

O mercado de fertilização *in vitro* no Brasil: elementos socioculturais e emocionais presentes na doação e na recepção de óvulos

Maria Chaves Jardim¹

Resumo

O Brasil é o país da América Latina que mais realiza fertilização *in vitro*. A maior presença de mulheres acima de 40 anos neste mercado indica uma realidade pouco discutida: a fertilização *in vitro* realizada por meio de óvulos doados. É sobre a doação e a recepção de óvulos que esse artigo se interessa. Nossa inspiração teórica vem da sociologia econômica dos mercados em diálogo com a sociologia das emoções, pois buscamos identificar elementos não econômicos que sustentam o mercado de doação de óvulos, já que não existe neste uma troca direta em dinheiro. Realizamos mapeamento do marco jurídico do setor e pesquisa de campo em uma importante clínica de reprodução assistida da cidade de Ribeirão Preto², no estado de São Paulo e realizamos imersão em um grupo fechado do Facebook que trata do tema. Nossos dados indicam que este mercado se sustenta em elementos sociais, culturais e emocionais, como o altruísmo, o sacrifício, o sagrado, dentre outros.

Palavras-chave: Sociologia econômica. Mercado de fertilização *in vitro*. Emoção. Altruísmo. Sacrifício.

1 Professora Livre Docente em Sociologia Econômica do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Araraquara. Bolsista Produtividade CNPQ. E-mail: maria.jardim@unesp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5715-1430>.

2 O nome da clínica será mantido em sigilo por questões éticas.



Direito autoral e licença de uso: Este artigo está licenciado sob uma Licença Creative Commons. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra, forneça um link para a licença, e indicar se foram feitas alterações.

Introdução

Em 2018, o primeiro bebê de proveta, a britânica Louise Joy Brown, completou 40 anos. Desde então, estima-se que mais de 8 milhões de bebês já nasceram no mundo a partir de alguma das técnicas de reprodução assistida existente. No Brasil, a primeira criança gerada por fertilização *in vitro*, Ana Paula Bettencourt Caldeira, nasceu em 1984, na cidade de São José dos Pinhais, Região Metropolitana de Curitiba.

No Brasil, o tema é recorrente em relatos de celebridades que já procuraram a reprodução assistida para vencer a infertilidade. O caso do então célebre casal – na época, formado pelos âncoras do Jornal Nacional, Fátima Bernardes e William Bonner – que teve seus trigêmeos por meio da técnica, realizada em Ribeirão Preto, São Paulo, é o exemplo mais conhecido. Em 2017, a cantora Ivete Sangalo anunciou a gravidez de gêmeos, resultado de fertilização *in vitro*. No ano de 2019, o filho transgênero da cantora Gretchen, Tammy Miranda, anunciou a gravidez de sua namorada, por meio de uma fertilização *in vitro*, realizada nos Estados Unidos.

Objeto “[...] de intenso debate em saberes eruditos como o direito, a bioética, a psicanálise, além de ser uma importante preocupação para pesquisadoras feministas e para a Igreja católica, as novas tecnologias reprodutivas ultrapassam os saberes eruditos” (LUNA, 2007, p. 15) e povoam o imaginário popular, a partir sobretudo das novelas, que tratam o tema de forma romantizada e com equívocos (FERREIRA, 2016). Dentre os erros mais comuns, cita-se a inexistência de referências às baixas taxas de sucesso, aos riscos à saúde da mulher ou aos elevados custos financeiros (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o número de fertilizações por meio da técnica de fertilização *in vitro* vem crescendo no Brasil. De acordo com o 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões, em 2018 foram realizados 43.098 ciclos de fertilização *in vitro*, contra 36.307 em 2017. A comparação entre os dois anos resultou em um crescimento de 18,7% na quantidade de procedimentos (APOLINÁRIO, 2019).

O relatório da Anvisa de 2018 indica que a Região Sudeste é a responsável por 65% dos 78 mil embriões congelados do país. A Região Sul tem 13%, a Nordeste 12%, a Centro-Oeste 8% e a Norte 2%, que finalizam a lista da distribuição, em porcentagem, de embriões criopreservados no ano de 2017 (APOLINÁRIO, 2019).

Segundo Apolinário (2019), o Brasil lidera o *ranking* latino-americano dos países que mais realizaram fertilização *in vitro*, inseminação artificial e transferência de embriões – 83 mil bebês brasileiros nasceram, em 25 anos, por meio de tratamentos de reprodução assistida. A Argentina figura em segundo lugar, com 39.366 nascidos e, na sequência, o México, com 31.903.

Pesquisas mostram uma mudança no perfil das mulheres que recorrem a esse mercado. Nos anos 2000, mulheres com idade abaixo de 34 anos eram as responsáveis por realizar metade dos tratamentos. Em 2016, o percentual caiu para 28%, quando a demanda pelo tratamento duplicou entre as mulheres acima de 40 anos. O percentual, que era de 14,9%, atingiu, em 2016, 31% (APOLINÁRIO, 2019).

A maior presença de mulheres acima de 40 anos neste mercado indica uma realidade pouco discutida, a fertilização *in vitro* realizada por meio de óvulos doados. É sobre isso que este artigo se dedica, por tratar-se de uma troca mercantil que não passa diretamente pelo dinheiro. Nossa inspiração teórica vem da sociologia econômica, pois buscamos identificar elementos não econômicos no mercado de ovodoação e ovorecepção. Também estamos na fronteira com a sociologia das emoções, ao tratarmos as dores, os sofrimentos e as alegrias próprias desse mercado.

Esse texto foi composto a partir de dados coletados em pesquisa empírica em clínicas de reprodução assistida de Ribeirão Preto, São Paulo, e também realizamos uma imersão em um grupo fechado do Facebook, quando interagimos com mulheres que citamos neste texto. Além disso, assistimos *lives* disponibilizadas no grupo e acompanhamos a discussão pública sobre o tema. Por fim, mapeamos o marco jurídico do setor. Aqui é importante compartilhar sobre o trânsito facilitado que tenho junto à clínica estudada e junto a uma parte da equipe médica, uma vez sou consumidora desse mercado e especialmente dessa clínica, pois fiz a captação

e o congelamento de óvulos no ano de 2014, quando tive meu primeiro contato com esse mercado e quando passei a desenhar os primeiros problemas dessa pesquisa.

Além desta Introdução e das Considerações Finais, o texto está dividido em quatro seções. Na primeira, apresentamos o enquadramento teórico desta pesquisa; em seguida, realizamos um levantamento bibliográfico sobre o que dizem as Ciências Sociais sobre o tema; na terceira seção, abordamos a ovodação e a ovorecepção, apresentando o marco jurídico brasileiro e os dados coletados na pesquisa de campo; na última seção, realizamos a análise dos dados, destacando a presença do altruísmo, do sacrifício, do sagrado e do medo nesse mercado.

2. Sociologia econômica dos mercados e das emoções

A pesquisa tem como inspiração teórica a sociologia econômica dos mercados, disciplina na qual existe um relativo consenso de que “[...] os fatos econômicos não ocorrem em um vazio, mas dentro de um marco social, composto por relações sociais variadas” (GRANOVETTER, 2007, p. 17), as quais, por sua vez, envolvem cultura (ZELIZER, 2011), *habitus* e capitais (BOURDIEU, 2004), reciprocidade (MAUSS, 1980), convenções cognitivas (DOUGLAS, 1988) e altruísmo (STEINER, 2016), dentre outros.

No que se refere ao conceito *mainstream* de mercado, para Sapir (2000) a teoria econômica coloca que o mercado é apenas um mecanismo de formação dos preços e, portanto, de alocação dos recursos, definindo a lei da oferta e da procura, e produzindo o conceito de escassez. Nesse sentido, a eficiência seria obtida a partir da existência de agentes racionais e de comportamento maximizador, o *homo economicus*, além da existência de informação acessível a todos os agentes.

A sociologia econômica, em um diálogo crítico com a economia ortodoxa, tende a mostrar que os mercados podem ser estudados como estruturas sociais, ou seja, “[...] formas recorrentes e padronizadas de relações entre atores, mantidas por meio de sanções” (SWEDBERG, 2004, p. 255), como “campo de força” como sinalizou Bourdieu (2004), e mesmo como espaço de reciprocidade (MAUSS, 1980) e de altruísmo (STEINER, 2016).

Portanto, é considerando o postulado do mercado como construção social e a necessidade de colocar em foco os elementos socioculturais e emocionais deste, que olhamos para o mercado da reprodução assistida, a partir da doação e da recepção de óvulos (ovodoação e ovorecepção).

