

FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS

PERSPECTIVAS ATUAIS NO CONTEXTO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Cássia Cançado Avelar
Isabela Machado da Silva
Vanya Sansivieri Dossi

Nós estimamos que a sociedade deveria quando os indivíduos são levados a pedir uma autorização ou uma ajuda para se tornarem pais, levar em conta um outro critério que não aquele que faz da heterossexualidade uma garantia mínima e *sine qua non* de bom desenvolvimento da criança (DELAISI, 1999, p. 242).

Introdução

O crescente destaque dado ao afeto nas relações familiares, o aumento na expectativa de vida, a regulamentação do divórcio, as conquistas do movimento feminista, a dissociação entre sexualidade e reprodução e o movimento em prol dos direitos dos homossexuais constituem fatos sociais que têm contribuído para o reconhecimento de diferentes formas de ser família (GRZYBOWSKI, 2002; GUIMARÃES; AMARAL, 2009). Essa maior visibilidade das diversas configurações familiares na atualidade mostra-se relacionada, portanto, às novas práticas sociais no campo da família, mas também às novas práticas médicas no campo da reprodução e suscita muitas questões, nos âmbitos psíquico, social, ético e jurídico (CORRÊA, 2001).

Acredita-se que atualmente, somente nos Estados Unidos, mais de 15 milhões de pessoas declarem-se como exclusivamente homossexuais. Nesse contexto, estima-se que 20 a 25% dos homossexuais sejam pais — através da adoção, de relacionamentos heterossexuais anteriores ou do uso de técnicas de reprodução assistida (TRA) —, de forma que milhões de crianças são criadas em famílias homoparentais ao redor do mundo (BIGNER, 2002). Portanto, torna-se necessário aos profissionais da saúde compreender os recursos e desafios específicos dessas famílias para melhor atendê-las e contribuir para a redução da discriminação e do preconceito nas sociedades.

Ao longo da história da humanidade, os aspectos individuais da homossexualidade foram admirados ou condenados, de acordo com as normas sexuais vigentes nas diversas culturas e épocas. Quando admirados, esses aspectos eram entendidos como uma maneira de melhorar a sociedade. Quando condenados, eram considerados um pecado ou algum tipo de doença, sendo, em alguns casos, proibidos por lei (HUTTER, 1978).

O termo homossexualidade foi apresentado em 1869 pelo austro-húngaro Karoli Kertbeny para representar “todas as formas de amor carnal entre as pessoas do mesmo sexo” (apud GIORGIS, 2006, p. 4). Em 1886, o sexólogo Richard von Krafft-Ebing considerou a homossexualidade como uma prática sexual desviante, causada por uma inversão congênita ou adquirida (apud VIEIRA, 2011).

No final do século XIX, houve uma mudança na compreensão do chamado comportamento homossexual, que passou a ser visto como indicativo de uma orientação sexual definida e relativamente estável. Em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria retirou a homossexualidade do rol dos transtornos mentais e, em 1975, a Associação Americana de Psicologia adotou o mesmo procedimento. Em maio de 1990, a Assembleia

Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) seguiu essa tendência e retirou a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID). Em 1991, a Anistia Internacional passou a considerar a discriminação contra homossexuais uma violação aos direitos humanos (VIEIRA, 2011).

No Brasil, em meados da década de 80, tanto a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) manifestaram-se explicitamente, reforçando que a homossexualidade não deveria ser compreendida como um desvio (CONSELHO NACIONAL LGBT, 2013). Em 1999, o CFP publicou a resolução n. 001/99, em que estabeleceu normas quanto à atuação dos psicólogos em relação às questões de orientação sexual, reforçando a ideia de que “a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão” e definindo, portanto, que os “psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e/ou cura da homossexualidade” (CFP, 1999, p. 01 e 02). Desde então, o CFP tem se manifestado, em diferentes oportunidades, contra as manifestações de discriminação e preconceito relacionadas à orientação sexual (CFP, 2014 a, b).

