

CAPÍTULO 34

Aspectos éticos relacionados à reprodução humana assistida em relações homoafetivas

Marco Aurélio Guimarães
Hermes de Freitas Barbosa

Introdução

A reprodução assistida (RA) é um avanço relativamente recente da Medicina, tendo como marco inicial o nascimento de Louise Brown, o primeiro “bebê de proveta”, em 1978. Seis anos depois, foi a vez do Brasil apresentar seu primeiro êxito com a técnica, no nascimento da paranaense Anna Paula Caldeira. De lá para cá, as técnicas foram aperfeiçoadas e novas possibilidades se concretizaram, tais como a criopreservação de embriões, a doação de material genético, o diagnóstico genético pré-implantacional e a doação temporária de útero, além da pesquisa em embriões. O rápido desenvolvimento das técnicas fez com que a reprodução assistida se tornasse um dos melhores exemplos do descompasso entre a evolução da Medicina e as leis que regulamentam sua prática, suscitando, por consequência, uma série de questionamentos éticos e legais.

Até o final da primeira semana, o zigoto humano já se transformou e iniciou o processo de implantação uterina. O diagnóstico pré-implantacional é feito antes de embrião ser colocado no útero materno.

Apesar de sua prática ter se iniciado em 1984, o Brasil não possui nenhuma lei específica que regulamente a reprodução assistida.

Em que pese à ausência de lei específica, há que se destacar a regulamentação dos procedimentos de Reprodução Humana Assistida originária do Conselho Federal de Medicina. A primeira Resolução data de 1992 (Resolução CFM n. 1.358/92) e define, além de questões eminentemente técnicas, quem eram os usuários das técnicas de RA. Naquela data, as técnicas de RA eram destinadas somente a casais inférteis, e era usuária “toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta Resolução”. Dezoito anos depois, foi editada a Resolução CFM n. 1.957/2010, que contemplou avanços, mas que foi substituída apenas três anos depois pela atual e vigente Resolução CFM n. 2.168/2017. Nesta última regulamentação, fica claro o avanço no enten-

dimento de quem tem efetivo direito às técnicas de RA, estendendo-o textualmente a pessoas solteiras e a casais homoafetivos. Com essa autorização, passa-se a respeitar o princípio constitucional de que todos são iguais perante a lei, em deveres e direitos, sem quaisquer distinções.

Pretende-se, neste texto, analisar os últimos avanços da Resolução CFM n. 2.168/2017, no que diz respeito exclusivamente à utilização das técnicas de RA por casais homoafetivos, sua fundamentação, suas implicações práticas e ético-legais.

Homossexualismo, homossexualidade e homoafetividade

Homossexualismo, homossexualidade e homoafetividade são termos que permeiam nosso cotidiano, mas que têm significados diferentes. O termo “homossexualismo” já foi utilizado no passado para designar doença, daí o sufixo “ismo”. Foi retirado da lista de transtornos mentais do DSM-III em 1973, bem como da lista de doenças mentais da CID 10, em 1990. Para sepultar de vez o termo, a Organização Mundial de Saúde declarou, em 1992, que a relação entre duas pessoas do mesmo sexo não se tratava de “homossexualismo”, mas de “homossexualidade” (LAMBERG, 1998).

Assim, utiliza-se o termo “homossexualidade” para referir-se à orientação sexual do indivíduo, quando esta for caracterizada por uma atração sexual, afetiva ou romântica principal ou exclusivamente por pessoas do mesmo sexo. Há ainda três outras possibilidades: a heterossexualidade, a bissexualidade e a assexualidade. A heterossexualidade ocorre quando esta atração for pelo sexo oposto; a bissexualidade quando ela for demonstrada por ambos os gêneros; e a assexualidade é a ausência de atração sexual. Importante destacar que se prefere o termo “orientação sexual” a outros tidos como inadequados, tais como “opção sexual” ou “preferência sexual”, uma vez que estes últimos denotariam que a pessoa teria escolhido por qual gênero prevaleceria seu desejo.