Além disso, dialogamos com a sociologia das emoções, no sentido de reivindicar a presença das emoções nesse mercado. Sobre esse ponto, é importante destacar que colocar emoções e mercado lado a lado não é muito usual na sociologia econômica. Desde o convite que Berezin (2005) fez aos sociólogos da economia, para incorporarem as emoções em suas análises, pouco se avançou. Na ocasião, o autor argumentou que as emoções têm se tornado tema central na análise sociológica contemporânea e relembra a contribuição de Smelser, em 1988, quando este autor destacou a relevância das emoções para a análise social, em seu discurso presidencial na American Sociological Association (ASA) (BEZIN, 2005; VASQUES; JARDIM, 2021).

Já Zelizer (2009), oriunda da sociologia econômica, coloca em xeque a crença de que a vida humana se concretiza em esferas separadas, os “mundos hostis”, que deixam em oposição amor e dinheiro, sexo e amor, trabalho e favores, esfera pública e esfera privada, formal e informal, sem que um “mundo” contamine o outro.

Zelizer (2009) identifica que, para a teoria econômica neoclássica, a introdução das emoções nas trocas econômicas corromperia o bom funcionamento do mercado, gerando corrupção, já que existia “[...] uma aguda divisão entre as relações sociais íntimas e as transações econômicas, tornando qualquer contato entre as duas esferas moralmente contaminado” (ZELIZER, 2009, p. 238). Concordando com Zelizer (2009), o mercado de reprodução assistida nos mostra que a presença das emoções ajuda a justificar e manter esse mercado, sendo o altruísmo e o medo uma constante desse mercado.

3. Reprodução assistida deslocando discussões sobre parentesco, sexualidade e gênero

O conjunto de técnicas, tecnologias, equipamentos, procedimentos médicos e biomédicos que substituiu a relação sexual na procriação recebe o

nome de reprodução assistida (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

Com denominações distintas, a reprodução assistida surgiu nos anos 1970, com o objetivo de dar filhos aos casais inférteis. No Brasil, é considerado infértil o casal que, mantendo relações sexuais frequentes sem uso de métodos contraceptivos, não concebe filhos em um ano e meio (KÖRBES; INVERNIZZI, 2010). Os dados estatísticos evidenciam que a infertilidade afeta cerca de 20% da população do país. As causas estão distribuídas, como segue: 30% de causas masculinas, 30% femininas e 40% de fatores masculinos e femininos conjugados (KÖRBES; INVERNIZZI, 2010).

No século 21, a reprodução assistida passou a ser procurada por casais do mesmo sexo que desejam ter filhos; portanto, esse objetivo inicial – dar filhos aos casais inférteis – passou a ser ampliado. Podemos falar que a reprodução assistida busca oferecer filhos aos casais inférteis e aos casais cujas práticas sexuais não são fecundas (casais do mesmo sexo); ou mesmo para pessoas sem companheiro(a), que desejam ter um filho de forma independente.

Os principais tipos de procedimentos de reprodução assistida existentes são: a barriga de aluguel, a inseminação artificial, a fertilização *in vitro* com óvulos próprios ou com óvulos doados (ovodoação), e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (KÖRBES; INVERNIZZI, 2010). Nosso tema de pesquisa é a fertilização *in vitro* com óvulos doados.

4. O que têm falado as Ciências Sociais sobre o tema?

A abordagem pela imprensa sobre a reprodução assistida ocorre em clima de entusiasmo, já que vê na reprodução assistida uma solução para os casais inférteis (CORRÊA, 1998; TEICH; OYAMA, 1999; CARELLI, 2001).

Contudo, as Ciências Sociais, a Psicologia, a Teologia e a Filosofia olham com alguma reserva para o tema. “Em termos simbólicos, as tecnologias de procriação alteram teorias da concepção, representações de pessoa e parentesco vigente” (LUNA, 2007, p. 16).

A literatura da sociologia e da antropologia têm mostrado que o “desejo de filhos” (HARDING, 1986; STRATHERN, 1995; IACUB, 1999; CORRÊA, 2001; CORRÊA; LOYOLA, 2015) tem força suficiente para

dar início a uma forte demanda por reprodução. Contudo, os mesmos autores criticam que a introdução das técnicas de reprodução assistida, de alta complexidade no mundo, se deu ao longo dos anos 1970, sem que houvesse um período considerado como de uso experimental. Tratando-se de tecnologias muito complexas e que intervêm em processos vitais humanos, como a reprodução e a genética, os autores argumentam que seria desejável estabelecer evidências científicas fortes antes de sua ampla difusão, o que não se verificou na prática. Portanto, esses autores argumentam sobre a condição de reféns que se colocaram os casais que procuraram a reprodução assistida nos seus primórdios.

A investigação antropológica discute a novidade da técnica quanto à organização do parentesco (HÉRITIER-AUGÉ, 1985). Para esse autor, a reprodução assistida traria uma revolução da parentalidade, e do próprio sistema reprodutivo (LOYOLA, 2005), uma vez que descolou questões de geneticidade, assim como teorias da concepção e noções de hereditariedade. Para Hérítier-Augé (1985), pela reprodução assistida, a convenção social, a cultura mais propriamente dita, estaria se impondo sobre o biológico.

Para Luna (2007), como a reprodução assistida tem como objetivo gerar filhos e a antropologia tem, dentre seus objetos de estudo, o parentesco e o gênero, o interesse da antropologia pelo tema é inevitável. Nesse contexto, Luna (2007) se interessa em entender como o deslocamento da sexualidade da esfera doméstica para o laboratório influencia na discussão sobre parentesco e sobre questões de gênero, especialmente sobre o controle dos corpos femininos e a obrigatoriedade da maternidade, criada pela sociedade.

Para Luna (2007), nas ciências sociais e mais especialmente na antropologia, Strathern (1995) possui a análise mais influente sobre o tema. O livro *Reproducing the future*, de 1992, foi escrito no auge do surgimento do primeiro bebê de proveta, e foi baseado no Relatório Warnock, elaborado pela Comissão de Inquérito em Fertilização e Embriologia Humanas, da Inglaterra. A comissão formulou sugestões para a elaboração de políticas públicas concernentes às novas tecnologias reprodutivas. Suas recomendações fundamentam a legislação da Inglaterra e servem como marco referencial na discussão bioética, envolvendo as tecnologias reprodutivas e o

estatuto do embrião (CANNELL, 2009; SALEM, 1997). A importância de Strathern (1995) passa, ainda, pelo estudo sobre mulheres virgens, sem parceiros, que recorrem à inseminação artificial com doador, na Inglaterra.

5. O ponto de vista da abordagem feminista

Para Torres e Adrião (2014), no primeiro momento, a relação do feminismo com as novas tecnologias reprodutivas foi, de certa forma, positiva. Como essas tecnologias eram novas, acreditou-se que elas seriam uma solução para a libertação das mulheres em relação à maternidade. Scavone (2000) relembra que a abordagem feminista entendeu que, se a pílula contraceptiva havia dissociado a sexualidade da reprodução, as tecnologias conceptivas deveriam provocar a ruptura definitiva. Portanto, houve um entusiasmo inicial.

Para Torres e Adrião (2014), esse entusiasmo aconteceu apenas no início. Já nos anos 1980-1990, havia consenso crítico sobre as novas tecnologias conceptivas, sobretudo no que se refere à saúde, tanto das mulheres que se submetem ao procedimento quanto dos bebês. Outro ponto criticado pelas feministas foi que a maior parte dos procedimentos era realizada no corpo da mulher, trazendo à tona a questão da dominação dos corpos femininos. Esse argumento é compartilhado por Oliveira (1998) Corrêa (2001), Torres e Adrião (2014), autoras que abordam a medicalização sobre os corpos femininos e os riscos que traz.

Esses estudos trazem o argumento de que essas tecnologias surgiram para, mais uma vez, reafirmar que o modelo aceito pela sociedade é o modelo de família nuclear – pai, mãe, filhos biológicos. Nessa direção, Silva e Lopes (2008) afirmam que, ao se instituir o modelo de família tradicional como “normal” ou “natural”, havia a reafirmação das dominações de gênero e, dessa forma, a instituição de um modelo de família e a exclusão das demais formas, tornando-as secundárias, inferiores e ilegítimas.

