

Reprodução em casais homoafetivos cisgêneros: uma revisão de escopo

Reproduction in cisgender same-sex couples: a scoping review

Fernando Meirinho Domene (<https://orcid.org/0000-0003-2806-7875>)¹

Jessica De Lucca Da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-8822-5639>)¹

Tereza Setsuko Toma (<https://orcid.org/0000-0001-9531-9951>)¹

Adriano da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-1105-9046>)²

Romeu Gomes (<https://orcid.org/0000-0003-3100-8091>)³

Abstract *The aim of this article is to present the state of the art, in the field of public health, on cis homoparental reproduction, from 28 studies addressing barriers to reproduction by homoparental couples for legal, ethical, technical or economic reasons, in addition to prejudice and discrimination. Six studies addressed facilitators, such as receptiveness in services, availability of conception and contraceptive methods and training of health professionals. The results show that the discussion has focused more on the barriers than on the facilitating factors. This may indicate a continuing need to problematise the hegemonic model of a heterosexual, nuclear family.*

Key words *Sexual and gender minorities, Family, Reproduction, Health, Review*

Resumo *O objetivo deste artigo é apresentar o estado da arte sobre a reprodução homoparental cis no campo da saúde coletiva. Vinte e oito estudos abordam barreiras para a reprodução de casais homoparentais relacionadas a questões legais, éticas, técnicas e econômicas, além de preconceito e discriminação. Seis abordam facilitadores, tais como acolhimento nos serviços, disponibilidade de métodos contraceptivos e contraceptivos e a capacitação de profissionais. Os achados evidenciam que a discussão se volta mais para as barreiras do que para os facilitadores. Isso pode indicar que ainda se faz necessário promover a problematização do modelo hegemônico de família nuclear e heterossexual.*

Palavras-chave *Minorias sexuais e de gênero, Família, Reprodução, Saúde, Revisão*

¹ Núcleo de Evidências (NEv-IS), Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. R. Santo Antonio 590. 01314-000 São Paulo SP Brasil. fernando.domene@alumni.usp.br

² Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O direito à saúde sexual e reprodutiva é um direito humano reconhecido por documentos legais. Entre os marcos referenciais internacionais, destacam-se duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994 no Cairo, afirmou que os direitos reprodutivos são um direito básico para indivíduos e casais. Nesse sentido, deverão ser assegurados meios para atingir esse direito, levando em conta a liberdade para a tomada de decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção e violência. No ano seguinte, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, reafirmou os acordos da CIPD e avançou na definição de direitos sexuais e reprodutivos, estabelecendo-os como direitos humanos¹.

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde publicou, em 2013, o Caderno de Atenção Básica sobre saúde sexual e reprodutiva, reafirmando os direitos reprodutivos e sexuais das pessoas, a partir dessas conferências internacionais e de outros movimentos em prol dos direitos à saúde sexual e à saúde reprodutiva. O Caderno destaca que, apesar desses direitos terem sido formalizados nas conferências internacionais da ONU, há necessidade de afirmar a universalidade deles para grupos populacionais que historicamente têm seus direitos humanos violados em função da orientação sexual ou da identidade de gênero¹.

No Brasil foram elaborados documentos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos de brasileiros, com destaque para: Constituição Federal de 1988; Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984; Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, de 2005¹.

No final da década de 1980, com a participação de movimentos de *gays*, lésbicas e feministas, os direitos sexuais começaram a ser discutidos, porém os relativos à reprodução foram mais difíceis de ser debatidos, principalmente no que se refere a homossexuais². Uma barreira para que esse debate fosse desenvolvido diz respeito ao modelo hegemônico sobre famílias, que entende essa instituição como nuclear, monogâmica, heterossexual e com a finalidade procriativa³. Por outro lado, observa-se que, à medida em que o Estado passa a entender os direitos sexuais e

reprodutivos numa perspectiva de estímulo à liberdade e à autonomia da pessoa, e prezando a responsabilidade, casais – hetero ou homoafetivos – poderão realizar seus projetos parentais².

O reconhecimento jurídico brasileiro do direito à homoparentalidade faz com que formas de viabilização desse direito sejam pensadas². Essas formas, destacadas por Zambrano (2006)³, podem ocorrer por meio do exercício da coparentalidade de maneira conjunta e igualitária pelos parceiros em situações de incorporação de filhos de uma ligação heterossexual ocorrida anteriormente à criação da família, adoção legal ou informal, e uso de novas tecnologias reprodutivas.

Em relação à reprodução entre casais homoafetivos, escopo deste trabalho, as resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre as técnicas de reprodução humana assistida (TRHA) asseguram o acesso a esses procedimentos às pessoas heterossexuais, homossexuais e transgêneras, não exigindo um estado civil específico².

Apesar desses avanços que, supostamente, garantem os direitos reprodutivos de famílias homoparentais, há uma complexidade nas demandas e necessidades de saúde reprodutiva dessa população e é importante a rede de serviços do SUS se adequar para respondê-las de forma resolutive, integral e com qualidade¹. Nesse sentido, no mínimo se faz necessário desenvolver a discussão acerca do assunto, e um dos passos iniciais para isso é mapear o que a literatura especializada nacional e internacional apresenta sobre o assunto. Assim, por meio desse mapeamento, será possível – entre outros aspectos – analisar temas para subsidiar o debate.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é apresentar o estado da arte sobre reprodução homoparental cisgênera no campo da saúde coletiva ou saúde pública, identificado na literatura científica mundial.

Métodos

Esta revisão de escopo tem como base o referencial metodológico do Joanna Briggs Institute⁴. O relato da revisão seguiu as recomendações da ferramenta PRISMA Extension for Scoping Reviews⁵. Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e registrado na Open Science Framework (OSF)⁶.

