborto tem sido visto como uma transgressão moral e religiosa, sendo a sua criminalização uma ferramenta política que pode manter as mulheres em posição subserviente aos homens, perpetuando assimetrias de gênero na sociedade (Marzarotto et al., 2022; Pereira et al., 2020; Adesse et al., 2016; Romio et al., 2015). Essa perspectiva foi reforçada pela exaltação da maternidade como um dever sagrado (Pereira et al., 2020), promovida por instituições religiosas influentes, que disseminaram a ideia de que o destino das mulheres estava ligado exclusivamente aos cuidados com a família (Torres, 2012). Assim, a rejeição ao aborto manteria os interesses masculinos, reprimindo o comportamento "imoral" das mulheres e definindo um modelo de "vida familiar digna" (Torres, 2012; Marta & Job, 2008). Essas percepções dogmáticas persistem na subjetividade individual e coletiva, contribuindo para o estigma enfrentado pelas mulheres que abortam, frequentemente rotuladas como assassinas, moralmente desviadas, pecadoras ou egoístas (Santos et al., 2013; Pereira et al., 2020; Adesse et al., 2016). Da mesma forma, a gravidez indesejada também é vista como um ato de imprudência e promiscuidade feminina, desafiando as normas sociais estereotipadas sobre o papel da mulher como mãe e sua suposta pureza sexual (Santos et al., 2013; Pereira et al., 2020; Adesse et al., 2016). Diante desses estigmas, muitas mulheres que optam pela interrupção da gestação tendem a internalizá-los, frequentemente alegando ter sofrido um aborto espontâneo para escapar do perverso julgamento social (Menezes et al., 2020; Adesse et al., 2016).

Portanto, o aborto, além de ser inseguro, também pode gerar sentimento de culpa e exclusão social (Cardoso et al., 2020; Goes et al., 2020; Domingues et al., 2020). Somado à vulnerabilidade social, esses fatores, sem a devida assistência pós-aborto, podem ser determinantes para um aumentado risco de sofrimento psicológico (Ogbu-Nwobodo et al., 2022). Em muitos casos, a decisão por interromper uma gestação é associada a violência física e psicológica por parte do parceiro; obrigar essas mulheres a seguir com uma gestação indesejada pode ser visto como uma cumplicidade do Estado na revitimização delas (Domingues et al., 2020; Romio et al., 2015). Todo este contexto de julgamento social hostil de mulheres que optam por interromper uma gestação não planejada, somado aos múltiplos fatores de risco socioeconômicos e ao machismo estrutural que cerceia as decisões de mulheres e meninas, pode prejudicar diretamente a qualidade de vida e a saúde psicológica feminina (Romio et al., 2015). Ainda, a gravidez

pode ser uma fase perigosa para pessoas com histórico de sofrimento psicológico, considerando que estas podem enfrentar sintomas psiquiátricos, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de substâncias e tentativas de suicídio (Ogbu-Nwobodo et al., 2022).

Em contraste, mulheres que têm suas decisões de aborto respeitadas demonstram resultados mais positivos em comparação com aquelas que tiveram o procedimento negado, uma vez que estas últimas demonstram níveis mais elevados de estresse, ansiedade e baixa autoestima (Biggs et al., 2017). Tais achados sugerem que negar a possibilidade de aborto pode afetar significativamente o bem-estar psicológico das mulheres que buscam essa alternativa (Biggs et al., 2017; Woodruff et al., 2020; Adair & Lozano, 2022). Não obstante, acrescenta-se que sofrimento psicológico é mais frequente em mulheres cujas tentativas de aborto não foram bem-sucedidas, apresentando também maiores riscos de desfechos negativos, como abuso de drogas, comportamento suicida, depressão e ansiedade (Domingues et al., 2020). Devido à estigmatização e à criminalização, o aborto é vivenciado de forma silenciosa e solitária, gerando repercussões sociais e sentimentos negativos, como culpa, vergonha, medo e baixa autoestima (Adesse et al., 2016; Romio et al., 2015).

## **Objetivos**

Frente ao alto índice de mortes evitáveis em decorrência do aborto inseguro, somado às inúmeras desigualdades que a proibição exacerba e às suas consequências psicológicas, verifica-se a urgência de estudar o papel do julgamento social e de outros fatores relacionados ao aborto inseguro e à liberdade de escolha feminina no contexto brasileiro. Considerando sua relevância para a saúde pública, estudar o contexto social e de saúde associado ao aborto induzido pode ajudar a desenvolver estratégias para minimizar os riscos à saúde e à vida das mulheres que optam por interromper uma gestação. Tendo isto em vista, o presente trabalho visou investigar os fatores que contribuem para o preconceito e a discriminação enfrentados pelas mulheres que optam por interromper uma gestação indesejada.

## Método

### Delineamento e Participantes

Este estudo adotou um delineamento transversal, no qual os participantes foram recrutados online através de convites divulgados amplamente em redes sociais e grupos de aplicativos de mensagens de texto de diferentes cidades do Brasil aleatoriamente selecionadas. Assistentes de pesquisa treinados ingressaram nesses grupos e comunidades virtuais para enviar os convites, que continham informações básicas sobre o estudo e o link de acesso à plataforma desenvolvida especificamente para a coleta de dados. Foram convidadas pessoas de qualquer gênero, com 18 anos de idade ou mais, alfabetizadas, com nacionalidade brasileira e com acesso à internet. Desta forma, foram incluídos 308 voluntários que concordaram em participar da pesquisa após a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Inicialmente, 410 pessoas concordaram em participar da pesquisa; contudo, 102 pessoas não atenderam aos critérios de inclusão e exclusão: nove pessoas relataram um nível de moderado a elevado de humor ansioso prévio (ver detalhes na seção de Procedimentos e Instrumentos); e 93 não concluíram todas as etapas da coleta de dados. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (número de aprovação CAAE: 69226123.5.0000.5324). O tamanho amostral mínimo requerido foi calculado com base no poder estatístico (i.e.,  $1-\beta = 0,85$ ).