Por ocasião do primeiro bebê de proveta nascido no Brasil, em 1984, as autoras feministas (REIS, 1985; ROWLAND, 1987; CORRÊA, 1998; SCUTT, 1990) denunciaram o fato de que muitas mulheres voluntárias aceitaram submeter-se aos procedimentos de reprodução assistida, em condições de aprendizado dos especialistas, por não poderem pagar pelo

tratamento. Denunciaram o monitoramento da gestação à distância, o excesso de medicalização e, inclusive, o caso de morte de uma voluntária.

Portanto, se nos primeiros anos a literatura feminista viu de forma positiva as novas tecnologias de reprodução, nos anos 1980 essa literatura já se colocava contra essa tecnologia, vista como mais uma forma de controle dos corpos femininos.

Nesse ínterim, Torres e Adrião (2014) pontuam a necessidade de debater o papel do homem nesse processo, pois a literatura tem privilegiado a descrição do impacto emocional da infertilidade e da reprodução assistida pelo ponto de vista das mulheres. Para as autoras, o homem vem sendo colocado como coadjuvante, como aquele que apenas apoia a sua parceira e que só é solicitado na hora de aportar o sêmen, adquirindo, dessa forma, um lugar passivo diante de seus desejos, medos e perspectivas.

Stolcke (1986, 1991) afirma que os maridos impelem as mulheres a realizarem o tratamento, em vez de procurar a adoção. Igualmente, Scavone (2000) afirma que o desejo da maternidade, a qualquer preço, pode estar associado ao “[...] desejo da paternidade, cuja realização afirma a fecundidade e exalta a virilidade, especialmente em regiões onde o machismo é acentuado” (SCAVONE, 2000, p. 16).

O argumento de Scavone (2000) deixa lacunas quando pensamos no enorme número de mulheres solteiras e em casamento homoafetivo que procuram a técnica, ou seja, sem a intermediação masculina. Em nossa pesquisa de campo, identificamos ser muito comum o fim dos casamentos devido ao alto estresse gerado no tratamento; e, mesmo sozinhas, as mulheres seguem na busca pelo filho. Também encontramos o relato de mulheres que fazem de tudo para convencer seus maridos a se submeterem ao tratamento. Além disso, não é difícil encontrar, em pesquisa de campo, mulheres que estão na décima tentativa desse tratamento. O *Programa Múltiplos*, da clínica estudada é um exemplo disso, já que o consumidor paga um valor de aproximadamente 40 mil reais, para ter direito a 12 tentativas de fertilização, com óvulos próprios e/ou óvulos doados. Segundo informações coletadas no trabalho de campo, é o programa mais procurado pelos consumidores.

Em nossa perspectiva, um mercado como esse dificilmente sobreviveria se o elemento motivador fosse apenas a dominação masculina. A dominação masculina como única variável explicativa para a construção desse mercado possui fortes limites, já que são as mulheres as protagonistas nesses espaços, que, de forma ativa, decidida e gerenciando as suas emoções e as dos maridos, não medem esforços (emocionais e financeiros) para realizar o sonho da maternidade.

Em síntese, a literatura das ciências sociais, sobretudo a abordagem feminista, tem encarado com desconfiança o tema, e tem proposto debates a partir de três principais chaves: gênero (controle do corpo feminino), deslocamento do conceito de parentesco e deslocamento da sexualidade para o laboratório. A proposta de nosso artigo não abrange nenhuma das três discussões. Nosso objetivo é olhar para o tema pela perspectiva do mercado, uma vez que não encontramos pesquisas nessa direção.

6. Fertilização *in vitro*: doação e recepção de óvulos

A fertilização *in vitro* é uma técnica de reprodução assistida que consiste na colocação de espermatozoides ao redor do óvulo, para ser fecundado; o processo acontece fora do corpo da mulher. Somente após o surgimento de um embrião, é que este é transferido para o útero. Essa técnica pode ser realizada com óvulos próprios ou com óvulos doados, conhecida como ovodoação e ovorecepção.

A doação de óvulos é o processo no qual uma mulher fértil permite que seus óvulos sejam coletados após estimulação ovariana, e que sejam utilizados para que outra mulher, infértil, denominada receptora, possa engravidar por fertilização *in vitro*. Os óvulos doados são inseminados *in vitro* com o sêmen do parceiro da mulher receptora ou sêmen doado (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). As taxas de gestação obtidas com essa técnica são consideradas altas, e estão relacionadas com a idade e fertilidade da doadora, e não da receptora (STEINER; PAULSON, 2006). O primeiro relato de criança nascida através desse procedimento ocorreu na Austrália, em 1983 (TROUNSON *et al.*, 1983). No Brasil, o primeiro bebê por ovodoação também nasceu na década de 1980.

É importante esclarecer que a ovorecepção é a última escolha das mulheres. Quando elas chegam à ovorecepção, já passaram por todos os tratamentos existentes no mercado da reprodução assistida, inclusive com os óvulos próprios. Portanto, trata-se de mulheres com um longo histórico de resultado “negativo”, que estão acompanhadas por terapeutas, que pesquisam, de forma autônoma, sobre o tema na *internet* e que já discutiram longamente com o marido e a equipe médica; em geral, possuem alta escolaridade e boas condições financeiras. Como afirmam as mulheres que encontramos no trabalho de campo: “Já estamos calejadas no ‘negativo’ e a ovorecepção aparece como a última chance para sermos mãe” (Luzia, receptora de óvulos, 41 anos).

No Brasil, a ovodoação acontece no anonimato, ou seja, nem a doadora nem a receptora conhecem a identidade da outra; a doadora é escolhida a partir de critério de semelhança física com os futuros pais e a tipagem sanguínea destes. Além disso, não é permitida nenhuma transação comercial nesse tipo de tratamento. A doação deve ser voluntária e sem fins lucrativos. A legislação permite apenas duas formas de doação de óvulos: a **doação compartilhada** e a **doação voluntária**.

Doação compartilhada é quando a doadora fica com metade dos óvulos captados naquele ciclo e a outra metade é doada para a mulher que custeou o tratamento da doadora. As mulheres doadoras de óvulos são jovens com boa produção ovariana, que necessitam realizar fertilização *in vitro* devido a causas inúmeras, mas não por qualidade do óvulo. Os procedimentos de fertilização *in vitro* destas duas mulheres são realizados simultaneamente, mantendo-se o anonimato da identidade de ambas (MONTAGNINI; MALERBI; CEDENHO, 2012).

O termo “compartilhada” tem referência ao fato de que será compartilhado o material genético entre as duas mulheres, a doadora de óvulos e a mulher que financia o tratamento da doadora. Para tanto, as duas mulheres assinam um termo, garantindo a segurança e o consentimento das partes (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). Lembramos que a captação de óvulos, assim como a sua fertilização, envolve altos custos financeiros; por isso, a doação compartilhada passa a ser uma opção financeiramente interessante para a doadora de óvulos.

Contudo, em nossa pesquisa de campo, não são os argumentos econômicos que aparecem nos discursos. As mulheres que passam pela ovorecepção acreditam que a doação compartilhada “[...] conforta nesse momento difícil, pois mesmo que eu não consegui engravidar, fiquei feliz por custear o tratamento da outra mulher, que realizou seu sonho de ser mãe” (Edna, receptora, 44 anos). Também existe a crença junto às receptoras de que “[...] ajudar uma outra mulher, faz parte da caminhada para ser abençoada na gravidez” (Ana, receptora, 40 anos). Seria como um pedágio, um acúmulo de crédito com a espiritualidade; um portal que facilitaria a gravidez. Portanto, as mulheres receptoras de óvulos veem como gratificante ajudar outra mulher. Esse discurso que relaciona a ovodoação ao sagrado é muito comum no grupo estudado e junto às mulheres que encontramos na clínica.

Doação voluntária é a doação feita por mulheres voluntárias que se oferecem para ceder seus óvulos para serem fecundados no útero de outra mulher, sem nenhuma compensação econômica. Da mesma forma que na doação compartilhada, todo o tratamento para a captação dos óvulos é custeado pela mulher interessada nos óvulos. Quando nos referimos a tratamento, referimo-nos aos testes médicos, aos testes genéticos, à triagem psicológica, além da medicação e de todas as consultas médicas. A diferença entre a ovodoação compartilhada e a ovodoação voluntária refere-se ao fato que, no segundo tipo, a mulher doadora não está em tratamento para engravidar. Portanto, ela doa voluntariamente para ajudar outra mulher. No item sobre pesquisa de campo, apresentamos uma jovem de 18 anos que doou seus óvulos de forma voluntária. Antes, porém, apresentamos a legislação brasileira sobre doação e recepção de óvulos.