O presente artigo aborda parte dos resultados de uma revisão maior intitulada “A homoparentalidade como questão da saúde coletiva: uma revisão de escopo”, que investigou a produção cien-

tífica global sobre homoparentalidade no campo da saúde coletiva ou pública⁷.

A pergunta que orientou esta revisão – “Quais são os aspectos abordados na produção científica global a respeito da reprodução homoparental cisgênera no campo da saúde coletiva ou pública? – foi construída com auxílio do acrônimo PCC (população: famílias homoparentais cisgêneras; conceito: produção científica global sobre reprodução; contexto: saúde coletiva ou pública).

Crítérios de inclusão e exclusão

Nossos critérios de inclusão foram estudos primários e secundários, documentos, relatórios, dissertações ou teses, disponíveis em inglês, francês, português ou espanhol, que abordassem questões relacionadas a legislação, políticas, programas, acesso e serviços de fertilidade e reprodução para famílias homoparentais cisgêneras, no contexto da saúde coletiva ou pública. Neste artigo foi feita uma pequena mudança em relação ao protocolo original, com a incorporação de estudos publicados em francês. Excluímos aqueles realizados em outros contextos de saúde, ou que analisaram configurações de famílias homoparentais não cisgêneras.

Fontes de dados e estratégias de busca

As buscas foram efetuadas, em julho e setembro de 2022, nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, Scopus, Web of Science, Dimensions e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Utilizamos os termos MeSH (*Medical Subject Headings*) no PubMed, e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) na BVS, adaptando-os para as demais bases de dados. Detalhes das estratégias de busca e os descritores utilizados podem ser consultados no Quadro 1.

Seleção dos estudos

Usamos o gerenciador bibliográfico Rayyan QCRI⁸ para selecionar os estudos. Após exclusão dos duplicados, passaram por um processo de seleção pela leitura de títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão e exclusão. Esse processo foi realizado por dois revisores, de maneira independente. Nos casos de divergência, procurou-se chegar a um consenso entre os dois revisores ou foram resolvidos por um terceiro revisor. As dissertações e teses foram selecionadas manualmente pela leitura dos resumos. Os estudos elegi-

veis foram lidos na íntegra por dois revisores, de modo complementar, e validados por um terceiro. As listas de referências dos estudos incluídos foram verificadas para inclusão de outros estudos eventualmente não recuperados nas buscas.

Extração dos dados

As seguintes informações foram extraídas dos estudos incluídos: i) autor e ano de publicação, ii) objetivo, iii) delineamento do estudo, iv) população analisada, v) número de participantes, vi) idade dos participantes, vii) sexo/gênero, viii) raça/cor, ix) características da família, x) país de realização do estudo, xi) local de realização do estudo, xii) foco da abordagem e tema central, xiii) desfechos ou categorias temáticas, xiv) resultados, xv) limitações, xvi) lacunas, xvii) conclusão, xviii) financiamento, xix) conflito de interesse e xx) instituição de filiação do(a) autor(a). As primeiras extrações foram realizadas, de modo independente, por três revisores, até se chegar a uma homogeneidade do processo (calibragem). Posteriormente, os dados foram extraídos por dois revisores, de modo complementar, e validados por um terceiro revisor.

Análise dos dados

Os dados extraídos foram analisados com um olhar para a saúde reprodutiva de famílias homoparentais cisgêneras no contexto da saúde pública e coletiva. Para analisar os resultados dos estudos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo adaptada por Gomes⁹ e descrita por Bardin¹⁰. Apresentamos os resultados de forma narrativa. Não realizamos avaliação da qualidade metodológica dos estudos, considerada como etapa opcional em revisões de escopo, uma vez que esse não foi um critério de exclusão¹¹.

Resultados e discussão

As buscas recuperaram 1.350 registros e, após exclusão de duplicatas, 725 registros foram triados por títulos e resumos no gerenciador Rayyan. De 47 relatos elegíveis lidos na íntegra, 29 foram incluídos. Adicionalmente, 42 registros foram triados a partir do levantamento de teses e dissertações e das listas de referências dos relatos incluídos, dos quais 34 elegíveis foram lidos na íntegra e também incluídos. Desse modo, 63 estudos foram selecionados, sendo que neste artigo analisamos os 31 que abordaram a temática de

Quadro 1. Termos e resultados das estratégias de busca.