Mais recentemente, o termo “homoafetividade” vem ganhando força no meio jurídico e também no meio médico. Cunhado inicialmente por Dias (2011), em obra cuja primeira edição é do ano 2000, a ideia central que justificaria a substituição do termo “homossexualidade” por “homoafetividade” é que aquele, grosseiramente, não abrangeria vínculos afetivos. Desde então, o termo vem sendo utilizado, por exemplo, na primeira decisão judicial que reconheceu direitos sucessórios ao parceiro sobrevivente, em 2001 (AC n. 7000138982, rel. Des. José Carlos Teixeira Georgis), e o julgamento do STJ, em 2006, em que foram assegurados direitos previdenciários às uniões homoafetivas (REsp n. 238.715, rel. Min. Humberto Gomes de Barros). No mesmo sentido, o pleno do Supremo Tribunal Federal (STF), na sessão de julgamento de 05.05.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI n. 4.277 e ADPF n. 132). Por fim, até mesmo o Conselho Federal de Medicina, na Resolução sobre Reprodução Assistida de 2013, que passaremos a comentar, também utilizou o termo “relacionamento homoafetivo”.

Homoafetividade: “Não se permite mais o farisaísmo de desconhecer a existência de uniões entre pessoas do mesmo sexo e a produção de efeitos jurídicos derivados dessas relações *homoafetivas*. Embora permeadas de preconceitos, são realidades que o Judiciário não pode ignorar, mesmo em sua natural atividade retardatária. Nelas remanescem consequências semelhantes às que vigoram nas relações de afeto, buscando-se sempre a aplicação da analogia e dos princípios gerais do direito, relevado sempre os princípios constitucionais da dignidade humana e da igualdade” (TJRS, AC n. 70001388982, 7ª Câm. Cível, rel. José Carlos Teixeira Giorgis, j. 14.03.2001).

Direitos previdenciários assegurados: Plano de saúde. Companheiro. “A relação homoafetiva gera direitos e, analogicamente à união estável, permite a inclusão do companheiro dependente em plano de assistência médica” (REsp n. 238.715/RS, rel. Min. Humberto Gomes de Barros, DJ 02.10.2006).

União homoafetiva como entidade familiar: “[...] Interpretação do art. 1.723 do Código Civil em conformidade com a Constituição Federal (técnica da ‘interpretação conforme’). reconhecimento da união homoafetiva como família. procedência das ações. Ante a possibilidade de interpretação em sentido preconceituoso ou discriminatório do art. 1.723 do Código Civil, não resolúvel à luz dele próprio, faz-se necessária a utilização da técnica de ‘interpretação conforme à Constituição’. Isso para excluir do dispositivo em causa qualquer significado que impeça o reconhecimento da união contínua, pública e duradoura entre pessoas do mesmo sexo como família. Reconhecimento que deve ser feito segundo as mesmas regras e com as mesmas consequências da união estável heteroafetiva” (STF, ADI n. 4.277/DF, Pleno, rel. Min. Ayres Britto, j. 05.05.2011, DJe-198, divulg. 13.10.2011, public. 14.10.2011, Ement vol-02607-03, p. 00341).

As Resoluções CFM n. 1.358/1992 e CFM n. 1.957/2010 e a definição de usuário das técnicas de reprodução assistida

Pela falta de legislação específica, a responsabilidade por decidir quem tem direito ou não a ser usuário das técnicas de RA é do médico, amparado pela resolução específica do seu Conselho Federal. No que diz respeito especificamente aos casais homoafetivos, o caminho percorrido pelo CFM até chegar ao atual entendimento certamente sofreu a influência das transformações ocorridas na sociedade nas últimas duas décadas, com reflexos inclusive nas decisões do Supremo Tribunal Federal (STF).