Diante das transformações por que a sociedade vem passando, os conceitos de paternidade e maternidade foram sendo reformulados. Surge, no cenário atual, a socioafetividade como vínculo de parentalidade, ao lado do biológico, e, muitas vezes, sobrepondo-se a ele. É o que se chama de desbiologização dos laços familiares diante da constatação de que o afeto é o elemento formador fundamental da família (CHAVES, 2011).

Casais homoafetivos e reprodução assistida: Regulamentação e Bioética

Em maio de 2013, a Resolução n. 2.013/2013 do Conselho Federal de Medicina estabeleceu que todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites dessa resolução podem se beneficiar das TRA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos (CFM, 2013). O uso das TRA passa, a partir dessa nova resolução, a ser garantido para casais homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.

Ao buscarem as TRA, os casais homoafetivos se deparam com questões que devem ser discutidas e analisadas, para uma tomada de decisão informada e coerente. Aos casais femininos, uma das principais decisões diz respeito à escolha de qual das parceiras levará a gestação a termo e se haverá participação da outra ou não. É possível utilizar a inseminação artificial ou a fertilização *in vitro*. Na inseminação artificial, a ovulação de uma das mulheres é estimulada e a mesma recebe a inseminação do sêmen doado anonimamente. Nestes casos, não há participação genética de uma das mulheres. Na fertilização *in vitro*, por outro lado, é possível estimular a ovulação de uma delas, fertilizar seus óvulos com o sêmen do doador anônimo, transferindo o embrião para o útero da outra.

Os casais masculinos, por sua vez, podem recorrer à gestação de substituição. Eles escolhem qual será o doador de sêmen, ou seja, quem será o pai biológico e, com o uso de óvulos doados anonimamente (CHAVES, 2011), os embriões são formados *in vitro* e transferidos para uma doadora temporária de útero. Há também a possibilidade da coleta do sêmen de ambos os parceiros. Com relação à doadora temporária do útero, o CFM estabelece que a mesma tenha até 50 anos e vínculos de parentesco até quarto grau com um dos cônjuges. Caso contrário, a doadora deve passar por uma avaliação psicológica que será submetida ao CFM. A doação temporária do útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial. Entre os documentos que devem constar no prontuário, o CFM exige termo

de consentimento informado assinado pelos pacientes em gestação compartilhada, ou seja, o (s) fornecedor (es) do sêmen e a doadora temporária de útero (CFM, 2013).

No entanto, além de questões pertinentes à regulamentação do uso das TRA, a homoparentalidade tem suscitado questões no campo da bioética. Diante das mais variadas possibilidades de constituição de família e das diversas formas de construção de vínculos parentais, indaga-se: quem são os pais? O biológico ou o afetivo? Quem deve assumir os encargos decorrentes da autoridade parental: um deles ou os dois?

Segundo Loyola (2011), a concepção tradicional de família baseada na existência de filhos biologicamente gerados dificulta o reconhecimento social da família constituída por casais homoafetivos, já que o casamento seria entendido como uma etapa preliminar da geração e socialização de filhos, o que só seria possível através da heterossexualidade ou da adoção. Ao reformular esses conceitos, em seu artigo sobre “a construção da parentalidade nos casais de mesmo sexo”, Delaisi (1999) propõe a seguinte questão: a inscrição na filiação é necessariamente ligada à heterossexualidade do casal procriador ou o direito pode estabelecer uma filiação de um tipo inédito, ligando uma criança a dois pais do mesmo sexo? Neste sentido, segundo Sapko (2005), o direito a ter um filho não corresponde a um direito de propriedade, ao contrário, significa a promoção de uma responsabilidade, de exercer o direito-dever da parentalidade de forma responsável e consciente. Spengler (2011) reforça esta ideia, ao ressaltar que aos homossexuais não pode ser negado o sonho da maternidade e da paternidade.