Base	Data	Estratégia	Resultado
BVS	12/07/2022	(homoparentalidade OR “parentalidade gay” OR “Parentalidade lésbica” OR “Parentalidade LGBT” OR “Mães do mesmo sexo” OR “Parentalidade homoafetiva” OR “Pais homossexuais” OR “Pais homoafetivos” OR “Mães homossexuais” OR “Mães Lésbicas” OR “Família homoafetiva” OR “Famílias homoafetivas” OR “Família Gay” OR “Maternidade homoafetiva” OR homoparenthood OR “Homosexual parenthood” OR “Gay parenthood” OR “LGBT parenthood” OR “Lesbian parenthood” OR “Lesbian motherhood” OR “Gay motherhood” OR “same sex mothers” OR “Same sex fathers” OR “Same-sex mothers” OR “Same-sex fathers” OR “Same-sex parents” OR “Same sex parents” OR “Parenting homosexual” OR “Same sex parenting” OR “Same-sex parenting” OR “homoparental family” OR “Homoparental families” OR “homoaffective family” OR “Homoaffective families” OR “Homoaffective fathers” OR “Homoaffective mothers” OR “homosexual fathers” OR “Homosexual mothers” OR “Homosexual father” OR “Homosexual mother” OR “LGBT family” OR “LGBT families” OR “Gay family” OR “Gay families”)	340
SciELO	12/07/2022	(Homoparentalidade OR “parentalidade gay” OR “Parentalidade lésbica” OR “Parentalidade LGBT” OR “Mães do mesmo sexo” OR “Parentalidade homoafetiva” OR “Pais homossexuais” OR “Pais homoafetivos” OR “Mães homossexuais” OR “Mães Lésbicas” OR “Família homoafetiva” OR “Famílias homoafetivas” OR “Família Gay” OR “Maternidade homoafetiva” OR Homoparenthood OR “Homosexual parenthood” OR “Gay parenthood” OR “LGBT parenthood” OR “Lesbian parenthood” OR “Lesbian motherhood” OR “Gay motherhood” OR “same sex mothers” OR “Same sex fathers” OR “Same-sex mothers” OR “Same-sex fathers” OR “Same-sex parents” OR “Same sex parents” OR “Parenting homosexual” OR “Same sex parenting” OR “Same-sex parenting” OR “homoparental family” OR “Homoparental families” OR “homoaffective family” OR “Homoaffective families” OR “Homoaffective fathers” OR “Homoaffective mothers” OR “homosexual fathers” OR “Homosexual mothers” OR “Homosexual father” OR “Homosexual mother” OR “LGBT family” OR “LGBT families” OR “Gay family” OR “Gay families”) AND (Health)	1
PubMed	12/07/2022	Homoparenthood[Title/Abstract] OR “Homosexual parenthood”[Title/Abstract] OR “Gay parenthood”[Title/Abstract] OR “LGBT parenthood”[Title/Abstract] OR “Lesbian parenthood”[Title/Abstract] OR “Lesbian motherhood”[Title/Abstract] OR “Gay motherhood”[Title/Abstract] OR “same sex mothers”[Title/Abstract] OR “Same sex fathers”[Title/Abstract] OR “Same-sex mothers”[Title/Abstract] OR “Same-sex fathers”[Title/Abstract] OR “Same-sex parents”[Title/Abstract] OR “Same sex parents”[Title/Abstract] OR “Parenting homosexual”[Title/Abstract] OR “Same sex parenting”[Title/Abstract] OR “Same-sex parenting”[Title/Abstract] OR “homoparental family”[Title/Abstract] OR “Homoparental families”[Title/Abstract] OR “homoaffective family”[Title/Abstract] OR “Homoaffective families”[Title/Abstract] OR “Homoaffective fathers”[Title/Abstract] OR “Homoaffective mothers”[Title/Abstract] OR “homosexual fathers”[Title/Abstract] OR “Homosexual mothers”[Title/Abstract] OR “Homosexual father”[Title/Abstract] OR “Homosexual mother”[Title/Abstract] OR “LGBT family”[Title/Abstract] OR “LGBT families”[Title/Abstract] OR “Gay family”[Title/Abstract] OR “Gay families”[Title/Abstract]	198

continua

Quadro 1. Termos e resultados das estratégias de busca.

Base	Data	Estratégia	Resultado
Scopus	12/07/2022	(TITLE-ABS-KEY (homoparenthood OR “Homosexual parenthood” OR “Gay parenthood” OR “LGBT parenthood” OR “Lesbian parenthood” OR “Lesbian motherhood” OR “Gay motherhood” OR “same sex mothers” OR “Same sex fathers” OR “Same-sex mothers” OR “Same-sex fathers” OR “Same-sex parents” OR “Same sex parents” OR “Parenting homosexual” OR “Same sex parenting” OR “Same-sex parenting” OR “homoparental family” OR “Homoparental families” OR “homoaffective family” OR “Homoaffective families” OR “Homoaffective fathers” OR “Homoaffective mothers” OR “homosexual fathers” OR “Homosexual mothers” OR “Homosexual father” OR “Homosexual mother” OR “LGBT family” OR “LGBT families” OR “Gay family” OR “Gay families”) AND ALL (health))	520
Web of Science	12/07/2022	Homoparenthood OR “Homosexual parenthood” OR “Gay parenthood” OR “LGBT parenthood” OR “Lesbian parenthood” OR “Lesbian motherhood” OR “Gay motherhood” OR “same sex mothers” OR “Same sex fathers” OR “Same-sex mothers” OR “Same-sex fathers” OR “Same-sex parents” OR “Same sex parents” OR “Parenting homosexual” OR “Same sex parenting” OR “Same-sex parenting” OR “homoparental family” OR “Homoparental families” OR “homoaffective family” OR “Homoaffective families” OR “Homoaffective fathers” OR “Homoaffective mothers” OR “homosexual fathers” OR “Homosexual mothers” OR “Homosexual father” OR “Homosexual mother” OR “LGBT family” OR “LGBT families” OR “Gay family” OR “Gay families” (Todos os campos) and health (Todos os campos)	142
Dimensions	12/07/2022	(Homoparenthood OR “Homosexual parenthood” OR “Gay parenthood” OR “LGBT parenthood” OR “Lesbian parenthood” OR “Lesbian motherhood” OR “Gay motherhood” OR “same sex mothers” OR “Same sex fathers” OR “Same-sex mothers” OR “Same-sex fathers” OR “Same-sex parents” OR “Same sex parents” OR “Parenting homosexual” OR “Same sex parenting” OR “Same-sex parenting” OR “homoparental family” OR “Homoparental families” OR “homoaffective family” OR “Homoaffective families” OR “Homoaffective fathers” OR “Homoaffective mothers” OR “homosexual fathers” OR “Homosexual mothers” OR “Homosexual father” OR “Homosexual mother” OR “LGBT family” OR “LGBT families” OR “Gay family” OR “Gay families”) AND (Health)	149
Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)	09/09/2022	(Homoparentalidade OR “parentalidade gay” OR “Parentalidade lésbica” OR “Parentalidade LGBT” OR “Mães do mesmo sexo” OR “Parentalidade homoafetiva” OR “Pais homossexuais” OR “Pais homoafetivos” OR “Mães homossexuais” OR “Mães Lésbicas” OR “Família homoafetiva” OR “Famílias homoafetivas” OR “Família Gay” OR “Maternidade homoafetiva”) AND (Saúde)	21
Total			1 371

Fonte: Autores.

reprodução em famílias homoparentais cisgêneras. O processo de seleção é apresentado na Fi-

gura 1, e os 18 estudos elegíveis excluídos encontram-se no Quadro 2.