7. Marco jurídico da doação de óvulos no Brasil e surgimento de novos dispositivos no mercado

O Brasil não possui uma legislação que rege a doação e recepção de óvulos. As resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) preenchem lacuna legal, sendo a principal a delas a Resolução sobre normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida, de 1992 (CFM nº 1.358/1992) (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). Lembramos que o CFM é uma autarquia federal, criada por meio da Lei nº 3.268/1957, sen-

do um órgão de fiscalização ético das práticas médicas. (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018).

É do CFM a Resolução nº 2121/2015, que foi revogada pela 2168/2017, que atualizou as normas de reprodução assistida. Publicada no DOU de 10 de novembro de 2017, a norma aborda o anonimato das doadoras e a proibição de compensação econômica.

Se o Brasil legisla sobre o anonimato da doadora e a proibição da venda de óvulos, estas regras diferem de país para país. Na Alemanha, a doação de óvulos não é permitida, enquanto em outros lugares da Europa é permitido com o anonimato das doadoras (como na França, Grécia, Hungria, Itália, Polônia, Portugal, Eslovênia e Espanha), ou não anonimato (como na Áustria, Finlândia, Países Baixos, Suécia e Reino Unido) (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). A doação anônima e não anônima de óvulos é permitida na Bélgica (ESHRE, 2017), e existem países que permitem compensação financeira à doadora, como Estados Unidos, Portugal e Espanha (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). Nos Estados Unidos, além da compensação financeira ser permitida, a receptora pode escolher uma doadora conhecida.

Como a demanda por fertilização com óvulos doados aumentou, e com a impossibilidade de adquirir óvulos no Brasil, surgiram agências fornecendo óvulos congelados sob encomenda. E essas agências oferecem lotes de óvulos de doadoras de países nos quais a doação pode ser remunerada, para receptoras de países onde esta prática não é permitida (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). O principal fornecedor de óvulos para o Brasil é a Espanha, país onde é regulamentado o pagamento às doadoras (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). A Anvisa regulamenta a importação de óvulos através da Resolução nº 81, de 2008 (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018).

Além dos bancos de óvulos, observamos novos dispositivos nesse mercado, como o surgimento de duas plataformas on-line que conectam receptoras e doadoras de óvulos, surgidas em 2008 (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018). Durante a pesquisa sobre o amor no aplicativo Tinder (JARDIM; MOURA, 2017), foi encontrado um aplicativo para pessoas interessadas em receber óvulos, que podem dar *match* em

perfis de outras mulheres com características físicas próximas e dispostas a doar. O aplicativo não mostra fotos nem nomes, mas um avatar com as características da participante. As combinações são avaliadas por médicos em clínicas de reprodução assistida. Existe também o Cadastro Nacional de Doadoras de Óvulos, uma *startup* que afirma seguir a regulamentação do CFM, e se propõe a ajudar pacientes a encontrar uma doadora compatível (ALVARENGA; ZUCULO; GUIMARÃES, 2018).

8. Pesquisa de campo: identificando dores e alegrias

Sobre as vozes de mulheres presentes nesse artigo, são elas: uma jovem de 18 anos, estudante, doadora voluntária de óvulos; uma mulher de 39 anos, bióloga, que fez a FIV com óvulos doados, com sucesso, gerando um casal de gêmeos, e uma mulher de 44 anos, professora universitária, que fez a FIV com óvulos doados mas a gestação não evoluiu. Os nomes foram alterados para preservar a identidade das mulheres envolvidas. Informo que, durante a imersão na clínica de Ribeirão Preto, conversei com mais de dez mulheres, e com três membros da equipe médica, mas selecionei esses três casos porque eles representam bem o conjunto das conversas que tive na clínica; portanto, não são casos isolados.

8.1 Laina, a doadora de óvulos de 18 anos

Laina é uma jovem branca, alta (1,73m), tem olhos castanho-claros e cabelo liso. No mercado da ovodoação, é um tipo físico muito procurado pelas doadoras. Relato a seguir seu caso.

A jovem contou que iniciou o tratamento para doação de óvulos no ano de 2019, em uma clínica de Ribeirão Preto, São Paulo. A motivação para a doação de óvulos foi ajudar uma amiga de 23 anos, casada e com o diagnóstico de infertilidade. Em troca de seus valorizados óvulos – já que nesta idade, 18 anos, as chances de sucesso em uma fertilização são enormes – a clínica custeou a fertilização *in vitro* de sua amiga, sem nenhum custo; os óvulos da jovem foram usados para uma mulher anônima e óvulos anônimos foram utilizados no tratamento da amiga, uma vez que a legislação proíbe que ela doe diretamente para a amiga. Em pesquisa de campo, fui informada que esse tipo de procedimento é muito comum. A doação da Laina se encaixa na **doação voluntária**.

Durante a nossa conversa, Laina contou-me que é solteira, sem relacionamento estável no momento, sem religião oficial, mas de família católica e que não trabalha, pois estuda para o ENEM. Pretende cursar odontologia. Seus pais possuem um restaurante de porte médio na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, e ela auxilia no restaurante quando é solicitada.

Sobre suas motivações para a doação de óvulos, afirmou ter se sensibilizado com a amiga que, recém-casada, recebeu o diagnóstico de menopausa precoce. Assistindo ao sofrimento da amiga, que não possuía condições financeiras para custear o tratamento de ovorecepção, a jovem se ofereceu para a doação voluntária de óvulos. Em troca de sua doação, a clínica custeou a fertilização da amiga. Informa que fez todo o tratamento para a captação de óvulos em segredo, pois sua amiga não pretende contar que fez fertilização com óvulos doados. Portanto, sua família não foi informada de sua decisão de ajudar a amiga.

Contou-me, ainda, que a primeira tentativa da amiga deu negativo, mas que a amiga tentará novamente, já que possui três embriões congelados. Perguntei se faria o tratamento novamente para ajudar a amiga, quando ela respondeu que “[...] sim, pois o sacrifício vale a pena; mesmo que minha amiga não engravidasse, eu estaria ajudando um outro casal a ter filhos”. Também questionei se pretende ter filhos futuramente, quando respondeu positivamente, mas que primeiro pretende fazer a faculdade. Finalmente, perguntei se ela engravidaria com óvulos doados e o que acha disso, quando Laina respondeu que: “[...] Se fosse necessário, com certeza. Mas pretendo engravidar até os 30 anos [...]. E, se aos 30 anos eu não estiver casada, vou congelar meus óvulos. Já sei como funciona, né?”.

Como expressou a jovem doadora, o sentimento de altruísmo faz parte das motivações para doar óvulos. Esse tipo de sentimento é muito comum nos depoimentos coletados na clínica de Ribeirão Preto e também junto ao grupo do Facebook estudado.

8.2 Eliana, 39 anos, uma bióloga com seu casal de gêmeos

Trata-se de uma bióloga, de 39 anos, branca, casada, mãe de uma menina de 12 anos, com óvulos próprios. No seu segundo casamento, decidiu engravidar, mas teve que recorrer à ovorecepção, por conta da baixa reser-

va ovariana. Contou-me que teve muita dificuldade inicialmente para a aceitação da ovodoação, já que foi educada, como bióloga, a colocar variáveis biológicas acima das outras variáveis, mas o apoio incondicional do marido, “calma amor, é só uma célula”, ajudou na aceitação. Na primeira fertilização *in vitro* com óvulos doados, em 2019, engravidou de gêmeos, à época com 38 anos.

Eliana tornou-se uma espécie de militante da ovodoação e criou um projeto, *Ovodoação: quebrando tabus*, com página no Facebook, no Instagram e com canal no Youtube, que busca “[...] divulgar mais informações sobre este tema, buscando desmistificá-lo e quebrar alguns tabus que existem sobre ele” (Eliana, receptora, 39 anos). Tornou-se uma espécie de *influencer* da ovodoação e da ovocepção e fala com muita gratidão das mulheres doadoras de óvulos, a quem classifica como “anjos enviados por Deus”. Eliana é a administradora do grupo de Facebook, a partir do qual irei apresentar alguns casos no próximo item. Foi ela que me convidou para fazer parte desse grupo.

Questionada se teve dificuldade em encontrar sua doadora, Eliana falou que a sua única exigência foi a idade da doadora, que deveria ser a mais nova possível. Na ocasião, conseguiu uma doadora de 23 anos, com quem fez ovodoação compartilhada, isto, é, financiou o tratamento da doadora que, em troca, dividiu os óvulos captados com ela. Eliana conta que dos dez óvulos que recebeu da doadora, seis foram fertilizados com o sêmen do marido e, desses seis, três se tornaram embriões. Dois desses embriões foram implantados em seu útero, gerando seus gêmeos, e o terceiro embrião encontra-se congelado na clínica, segundo ela “aguardando o momento para aumentar a família” (Eliana, receptora, 39 anos).