### Procedimentos e Instrumentos

As coletas de dados foram realizadas virtualmente, no ano de 2023, através de uma plataforma online especializada em desenvolvimento e coleta de dados para pesquisas científicas, SoSci Survey. Os participantes foram recrutados através de convites coletivamente divulgados em dezenas de grupos de redes sociais de diversas regiões, estados, municípios e de diferentes orientações políticas do Brasil. Os convites foram continuamente enviados nos grupos aleatoriamente selecionados até atingir o tamanho amostral planejado. Ao acessar o endereço eletrônico disponibilizado durante a etapa de recrutamento, os voluntários receberam instruções sobre os procedimentos do estudo, seus riscos e benefícios, e assinaram virtualmente o TCLE para prosseguir para as etapas

subsequentes. Utilizamos um protocolo de checagem prévia de humor ansioso: após concordar com o TCLE, foi questionado através de um item de autorrelato se a pessoa estava se sentindo especialmente ansiosa ou “nervosa” naquele momento, antes de qualquer dado coletado; em caso de resposta positiva, ela foi automaticamente convidada a participar da pesquisa em outro momento, servindo esta autodeclaração como um critério de exclusão para garantir a segurança e bem-estar dos participantes. Após a checagem de humor, a coleta foi realizada por meio do preenchimento de questionários sociodemográfico, de saúde e sobre aborto, sexualidade e maternidade, sendo estes instrumentos de autorrelato.

Inicialmente, foram coletadas informações sociodemográficas e de saúde por meio de um questionário apresentado logo nas primeiras páginas do sistema de coleta de dados. O questionário, desenvolvido para o presente estudo, visou abordar aspectos como idade, gênero, religião e nível de religiosidade/frequência de participação em atividades religiosas, estado civil, nível de educação, renda, histórico médico, estilo de vida e hábitos de saúde. Após a coleta desses dados essenciais para compreender os determinantes sociais e de saúde dos participantes, foram apresentadas perguntas sobre suas percepções pessoais relacionadas à interrupção de gestação indesejada. Em seguida o sistema apresentava perguntas, como “Qual é a sua opinião sobre as pessoas que escolhem fazer um aborto por causa de uma gravidez não planejada?” e, em seguida, “Você conhece alguém que tenha realizado um aborto?” buscando coletar opiniões, atitudes e contextos pessoais relacionados ao aborto espontâneo e induzido. As opções de respostas foram estruturas através de variáveis categóricas ou de escalas tipo Likert de cinco pontos, variando de “Discordo totalmente” a “Concordo Totalmente”.

A pesquisa também contou com o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto (QVC), que foi aplicado na penúltima seção do sistema de coleta de dados. Utilizamos a versão original do questionário (Serenio et al., 2009), composto por 17 itens, que foram respondidos em formato de escala de Likert de cinco pontos, sendo estes: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente. Três itens deste questionário compõem a sua dimensão sobre aborto, utilizada no presente estudo. Com níveis adequados de qualidades psicométricas, o questionário foi validado e apresenta índices satisfatórios de consistência interna (Serenio et al., 2009). Por último, a coleta de dados contou com perguntas que

visaram coletar mais informações sobre as opiniões, crenças e percepções dos participantes sobre quem já praticou um aborto. Assim, os participantes tiveram que marcar o quanto concordam com afirmações como “Eu acho que quem pratica um aborto é uma pessoa criminosa” e “Eu acho que quem pratica um aborto não merece ter filhos”, refletindo atitudes e percepções sociais comumente associadas a pessoas que realizam um aborto induzido (e.g., Adesse et al., 2016). O preenchimento do questionário durou em média aproximadamente 15 minutos.

### **Análises de Dados**

Inicialmente, após uma etapa de processamento dos dados, na qual houve a depuração do banco para a exclusão de entradas incompletas, o escore do fator Aborto da escala QVC foi calculado. Em seguida, conduzimos as análises descritivas e exploratórias dos dados. Essas análises não apenas verificaram os pressupostos dos modelos estatísticos adotados, mas também possibilitaram a estimativa das frequências, porcentagens, médias e desvios padrões das variáveis utilizadas. As análises inferenciais, por sua vez, foram conduzidas através do uso de modelos lineares generalizados (GLM). Para todas as variáveis resposta decorrentes de uma escala Likert (variável ordinal), utilizamos testes estatísticos através do GLM com uma distribuição multinomial para analisar nossos dados. Por se adequar melhor a medidas em que há mais de duas possíveis categorias (i.e., variável ordinal), usamos uma função de ligação canônica (logito acumulada) que ajusta e compara essas categorias de forma eficiente (Nelder & Wedderburn, 1972). Estes modelos foram utilizados para estimar a opinião contrária ao aborto, a opinião que pessoas que fizeram aborto não merecem ter filhos e a opinião que pessoas que fizeram aborto são criminosas. Além disso, a medida de aborto estimada pela escala QVC foi avaliada através de um GLM com distribuição normal e função de ligação identidade, também canônica. Importante ressaltar que, em todos os modelos desenvolvidos, mantivemos um nível de significância de 5% e adotamos hipóteses bicaudais para a análise estatística dos resultados. As análises estatísticas foram realizadas utilizando os softwares SPSS (IBM) e R (versão 4.0.4; R Core Team, 2021).

### **Resultados**

A amostra foi composta por 308 participantes, sendo 77,9% mulheres com a média de idade de aproximadamente 35 anos (Tabela 1). Como pode ser verificado em detalhes na Tabela 1, a maior parte da amostra declarou não ter uma religião, mas acreditar em Deus, e esta proporção foi seguida por católico, ateus/agnósticos e evangélicos. Pessoas com curso superior em andamento ou concluído foram predominantes no estudo, sendo que 27% da amostra possui pós-graduação. Quanto à cor da pele/raça/etnia, 76,3% dos participantes autodeclararam ser brancos, 14,3% se declaram pardos e apenas 7,8% negros. Com relação à opinião sobre o aborto, 68,5% dos participantes apoiam as pessoas que escolhem fazer um aborto por conta de uma gravidez não planejada, enquanto que 18,8% da amostra relatou condenar total ou parcialmente o aborto. Quando consideramos apenas as participantes do gênero feminino, o número de apoiadores sobe para 70,8%; e, por sua vez, a porcentagem de pessoas que condenam o aborto cai para 16,3% quando consideramos apenas a parcela feminina da amostra. Ainda, quase 60% da nossa amostra conhece alguém que já realizou um aborto, seja pessoa próxima (36,3%), seja conhecida (21,5%). Outros dados descritivos da nossa amostra podem ser verificados na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Estatísticas descritivas dos principais parâmetros da amostra*