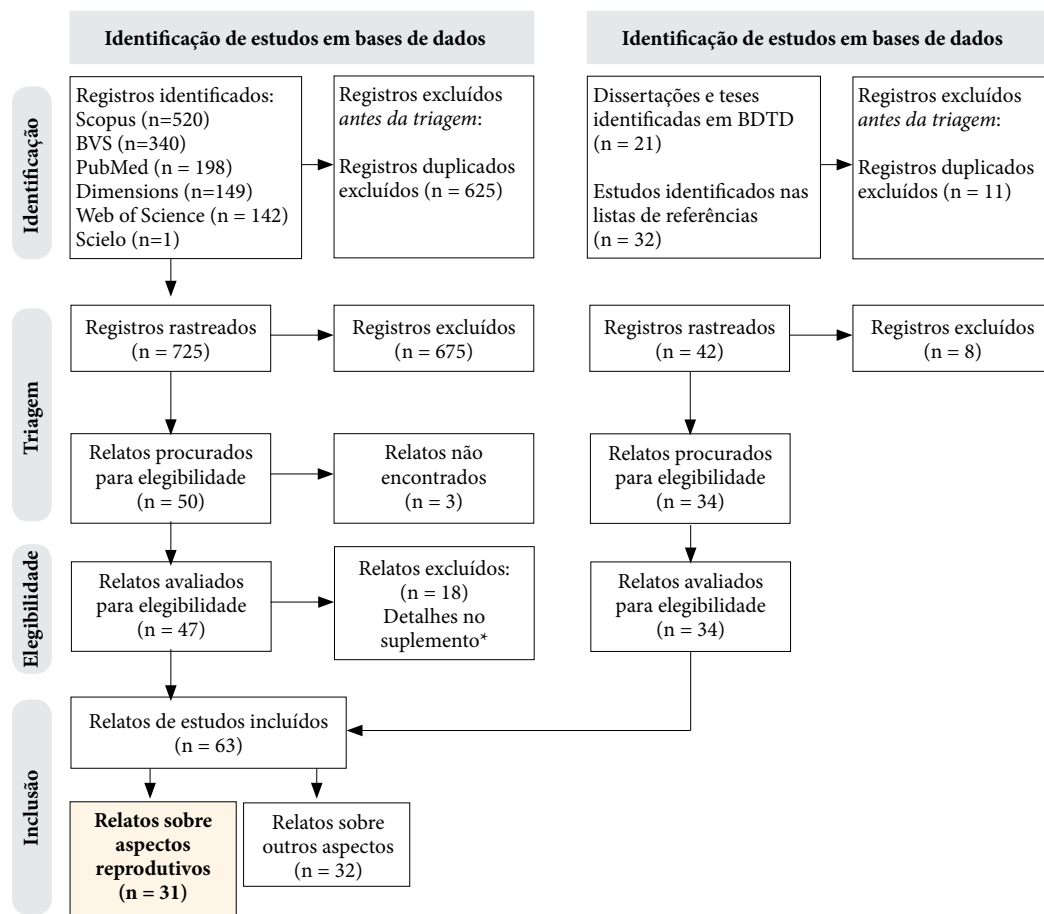


Figura 1. Fluxograma da seleção de estudos.

Fonte: Autores, com base no PRISMA¹².

Quadro 2. Lista de estudos excluídos com justificativa.

Referência	Motivo da exclusão
Boggis T. The Real Modern Family... Can Be Real Complicated. <i>Journal of Gay and Lesbian Mental Health</i> 2012; 16(4):353-360.	Relato de experiência da autora no atendimento à população LGBT.
Brewaeyns A. et al. Counselling and selection of homosexual couples in fertility treatment. <i>Human Reproduction</i> 1989; 4(7):850-853.	Resultados de atendimentos de inseminação artificial com doadores de esperma anônimos realizados no hospital de ensino do Centre for Reproductive Medicine of the Brussels University.
Carvalho PGC. <i>Homoparentalidade feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto TT</i> . 2018. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-12042018-143259/	Incluído artigo resultante da tese.
Corrêa MEC <i>Duas mães?: mulheres lésbicas e maternidade TT</i> . 2012. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29042012-124625/publico/tese_maria_eduarda_cavadinha_correa.pdf	Não se refere a serviços de saúde; são concepções das mulheres sobre homoparentalidade.

continua

Quadro 2. Lista de estudos excluídos com justificativa.