O relato de Eliana é muito emocionante. Entusiasmada, ela fala publicamente em suas *lives* e textos no Facebook e Instagram que é mãe por ovodoação e encoraja outras mulheres a fazerem o mesmo: “coloca-se muito peso em algo que é para ser leve e bonito” (Eliana, receptora de óvulos, 39 anos). Sua narrativa é permeada de emoção.

Perguntei se sua doadora conseguiu engravidar e informou que “Graças a Deus, nós duas conseguimos a benção da gravidez!”. Declarou que reza todas as noites para a proteção dessa “mulher abençoada”, assim como para

seu embrião, que se encontra congelado e que ela chama carinhosamente de “minha sementinha”. Tanto a doadora quanto o embrião congelado são considerados por Eliana como “membros sagrados, porque são especiais, parte da família”.

A representação que Eliana faz da doadora é diferente daquela feita pela maioria das mulheres, que preferem ignorar a existência de uma quarta pessoa entre ela, o marido e o filho. Eliana, que é uma formadora de opinião sobre a necessidade de quebrar os estigmas da ovodoação e da ovorecepção, pretende contar aos filhos sobre sua origem genética.

Em diálogo com as informações da doadora de 18 anos, Eliana exaltou o altruísmo, mas também o sacrifício na doação e na recepção de óvulos. Trouxe, ainda, a ideia do sagrado: em seu discurso, doadoras e embriões são transmutados para algo próximo do divino.

8.3 Edna, uma professora universitária de 44 anos

Por ocasião de nossa pesquisa de campo conheci Edna nos corredores da clínica, quando estava abalada por ter perdido uma gestação. Criamos um vínculo imediatamente, pois ela aguardava para conversar com a psicóloga, enquanto eu aguardava para renovar meu contrato de congelamento de óvulos. Observando que Edna chorava, ofereci apoio e escuta, o que ela aceitou prontamente, dizendo que precisava mesmo desabafar, pois não poderia contar para a família sobre sua dor. Para uma grande maioria das mulheres que procuram esse tipo de mercado, suas famílias não sabem que estão fazendo tratamento para engravidar, “para evitar cobranças e pressões” (Edna, receptora, 44 anos). Isso faz elas usarem os espaços da clínica ou mesmo espaços virtuais, criados por elas ou pela clínica, para o desabafo diante dos inúmeros abortos ou “testes negativos”.

Entre choros e soluços, Edna contou-me sua história. Ela é casada há quatro anos e somente após os 39 anos teve “o desejo de ser mãe”. Portanto, nunca havia ficado grávida nem sofrera aborto. Aquela teria sido a sua primeira gravidez: “pelo menos agora sei que posso engravidar”, confortou-se.

Edna é branca, sem religião, “mas espiritualizada”, professora de uma universidade federal do Estado de Minas Gerais, com um curriculum de

referência em sua área: educação popular. Seu marido é coordenador em uma Organização Não Governamental, e moram na capital mineira.

Contou-me que colocou a carreira como prioridade, pois não sentia a falta de filhos. Contudo, após viver um relacionamento abusivo em 2014, procurou ajuda de uma profissional e o desejo de ser mãe surgiu, como resultado da terapia. Acrescentou que já havia passado por três tratamentos: uma inseminação artificial, em 2018, e um processo de fertilização *in vitro*, com óvulos próprios, em 2019, em Minas Gerais. O terceiro, o atual, com óvulos doados, em uma clínica de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, em fevereiro de 2020.

Edna fez doação compartilhada de óvulos e apesar de sua gravidez não evoluir, “meu conforto é saber que minha doadora engravidou e segue grávida”. Questionada se tentará novamente, informou que “[...] deverá retornar à clínica assim que acabar a pandemia, para a implantação de novos embriões”. Da doação compartilhada, Edna conseguiu 12 óvulos; destes, cinco foram fertilizados com o sêmen de seu marido. Portanto, ela possui quatro óvulos congelados para novas tentativas de produção de embriões.

Perguntei se contará ao filho sobre sua origem genética, Edna respondeu que não. Apesar de reconhecer a importância central da doadora – “Que Deus a proteja! Serei eternamente grata, pois sem ela eu não teria meus embriões” –, informa que esse assunto está resolvido para ela: “Eu sou a mãe e ponto final. Não há o que falar para meu filho ou filhos”.

Como professora na área de Ciências Humanas, Edna minimiza a origem genética do óvulo e afirma, com convicção, que “[...] um ser humano se molda na educação e, portanto, o filho terá minhas características emocionais e sociais, assim como de meu companheiro”.

Como as mulheres anteriores, Edna exalta o altruísmo e também o sagrado em sua fala. O altruísmo aparece quando se sente feliz; apesar de seu “negativo”, sua doadora segue grávida; já o sagrado aparece quando exalta sua gratidão eterna à sua doadora.

Aquela conversa na sala de espera permitiu que criássemos um vínculo afetivo. Trocamos celulares e continuamos nossa conversa em outro

momento pelo aplicativo WhatsApp. Algumas informações retiradas dessas conversas estarão disponíveis no decorrer deste texto.

No item a seguir, faço uma síntese dos principais temas presentes nos discursos das três mulheres, assim como no material coletado no grupo estudado no Facebook.

9. Discursos presentes nos três casos estudados na clínica de Ribeirão Preto e no Grupo de Facebook

Além da pesquisa na clínica de Ribeirão Preto, realizamos uma imersão em um grupo fechado do Facebook, intitulado *Receptoras e Doadoras trocando informações*. Soubemos desse grupo e sobre a existência de outros grupos durante nossa imersão na clínica de Ribeirão Preto. Esse grupo virtual serve como espaço de apoio e de troca de informação.

Abordarei alguns dos temas abordados no grupo, a seguir.

9.1 Romper o estigma da ovodoação e da ovorecepção

Identifiquei, na pesquisa de campo na clínica de Ribeirão e no grupo estudado, que existe, junto às mulheres que engravidam com óvulos doados, um tabu em falar sobre o assunto. Em geral, apenas o marido e a equipe médica conhecem a origem do óvulo. Os motivos do segredo são diversos: as mulheres sentem medo de serem julgadas como inferiores, pois não conseguiram gerar a vida naturalmente; algumas relatam medo de discriminação da criança na família e vizinhança; outras relatam medo de não serem consideradas, pela sociedade, mães da criança. De forma diferente, todas essas mulheres falam de medo e do sentimento de inferioridade por “se sentirem fracassadas na maternidade” (Edna, receptora, 44 anos). A emoção do medo é uma constante nesse mercado, inclusive o medo de perder a gestação.

Em pesquisa qualitativa junto a dez casais que optaram pela recepção de óvulos, Montagnini, Malerbi e Cedenho (2012, p. 18) identificaram que “[...] a maioria dos participantes relatou que não havia contado sobre a ovodoação para outras pessoas e não tinham a intenção de contar para o filho. Foram alegados diversos motivos, acompanhados de temores

relacionados às possíveis reações das crianças”. Os mesmos autores acrescentam que, após revisão da literatura internacional sobre o tema, identificaram que “[...] os estudos realizados com famílias formadas com gametas doados têm demonstrado que a maioria dos pais não tem revelado para o filho sua origem genética, muitos referindo que pretendem contar no futuro” (MONTAGNINI; MALERBI; CEDENHO, 2012, p. 8).

(Em contraponto ao discurso do sigilo sobre a origem do óvulo, presente na literatura e consensual no grupo estudado, algumas mulheres com quem conversei, defendem romper com este estigma por meio da informação. É o caso do projeto liderado por Eliana, o qual busca esclarecer o que é a ovodoação e ovorecepção. A negação do sigilo estaria sustentada em argumentos de que a genética não deve prevalecer diante “de algo maior que seria a maternidade” (Eliana, receptora, 39 anos, *influencer* da recepção e doação de óvulos e administradora do grupo estudado).