<b>Características</b>	<b>Média / Frequência</b>	<b>Desvio Padrão / Porcentagem</b>
Idade (anos) ( <i>n=306</i> )	34,48	±13,49
<i>Gênero (n=306)</i>		
Feminino	240	77,9%
Masculino	64	20,8%
Não binário	2	0,6%
Outro	2	0,6%
<i>Escolaridade (n=308)</i>		
Ensino Médio completo	37	12%
Ensino Superior incompleto	102	33,1%
Ensino Superior completo	68	22,1%
Pós Graduação	84	27,3%
Outra	17	5,4%
<i>Situação Conjugal (n=308)</i>		
Solteiro	173	52,8%
Casado	66	21,4%
Divorciado	18	5,8%
Viúvo	6	1,9%
União estável	45	14,6%
<i>Região do Brasil (n = 308)</i>		
Norte	5	1,6%
Nordeste	17	5,5%
Centro-Oeste	10	3,2%
Sudeste	202	24,1%
Sul	74	65,6%
<i>Religião(n=308)</i>		
Católico	80	26,0 %
Protestante/Evangélico	36	11,7 %
Espírita	32	10,4 %
Religião de matriz africana	20	6,5 %
Sem religião, mas acredita em deus	84	27,3 %
Ateísmo/Agnosticismo	46	14,9 %
Outra	10	3,2%
<i>Frequência de práticas religiosas (n=305)</i>	3,36	±1,38
<i>Raça ou Cor da pele (n=308)</i>		
Branca	235	76,3%
Negra	24	7,8 %
Parda	44	14,3%
Outros	5	1,6%
<i>Você conhece alguém que tenha realizado um aborto? (n=303)</i>		
Sim, pessoa próxima	110	36,3%
Sim, pessoa conhecida	65	21,5%
Não pessoalmente, mas soube/ouviu falar	66	21,8%

Não	62	20,5%
<i>Qual é a sua opinião sobre as pessoas que escolhem fazer um aborto por causa de uma gravidez não planejada? (n=308)</i>		
Apoio totalmente	142	46,1%
Apoio parcialmente	69	22,4%
Não apoio nem condeno	39	12,7%
Condeno parcialmente	40	13%
Condeno totalmente	18	5,8%

### Opinião Sobre Aborto

Nossos dados indicaram de forma consistente que diversas variáveis individuais e sociodemográficas predizem de forma eficaz as opiniões sobre a decisão de interromper uma gravidez indesejada. Comparando os gêneros, verificamos que as mulheres mostraram opiniões mais favoráveis à interrupção da gestação ( $B \pm EP = -0,775 \pm 0,253$ ;  $p = 0,002$ ; Tabela 2). Para realizar a análise de forma adequada, excluimos os dados de pessoas não binárias e aquelas que preferiram não declarar o gênero, devido ao reduzido número de participantes nesses grupos. A idade também foi um preditor significativo: quanto mais velha a pessoa, maior a tendência de desaprovação ao aborto ( $B \pm EP = 0,044 \pm 0,008$ ;  $p = 5,5E-8$ ; Tabela 2). Outro fator relevante foi o número de filhos, com indivíduos com mais filhos sendo mais propensos a desaprovar o aborto ( $B \pm EP = 0,71 \pm 0,11$ ;  $p = 8,7E-11$ ; Tabela 2). A renda também atingiu significância ( $p = 0,006$ ; Tabela 2), embora não tenham sido encontradas diferenças significativas para os níveis de renda, exceto por uma tendência entre aqueles que declararam "muito confortável, sem preocupações financeiras" e "equilibrada, sem grandes dificuldades" ( $B \pm EP = 1,12 \pm 0,58$ ;  $p = 0,054$ ). Nem cor da pele/raça/etnia ( $p = 0,744$ ), nem escolaridade ( $p = 0,229$ ) atingiram o nível de significância nos nossos modelos.

Em relação à religiosidade, diferentes denominações foram significativamente associadas a opiniões contrárias ao aborto ( $p = 2,5E-14$ ; Tabela 2). Utilizando pessoas sem crença (ateus e agnósticos) como grupo de referência, encontramos diferenças significativas para católicos ( $B \pm EP = 2,16 \pm 0,39$ ;  $p = 2,6E-8$ ), evangélicos/protestantes ( $B \pm EP = 2,92 \pm 0,45$ ;  $p = 1,1E-10$ ) e espíritas ( $B \pm EP = 1,56 \pm 0,45$ ;  $p = 0,001$ ), que tendem a desaprovar mais o aborto. Outras denominações não apresentaram significância. A frequência de práticas religiosas também foi um fator decisivo na desaprovação ao aborto ( $p = 6,9E-12$ ; Tabela 2). Aqueles que não praticam sua religião ou não possuem

religiosidade diferiram significativamente de todos os outros níveis de frequência religiosa ( $B's > 1,03$ ;  $p's < 0,001$ ).

Por fim, conhecer alguém que fez um aborto pode influenciar a opinião das pessoas sobre o procedimento ( $p = 0,0004$ ; Tabela 2). O grupo de referência, "Não conheço", contrastou significativamente apenas com "Sim, conheço uma pessoa próxima" ( $B \pm EP = -1,16 \pm 0,30$ ;  $p = 0,00008$ ), que demonstrou maior apoio ao aborto. Ter tido uma experiência pessoal com aborto também afetou as opiniões ( $p = 0,001$ ; Tabela 2). Usando "Nunca tive uma experiência com aborto" como referência, encontramos diferenças para "Já tive um aborto espontâneo" ( $B \pm EP = 1,05 \pm 0,33$ ;  $p = 0,001$ ), grupo que demonstrou maior desaprovação, e uma tendência para "Já fiz um aborto induzido" ( $B \pm EP = -1,21 \pm 0,67$ ;  $p = 0,070$ ), que mostrou maior apoio ao aborto.