Referência	Motivo da exclusão
Crouch SR <i>et al.</i> The health perspectives of Australian adolescents from same-sex parent families: A mixed methods study. <i>Child: Care, Health and Development</i> 2015; 41(3):356-364.	Refere-se à percepção, compreensão de experiências dos adolescentes em relação aos pais, saúde autorreferida, resultados de escalas.
Azeredo RF. <i>Maternidade lésbica no Brasil: uma revisão de teses e dissertações nas Ciências Sociais, Humanas e da Saúde TT.</i> 2018. Disponível em: http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=14253	Não aborda saúde coletiva, pois a única tese que incluiu (Correa) nessa temática, foi excluída por esse motivo.
Everri M <i>et al.</i> Cultivating practices of inclusion towards same-sex families in Italy: a comparison among educators, social workers, and healthcare professionals. <i>Journal of Community and Applied Social Psychology</i> 2021; 31(6):659-672.	Compara o contato com educadores, assistentes sociais e profissionais de saúde.
Goldberg AE <i>et al.</i> Health behaviors and outcomes of parents in same-sex couples: an exploratory study. <i>Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity</i> 2019; 6(3):318-335.	Comportamento individual de saúde.
Goldberg AE <i>et al.</i> Lesbian, Gay, and Heterosexual Adoptive Parents' Experiences with Pediatricians: A Mixed-Methods Study. <i>Adoption Quarterly</i> 2020; 23(1):27-62.	O foco são experiências de adoção, incluindo homo e hetero.
Juntereal NA, Spatz DL. Same-Sex Mothers and Lactation. <i>MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing</i> 2019; 44(3):164-169.	Cita apenas 3 experiências individuais.
Lee R. Queering Lactation: Contributions of Queer Theory to Lactation Support for LGBTQIA2S+ Individuals and Families. <i>Journal of Human Lactation</i> 2019; 35(2):233-238.	Faz uma análise geral da população <i>queer</i> .
Logan R. Gay Fatherhood in the NICU: Supporting the "gayby" Boom. <i>Advances in Neonatal Care</i> 2020; 20(4):286-293.	O texto aborda profissionais de saúde citando o estudo de Andersen 2017, já incluído na revisão de escopo.
Machin R, Couto MT. Making the right choice: Reproductive technologies, lesbian practices and use of semen banks. <i>Physis</i> 2014; 24(4):1255-1274.	Trata da busca por bancos de sêmen.
Machin R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. <i>BioSocieties</i> 2014; 9(1):42-59.	Apenas clientes de clínicas privadas.
Nau J. De l'homoparentalité légalisée. <i>Rev Med Suisse</i> 2011; 3(280):324a-325a.	Não aborda reprodução homoparental.
Ryan-Flood R. Negotiating Sexual Citizenship: Lesbians and Reproductive Health Care. In: <i>New Femininities</i> . [s.l.: s.n.]. p. 246-262. 2011	Capítulo de livro não obtido.
Scali T, D'Amore S. Challenges and needs of psychologists and public health workers confronted to same-sex parenting issues in family planning centres. <i>Ther Fam</i> 2016;37(2):187-204.	Não aborda reprodução homoparental.
Webster CR, Telingator CJ. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Families. <i>Pediatric Clinics of North America</i> 2016; 63(6):1107-1119.	Com base em revisão de literatura faz uma abordagem sobre dificuldades que essa população pode enfrentar em diversos contextos, não saúde especificamente.

Fonte: Autores.

Características gerais dos estudos

Dos 31 estudos incluídos¹³⁻⁴³, 16 são estudos primários (51,6%), dois de opinião (6,5%), um dossiê (3,2%), dois ensaios (6,4%) e dez revisões (32,3%). Os estudos primários são qualitativos (n = 13), de métodos mistos (n = 1) e avaliativo-quantitativo (n = 2). As revisões foram citadas pelos autores como revisão (n = 2), revisão bibliográfica integrativa (n = 1), revisão de diretrizes clínicas (n = 1), revisão de literatura (n = 1), revisão sistemática da literatura e metassíntese (n = 1) e revisão narrativa (n = 4).

Em pouco mais de metade dos estudos (51,6%) os autores não informaram sobre conflitos de interesse, enquanto 41,9% relataram não ter conflito. Em dois estudos houve relato de conflito: em uma revisão²⁴, um dos autores participava do conselho consultivo da Gilead Sciences, Inc. e da Merck; no outro estudo¹⁹, o autor era consultor para questões éticas da empresa Unilabs. Cerca de 38% dos estudos receberam financiamento, 11% não receberam e 50% não forneceram essa informação.

Os estudos analisaram a configuração de famílias homoparentais lésbicas (61,3%), famílias *gays* (6,4%) ou ambas as configurações de famílias homoparentais (32,3%) (Figura 2). O tamanho da amostra dos estudos variou de 8 a 1.735 participantes, com idades entre 23 a 58 anos.

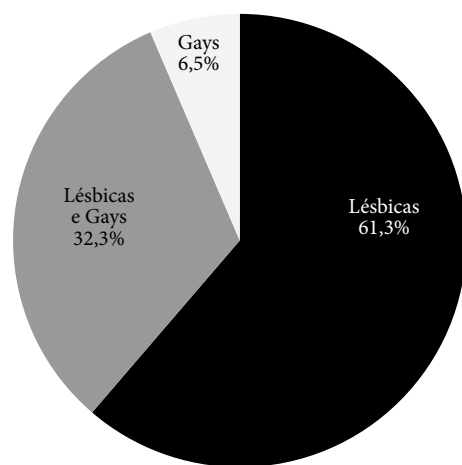


Figura 2. Distribuição dos estudos segundo a população analisada.

Fonte: Autores.

Os estudos primários, considerando também os citados nas revisões, foram realizados na Austrália, Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça. Duas revisões^{29,39} não informaram em que países foram conduzidos os estudos primários.

Barreiras à reprodução e à saúde reprodutiva de casais homoparentais cis

Identificamos que as temáticas de 28 dos estudos incluídos relacionavam-se às barreiras que casais homoafetivos cis que desejam ter filhos enfrentam para identificar ou acessar serviços de saúde reprodutiva. As barreiras se referem a questões legais, éticas e técnicas, envolvendo técnicas de reprodução humana assistida, barriga de aluguel, doação de esperma; questões financeiras; preconceitos, discriminação e estigma; compreensão limitada sobre as necessidades de casais homoafetivos e atitudes homofóbicas de profissionais de saúde.