Cito, a seguir, frases ditas em uma enquete do grupo do Facebook sobre contar ou não sobre a origem do filho: “O óvulo é só uma célula. Eu sou a mãe”; “Uma célula é muito pequena para definir o amor que você sente pelo filho que nasce dessa célula”; “O pensamento que o filho é filho de outra mulher, não existe. Meu marido teve um filho comigo”; “A origem do óvulo é algo muito pequeno perto de algo imenso como a maternidade”; “Ovodoação não é para ter o peso que as mulheres estão dando, é algo que tem que ser visto como uma solução deixada por Deus”; “Temos que correr atrás de nossos filhos; ser mãe é um direito de toda mulher. A ovodoação é uma possibilidade”.

Esses discursos corroboram os achados de Schneider e Donelli (2019, p. 17), para quem os pais afirmaram: “[...] aquela carga genética que a criança vai carregar é muito pouco do que vai ser o teu filho realmente”.

Além disso, não há dúvida ou arrependimento junto às mulheres que geraram filhos com óvulos doados. Algumas acrescentam o lado sagrado da ovorecepção: “[...] acho que há mais amor envolvido do que em uma gestação com óvulos próprios, pois na ovorecepção temos que desapegar de muita coisa para termos nossos filhos. Eu acho até muito mais especial. É lindo, algo que Deus deixou!” (Ana, receptora, 39 anos, membro do grupo estudado).

Portanto, se não temos consenso no grupo estudado sobre manter ou não sigilo sobre a origem do óvulo, temos um alinhamento no discurso que minimiza as origens genéticas do óvulo, bem como no discurso que coloca a ovodoação e ovorecepção como algo “mais especial do que uma gestação com óvulos próprios”; “algo divino, deixado por Deus”. Esse pensamento poderia estar relacionado, segundo Montagnini, Malerbi e Cedenho (2012, p. 19), ao anonimato da doadora na legislação brasileira, que “[...] contribui para uma despersonalização da mesma, que não tem a concretude de uma mulher e mãe genética, e sim, de um objeto, célula”.

Concluo o item informando que, apesar do intenso trabalho das administradoras do grupo, que buscam “reduzir o peso colocado na ovodoação”, a maioria das mulheres (70%) ainda decide por manter o anonimato, conforme o resultado da enquete realizada no grupo. Por fim, a ideia de que a doação/recepção de óvulos é “algo deixado por Deus”, também me chamou bastante atenção, pois aparece em diversos discursos.

9.2 Epigenética

O medo de que o filho não nasça com as características físicas da mãe, revelando o segredo do casal, é constante nesse tema. No estudo de Schneider e Donelli (2019), as autoras afirmam que as mulheres entrevistadas sonham à noite com as características físicas dos filhos, muitas vezes em forma de pesadelo, onde aparecem em caricaturas. No grupo estudado, as mulheres preferem não ver fotos das doadoras, pois “essa foto pode se tornar um fantasma na vida da receptora” (Eliana, receptora, 39 anos, youtuber sobre doação e recepção de óvulos e administradora do grupo estudado). Informo que algumas clínicas trabalham com fotos das doadoras, quando crianças, outras não apresentam fotos, apenas um questionário contendo suas características físicas.

Para acalmar as mães por óvulos doados, os especialistas engajados na reprodução assistida se valem do conceito de Epigenética, palavra que vem do grego e significa “além da genética”. A epigenética é:

“O modelo que considera a interação entre a herança genética do indivíduo e os fatores ambientais, analisando esse processo como alterações intracelulares na expressão do material

genético do organismo, que culminam na determinação das características exibidas pelos indivíduos. (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014, p.?).

Em uma pesquisa no *scielo* Brasil, encontrei mais de 30 artigos no tema, assinados por pesquisadores da área da saúde (reprodução assistida e outras especialidades, como cardiologista) e da psicologia, demonstrando que os fatores externos que modificam a genética têm se tornado um interesse dos especialistas.

No caso da ovorecepção, o conceito é empregado para dar segurança aos pais, de que seus filhos herdarão algumas características da receptora. Segundo os especialistas defensores da ovorecepção, isso seria possível porque o embrião seria alimentado pelo útero da mãe, permitindo que “[...] o ambiente interno, o útero, passe as características da mãe ao filho, não apenas físicas mas também emocionais” (Dra. Thalita, 33 anos, médica especialista em reprodução assistida em uma clínica de Ribeirão Preto).

9.3 Demora para encontrar a doadora

O protocolo para encontrar uma doadora de óvulos começa com o preenchimento de um questionário na clínica sobre características físicas da receptora e do seu marido. Após o preenchimento deste questionário, a equipe médica passa a procurar pelo perfil em seu banco de dados, se não encontrar, aguarda pela entrada no banco de dados de um perfil compatível.

Uma doadora é considerada compatível quando tem o mesmo tipo sanguíneo e fenótipo que a receptora. Mulheres com fenótipo considerado “normal” no grupo estudado, ou seja, com cabelos e olhos no tom castanho e escuro, assim como o tom de pele “moreno ou moreno claro”, encontram doadoras em poucas semanas. Em contrapartida, mulheres com fenótipo “raro” em algumas regiões do Brasil, como cabelos ruivos, loiros e olhos claros, passam anos na fila de espera. Ouvi relatos de mulheres que tiveram que se desapegar de suas características “raras” para saírem da fila de espera. Nesses casos, escolhem uma doadora com fenótipo do pai. “O que é um olho ou cabelo claro diante do fato de ter meu filho com saúde?” (Maria, receptora, 46 anos, membro do grupo); ou ainda: “A preocupação se os filhos vão parecer ou não com a mãe se torna pequena com a chegada das crianças” (Eliana, receptora, 39 anos, administradora do grupo).

Após acompanhar esse debate no grupo, pude concluir que a dificuldade em encontrar uma doadora refere-se às exigências das receptoras, não é, necessariamente, uma barreira desse mercado.

Para fechar o item, lembro um tema pouco abordado pela literatura, que é sobre o papel dos maridos nesse processo. Durante a pesquisa, questionei sobre a posição dos maridos. No geral, notei que o problema do óvulo doado não parece um problema para esses homens, já que veem a ovodação como solução; todas as mulheres narram que o marido deixa que elas decidam tudo, desde a escolha da doadora até outros detalhes do processo. Lembramos que, no processo de ovorecepção, o material genético do pai é mantido; portanto, sua genética está assegurada.

10. Altruísmo, Sacrifício e Sagrado: elementos socioculturais e emocionais que compõem o mercado da ovodação/recepção

Durante a pesquisa, diversos elementos não econômicos aparecem sustentando o mercado da ovorecepção e ovodação, já que as mulheres falam de “sacrifício”, “algo sagrado que muda a vida de outra mulher” e altruísmo. O medo de ser julgada como inferior por não poder gerar naturalmente a vida e os sofrimentos durante o tratamento também foram destacados pelas mulheres. Iniciaremos com o altruísmo, uma das ideias mais presentes no tema.

Existiria, junto a essas mulheres, uma crença de que “[...] a doação compartilhada reduz o peso da situação, porque a situação está sendo dividida com outra mulher” (Bia, receptora, 41 anos, membro do grupo estudado); “[...] é reconfortante saber que a mulher que custeou meu tratamento engravidou, mesmo que eu não consiga engravidar” (Fernanda, doadora, 34 anos, membro do grupo estudado); “[...] mesmo que eu não consegui engravidar, fiquei feliz por custear o tratamento de outra mulher, que realizou seu sonho de ser mãe” (Edna, receptora, 44 anos, pesquisa de campo na clínica); “[...] é como se houvesse um vínculo forte com a receptora e isso, não sei explicar, mas dá mais coragem para seguir adiante” (Thais, doadora, 35 anos, membro do grupo estudado).

O **altruísmo** está presente como categoria sociológica desde Comte (1895), autor cuja tese é de que a sociedade é formada por famílias e instituição social, e que a família é um espaço social no qual as trocas escapam ao mundo mercantil. Os três componentes do altruísmo ali se encontram: a criança desenvolve uma veneração por seus pais e, especialmente, por sua mãe; os cônjuges são ligados pela união do casamento e os pais fazem valer sua bondade ao cuidarem de seus filhos. Isso seria possível, porque o cérebro humano seria dividido por uma parte egoísta e outra altruísta, ou seja, o social reforçaria o altruísmo em detrimento do egoísmo (COMTE, 1895).