A definição proposta por Carol Levine, especialista americana em bioética, parece fornecer um exemplo interessante de um modo flexível e evolutivo de pensar: “os membros de uma família são indivíduos que, por nascimento, adoção, casamento ou engajamento explícito, compartilhem laços pessoais profundos e têm mutuamente o direito de receber e o dever de fornecer, na medida do possível, diversas formas de apoio, especialmente em caso de necessidade” (apud DELAISI, 1999, p. 235). Em seguida, recorre-se à observação feita pela antropóloga Françoise Héritier que, ao ser consultada a respeito das novas questões colocadas pelas reproduções assistidas, afirma: “é a união legítima, tal como é definida por tal ou tal sociedade, que dá legitimidade aos filhos e cria *ipso facto* sua afiliação a um grupo” (apud DELAISI, 1999, p. 228). A partir dessas contribuições, é possível ratificar a colocação de Perrin e Siegel (2013), segundo os quais, nos caminhos para a parentalidade, que incluem as TRA e a adoção, deve-se concentrar na competência dos pais, em vez de sua orientação sexual.

Segundo a bioética, portanto, a homoparentalidade pode ser discutida invocando-se o conceito da afetividade. Como o projeto parental teve origem na vontade do casal, a ambos cabem as responsabilidades parentais, com toda a gama de direitos e deveres para com seus filhos. No entanto, como esses casais não possuem capacidade de procriação, dois são os caminhos disponíveis: a adoção ou o uso das TRA.

A experiência do tratamento para casais homoafetivos

Trabalhos apontam como desafios comuns aos casais que buscam as TRA: a tomada de decisão quanto à forma de concepção; a sujeição a procedimentos invasivos e tratamentos hormonais; os custos elevados e as frustrações diante dos possíveis insucessos do tratamento (CHAPMAN et al., 2012; GREENFELD; SELI, 2011; YAGER et al., 2010). Para os casais homoafetivos, no entanto, somam-se a esses desafios específicos, a necessidade de envolver uma terceira parte no processo, como doadores de gametas e/ou de útero; a possível dificuldade em encontrar serviços e profissionais acolhedores, que compreendam as especificidades de sua experiência; a necessidade de escolher qual dos parceiros estará geneticamente vinculado à criança e a possível

dificuldade de aceitação da família e dos amigos são alguns deles (CHAPMAN et al., 2012; GREENFELD; SELI, 2011; YAGER et al., 2010).

No que se refere à experiência do tratamento em casais homoafetivos femininos, identificou-se que a maioria das mulheres não apresenta sintomas de ansiedade e depressão. Quando surgem, esses sintomas são mais frequentes nas mulheres que se submeteram ao tratamento do que em suas parceiras (BORNESKOG et al., 2013). O mesmo autor relata ainda maior satisfação conjugal em casais homoafetivos femininos do que em casais heterossexuais, ao início do tratamento (BORNESKOG et al., 2013). No entanto, os profissionais devem considerar que este é um período potencialmente estressante, “desafiador” e “exaustivo” (YAGER et al., 2010).

Reprodução assistida e homoparentalidade

Diversas questões têm sido levantadas a respeito da homoparentalidade. Por exemplo, como casais do mesmo sexo transitam para a parentalidade, e quais são as suas experiências como pais e mães? Quais são as experiências de seus filhos? Diversas pesquisas internacionais sobre o ciclo de vida familiar têm fornecido uma visão abrangente sobre a homoparentalidade, explorando noções fundamentais de gênero, paternidade/ maternidade e família.

Em 2004, após revisar os estudos sobre esse tema, a Associação Americana de Psicologia posicionou-se de forma enfática: “A pesquisa demonstrou que o ajustamento, o desenvolvimento e o bem-estar psicológico dos filhos não está relacionado à orientação sexual dos pais e que os filhos de gays e lésbicas têm as mesmas condições de se desenvolverem bem do que os filhos de pais heterossexuais” (apud PATTERSON, 2006, p. 243). Esses estudos investigaram o exercício da parentalidade por casais homoafetivos, bem como o desenvolvimento dos filhos.

Autores ressaltam que, em casais homoafetivos femininos, haveria a tendência a uma maior demonstração de afetividade nas interações e de relações familiares mais positivas (BRAEWAEYS, 2001; GOLOMBOK et al., 1995; GOLOMBOK; BADGER, 2010). Já nos casais homoafetivos masculinos, tenderia a haver maiores demonstrações de responsividade (ASRM, 2013; GREENFELD, 2007) e maior consistência nas práticas educativas (GREENFELD, 2007). No entanto, também se identificou entre estes pais uma menor sensação de competência no papel parental. Além disso, as experiências de rejeição vivenciadas por esses homens e o sentimento de que precisariam defender sua posição mostraram-se relacionados aos níveis de estresse parental, ao bem-estar dos filhos e à sua relação com os mesmos (BOS, 2010).