## Tabela 2

*Modelos lineares generalizados utilizando as opiniões sobre fazer um aborto por causa de uma gravidez não planejada como variável resposta (n = 308)*

Variáveis preditoras	$\chi^2$ de Wald	p-valor
Religião (tipo de vertente religiosa)	75,873	2,5E-14
Frequência de práticas religiosas	58,221	6E-12
Filhos	42,091	8E-11
Idade	29,532	5E-8
Conhecer alguém que já fez aborto	18,194	4E-4
Se já passou pela interrupção	14,145	0,001
Gênero	9,415	0,002
Renda	14,541	0,006
Escolaridade	1,45	0,229
Cor da pele	0,590	0,744

## Valores e Crenças Acerca do Aborto

Foi aplicado o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto (QVC) em sua integralidade; porém, na análise foi utilizada somente a dimensão do aborto, visto que é o recorte pertinente aos nossos objetivos. Portanto, foi utilizado

uma extensão do modelo linear clássico, o GLM, que possibilita diferentes funções de ligação, permitindo que a variável tenha uma distribuição diferente da normal. Conduzimos o GLM com uma distribuição normal e uma função de ligação identidade. De modo geral, os dados indicaram que diversas variáveis individuais e sociodemográficas preveem de forma significativa os valores e crenças das pessoas diante da escolha de fazer um aborto para uma gravidez indesejada. Mais especificamente, a idade dos respondentes foi considerada um preditor significativo para os valores e crenças sobre o aborto, sendo que quanto mais idade a pessoa tem, mais ela tende a discordar do aborto ( $B \pm EP = 0,032 \pm 0,012$ ;  $p = 0,009$ ; Tabela 3). O número de filhos também tende a influenciar as opiniões contrárias ao aborto, quanto mais filhos, mais os participantes discordam da prática ( $B \pm EP = 0,79 \pm 0,16$ ;  $p = 3E-7$ ; Tabela 3). A renda foi outro preditor significativo dos valores e crenças sobre o aborto ( $p = 0,008$ ; Tabela 3). No entanto, quando observados os diferentes níveis de comparação entre as variáveis renda, não foram encontradas diferenças significativas. Nem cor da pele/raça/etnia ( $p = 0,252$ ), nem escolaridade ( $p = 0,730$ ), e nem mesmo gênero ( $p = 0,160$ ) atingiram o nível de significância nos nossos modelos, como pode ser visto na Tabela 3.

Por sua vez, o escore da QVC sobre aborto diferiu significativamente entre os tipos de religião ( $p = 1E-15$ ; Tabela 3). Neste caso, utilizando a falta de crença (i.e., ateus e agnósticos) como grupo de referência para as comparações, encontramos diferenças significativas em comparação com católicos ( $B \pm EP = 2,65 \pm 0,48$ ;  $p = 4E-8$ ), evangélicos/protestantes ( $B \pm EP = 3,73 \pm 0,58$ ;  $p = 1E-10$ ) e espíritas ( $B \pm EP = 2,15 \pm 0,6$ ;  $p = 3E-4$ ), sendo estes mais contrários ao aborto; os outros tipos de religião não diferiram do grupo de referência. Reforçando o papel da religiosidade, a maior frequência de práticas religiosas foi um fator decisivo para valores negativos em relação ao aborto ( $p = 4E-13$ ; Tabela 3), sendo que o item “Não pratico minha religião ou não tenho religiosidade” divergiu significativamente de todas as outras 4 medidas de maior frequência de prática da religiosidade ( $B's > 1,6$ ;  $p's < 0,0001$ ).

Os valores e crenças sobre o aborto também pode ser significativamente previsto por conhecer alguém que tenha feito tal procedimento ( $p = 0,030$ ; Tabela 3). Assim, aquelas pessoas que declararam que não conhecem alguém que tenha feito um abortamento (usadas como grupo de referência) contrastaram significativamente daquelas pessoas que afirmaram que conhecem uma pessoa próxima que fez o procedimento ( $B \pm$

EP =  $-1,01 \pm 0,46$ ;  $p = 0,02$ ), sendo estas mais favoráveis ao aborto. Por último, ter tido uma experiência pessoal de aborto foi significativamente associado ao escore da dimensão aborto da QVC ( $p = 0,003$ ; Tabela 3). Aqui nós usamos a ausência de experiências pessoais com o aborto como grupo de referência, e encontramos diferenças deste grupo tanto com quem já passou por um aborto espontâneo ( $B \pm EP = 1,21 \pm 0,52$ ;  $p = 0,02$ ), quanto quem já optou pela interrupção intencional da gestação ( $B \pm EP = -1,95 \pm 0,86$ ;  $p = 0,022$ ). Contudo, no primeiro caso, as pessoas condenam mais o aborto intencional, e no segundo caso elas apoiam mais esta prática.

### Tabela 3

*Modelos lineares generalizados utilizando a dimensão sobre aborto do Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto (QVC) como variável resposta (n = 308)*

Variáveis Predictoras	$\chi^2$ de Wald	p-valor
Religião (tipo de vertente religiosa)	81,329	1E-15
Frequência de práticas religiosas	63,847	4E-13
Filhos	25,887	3E-7
Se já passou pela interrupção	11,444	0,003
Renda	13,710	0,008
Idade	6,783	0,009
Conhecer alguém que já fez aborto	8,952	0,030
Gênero	1,971	0,160
Cor da pele	2,755	0,252
Escolaridade	5,254	0,730

### Opinião: Criminosa

Estimamos também o quanto os participantes do estudo concordam com a afirmativa de que pessoas que buscam a interrupção de uma gestação indesejada são criminosas. Em relação ao gênero, encontramos que os homens tendem a concordar mais com a opinião de que as pessoas que recorrem ao aborto são criminosas, quando

comparados as mulheres ( $B \pm EP = 0,839 \pm 0,276$ ;  $p = 0,002$ ; Tabela 4). Para condução desta análise, precisamos considerar a exclusão dos dados referentes às pessoas que preferiram não declarar o gênero e que declararam gênero não binário (duas pessoas para cada categoria), uma vez que o reduzido tamanho amostral de cada grupo inviabiliza a condução das análises. Também foi considerado um preditor para as opiniões sobre o aborto, a idade dos respondentes, visto que pessoas mais velhas tenderam a considerar de forma mais significativa quem busca por essa alternativa como criminosa ( $B \pm EP = 0,049 \pm 0,009$ ;  $p = 5E-8$ ; Tabela 4). Ter filhos também está associado a este julgamento; essa opinião se intensifica conforme aumento do número de filhos ( $B \pm EP = 0,74 \pm 0,11$ ;  $p = 8E-11$ ; Tabela 4). Cor da pele/raça/etnia ( $p = 0,311$ ) e escolaridade ( $p = 0,379$ ) não atingiram um nível de significância.