Na Resolução CFM n. 1.358/1992, publicada em 19 de novembro de 1992, fica claro que, nos primórdios da regulamentação das técnicas de RA, estas eram destinadas única e exclusivamente para a mulher ou casal heteroafetivo com diagnóstico de infertilidade, que já tivessem recorrido a outras técnicas, sem sucesso. É o que se depreende dos excertos seguintes:

I – Princípios gerais

1 – As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade.

[...]

II – Usuários das técnicas de RA

1 – Toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta Resolução, pode ser receptora das técnicas de RA, desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado. (BRASIL, 1992)

Da análise do aqui disposto, vê-se que não havia a previsão da utilização das técnicas de RA por casais homoafetivos. Na situação de casal homoafetivo masculino, pelo simples fato de que o usuário não seria uma mulher; na situação de casal homoafetivo feminino, pelo fato de a infertilidade, nesse caso, não ter sido determinada por uma doença.

Como se não bastassem as questões relacionadas à determinação dos usuários das técnicas de RA, os casais homoafetivos tinham ainda outra dificuldade: caso houvesse necessidade de uma gestação de substituição, as doadoras temporárias do útero deviam pertencer à família da doadora genética, em um parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina. Na prática, isso tornava inviável, por exemplo, a aplicação da técnica para o casal homoafetivo masculino.

Em que pese a impossibilidade inicial de se utilizar as técnicas de RA para o casal homoafetivo em uma interpretação restritiva da Resolução CFM n. 1.358/1992, fato é que houve uma série de casos em que a técnica foi utilizada, por conta de uma interpretação mais contextualizada e em consonância com princípios constitucionais, principalmente os relacionados à dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, a Resolução CFM n. 1.957/2010, publicada em 6 de janeiro de 2011, trouxe uma modificação importante, mas que não deu uma resposta definitiva acerca da possibilidade ou não de se utilizar as técnicas de RA para o casal homoafetivo. No texto, substituiu-se o termo “mulher”, como usuária das técnicas, pelo termo “pessoa”, estendendo-se seu uso também ao homem:

II – Pacientes das técnicas de RA

1 – Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente. (BRASIL, 2010)

Embora até então o Conselho Federal de Medicina não tivesse analisado de modo claro se o casal homoafetivo poderia ou não ser usuário das técnicas de RA, a sociedade passou a discutir outras questões de suma importância, tais como o reconhecimento da união estável, da unidade familiar e da possibilidade de adoção, o que acabou culminando na modificação das normas.

A questão da união homoafetiva, da constituição de família e da possibilidade de adoção tratadas pela jurisprudência brasileira

Conforme já citado, o pleno do STF, em 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI n. 4.277 e ADPF n. 132). Posteriormente, a Resolução n. 175 de 14.05.2013 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) autorizou o casamento entre pessoas do mesmo sexo, seja por habilitação direta, seja por conversão de união estável (já reconhecida pelo STF, inclusive com equivalência de direitos patrimoniais). Determinou ainda que “é vedada às autoridades competentes a recusa de habilitação, celebração de casamento civil ou conversão de união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo”.

Em outras palavras, trata-se do reconhecimento, na esfera judicial, do núcleo familiar homoafetivo, que se enquadra perfeitamente no conceito de família, aqui proposto por SOUZA (2010):

Podemos tentar estabelecer um conceito aberto de família como um núcleo socioafetivo, cujos vínculos entre seus membros se formam no afeto recíproco, independentemente da consanguinidade, onde cada um desempenha sua função com o objetivo de ajudar aos demais, propiciando o desenvolvimento da personalidade e da potencialidade de cada um dos seus participantes, na busca da felicidade, estendendo-se à coletividade, no desempenho de sua função social.