Uma das barreiras para a reprodução assistida diz respeito a questões legais, éticas e técnicas. A inseminação como meio de viabilizar a reprodução, em alguns países, a exemplo da França, ancora-se em duas lógicas. A primeira é que tal procedimento se afigura como terapia para remediar a infertilidade ou a subfertilidade clinicamente confirmada, não sendo uma resposta a qualquer forma de desejo de ter um filho. No caso de casais homossexuais, a busca por reprodução assistida não segue necessariamente essa lógica^{14,19,30,40}. Segundo Jean-François Guerin (2018), a maioria das mulheres homossexuais relata não ser capaz de considerar fazer sexo com um homem. A segunda lógica da inseminação, associada à primeira lógica, diz respeito ao fato de tal procedimento se destinar exclusivamente a casais heterossexuais¹⁹.

Uma revisão narrativa de 2008 ressalta que as políticas públicas americanas continuavam resistindo a reestruturar os direitos sexuais e reprodutivos de lésbicas e *gays*⁴¹. Um ensaio com abordagem antropológica, realizado na Espanha, conclui acerca das diferenças entre pares femininos e masculinos. As mulheres podem ter acesso à inseminação artificial e à fertilização *in vitro* sem quaisquer impedimentos legais, sejam elas solteiras ou casadas com outra mulher. Por outro lado, os pares masculinos são impedidos de acessar a paternidade por meios biológicos (porque sua sexualidade não é reprodutiva), por adoção (já que sua orientação sexual os torna ineligíveis

na maioria dos países) e por meio de tecnologias de reprodução assistida (já que eles só podem acessar a paternidade por meio do envolvimento de uma mulher que terá os vínculos legais de filiação). O estudo também destaca que, no país em questão, a barriga de aluguel é considerada um procedimento ilegal²².

Uma revisão narrativa de documentos publicada em 2013 focalizou questões legais enfrentadas por homens *gays* que escolhem ser pais por barriga de aluguel. Entre seus principais achados, destacam-se os seguintes: a barriga de aluguel permanece ilegal em muitos países europeus, incluindo Alemanha, França, Espanha, Reino Unido e Itália; países como a Índia e a Ucrânia têm poucas restrições e aceitam a prática de barriga de aluguel comercial, em que ela é paga pelos pais pretendidos. A barriga de aluguel comercial também é aceitável nos Estados Unidos³².

Uma dificuldade dos pais *gays* canadenses foi encontrar substitutas que estivessem abertas a conversar com pais pretendidos do mesmo sexo, com recusa das substitutas baseada em pressupostos heteronormativos de reprodução e fertilidade. As clínicas de fertilidade ajudaram os pais pretendidos com práticas de doação de esperma, mas às vezes as políticas das clínicas de fertilidade proíbem homens *gays* de doar esperma na mesma sala devido a questões de saneamento e mistura de esperma¹⁷.

Uma revisão aponta que casais de lésbicas que precisam de esperma, ultrassonografias, laboratórios e experiência profissional muitas vezes estão sozinhos em termos médicos e financeiros. Os heterossexuais podem ter assistência financeira para se reproduzir, mas os membros de minorias sexuais geralmente ficam sem assistência médica, governamental, patronal ou social. Enquanto a saúde reprodutiva é coberta por benefícios de emprego de cônjuges heterossexuais, nem todos os empregos estendem esses benefícios a parceiros do mesmo sexo. Além disso, a cobertura reprodutiva e de fecundidade na saúde tem políticas restritivas para beneficiar o casal heterossexual que tenta conceber³⁹. Outra revisão de literatura destaca três questões legais primárias que devem ser tratadas com o casal de lésbicas – a relação legal entre as mulheres, a relação legal entre a criança e a mãe que não está grávida e os direitos e as obrigações legais do doador. Embora muitas instituições estejam começando a reconhecer a relação entre parceiros do mesmo sexo, muitas permanecem vinculadas às leis estaduais ou às políticas das instalações (ou ambas) que exigem que um parente legal ou de

sangue seja designado como parente mais próximo. A lei muitas vezes é confusa sobre quem pode ser reconhecido como o parente mais próximo legalmente, e mesmo com a documentação apropriada o casal de lésbicas pode enfrentar dificuldades²⁹.

A revisão narrativa de Silva *et al.*, publicada em 2019³⁸, focou a legislação brasileira quanto à reprodução assistida, a arranjos familiares na população homoafetiva e ao planejamento familiar. Segundo esse estudo, a natureza jurídica que envolve fatores relacionados ao planejamento familiar tem sido amplamente debatida, considerando o fato de ser direito fundamental ou não. Também observa que, enquanto o planejamento familiar está amparado pela legislação brasileira, o mesmo não ocorre com a reprodução assistida.

Mesmo quando a discriminação legal desaparece, os casais podem encontrar barreiras inesperadas. No Canadá, por exemplo, onde não há nenhum impedimento legal à reprodução assistida para casais homossexuais, estes têm que enfrentar preconceitos e discriminações em serviços de saúde, escolas e comunidades²⁶.