Consistente com os resultados anteriores, os dados sobre religiosidade foram novamente fortes preditores de adjetivos contrários ao aborto (Tabela 4). Mais especificamente, o nosso modelo indica que os participantes ligados as religiões católica ( $B \pm EP = 2,54 \pm 0,63$ ;  $p = 5E-5$ ), evangélica/protestante ( $B \pm EP = 3,1 \pm 0,67$ ;  $p = 4E-6$ ) e espírita ( $B \pm EP = 2,15 \pm 0,69$ ;  $p = 0,002$ ) possuem uma maior inclinação a definir alguém que pratica o aborto como criminosa ( $p = 2E-8$ ; Tabela 4), quando comparados ao grupo referência (ateus/agnósticos). As demais denominações religiosas e tipos de religiosidade não diferiram significativamente do grupo de referência. A frequência da religiosidade se mostrou uma variável decisiva para este julgamento social ( $p = 3E-7$ ; Tabela 4), o que foi condizente com as análises anteriores. Tendo em vista que a opção de referência “Não pratico minha religião/não tenho religiosidade” contrasta significativamente com todas as outras 4 medidas de maior frequência religiosa ( $B$ 's  $> 1,73$ ;  $p$ 's  $< 0,001$ ).

Em relação a conhecer alguém que tenha feito um aborto, também há uma associação com cunhar o adjetivo “criminosa” para quem faz um aborto ( $p = 0,001$ ; Tabela 4). Ou seja, há uma discordância significativa na opinião sobre ser criminosa entre o grupo “Não conheço”, quando comparado a opção “Conheço uma pessoa próxima” ( $B \pm EP = -1,1 \pm 0,36$ ;  $p = 0,002$ ), que discordam mais deste adjetivo, seguindo o padrão consistente com os resultados anteriores. Por fim, tendo como o grupo de referência “Nunca tive uma experiência com aborto”, há uma diferença para “Já tive um aborto espontâneo” ( $B \pm EP = 0,97 \pm 0,34$ ;  $p = 0,004$ ), que foi mais favorável ao adjetivo; a

diferença ao grupo de referência não foi vista para aquelas pessoas que reportaram terem passado por um aborto planejado ( $B \pm EP = -1,41 \pm 1,05$ ;  $p = 0,181$ ). Portanto, já ter tido uma experiência com aborto também impactou as opiniões sobre considerar pessoas que interrompem a gestação como criminosas ( $p = 0,006$ ; Tabela 4).

#### Tabela 4

*Modelos lineares generalizados utilizando as opiniões sobre considerar criminosas pessoas que realizam aborto como variável resposta ( $n = 308$ )*

Variáveis	$\chi^2$ de Wald	p-valor
Filhos	42,167	8E-11
Idade	29,703	5E-8
Religião (tipo de vertente religiosa)	46,189	2E-8
Frequência de práticas religiosas	35,739	3E-7
Renda	13,691	0,008
Se já passou pela interrupção	10,359	0,006
Gênero	9,246	0,002
Conhecer alguém que já fez aborto	15,554	0,001
Cor da pele	2,335	0,311
Escolaridade	8,576	0,379

#### Opinião: Não Merece Ter Filhos

Novamente, as variáveis individuais e sociodemográficas permitiram estimar de forma efetiva a avaliação dos participantes diante da afirmativa que pessoas que realizam aborto não merecem ter filhos. Encontramos que os homens concordam mais com essa afirmação, se comparados às mulheres ( $B \pm EP = 0,734 \pm 0,272$ ;  $p = 0,007$ ; Tabela 5). A idade dos respondentes também foi considerada um preditor significativo para as opiniões sobre, já que quanto mais idade a pessoa tem, mais ela tende a concordar com essa premissa ( $B \pm EP = 0,048 \pm 0,009$ ;  $p = 8E-8$ ; Tabela 5). O maior número de filhos foi um fator decisivo para concordar com a afirmativa ( $B \pm EP = 0,75 \pm 0,11$ ;  $p = 1E-11$ ; Tabela 5). O modelo geral para renda (dificuldades financeiras) atingiu o nível de significância ( $p = 0,013$ ; Tabela 5), embora o tamanho de efeito seja relativamente pequeno. O

contraste significativo ocorreu entre as categorias de mais alto conforto financeiro (i.e., sem dificuldades financeiras), o grupo de referência, e aqueles que declararam ter dificuldades financeiras constantes ( $B \pm EP = 1,77 \pm 0,87$ ;  $p = 0,042$ ), que concordaram mais que quem praticou um aborto não merece ter filho. Além disso, as variáveis referentes a cor da pele/raça/etnia ( $p = 0,607$ ), escolaridade ( $p = 0,075$ ) e conhecer alguém que já fez aborto ( $p = 0,155$ ) não atingiram o nível de significância nos nossos modelos para o julgamento social de não merecer ter filhos.

A identificação com determinados tipos de religião ( $p = 3E-6$ ; Tabela 5) se mostrou um preditor significativo para a ideia de que pessoas que abortam não merecem ter filhos, quando comparadas ao grupo de referência (ateus e agnósticos). Neste caso, foram católicos ( $B \pm EP = 1,44 \pm 0,43$ ;  $p = 0,001$ ), evangélicos/protestantes ( $B \pm EP = 1,87 \pm 0,48$ ;  $p = 9E-5$ ) e espíritas ( $B \pm EP = 1,39 \pm 0,5$ ;  $p = 0,005$ ) os que mais concordam com essa concepção, visto que não houve diferença significativa entre o grupo de referência e as demais religiões. Por sua vez, os dados indicam que a periodicidade com que os respondentes praticam sua religião também pode influenciar as opiniões favoráveis ao julgamento social de que pessoas que praticam o aborto não merecem ter filhos ( $p = 1E-4$ ; Tabela 5). De forma que as 4 medidas de mais frequência religiosa ( $B$ 's  $> 0,97$ ;  $p$ 's  $< 0,009$ ) divergiram significativamente do item “Não pratico minha religião ou não tenho religiosidade”.

Além disso, ter passado por uma experiência de aborto ( $p = 0,002$ ; Tabela 5) também foi associada significativamente à opinião sobre merecer ou não ter filhos. Utilizando o grupo “Nunca tive uma experiência com aborto” como referência, não houve diferenças para aquelas pessoas que fizeram um aborto planejado ( $B \pm EP = - 0,82 \pm 0,79$ ;  $p = 0,297$ ), mas houve diferença significativa para aquelas pessoas que já passaram por um aborto espontâneo ( $B \pm EP = 1,06 \pm 0,32$ ;  $p = 0,001$ ), sendo essas pessoas mais favoráveis a esse julgamento social.