Em seguida, a categoria de altruísmo aparece em Durkheim (1893), que nega a tese dos economistas utilitaristas do final do século 19 de que a nova moral da sociedade capitalista seria a moral egoísta e individualista. Para o autor, a sociedade moderna possuiria uma espécie de solidariedade interdependente entre anônimos, a solidariedade orgânica, baseada na ética e expressa no Direito. Essa solidariedade permitiria que, apesar do individualismo, a sociedade se mantivesse coesa. Essa solidariedade seria composta por algo que Durkheim chamou de altruísmo, um tipo de freio moral, nutridor do tecido social. É esse nutridor entre desconhecidas que encontramos no mercado da ovodoação. Concretamente, na pesquisa de campo realizada e nas observações no grupo virtual estudado, as mulheres se sentem fortalecidas ao ajudarem outra mulher a engravidar, o que fica evidente quando afirmam que a doação compartilhada reduz o peso da situação. Durkheim atrela a coesão social ao princípio do altruísmo, este que, por sua vez, seria a própria força que une o coletivo, o que parece ser o caso dessas mulheres, sobretudo quando elas falam da conexão e do vínculo que mantêm, de forma invisível, com a outra mulher com quem fazem a doação compartilhada.

Em outra passagem da *Divisão social do trabalho*, Durkheim informa que nenhum contrato mercantil se resume na troca, e que existem elementos não contratuais em todo contrato, ou seja: “É impossível pensar uma sociedade baseada apenas no interesse e no egoísmo” (DURKHEIM, 1893, p. 183). No mercado da doação e recepção de óvulos, esse elemento não contratual seria o altruísmo, assim como o sacrifício e o sagrado, que abordaremos a seguir.

No que se refere ao sacrifício, em nome do sacrifício pelo bem de todos os envolvidos (marido, filho, a outra mulher com quem faz a doação compartilhada e a si mesma), as mulheres que recebem óvulos minimizam os riscos à saúde – que existem em todo tratamento – e minimizam, também, a importância genética do óvulo.

Investidas da crença de que “esse sacrifício faz parte da caminhada para ser abençoada na gravidez”, as mulheres não medem sacrifícios para realizarem a maternidade, passando, em alguns casos, por dezenas de tratamentos.

As mulheres também se referem à ovorecepção como sacrifício, quando abrem mão de suas características genéticas ao aceitarem o óvulo doado e, em seguida, quando abrem mão de doadoras com fenótipo semelhante, buscando saírem da fila de espera. Durante a imersão no grupo do Facebook e também na clínica estudada, pude perceber que a ideia de sacrifício é muito presente nos discursos e aparece de diversas formas. A equipe médica também sacraliza a doação e a recepção de óvulos por meios de discursos que englobam esse processo como “divino”.

Se pensarmos a categoria de sacrifício em Mauss e Hubert ([1895], 2017), autores que estudaram o sacrifício religioso e afirmaram que este possui a função social de manter contato com a esfera divina, e que todo ritual de sacrifício possui uma vítima, portanto, um corpo, que é entregue aos deuses, existiria alguma relação com essas mulheres que se sentem vítimas de suas escolhas, que atrasaram a busca da maternidade e da infertilidade do casal.

Para Mauss e Hubert ([1895], 2017), o sacrifício sempre conferiu ao fiel direitos sobre o seu Deus; afinal, a partir do momento em que um indivíduo se sacrifica, ele espera um retorno de Deus. Isso também parece fazer sentido junto às mulheres, que entendem a jornada da ovodoação como um sacrifício que, por sua vez, dará direito à maternidade. A relação entre maternidade e sacrifício faz parte do mantra desse espaço.

Como mostram Mauss e Hubert ([1895], 2017), o conceito de sacrifício coloca em movimento as coisas sagradas. Para os autores, em todo sacrifício um objeto passa do domínio comum ao domínio sagrado, isto

é, o objeto é religiosamente consagrado, cujo objeto irá intermediar sua relação com Deus, entre o sagrado e o mundo profano.

No caso das mulheres analisadas, tanto para as doadoras quanto para as receptoras, “[...] a doação é algo sagrado, a única forma de ajudar uma mulher com baixa reserva de óvulos a engravidar” (Flor, doadora, 33 anos, membro do grupo estudado); “a doação é algo sagrado deixado por Deus” (Eliana, receptora, 39 anos, administradora do grupo). Portanto, o óvulo doado seria a conexão direta com o divino, o que compensaria todos os sacrifícios. Lembro o discurso da receptora, que cita sobre a gravidez por óvulos doados: “[...] mais amor envolvido do que em uma gestação com óvulos próprios, pois na ovorecepção temos que desapegar de muita coisa para termos nossos filhos. Eu acho até muito mais especial. É lindo, algo que Deus deixou!” (Ana, receptora, 39 anos, membro do grupo estudado), dando-lhe um tom sagrado e religioso.

Portanto, haveria algo de sagrado no sacrifício da doação e recepção de óvulos. Inclusive, a presença da fé, de Deus e de um poder superior intermedia todos os discursos.

Em Mauss e Hubert ([1895], 2017), o sacrifício aparece como uma forma de se redimir com Deus. É como se fosse uma espécie de prestação de contas, na qual é o corpo que deve se sacrificar para pagar a dívida. Esse tipo de relação também é possível. No grupo, as mulheres abrem mão do corpo elegante, alterado pelo excesso de medicação e de hormônios. A discussão sobre ganho de peso tem aparecido em algumas postagens, mas as mulheres veem todo esse sacrifício como um portal, um preço a pagar até a completa redenção: a gravidez e o nascimento do filho.

Por fim, a pesquisa pontuou a presença constante do medo: o medo da mulher de ser julgada como inferior por não gestar a vida naturalmente, medo de ser rejeitada pela criança por conta da ovorecepção, medo de a criança nascer com doenças graves e medo de a criança não possuir suas características físicas, levando à desconfiança das pessoas. Portanto, o medo é uma emoção que mobiliza e sustenta esse mercado, assim como as alegrias e frustrações típicas da reprodução assistida.

11. Considerações finais

Tendo como fio condutor a busca de elementos não econômicos que compõem o mercado da ovodoação e ovorecepção, realizamos pesquisa de campo em dois espaços: em uma famosa clínica de reprodução assistida da cidade de Ribeirão Preto e em um grupo de Facebook que trata do tema, além de revisão bibliográfica e levantamento do marco jurídico da ovodoação/recepção no Brasil. Escolhemos este recorte empírico, devido ao fato de que, nesse mercado, não há a troca direta de dinheiro. Nossa inquietação foi identificar os elementos socioculturais e emocionais motivadores deste mercado.

Pontuamos no texto, diversos aspectos jurídicos desse procedimento de fertilização *in vitro*, como a exigência de anonimato entre doadora e receptora. Identificamos, ainda, uma cultura de sigilo entre os casais que recebem óvulo, em razão de um estigma existente na ovodoação/recepção. Esse tabu está em oposição ao comportamento das administradoras do grupo analisado, que se colocam como *influencers* no tema, ocupando diversos espaços nas redes sociais para a divulgação e o esclarecimento acerca da ovodoação/recepção.

Após a coleta e análise dos dados, foi possível notar uma forte presença do discurso de altruísmo, sacrifício e sagrado entre essas mulheres, elementos que foram considerados fundamentais para sustentar esse mercado. Além disso, a presença de emoções como o sofrimento, o medo e a alegria foram identificados como fundamentais desse espaço, reforçando as teses dos autores da sociologia econômica dos mercados que reivindicam a presença de emoções moldando a vida econômica.

Referências

ANDRADE, D. A. de. **Planejamento familiar**: Igualdade de gênero e corresponsabilidade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

ALVARENGA, R. L. L. S.; ZUCULO, J. V. B.; GUIMARÃES, F. M. Doação de óvulos no Brasil: regulamentações e legislações. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 8, n. 18, jan./jun. 2018.

APOLINÁRIO, P. Ribeirão é a segunda cidade com o maior número de fertilizações *in vitro* do Estado. **Revide**, 2019. Disponível em: <https://www.revide.com.br/noticias/saude/ribeirao-preto-e-segunda-cidade-em-fertilizacao-vitro-do-estado>. Acesso em: 25 de fev. 2020.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (sup. 2), p. S465-S469, 2003.

BOURDIEU, P. **As estruturas sociais da economia**. Porto: Campos das Letras, 2004.

CANNELL, F. Concepts of parenthood: the Warnock Report, the Gillick debate, and modern myths. **American Ethnologist**, v. 38, issue 3, p. 369-398, 17 aug. 2009.

CARELLI, 2001.

CARELLI, Gabriela. Tudo por um filho. Com ajuda de casais dispostos a se arriscar, a ciência esta vencendo a infertilidade. *Veja*, Ed. 1699, p.108-115, 9 Mai. 2001.