No que diz respeito à relação conjugal desses casais — um aspecto também considerado relevante para o desenvolvimento dos filhos —, tem-se identificado uma divisão de tarefas mais igualitária, que enfatiza as habilidades, preferências e rotinas profissionais, em detrimento do foco em estereótipos de gênero; padrões mais positivos na resolução de conflitos e níveis de satisfação conjugal semelhantes aos de casais heterossexuais (KURDEK, 2005). Por outro lado, em casais homoafetivos, encontraram-se maiores níveis de dissolução da relação bem como uma menor percepção de apoio das famílias de origem, resultados que podem estar relacionados à não oficialização dessas relações, em virtude de limitações legais, e a questões de preconceitos culturais.

No que se refere ao desenvolvimento dos filhos, pesquisas mostram que crianças criadas por casais homoafetivos femininos apresentam desenvolvimento socioemocional e cognitivo semelhante ao de crianças criadas por casais heterossexuais (GOLOMBOK et al., 1995; MACCALLUM; GOLOMBOK, 2004). Essas crianças não apresentaram diferenças no que se refere aos níveis de problemas emocionais ou de comportamento

(GOLOMBOK et al., 1995; PELKA, 2009), havendo divergências no que se refere à sua autoestima. Enquanto Pelka (2009) aponta ausência de prejuízos nesse sentido, Brewaeys (2001) sugere uma percepção de menor competência física e cognitiva, entre elas.

Na adolescência, Gelderen et al. (2012) evidenciam que filhos de casais homoafetivos não se mostram diferentes quanto ao seu bem-estar ou seu funcionamento escolar quando comparados a filhos de casais heterossexuais. Na Inglaterra, filhos de casais homoafetivos femininos apresentaram menores índices de depressão, ansiedade, hostilidade e uso de álcool, bem como maiores níveis de autoestima. Já nos Estados Unidos, filhos de casais homoafetivos femininos apresentaram maiores níveis de competência social e acadêmica, bem como menores níveis de dificuldades sociais e comportamentos externalizantes.

Resultados semelhantes foram obtidos em um estudo com jovens adultos oriundos de famílias (a) monoparentais femininas, (b) homoafetivas femininas e (c) compostas por casais heterossexuais (GOLOMBOK; BADGER, 2010). De forma geral, não foram encontradas diferenças no que se refere à qualidade da relação entre pais e filhos ou ao ajustamento psicológico destes. As únicas diferenças identificadas sugerem relações familiares mais positivas e maior bem-estar psicológico entre jovens adultos criados em famílias chefiadas por mulheres.

Os estudos sugerem ainda que a ausência de uma figura masculina exercendo o papel de pai não se mostrou relevante no desenvolvimento da sexualidade da criança (GOLOMBOK et al., 1983; PELKA, 2009). Greenfeld (2007), por sua vez, identificou que filhos de casais homoafetivos masculinos também não diferiram quanto às normas populacionais no que se refere à orientação sexual ou à identidade de gênero. Assim, as pesquisas têm sugerido que a identidade sexual — incluindo-se a identidade de gênero, os papéis de gênero e a orientação sexual — tende a se desenvolver de forma semelhante nos filhos de casais homo e heterossexuais (APA, 2005, apud ASRM, 2013).

Já no que tange às relações sociais dessas crianças, estudos têm demonstrado a existência de relações satisfatórias com pares e adultos (TASKER; GOLOMBOK, 1997; TASKER, 1999; STACEY; BIBLARZ, 2001; PATTERSON 2000, 2004). No entanto, no estudo realizado por Gelderen et al. (2012), 50% das crianças e adolescentes participantes relataram ter vivenciado experiências de exclusão, implicância ou ridicularização em virtude da orientação sexual de seus pais. Essa estigmatização, por sua vez, mostrou-se relacionada a potenciais prejuízos à autoestima e dificuldades comportamentais. O autor chama a atenção, porém, para o fato de que, embora o conteúdo seja diverso, essas crianças são alvo da implicância de seus colegas na mesma frequência que os filhos de casais heterossexuais.