No Brasil, lésbicas têm o acesso limitado em serviços públicos por estarem fora do escopo do protocolo para receber tratamento de tecnologia reprodutiva, além de barreiras financeiras para acesso a serviços privados¹⁵. Ainda no Brasil, três estudos relatam barreiras heteronormativas tanto no imaginário de profissionais de saúde que indicam a impossibilidade de reprodução biológica desses casais, desconsiderando outras alternativas de constituição de família¹³, quanto na configuração ambiental das clínicas de reprodução, que são voltadas para famílias heterossexuais, onde havia somente fotos de casais cisgêneros formados por homem e mulher³⁴. Alguns casais de lésbicas não puderam participar da escolha da técnica de reprodução assistida e relataram falta de informação, de acolhimento diante de suas angústias e, em alguns momentos, a presença de olhares de desconfiança, embora a compreensão do processo como um todo tenha sido positiva. Seja porque passaram pelo procedimento e valorizam a experiência da maternidade mais do que as dificuldades do processo, ou porque a clínica não negou atendimento diante de sua sexualidade diferente da hegemônica³⁷. Também houve situações em que o atendimento na clínica foi negado, sendo explicitado que o motivo era por ser uma constituição familiar divergente do padrão atendido pelo serviço³⁴.

A estigmatização pode contribuir para a dificuldade de acesso. Na Austrália, uma revisão

indica que seis casais lésbicos relataram suas dificuldades no processo de se tornarem mães devido à estigmatização e aos preconceitos por parte dos profissionais da saúde, mesmo após a mudança na legislação do país em 2002, que assegura o acesso das lésbicas às tecnologias reprodutivas²⁷. Ainda na Austrália, houve situação de casais de lésbicas que viajaram para outro estado para acessar serviços de fertilidade, pois estes não estavam disponíveis em seu estado de origem^{20,21}. Outro estudo australiano pontuou que todas as participantes, ao procurarem clínicas de fertilidade para conceber, iniciaram sua busca por um clínico geral, que nem sempre foi relatada como uma experiência positiva. Citam como exemplo um casal que mudou de clínica durante o tratamento e que ficou muito frustrado com o processo de ter que obter um novo encaminhamento, apesar de o motivo de sua infertilidade ser óbvio¹⁶.

A questão de encontrar um provedor para prestar serviço durante a inseminação foi ressaltada como barreira em uma revisão incluída neste artigo¹⁸. A autora relata que um problema que surgiu em vários estudos avaliados, particularmente aqueles na Austrália, foi encontrar um provedor para encaminhamento a um especialista em fertilidade. Nos Estados Unidos e na Austrália, um diagnóstico documentado de infertilidade é frequentemente necessário para o encaminhamento de especialistas. A revisão ressalta que esse diagnóstico é complicado para mulheres lésbicas porque elas não estão fazendo tentativas mensais de alcançar a gravidez com um parceiro masculino¹⁸.

Nesse sentido, mesmo em casos em que o direito à reprodução assistida é garantido, pode haver frustrações por parte de lésbicas. Três estudos qualitativos realizados na Suécia destacam incômodos e estigmas vivenciados por casais homoparentais cisgêneros em sua relação com serviços de reprodução e profissionais de saúde. Entrevistadas relataram que os procedimentos médicos originalmente adaptados para casais de sexos diferentes nem sempre atendem às necessidades dos casais do mesmo sexo. Ao afirmar uma diferença entre heterossexuais com problemas de fertilidade e elas mesmas como “mulheres lésbicas completamente saudáveis”, uma participante faz uma distinção clara entre os pontos de partida dos dois grupos. A vulnerabilidade é retratada em relação ao tratamento oferecido, em que casais de lésbicas afirmam necessitar de “outros tipos de tratamentos”, adaptados mais especificamente a elas como pacientes³⁶. As participantes suecas descreveram diferentes tipos de inadequa-

ções e maus-tratos na atenção à saúde reprodutiva. Relataram como os profissionais de saúde reprodutiva não tinham conhecimento sobre questões LGBTQ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e *queers*), bem como sobre formas de engravidar, o que foi descrito como cansativo e incômodo. Os profissionais mostraram sua falta de conhecimento, por exemplo, fazendo perguntas irrelevantes e sendo incapazes de avaliar as respostas das participantes. Várias participantes sentiram que as parteiras não tinham conhecimento sobre como trabalhar com as emoções decorrentes de um caminho difícil para a gravidez, muitas vezes envolvendo infertilidade e abortos espontâneos, e sobre as dificuldades decorrentes desse difícil caminho nas relações íntimas. As participantes descreveram como questionaram abertamente o tratamento inadequado, tendo que repetidamente explicar suas situações aos profissionais, e como foram obrigadas a educar os profissionais sobre maneiras de engravidar e regras e legislação sobre reprodução assistida²⁵.

Um casal de lésbicas estava planejando engravidar com a ajuda do sistema público de saúde sueco quando uma das futuras mães ligou para uma clínica de fertilidade para marcar consulta. No telefonema, disse que, apesar de sua clareza e franqueza, foi incompreendida ou ignorada ao pedir ajuda para entrar na lista de espera para inseminação. A mulher da clínica não quis “entender nada”. A participante ressalta que “demorou séculos para explicar” e que não “sabia quantas vezes” teve que explicar. Como vários outros casais, elas argumentaram que o tratamento hostil nas clínicas de fertilidade suecas foi a única razão para entrarem em contato com uma conhecida clínica de fertilidade amigável para lésbicas na Dinamarca. No relato, o tratamento deficiente é apresentado como consequência da heteronormatividade; alega-se que os funcionários da clínica de fertilidade carecem de conhecimento sobre como responder a casais de lésbicas como futuras mães²⁸.