O reconhecimento na esfera judicial do núcleo familiar homoafetivo reforça a possibilidade do registro da paternidade ou maternidade homoparental. Resguardam-se desta forma, as crianças, tanto adotadas quanto as geradas da exclusão de paternidade ou maternidade em termos de direito de sucessão, tendo em vista que, por analogia, filhos adotivos têm os mesmos direitos legais dos filhos biológicos.

Não há evidências científicas de que casais homoafetivos sejam menos capacitados para serem pais ou mães. Ao contrário, há evidências, sim, de que sejam competentes para isso, tanto quanto casais formados por um homem e uma mulher. Casais homoafetivos adotam com mais frequência irmãos biológicos e crianças em faixas etárias normalmente rejeitadas por casais heteroafetivos (GOLOMBOK, 2014).

Todos estes acontecimentos e evidências certamente acabaram por influenciar os Conselhos de Medicina, que passaram a discutir estas possibilidades, seja em câmaras técnicas, seja na atividade consultiva, gerando inclusive pareceres conflitantes, conforme se passa a expor.

Os pareceres dos Conselhos de Medicina quanto ao uso das técnicas de RA por casais homoafetivos até 2013

De 1992 até 2013, não houve consenso sobre o direito do casal homoafetivo em utilizar as técnicas de RA, nem mesmo nos Conselhos de Medicina. Uma busca no site do

CFM, com o termo “reprodução assistida” identificou dois pareceres com posições diametralmente opostas, sobre casos semelhantes.

No Parecer n. 2.318/2011 do CRM/PR, um casal homoafetivo feminino solicitou ao CRM autorização para que o óvulo de uma delas fosse fertilizado com espermatozoide de doador e implantando no útero da parceira. A resposta do CRM não poderia ser mais enfática, apoiando-se numa interpretação restritiva da norma ética:

Considerando o estabelecido na Resolução CFM n. 1.957/2010 e nos artigos 15 e 18 do Código de Ética Médica, não há amparo normativo para autorizar a realização do procedimento solicitado, tendo em vista a inexistência de fator que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética. Mais ainda, não há parentesco entre a doadora e a receptora. Consequentemente o CRM/PR está impossibilitado de autorizar o procedimento.

Vê-se, portanto, que o CRM/PR não autorizou o procedimento por dois motivos: ausência de fator que impedisse a gestação na doadora genética e ausência de parentesco entre as parceiras que possibilitasse a gestação de substituição.

Entretanto, dois anos antes, a mesma pergunta já havia sido feita ao CRM/SP. No Parecer n. 66.812/2009, o consulente questionava, dentre outros pontos, se estava autorizado “a oferecer tratamento de fertilização *in vitro* no qual uma mulher recebe embriões formados a partir de oócitos da parceira” – exatamente a mesma pergunta do parecer anterior. Desta vez, entretanto, apesar de reconhecer que a interpretação literal das resoluções do CFM permita concluir pela impossibilidade, o parecer pondera que esta limitação seria “altamente discriminatória, pois exclui um sexo do benefício da procriação, quando não o faz em relação ao outro”. Assim, baseando-se em princípios constitucionais e no “espírito da lei” contido nas resoluções do CFM, opinou que sim, o consulente estava autorizado a realizar o tratamento, bem como oferecê-lo a casais homoafetivos em geral:

Encarando os fatos do ponto de vista da reflexão bioética, não enxergamos como seja moralmente lícito suprimir os benefícios da RA a casais homossexuais em geral, claro que com as exigências de equilíbrio e estabilidade já presentes nos casos de adoção, em geral.

Da análise destes dois pareceres é possível perceber a grande necessidade de que o CFM se posicionasse de forma a não restar dúvidas quanto à possibilidade ou não da utilização das técnicas de RA por casais homoafetivos.

A resolução de 2013 estendeu claramente a possibilidade do uso de técnicas de RA a casais homoafetivos

Diante do contexto exposto até aqui, o Conselho Federal de Medicina publicou, em 9 de maio de 2013, a Resolução CFM n. 2.013/2013, que revogou a Resolução CFM 1.957/2010. Em seus “considerandos”, o CFM destacou o reconhecimento da união homoafetiva como entidade familiar; destacou também a necessidade de harmonizar o uso das técnicas de RA com os princípios da ética médica.