COMTE, A. Plan des travaux scientifiques nécessaires pour réorganiser la société. *In*: COMTE, A. **Système de politique positive ou Traité de sociologie instituant la religion de l'humanité**. Paris: Larousse, 1895. p. 106-129.

CORRÊA, M. V. Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. **Estudos Feministas**, v. 6, n. 1, p. 126-138, 1998.

CORRÊA, M. V. **Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA, M. A. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 753-777, 2015.

DOUGLAS, 1988.

DOUGLAS, M. *Como as instituições pensam*. São Paulo: Edusp, 1998.

DURKHEIM, E. **De la division du travail social: etudes sur l'organisation des sociétés supérieures**. Paris: Alcan, 1893.

EDWARDS, J. Explicit Connections: ethnographic enquiry in northwest England. *In*: EDWARDS, J. *et al.* **Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception**. 2. ed. London; New York: Routledge, 1999. P 25-45.?

ESHRE. **European Society for Human Reproduction and Embryology**: fact sheets 3 January 2017. Disponível em: <https://www.eshre.eu/-/media/sitecorefiles/Pressroom/Resources/3Eggdonation.pdf?la=en>. Acesso em: 25 de fev. 2020.

FARIA, C. Amor de mães: a experiência gravídica e parentalidade na fertilização com óvulos de doador. *In*: LEAL, I. **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. p. 175-193.

FERREIRA, C. F. **A reprodução humana assistida e a sociedade do espetáculo: a fragmentação do direito frente à publicidade via internet de tratamento de fertilização**. 2016. 00 f. Dissertação

(Mestrado em Direito e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade La Salle, Canoas, 2016.

FREITAS-SILVA, L. R; ORTEGA, F. J. G. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 765-768, 2014.

GORDON, L. La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo. In: BERGALLO, P. (comp.). **Justicia, género y reproducción**. Buenos Aires: Librería, 2010. p. 24-45.

GRANOVETTER, 2007.

GRANOVETTER, M. Ação econômica e estrutura social: o problema da imersão. Revista RAE, publicação eletrônica, v. 6, n. 1, jan./jun. 2007.

GRAZIUSO, B. K. Útero e fronteiras: gestação de substituição no Brasil e nos Estados Unidos. Florianópolis: Tirant Lo Blanch, 2018.

HARDING, S. **The science question of feminism**. Ithaca: Cornell University Press, 1986.

HÉRITIER-AUGÉ, F. La Cuisse de Jupiter. **L'Homme**, Paris, tome 25, n. 94, p. 5-22, 1985.

IACUB, M. Homoparentalité et ordre procreative. In: BORRILLO, D.; FASSIN, E. (org.). **Au delà du PaCS: L'expertise familiale à l'épreuve de l'homosexualité**. Paris: PUF, 1999. p.?

JARDIM; MOURA, 2017.

JARDIM, M. A. C.; MOURA, P. J. C. A construção social do mercado de dispositivos de redes sociais: a contribuição da sociologia econômica para os aplicativos de afeto. REVISTA TOMO, v. 30, p.151-197, 2017.

KÖRBES, C.; INVERNIZZI, N. Educação não formal sobre reprodução assistida: divulgação científica na Folha de S. Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.?, nov. 2010.

LOYOLA, M. A. **Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas: uma introdução**. Campinas: Abep; Brasília: Letras Livres, 2005.

LUNA, N. **Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MAUSS, 1980. MAUSS, M. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: MAUSS, M. Sociologie et anthropologie. Paris: Presses Universitaires de France, 1980.

MAUSS, M.; HUBERT, H. [1895]. **Sobre o sacrifício**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Ubu editora, 2017.

MONTAGNINI, H. M. L.; MALERBI, F.; CEDENHO, A. P. Ovodoação: a questão do sigilo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim: ONU, 1995.

OLIVEIRA, F. Biotecnologias de procriação e bioética. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 10, p. 53-81, 1998.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. **Cadernos Pagu**, v. 1, n. 33, p. 83-115, 2009.

REIS, A. R. G. **A fertilização in-vitro no Brasil: a história contada, as estórias**. Brasília: Biblioteca do Senado Federal, 1985.

ROTANIA, A. **A celebração do temor: biotecnologias, reprodução, ética e feminismo**. Rio de Janeiro: E-papers, 2001.

ROWLAND, R. Technology and motherhood: reproductive choice reconsidered. **Signs**, v. 12, n. 3, p. 512-528, spring 1987.

ROLAND, E. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. **Estudos feministas**, v. 3, n. 2, p. 506-514, 1995.

RUIBAL, A. M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 14, p. 111-138, 2014.

SALEM, T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 75-94, 1997.

SAPIR, J. **Les trous noirs de la science économique: essai sur l'impossibilité de penser le temps et l'argent**. Paris: Albin Miche, 2000.

SCAVONE, L. Impacto das novas tecnologias reprodutivas. In: COSTA, A. A. A.; SARDENBERG, C. M. B. (org.). **Feminismo, Ciência e Tecnologia**. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, 1998. p. 141-149.

SCAVONE, L. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. **Estudos de Sociologia**, v. 5, n. 9, p. 1-18, ago. 2000.

SCAVONE, L. Tecnologias Reprodutivas e as Transições da Família Contemporânea. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO, 11., 2006, Salvador. **Anais [...]**. CONLAB: Salvador, 2011. p. 1-18.

SCHNEIDER; DONELLI, 2019.

SCHNEIDER, I. E.; DONELLI, T. M. S. Representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 3, p. 439- 460, set-dez/2019

SCUTT, J. A. **Baby machine, Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood**. London: Green Print, 1990.

STEINER; PAULSON, 2006.

STEINER, A. Z.; PAULSON, . J. Oocyte donation. *Clinical Obstetrical Gynecology*. Volume 49, Issue 1, p. 44-54, March, 2006

STOLCKE, 1991.

STOLCKE, V. Derechos reproductivos. In: AZEREDO, S. & STOLCKE, V. (Coords.) *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: FCC/DPE, 1991.

SWEDBERG, 2003.

SWEDBERG, R. Sociologia econômica: hoje e amanhã. *Tempo Social*, São Paulo, vol. 16, nº2, p. 7-34, nov. 2004.

SILVA, N. R.; LOPES, M. F. A paternidade e a filiação afetiva nas técnicas de reprodução assistida heteróloga. *In: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. 2008, Florianópolis. **Resumos** [...] UFSC; CFH; REF, 2008. p. 38.

STEINER, P. **Altruísmo, dons e trocas simbólicas**: abordagens sociológicas da troca. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2016.

STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.

TEICH; OYAMA, 1999.

TEICH, D. H.; OYAMA, T. Em busca do bebê perfeito. *Revista Veja*, São Paulo, nov. 1999, n.44, ed. 1622, ano 32, p.122-129.

TORRES, K. A.; ADRIÃO, K. G. Feminismo em tempos de tecnocogonha: uma discussão acerca das novas tecnologias reprodutivas. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 56-63, jan./jun. 2014.

TROUNSON *et al.*, 1983.

TROUNSON, A.; LEETON, J.; BESANKO, M.; WOOD, C.; CONTI, A. Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilised in vitro. *British medical journal* (Clinical research ed.), 286(6368), p. 835–838, 12 Mar. 1983.

VASQUES; JARDIM, 2021.

Flôres Vasques, L., & Chaves Jardim, M. (2021). Emoções e Sociologia Econômica. *Ensaios*, 18, 142-164. <https://doi.org/10.22409/ensaios.v18.50973>

ZELIZER, V. **A negociação da intimidade**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

Recebido: 16/10/2022
Aceito: 17/11/2022
Versão final: 17/11/2022

The in vitro fertilization market in Brazil: sociocultural and emotional elements present in egg donation and reception

Abstract

Brazil is the country in Latin America that performs the most in vitro fertilization. The greater presence of women over 40 years of age in this market indicates a little discussed reality: in vitro fertilization performed by donated eggs. It is about the donation and reception of eggs that this article is interested in. Our theoretical inspiration comes from the economic sociology of markets in dialogue with the sociology of emotions, because we seek to identify non-economic elements that sustain the egg donation market, since there is no direct exchange in cash in this. We conducted mapping of the legal framework of the sector and field research in an important assisted reproduction clinic in the city of Ribeirão Preto, State of São Paulo. In addition, we immerse ourselves in a closed Facebook group that deals with the theme. Our data indicate that this market is based on social, cultural and emotional elements, such as altruism, sacrifice, the sacred, among others.

Keywords: Economic sociology. Market in vitro fertilization. Emotion. Altruism. Sacrifice.