## **Tabela 5**

*Modelos lineares generalizados utilizando as opiniões sobre pessoas que realizam aborto não merecerem ter filhos como variável resposta (n = 308)*

---

Variáveis	$\chi^2$ de Wald	p-valor
Filhos	45,113	1E-11
Idade	28,771	8E-8
Religião (tipo de vertente religiosa)	35,708	3E-6
Frequência de práticas religiosas	23,281	1E-4
Se já passou pela interrupção	12,310	0,002
Gênero	7,270	0,007
Renda	12,644	0,013
Escolaridade	14,245	0,075
Conhecer alguém que já fez aborto	5,234	0,155
Cor da pele	0,998	0,607

---

### Discussão

O presente estudo visou analisar os fatores que contribuem, no contexto brasileiro, para o preconceito e a discriminação enfrentados por mulheres que buscam interromper uma gravidez indesejada. Os resultados indicaram que fatores sociodemográficos, como gênero masculino, idade mais avançada, maior número filhos, vinculação a determinadas vertentes religiosas e, principalmente, a frequência da religiosidade influenciam nos julgamentos e atitudes negativas em relação à decisão feminina de interromper uma gravidez indesejada. Estas e outras variáveis foram consistentemente associadas com opiniões hostis sobre o aborto. Em conjunto, os padrões de resultados deste estudo são passíveis de serem explicados através da distância e da proximidade que os fatores citados colocam as pessoas da prática do aborto, traçando um paralelo com a empatia, bem como é possível explorar os resultados através de uma perspectiva histórica e cultural, onde existem fortes raízes religiosas e conservadoras que influenciaram a subjetividade e a moral do povo brasileiro.

Os resultados foram amplamente consistentes diante das quatro medidas sobre aborto, distintas e complementares, sendo estas, os valores e crenças dos participantes em relação ao aborto, a opinião sobre o aborto, a opinião sobre não merecer ter filhos e a

opinião sobre ser criminosa, que foram utilizadas como variáveis resposta. As variáveis que previram as opiniões contrárias ao aborto, como gênero, idade, conhecer ou ser alguém que já experienciou um aborto, podem ser coletivamente explicadas pela proximidade com tal prática, promovendo uma perspectiva empática. Ter contato com pessoas próximas que já praticaram o aborto ou possuir características que aumentam a possibilidade de recorrer a esta intervenção pode aumentar a aceitação e identificação com pessoas que abortam deliberadamente, facilitando a possibilidade de assumir a perspectiva destas. A empatia é favorecida pela capacidade de identificar o outro como semelhante, sendo decisiva para a compreensão do ponto de vista de alguém, de se colocar no lugar dessa pessoa e de buscar entender seus sentimentos, atitudes e decisões (e.g., Zimmermann & Gontijo, 2021; López et al., 2014; Boni et al., 2022). A empatia é classificada como uma tendência natural dos seres humanos, dado que crianças de três anos de idade já são capazes de olhar uma situação a partir da perspectiva de outra pessoa, mostrando-se como um impulso natural na maioria dos humanos (Krznaric, 2015). Entretanto, López e colegas (2014) exploram que, embora essa característica seja praticamente intrínseca aos humanos, esforçar-se para experimentar um afeto de outra pessoa exigiria uma mobilização de sistemas e níveis mais complexos de processamentos cognitivo, já que, entendemos o outro usando nossas próprias mentes como modelo.

Logo, a empatia é defendida por Krznaric (2015) como um fator com capacidade de promover profundas mudanças sociais e políticas por não derivar-se de regras, moral ou discursos e sim do contato com o outro. Para ser possível exercê-la é necessário buscar vivências e culturas condizentes com a pessoa que queremos empatizar, essa busca pode propiciar a construção de laços sociais, haja vista que sem os quais é pouco provável que a empatia se desenvolva (López et al., 2014; Krznaric, 2015). De fato, tendemos a sentir maior empatia por membros do nosso próprio grupo de pertencimento (Vanman, 2016). O contrário também é verdadeiro, nós sentimos menos empatia por pessoas mais diferentes de nós, que não nos identificamos, ou que não são do nosso grupo. Tal tendência pode ser evidenciada pela desvalorização das vidas de membros externos ao nosso grupo e por uma resposta empática reduzida diante do sofrimento destes (Vanman, 2016). Nossos dados reforçam esse padrão, indicando que mulheres, jovens e pessoas sem filhos possuem pensamentos e atitudes mais favoráveis ao aborto deliberado e às pessoas que praticam o aborto. Certamente, pessoas com essas características possuem

mais chances de enfrentar uma gestação indesejada, o que pode gerar uma facilidade maior em se colocar nesse lugar, entendendo suas demandas e promovendo uma identificação com as pessoas que já passaram por tal contexto. Reforçando esta noção, conhecer alguém próximo que tenha feito um aborto e ter optado por interromper uma gestação também são fatores determinantes para opiniões mais favoráveis ao aborto. Portanto, os laços sociais e experiências pregressas podem, evidentemente, aumentar a compreensão de como as pessoas que recorrem a esse procedimento médico se sentem e, conseqüentemente, aumentar a aceitação de suas decisões.

Mesmo a empatia não dependendo da moral, Hiller e Allgayer (2019) defendem que essa seria fundamental para a ascensão da moralidade, visto que, os pares compartilham sentimentos, o que os possibilita criar um julgamento moral sob suas percepções e vivências pessoais. Ou seja, a moral diz respeito a regras de conduta de um determinado grupo de pessoas que se identificam (i.e., comunidade), e isso tende a ser facilitado pela empatia e a viabilizar uma maior cooperação entre os membros deste grupo (Rumble et al., 2010; Vanman, 2016; Hiller e Allgayer, 2019). Porém, se estes grupos não construírem laços com outras comunidades, há grandes chances de terem menos empatia e reduzida cooperação com elas, aumentando o preconceito e a exclusão social, e podendo, inclusive, julgar a moralidade do outro grupo (Vanman, 2016). Por exemplo, a religião é, tradicionalmente, um forte elemento de formação grupal, composta por um conjunto de regras morais baseadas em crenças em comum, que possibilita a identificação social e a cooperação entre seus membros. Por outro lado, é possível que a religiosidade mais intensa propicie a exclusão e o julgamento de quem está externo ao grupo ou não segue suas regras de conduta.