Portanto, as pesquisas têm demonstrado poucas diferenças entre os filhos de casais homoafetivos femininos e heterossexuais (APA, 2005, apud ASRM, 2013). As evidências disponíveis, até o momento, também não sugerem dificuldades entre os filhos de casais homoafetivos masculinos, embora haja uma escassez de estudos (ASRM, 2013; GREENFELD, 2007). Conforme destacam as orientações da Associação Americana de Psicologia para a atuação junto a gays, lésbicas e transexuais (2011), as famílias constituídas por esses casais apresentam diversas semelhanças com aquelas constituídas por seus pares heterossexuais, em especial no que se refere aos motivos que os levam a construir uma família, à satisfação oriunda desses relacionamentos e os padrões desenvolvimentais percorridos por essas famílias. No entanto, as famílias constituídas por casais homoafetivos tendem a enfrentar desafios no que se refere ao reconhecimento e à proteção de suas relações, tanto no que se refere à sociedade como um todo como no que tange às políticas públicas. Portanto, o bem-estar das crianças oriundas dessas famílias poderia ser ainda melhor caso o relacionamento de seus pais fosse reconhecido social e

juridicamente (PENNINGGS, 2011), já que o estigma tende a estar relacionado aos principais desafios enfrentados por essas famílias (APÀ, 2011).

Casais transexuais

Segundo White e Ettner (2007), são raras as crianças que vivenciaram a transição de gênero de seus pais. Há ainda pouca literatura que descreva o ajuste dessas crianças e a natureza de suas relações com seus pais e colegas. No trabalho desenvolvido pelos autores, vinte e sete pais de cinquenta e cinco crianças foram entrevistados. A entrevista ocorreu, em média, seis anos após a transição de gênero. As medidas obtidas incluíram as relações da criança no presente e também no momento da transição do pai/ mãe. Os resultados revelaram que as crianças que eram mais jovens no momento da transição tenderam a apresentar um melhor relacionamento e menos dificuldades de adaptação.

Para Murphy (2010), as identidades transexuais não prejudicam o exercício da parentalidade por não impedirem a compreensão acerca da natureza e das consequências da gravidez. Além disso, destaca que nenhuma evidência sugere que ser criado por pais transexuais contribuiria para a existência de qualquer tipo de dano que justifique negar a parentalidade a homens e mulheres transexuais.

Psicologia, casais homoafetivos e reprodução assistida

O papel do psicólogo, nesse caso, é ajudar o casal “a construir laços em um registro simbólico, pelo estabelecimento de códigos sociais, de formas rituais compreensíveis por todos” (DELAISI, 1999, p. 230). É a partir da construção desses laços, pelo estabelecimento de códigos sociais claros e pela simbolização de pontos de referência, que a instituição de uma diferença entre os dois pais do mesmo sexo torna-se possível.

É, portanto, apostando, em primeiro lugar, na possibilidade da psicologia, a partir do novo que acolhe em sua clínica, reformular a sua teorização sobre o Édipo e a diferença sexual, e na capacidade de os sujeitos singulares e de a sociedade em geral construir novos modelos de diferença sexual que Delaisi assume a sua posição diante da questão da homoparentalidade: “nós estimamos que a sociedade deveria, quando os indivíduos são levados a pedir uma autorização ou uma ajuda para se tornarem pais, levar em conta um outro critério que não aquele que faz da heterossexualidade uma garantia mínima e *sine qua non* de bom desenvolvimento da criança” (DELAISI, 1999, p. 242).