Em primeiro lugar, o item 1 dos Princípios Gerais ganhou nova redação, de modo a não permitir o entendimento de que o uso das técnicas de RA somente seria possível em situações de infertilidade por motivos médicos: “I – Princípios gerais: 1 – As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação”.

Além disso, no que diz respeito especificamente à possibilidade de uso das técnicas de RA pelo casal homoafetivo e até por pessoas solteiras, a norma não podia ser mais categórica: “II – Pacientes das técnicas de RA: 2 – É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico”.

Interessante destacar que a nova Resolução vai ao encontro da Lei n. 9.263/96, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Isto porque a lei, conhecida simplesmente como Lei do Planejamento Familiar, já previa em seu art. 2º que as ações de regulação da fecundidade também devem garantir o direito ao aumento da prole, *pela mulher, pelo homem ou pelo casal*. Ou seja, se a lei não falava expressamente em casal homoafetivo, no mínimo já garantia o direito da pessoa solteira às ações de regulação de fecundidade, inclusive para aumento da prole.

Outro ponto importante da nova resolução diz respeito à doadora temporária do útero, em casos de gestação de substituição. Conforme comentado anteriormente, o casal homoafetivo masculino estava impossibilitado de utilizar esta técnica, posto que o texto anterior deixava claro que as doadoras temporárias do útero deviam pertencer à família da *doadora genética*, em um parentesco até o segundo grau. E mais! A doadora genética tinha que apresentar um problema médico que impedisse ou contraindicasse a gestação. A nova Resolução n. 2.013/2013 fez duas mudanças de uma só vez (original sem destaques):

VII – Sobre a gestação de substituição (doação temporária do útero)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética *ou em caso de união homoafetiva*.

1 – As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família *de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau* (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), *em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos*.

Número de embriões implantados, conforme a idade – CFM 2013/2013

Princípios gerais

[...]

6. O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

Do exposto, vê-se que o CFM estendeu a possibilidade de gestação de substituição para os casos de união homoafetiva; além disso, estendeu o parentesco para qualquer um dos parceiros e aumentou o grau de 2º para 4º. Isso significa dizer que tias e primas de qualquer um dos parceiros poderão ser doadoras temporárias de útero, o que viabiliza em grande medida a aplicação das técnicas de RA nestes casos. Entretanto, deve-se ficar atento para dois pontos: primeiro, a idade limite da doadora do útero é de 50 anos; segundo, o número de embriões a serem transferidos guarda relação com a idade da doadora genética do ovócito – assim, se temos uma doadora genética de 25 anos e uma doadora do útero de 45 anos, o número máximo de embriões a ser transferido é dois.

Exemplos gerais

Por razões óbvias, tanto pessoas “solteiras” (no sentido de “sem parceiro/a”) quanto casais homoafetivos não podem se reproduzir. Portanto, uma vez que o uso das técnicas de reprodução assistida esteja autorizado nestes casos, da mesma forma que para casais heteroafetivos, cabe ao médico não interferir na autonomia de decisão dos optantes pelo uso dessas técnicas a não ser para prevenir a ocorrência de risco ou perigo à saúde da mãe gestacional e/ou à saúde do ser humano gestado. E para que o casal homoafetivo consiga seu intento de ter um filho com material genético de um deles, utilizando técnicas de RA, há vários arranjos possíveis contemplados pela interpretação da Resolução n. 2.013/2013.