Indo mais além, aspectos culturais também podem ajudar a explicar os padrões de resultados obtidos neste estudo. Fatores como a vertente religiosa e a frequência da prática da religiosidade podem influenciar não apenas as percepções individuais sobre o aborto, mas também as normas coletivas e culturais sobre o tema, fomentando tabus e legislações (Argüello, 2021). Tais fatores culturais têm moldado as organizações sociais por meio de modelos construídos e consolidados na subjetividade individual e coletiva desde a colonização do Brasil. Muitos colonizadores utilizaram a religião como ferramenta de doutrinação dos povos originários para formação controlada das identidades sociais dos estados, fomentando preceitos religiosos imbuídos de concepções sexistas, condizentes

com a “papel social das mulheres” nos séculos anteriores e durante a idade média. Através de alguns rituais, textos, mitos e certos discursos religiosos patriarcais, as mulheres têm sido retratadas como seres irracionais, associadas ao pecado, aos “prazeres da carne”, à desobediência, à insanidade e à tentação e, por isso, carecendo ser rigidamente controladas (Zanello, 2020; Melo & Ribeiro, 2021; Robles, 2022). Historicamente, a identidade social brasileira foi construída sob tais preceitos religiosos, cujos quais a população internalizou papéis de gênero, reforçando traços e performances femininas vinculadas ao cuidado e a tríade esposa-mãe-doméstica que dedica sua vida a família, explicitando que desviar destas normas, distanciaria as mulheres do sagrado, fazendo-as se sentirem culpadas (Zanello, 2020). De fato, alguns mitos e parábolas abordam diretamente a profanação feminina, como os mitos do pecado original de Eva e da ânfora de Pandora; ambos representam os impulsos das primeiras mulheres, que quando não controladas pelos homens, prejudicaram a humanidade, sendo elas culpadas por uma desgraça duradoura (Bibring & Maurice, 2022; Argüello, 2021). Segundo Robles (2022), a noção de culpa tem origem religiosa para, na maior parte dos casos, ser usada para reprimir comportamentos que se opõem aos preceitos da religião (i.e., norma moral), já que esta, seria uma das maiores ferramentas de controle do estado. Por meio da culpabilização, mulheres são oprimidas e até mesmo violentadas, inclusive através da limitação de seus direitos; essas violências são socialmente legitimadas e incorporadas nas normas estatais como consequência da desobediência, favorecendo uma opressão feminina estrutural (Argüello, 2021).

As doutrinas religiosas cristãs, predominantes no Brasil, demonstram o cuidado da prole como uma das funções da mulher (i.e., a maternidade), inclusive evidenciando o “ideal de feminino” através da Maria, a virgem que foi escolhida por Deus e que sem questionar sua vontade ficou grávida através de um milagre (Argüello, 2021). Os nossos resultados indicaram que as pessoas dessas religiões abraâmicas defendiam mais o julgamento social de que uma mulher que opta por um aborto previamente não merece ter filhos, assumindo de modo geral opiniões mais conservadoras sobre o aborto. Uma vez que essas regras morais religiosas (que deveriam ser particulares em um estado laico), modelaram, e modelam ainda hoje, a subjetividade e a cultura do Brasil, elas interferem direta e indiretamente na legislação do país, como acontece por meio da proibição do aborto. Em última análise, tal violação cultural da laicidade do estado se trata de uma

violência, visto que determinadas crenças são impostas coletivamente através de leis e podem fomentar a assimetria de gênero, além de ferir os direitos reprodutivos e do corpo feminino.

O presente estudo ajuda no entendimento sobre a percepção social do aborto no Brasil, avançando o conhecimento dos trabalhos anteriores, ao buscar delinear os perfis relacionados ao julgamento social de pessoas se opõem à interrupção da gestação. Além disso, estabelece através dos padrões de resultados possíveis explicações teóricas e coletivas, almejando preencher as lacunas existentes por meio de uma análise que relaciona a empatia e os aspectos socioculturais com os dados obtidos, promovendo possíveis esclarecimentos e reflexões acerca do tema. Contudo, embora o trabalho tenha sido desenvolvido com o intuito de entender os determinantes das atitudes contrárias ao aborto no Brasil, e ter contribuído significativamente para avanços empíricos, com achados sólidos neste sentido, ele não está isento de limitações. Posto que boa parte da amostra tenha sido composta por mulheres, tivemos uma diversidade limitada na amostra, com uma baixa participação de outros gêneros, especialmente da população não binária. Entretanto, cabe salientar que o recrutamento amostral visou uma seleção aleatória e não enviesada, sendo que, provavelmente a participação pode ser um reflexo da população de maior interesse no tema. Outras características da amostra podem limitar a generalização dos dados, como a elevada escolaridade, a cor de pele predominantemente branca, a participação majoritária de pessoas das regiões sul e sudeste do Brasil e a ausência de outras identidades de gênero. Novos estudos devem ser replicados futuramente com um esforço amostral condizente com a busca de uma maior diversidade nas características da amostra, viabilizando uma maior segurança na generalização dos dados.

### **Considerações finais**

Finalmente, os achados deste estudo explicados pela literatura científica apontam que a perspectiva empática e os aspectos socioculturais podem ser fatores determinantes para o juízo sobre aborto. Pessoas mais distantes desta realidade se posicionam mais contra a prática, como é o caso dos governantes do país, que são em sua grande maioria homens e mais velhos, fazendo parte dos marcadores sociais que se mostram mais contrários à prática da interrupção da gestação. Traçando paralelos com a construção dos estados do Brasil, consolidados através de colonização e imposição de vieses religiosos,

a influência conservadora constante pode direcionar as normas morais da população, afetando, inclusive, a legislação brasileira. Desse modo, por meio de fatores sociais e culturais, os sentimentos de culpa e de vergonha têm sido introjetados nas mulheres, motivados por uma suposta desobediência aos papéis femininos fixados na subjetividade individual e coletiva da população brasileira. Esse tipo de manipulação, que promove a internalização de normas morais e inibe ações individuais, leva as mulheres a se perceberem como responsáveis, mesmo quando são vítimas de violência, interpretando esses eventos como uma punição merecida por seus supostos desvios. Assim, esses fatores atuam concomitantemente, influenciando atitudes negativas em relação à decisão feminina de interromper uma gravidez indesejada. Portanto, almejamos que os achados deste levantamento possam colaborar e serem utilizados para futuros planos sociais e sanitários, além de subsidiar políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