Casais homoafetivos masculinos, a partir das mudanças recentes tanto do CFM, quanto do Supremo Tribunal Federal, irão procurar cada vez mais a paternidade por meio da reprodução assistida. Assim, torna-se imperativo discutir esta questão. Devemos desmistificar a ideia de que a competência parental para criar e educar a criança decorra da própria fecundação, ou seja, que se trata de uma competência nata, e não social, para o exercício da maternidade/paternidade (LOYOLA, 2011). Neste contexto, a avaliação e aconselhamento a estes casais sobre as demandas clínicas e emocionais de um tratamento com doação de óvulos e sub-rogação gestacional, bem como à candidata ao empréstimo temporário do útero é um componente vital da preparação pré-tratamento. Além disto, é de fundamental importância, conforme assinalam Greenfeld e Seli (2011):

Aos casais masculinos:

- Avaliar a relação do casal para determinar a estabilidade e seu compromisso de se tornarem pais através da reprodução assistida;

- Explorar a existência de uma rede de familiares e/ou amigos que apoiem a intenção de se tornarem pais;
- Abrir espaço para reflexão sobre a forma de integrar a criança em sua família e meio social, sendo que se deve prestar especial atenção à integração na família que não terá um laço genético com a criança;
- Assegurar a compreensão das demandas médicas e emocionais do tratamento por parte do casal e da doadora de útero;
- Propiciar espaço para que o casal reflita sobre a decisão do uso do esperma;
- Discutir processo de decisão sobre características da doadora anônima;
- Explorar o relacionamento do casal com a candidata ao empréstimo temporário do útero e avaliar o seu perfil psicológico, atestando adequação emocional da doadora temporária do útero (este documento deve constar no prontuário do paciente segundo resolução CFM no. 2013/2013);
- Discutir as consequências da ausência da mãe no desenvolvimento infantil/familiar e no contexto social;
- Ajudar o casal a construir sua estrutura familiar e a compartilhar a responsabilidade parental;
- Discutir a atribuição de papéis parentais, ajudando o casal a garantir a posição do pai não-biológico para o ambiente social, além de discutir as implicações legais, sociais e emocionais para o mesmo;
- Discutir os planos do casal sobre quando e como falar com a criança sobre a natureza da sua concepção e as circunstâncias de seu nascimento.

Aos casais femininos, uma das principais questões é ajudar o casal a legitimar seu desejo de ter um filho: quem irá gerar/quem será mãe genética (BAETENS; BREWAEYS, 2001). Além disso, é importante:

- Avaliar a relação do casal para determinar a estabilidade e seu compromisso de se tornarem mães através de uma das TRA;
- Explorar a existência de uma rede de familiares e/ou amigos que apoiem a intenção de se tornarem mães;
- Abrir espaço para reflexão sobre a forma de integrar a criança em sua família e meio social, destinando-se especial atenção à integração na família que não terá um laço genético com a criança;
- Espaço para reflexão do casal e escolha da TRA;
- Assegurar a compreensão das demandas médicas, jurídicas, financeiras e emocionais do tratamento;
- Refletir sobre as questões psicossociais, ainda pouco analisadas no Brasil, e o reflexo futuro no bem-estar da criança;
- Discutir as consequências da ausência do pai no desenvolvimento infantil/familiar e no contexto social;
- Ajudar o casal a construir sua estrutura familiar e a compartilhar a responsabilidade parental;
- Discutir a atribuição de papéis parentais, ajudando o casal a garantir a posição da mãe não-biológica para o ambiente social, além de discutir as implicações legais, sociais e emocionais para a mesma;
- Discutir planos do casal sobre como e quando falar com a criança sobre a natureza da sua concepção.

Considerações finais

As pessoas devem buscar a felicidade e a realização de seus sonhos, e hoje a medicina reprodutiva permite que casais homoafetivos busquem a realização de terem seus filhos genéticos, através das TRA. Dessa forma, contribui-se para o alcance dos princípios da igualdade, liberdade, planejamento familiar e, acima de tudo, o da dignidade humana, os quais se encontram presentes tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como no Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005).

Ao psicólogo cabe acolher estes casais, oferecendo um espaço para reflexão e discussão das demandas psicossociais inerentes às diversas configurações familiares. Em sua atuação, é importante que o profissional considere os desafios enfrentados por essas famílias - em especial no que tange ao preconceito e à discriminação ainda presentes em nossa cultura (APA, 2011) - e que busque reforçar os recursos de que dispõem para enfrentá-los, de forma que sua atuação possa contribuir à qualidade de vida de todos os envolvidos.