Para o casal homoafetivo feminino, há a possibilidade de uma delas gestar embriões frutos de seus ovócitos fecundados com espermatozoides de doador anônimo. Há que se destacar a viabilidade da execução da técnica de recepção de ovócitos da parceira (Técnica de ROPA), que consiste em fecundar com espermatozoides de doador anônimo óvulos de uma das parceiras, com embriões resultantes transferidos para outra. Assim, uma se torna a mãe biológica (genética) e a outra, a mãe gestacional, em um compreensível ato simbólico da dupla maternidade. Há precedentes em diferentes Estados do Brasil que autorizam o registro civil de crianças nascidas dessa técnica como filhas de duas mães (dupla maternidade).

Caso haja impossibilidade de gestação por ambas as mulheres, uma terceira mulher poderá estar envolvida como doadora temporária do útero, devendo ser respeitado o disposto na Resolução CFM n. 2.013/2013.

Para o casal homoafetivo masculino sempre haverá a necessidade de uma gestação de substituição, cuja doadora temporária do útero deverá cumprir os requisitos que acabamos de expor. Nesse caso, os ovócitos utilizados deverão ser frutos de doação anônima, e após fecundados pelos espermatozoides de um dos parceiros, os embriões resultantes deverão ser transferidos ao útero de substituição.

Alguns casais homoafetivos masculinos preferem não saber qual dos dois parceiros é o pai biológico. Nesse caso há duas possibilidades: 1) a clínica faz a escolha do material a ser utilizado por critérios técnicos (vitalidade e motilidade dos espermatozoides, por exemplo) ou aleatoriamente (caso não haja diferenças entre as amostras) e não informa a escolha ao casal; 2) a clínica faz a mistura dos gametas masculinos antes da fecundação, de modo a não saber qual dos dois será o pai biológico; neste caso, há o inconveniente de a

clínica também não poder determinar quem é o pai biológico, situação em que um exame de DNA poderá ser necessário no futuro, em caso de solicitação por motivos médicos.

Considerações finais

Entre 1992 e 2013 houve uma grande evolução moral na sociedade brasileira no que tange ao respeito às liberdades individuais relacionadas à sexualidade, refletidas nas modificações das resoluções normativas do CFM sobre o uso de técnicas de RA. A autorização explícita do uso das técnicas de RA entre casais homoafetivos não só reforçou o caráter não discriminatório proposto na Constituição Brasileira (1988) como evidenciou as mudanças dos valores que orientam o comportamento do ser humano em relação aos outros no convívio em sociedade, garantindo, outrossim, o bem-estar social.

A compreensão e o respeito ao comportamento homoafetivo, que antes já foi considerado imoral na sociedade brasileira, além do novo entendimento do conceito de família que inclui homoparentalidade, hoje se mostram exemplos de como a ética na prática médica pode contribuir para o desenvolvimento humano.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 20 jun. 2014.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.358, de 19 de novembro de 1992. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF. Seção 1, p. 16053.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.957, de 6 de janeiro de 2010. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF. Seção 1, p. 79.
4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.013, de 09 de maio de 2013. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF. Seção 1, p.119.
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Parecer n. 66.812, emitido em 8 de junho de 2010. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=9593&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E30%20Paulo&numero=66812&situacao=&data=08-06-2010>. Acesso em: 20 jun. 2014.
6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Parecer n. 2.318, emitido em 9 de maio de 2011. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2011/2318_2011.htm. Acesso em: 20 jun. 2014.
7. DIAS, M.B. *União homoafetiva: o preconceito e a justiça*. 5.ed. São Paulo: Editora, 2011. 304p.
8. GOLOMBOK, S. et al. Adoptive gay father families: parent-child relationships and children's psychological adjustment. *Child Dev.* 2014. mar-abr;85(2):456-68.
9. LAMBERG, L. Gay Is Okay With APA. Forum Honors Landmark 1973 Events. *JAMA*. 1998;280(6):497-499.
10. SOUZA, M.C. Os casais homoafetivos e a possibilidade de procriação com a utilização do gameta de um deles e de técnicas de reprodução assistida. *Revista da EMERJ*, 2010;13(52):141-65.