### Referências

- Adesse, L., Jannotti, C. B., Silva, K. S. D., & Fonseca, V. M. (2016). Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3819-3832.
- Argüello, B. J. (2021). Discurso católico de la Culpa en la construcción de la subjetividad femenina. *Siwô'Revista de Teología/Revista de Estudios Sociorreligiosos*, 14(1), 81-110.
- Bibring, T., & Maurice, L. (2022). Gender, Creation Myths and their Reception in Western Civilization. *Gender, Creation Myths and their Reception in Western Civilization*, 1-264.
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA psychiatry*, 74(2), 169-178.
- Boni, L. D. G., de Barros Farhat, F. I., & Moreno, C. B. (2022). A empatia - A capacidade de iluminar as relações interpessoais: Um estudo entre crianças de escolas públicas paulistas. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, e022098-e022098.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2011). *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica (2ª ed.)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Camargo, T. M. C. R. (2020). Narrativas pró-direito ao aborto no Brasil, 1976 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00189018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189018>
- Cardoso, B. B., Vieira, F. M. dos S. B., & Saraceni, V.. (2020). Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00188718. <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>
- Domingues, R. M. S. M., Fonseca, S. C., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S.. (2020). Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00190418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>
- Dozier, J., Hennink, M., Mosley, E., Narasimhan, S., Pringle, J., Clarke, L., ... & Rice, WS (2020). Abortion attitudes, religious and moral beliefs, and pastoral care among Protestant religious leaders in Georgia. *Plos one*, 15 (7), e0235971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235971>
- Erdman, JN, & Cook, RJ (2020). Decriminalization of abortion - A human rights imperative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 62, 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.004>
- Estácio, EV, Murray, M., & Marks, DF (2018). Psicologia da Saúde: Teoria, Pesquisa e Prática. *Psicologia da Saúde*, 1-832.
- Goes, E. F., Menezes, G. M. S., Almeida, M.C. C., Araújo, T. V. B., Alves, S. V., Alves, M. T. S. S. B. e ., & Aquino, E. M. L.. (2020). Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00189618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>
- Hiller, R., & Allgayer, H. (2019). Evolução, cooperação e empatia. *Fundamento*, (19), 83-118.
- Kapp, N., Whyte, P., Tang, J., Jackson, E., & Brahmi, D. (2013). A review of evidence for safe abortion care. *Contraception*, 88(3), 350-363. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.027>
- Krznicaric, R. (2015). *O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- López, M. B., Arán Filippetti, V., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en psicología latinoamericana*, 32(1), 37-51.
- Marta, G. N., & Job, J. R. P. P. (2008). Aborto: uma questão de saúde pública. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41(2), 196-199. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i2p196-199>

- Marzarotto, R. S. D. T., Rigoti, L. Y., Ferreira, M. O., Goulart, C. E. A. de O. P. L., & Rodrigues, C. F. de A. (2022). Uma reflexão bioética sobre a perspectiva de acadêmicos de medicina sobre abortamento e descriminalização. *Saúde Ética & Justiça*, 27(1), 28-36. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v27i1p28-36>
- Melo, A. D., & Ribeiro, P. R. C. (2021). Bruxas, Perigosas e Desordeiras: a Mulher e a Culpa na Inquisição. *Diversidade e Educação*, 9, 21-48.
- Menezes, G. M. S., Aquino, E. M. L., Fonseca, S. C., & Domingues, R. M. S. M.. (2020). Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00197918. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>
- Molek-Kozakowska, K., & Wanke, M. (2019). Reproductive rights or duties? The rhetoric of division in social media debates on abortion law in Poland. *Social Movement Studies*, 18 (3), 566-585.
- Nelder, J.A. and Wedderburn, R.W.M. (1972). Generalized linear models. *Journal of the Royal Statistical Society*, 135, 370-384.
- Nyathi, S. S., & Ndhlovu, M. P. (2021). Zimbabwean news media discourses on the intersection of abortion, religion, health and the law. *Media, Culture & Society*, 43, 1466-1479
- Ogbu-Nwobodo, L., Shim, R., Vinson, S., Fitelson, E., Biggs, M., McLemore, M., ... & Mangurian, C. (2022). Mental Health Implications of Abortion Restrictions for Historically Marginalized Populations. *New England Journal of Medicine*, 387 (17), 1613-1617.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *Diretriz sobre cuidados no aborto*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- Pagani, L., & Oliveira, A. (2015). O cumprimento dos direitos humanos pelo estado brasileiro: o caso do aborto como problema de saúde pública. *Revista de Políticas Públicas*, 15(2), 233–243.
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*.
- Robles, K. (2022). La construcción de la culpa en las mujeres: Análisis en el cuento “¡Sea por Dios y venga más!”, de Laura Esquivel. *Poligramas*, (55), e2711857-e2711857.
- Romio, C. M., Roso, A., Cardinal, M. F., Basso, S., & Pierry, L. G. (2015). Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. *Psicologia Revista*, 24(1), 61-81.

- Rumble, A. C., Van Lange, P. A., & Parks, C. D. (2010). The benefits of empathy: When empathy may sustain cooperation in social dilemmas. *European Journal of Social Psychology, 40*(5), 856-866.
- Santos, V. C., Anjos, K. F., Souza, R., & Eugênio, B. G.. (2013). Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Revista Bioética, 21*.
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde e Doenças, 10*(2), 193-204.
- Tonetto, M. C.. (2018). The human right to liberty and Brazilian abortion practices. *Revista Bioética, 26*(1), 58–66. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261226>
- Torres, J. H. R. (2012). Aborto e legislação comparada. *Ciência e cultura, 64*(2), 40-44.
- Vanman, E. J. (2016). The role of empathy in intergroup relations. *Current Opinion in Psychology, 11*, 59-63.
- Woodruff, K., Schroeder, R., Herold, S., Roberts, S. C. M., & Berglas, N. F. (2020). Experiences of harassment and empowerment after sharing personal abortion stories publicly. *Contraception: X, 2*, 100021. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100021>
- Zanello, V. (2020). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Editora Appris.
- Zanello, V., & Porto, M. (2016). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Zimmermann, N., & Gontijo, D. F. (2021). Empatia: uma das raízes dos Direitos Humanos. *Brazilian Journal of Development, 7*(7), 73556-73572. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-502>