Além disso, mostra-se necessária a realização de estudos nacionais que retratem a realidade dessas famílias em nosso país. A atuação profissional nesse contexto deve estar pautada no conhecimento acerca dos estudos disponíveis sobre o tema, nos princípios defendidos pelo Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005) e, conseqüentemente, no combate à discriminação e ao preconceito, os quais representam a principal ameaça ao bem-estar dessas famílias. Como bem assinalou Wagner (2002), mais importante do que a configuração familiar é a qualidade das relações que une as pessoas.

Referências Bibliográficas

- APA. **Practice Guidelines for LGB Clients: Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients - 2011**. Em <<http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx?item=10>>. Acesso em 11 fevereiro 2015.
- ASRM. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons: a committee opinion. **Fertility and Sterility**, v. 100, n. 6, p. 1524-1527. 2013.
- BAETENS P.; BREWAEYS A. Lesbian couples requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. **Human Reproduction Update**, v. 7, p. 512-9. 2001.
- BIGNER, J. J. Gay and lesbian families. In: NICHOLS, W. C.; PACE-NICHOLS, M. A.; BECVAR, D. S.; NAPIER, A. Y. (Eds.). **Handbook of family development and intervention**. New York: John Wiley & Sons, 2002. p. 279-298.
- BORNESKOG, C. et al. Symptoms of anxiety and depression in lesbian couples treated with donated sperm: a descriptive study. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 120, n. 7, p. 839-846. 2013.
- BOS, H. M. W. Planned Gay Father Families in Kinship Arrangements. **Australian and New Zealand Journal of Family Therapy**, v. 31, n. 4, p. 356-371. 2010.
- CHAVES, M. Parentalidade homoafetiva: a procriação natural e medicamente assistida por homossexuais. In: DIAS, M. B. (Ed.). **Diversidade Sexual e direito homoafetivo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011. p. 363-374.
- CFM. **Resolução no. 2012/2013**. Em <http://www.portaldomedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.htm>. Acesso em 11 fevereiro 2015.
- CFP. **Código de ética profissional do psicólogo - 2005**. Em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf> . Acesso em 11 fevereiro 2015.
- CFP. **Resolução CFP n. 001/1999**. Em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em 11 fevereiro 2015.

- CFPa. **Questões de gênero - 2014**. Em <<http://site.cfp.org.br/questoes-de-genero/>>. Acesso em 11 fevereiro 2015.
- CFPb. **Resolução 01/99: Requerimento de audiência pública é rejeitado - 2014**. Em <<http://site.cfp.org.br/resolucao-0199/>>. Acesso em 11 fevereiro 2015.
- CONSELHO NACIONAL LGBT. **Nota sobre o projeto de decreto legislativo 234/2011 - 2013**. Em <http://site.cfp.org.br/nota-do-conselho-nacional-lgbt/>. Acesso em 11 fevereiro 2015.
- CORRÊA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.
- CHAPMAN, R. et al. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 7-8, p. 1128-35. 2012.
- DELAISI G P. La construction de la parentalité dans les couples de même sexe. In: BORILLO D.; FASSIN, E.; IACUB, M. (Eds.). **Au-delà du PaCS: L'expertise familiale à l'épreuve de l'homosexualité**. Paris: PUF, 1999. p. 225-244.
- HUTTER H. **Politics as Friendship: The Origins of Classical Notions of Politics in the Theory and Practice of Friendship**. Wilfrid Laurier Univ. Press, 1978; 66.
- GELDEREN, L. et al. Quality of life of adolescents raised from birth by lesbian mothers: The US National Longitudinal Family Study. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 33, n. 1, p. 17-23. 2012.
- GIORGIS, J. C. T. Família homoparental: mito e verdade. In: ZAMBRANO, E. Et al. (Eds.). **O direito à homoparentalidade: Cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais**. Porto Alegre: Instituto de Acesso à Justiça, 2006. p. 4-6.
- GOLOMBOK, S.; SPENCER, A.; RUTTER, M. Children in lesbian and single-parent households: Psycho-sexual and psychiatric appraisal. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 24, p. 551-572. 1983
- GOLOMBOK, S. et al. Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. **Child Development**, v. 66, n. 2, p. 285-98. 1995.
- GOLOMBOK, S.; TASKER, F.; Murray, C. Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and heterosexual mothers. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, p.783–91. 1997.
- GOLOMBOK, S.; BADGER, S. Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. **Human Reproduction**, v. 25, n. 1, p. 150–157. 2010.
- GREENFELD, D. A. Gay male couples and assisted reproduction: should we assist? **Fertility and Sterility**, v. 88, p. 18-20. 2007.
- GRZYBOWSKI, L. Famílias monoparentais – mulheres divorciadas e chefes de família. In: WAGNER, A. (Ed.). **Família em cena: tramas, dramas e transformações**. Petrópolis, Vozes, 2002. p. 39-53.
- GUIMARÃES, N. V. O.; AMARAL, A. C. Famílias com filhos de casamentos anteriores. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Eds.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 273-282.
- GREENFELD, D.; SELI, E. Gay men choosing parenthood through assisted reproduction: medical and psychosocial considerations. **Fertility and Sterility**, v. 95, n. 1, p. 225-229. 2011.
- KURDEK, L. A. What do we know about gay and lesbian couples? **Current Directions in Psychological Science**, v. 14, p. 251-254. 2005.

- Loyola, M. A. As novas famílias, medicina e religião. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, v. 15, n. 6, p. 17-19. 2011
- MACCALLUM, F.; GOLOMBOK, S. Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, n. 8, p. 1407-1419. 2004.
- MURPHY, T. F. The ethics of helping transgender men and women have children. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 53, n. 1, p. 46-60. 2010.
- PATTERSON, C. J. Children of lesbian and gay parents. **Current Directions in Psychological Science**, v. 15, p. 241-244. 2006.
- PATTERSON, C. J. (2000). Family relationships of lesbians and gay men. **Journal of Marriage and Family**, 62, 1052-1069.
- PATTERSON, C. J. (2004). **Lesbian and gay parents and their children: Summary of research findings**. In *Lesbian and gay parenting: A resource for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.
- PELKA, S. Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. **Journal of Homosexuality**, v. 56, p. 195–217. 2009.
- PENNINGS G. Evaluating the welfare of the child in same-sex families. **Human Reproduction**, v. 26, n. 7, p. 1609–1615. 2011.
- PERRIN, E. C.; SIEGEL B. S. Promoting the well-being of children whose parentes are gay or lesbian. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. e1374-e1383. 2013.
- SAPKO, V. L. S. **Do direito à paternidade e maternidade dos homossexuais: sua viabilização pela adoção e reprodução assistida**. Curitiba: Juruá, 2005.
- SPENGLER, F. M. Homoparentalidade e filiação. In: DIAS, M. B. (Ed.). **Diversidade Sexual e direito homoafetivo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011. p. 347-359.
- STACEY, J.; BIBLARZ, T. How Does the Sexual Orientation of Parents Matter? **American Sociological Review**, v. 66, n. 2, p. 159-183. 2001.
- TASKER, F.; GOLOMBOK, S. *Growing up in a lesbian family*. New York: Guilford Press, 1997.
- TASKER, F. (1999). Children in lesbianled families – A review. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 4, p. 153-166. 1999.
- VIEIRA, R. S. **Homoparentalidade: Estudo psicanalítico sobre papéis e funções parentais em casais homossexuais com filhos**. Dissertação não publicada. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica, 2011.
- WAGNER, A. Possibilidades e potencialidades da família – A construção de novos arranjos a partir do recasamento. In: WAGNER, A. (Ed.). **Família em cena: tramas, dramas e transformações**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 23-38.
- WHITE, T.; ETTNER, R. Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 16, n. 4, p. 215-221. 2007.
- YAGER, C. et al. Challenges and mental health experiences of lesbian and bisexual women who are trying to conceive. **Health & Social Work**, v. 35, p. 191–200. 2010.