Estudo na Nova Zelândia apontou que o desequilíbrio de poder fez com que algumas participantes lésbicas não pudessem expressar preocupações sobre seu tratamento e o poder que detinham sobre suas oportunidades reprodutivas. Assim, elas foram efetivamente silenciadas. As dificuldades de uma participante diziam respeito às enfermeiras, que foram “horíveis” no tratamento e cuidado com ela e sua companheira. Ela também encontrou atitudes homofóbicas de uma assistente social que as estava avaliando para assistência à fertilidade em uma clínica que

esperavam usar. A participante afirmou que, para ela, o equilíbrio de poder a levou a ceder ao mau tratamento para não atrapalhar o processo pelo qual tentavam atravessar. A sensação de que ela e sua parceira não estavam “fazendo as coisas corretamente”, de acordo com a visão de mundo heteronormativa, somava-se a um sentimento de marginalização perpétua, colocando um estresse indevido no relacionamento. O processo que a participante estava vivenciando na época incluía procedimentos invasivos, bem como a dependência de enfermeiras para obter informações claras e honestas, que ela não recebeu. A pressão adicional para algumas participantes se relacionava ao sentimento de constante escrutínio e julgamento pela comunidade heterossexual, e particularmente pelos profissionais de saúde³³.

Há outras questões importantes aos cuidados reprodutivos de casais de lésbicas e que devem ser levadas em consideração para se atingir a equidade e a integralidade do cuidado. Um estudo conduzido nos Estados Unidos relatou que casais de lésbicas precisavam decidir e concordar sobre o processo de concepção e quem seria a mãe da gestação, pois esta conseqüentemente se tornaria a mãe predominante para fornecer leite humano à criança. As mães gestacionais também podem carregar o óvulo da mãe não gestacional, e essa é uma possibilidade de escolha que os serviços podem oferecer. O estudo ressalta que a experiência de lactação de cada família é diferente, mas todas as mães acreditavam que o suporte clínico pode ser aprimorado para melhor apoiar mães do mesmo sexo. Muitas mães verbalizaram que os profissionais de saúde podem ser mais respeitosos e informados sobre os cuidados com a lactação. Elas relataram que os profissionais precisam ter mais conhecimento sobre o que elas passam para engravidar. Muitas vezes, as mães sentiram que os profissionais descartaram suas reais preocupações com a saúde e as abordaram como uma questão de gravidez, em vez de ouvir suas necessidades. Eles tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre lactação induzida ou amamentação²³.

Outra questão que surge é em relação à aquisição de esperma de um doador, a escolha entre um doador anônimo e um conhecido²³. A possibilidade de optar entre doadores anônimos, de identidade aberta ou conhecidos diferiu amplamente entre os países avaliados nos estudos. A escolha de um doador anônimo foi muitas vezes relatada por preocupação com a mãe não biológica, a fim de fortalecer seu papel de mãe⁴³. Estudo na Austrália cita os desafios logísticos e éticos

de se encontrar um doador. Desafios permeados por questões de uso de um doador conhecido ou desconhecido, retenção de esperma/óvulos para filhos posteriores, disponibilidade de doadores para várias famílias e identificação e direitos parentais dos doadores. A maioria das participantes concebeu usando um doador não identificado e garantiu que as crianças subsequentes tivessem o mesmo doador.

Simplesmente localizar um doador se provou difícil¹⁶. Na Noruega, casais de lésbicas procuraram reprodução assistida na Dinamarca, a fim de que o doador de esperma permanecesse anônimo⁴². Uma revisão narrativa, ao abordar a técnica de inseminação do doador, identificou os desafios de encontrar um doador, decidir sobre o nível desejado de interação com ele e resolver quanto e quando contar à criança sobre suas origens como temas-chave que devem ser discutidos antes da inseminação. A busca por um doador é influenciada pelo resultado da decisão do casal de utilizar ou não um doador conhecido ou anônimo e qual, se houver, o papel que ele desempenhará na vida da criança²⁹.

Facilitadores relacionados a direitos e diminuição da discriminação

Seis estudos abordaram possíveis facilitadores que ajudariam a diminuir ou acabar com essas barreiras. Entre eles, destacam-se: a necessidade de adequar os serviços de saúde reprodutiva para o acolhimento adequado de pessoas de todas as orientações sexuais, com atitude aberta e sem julgamento; a disponibilidade e a oferta de métodos conceptivos e contraceptivos também para a população LGBT e a abordagem sobre as opções reprodutivas; o uso de estratégias que facilitem a doação de esperma; a mudança dos ambientes de atendimento, com ausência do pressuposto de que todos os usuários são heterossexuais.

Uma revisão de diretrizes clínicas forneceu um resumo de recomendações relacionadas à prestação de serviços de atenção primária e planejamento familiar para pessoas LGBT. Sete diretrizes destacaram a importância de adequar os serviços de saúde reprodutiva às necessidades de pessoas de todas as orientações sexuais, garantindo que os provedores estejam informados sobre as necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva de LGBT e modificando os serviços para atender às necessidades exclusivas da pessoa. Dez diretrizes incluíram recomendações clínicas relacionadas à prevenção da gravidez adaptadas às populações LGBT. Houve ênfase na

importância da disponibilidade e fornecimento de métodos contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência, para todas as pessoas que os desejam, independentemente da orientação sexual, bem como evitar suposições de que indivíduos LGBT não são ou não serão sexualmente ativos com parceiros(as) que podem resultar em gravidez. Nove diretrizes discutiram o planejamento da gravidez e os serviços de fertilidade, encorajando os provedores a aconselhar pessoas LGBT, incluindo mulheres lésbicas ou bissexuais e clientes transgêneros, sobre suas opções reprodutivas. As recomendações afirmavam que aconselhamento e serviços de fertilidade fossem disponibilizados para lésbicas, incluindo detalhes sobre métodos de preservação de fertilidade e suas várias opções para ter um filho e integrá-lo à família. As diretrizes também recomendaram que os médicos discutam as opções reprodutivas com as pessoas antes de iniciar qualquer terapia hormonal ou cirurgia, incluindo as implicações da transição de gênero na fertilidade futura²⁴.

Um estudo realizado no Canadá propôs medidas amplas referentes à fertilização relacionadas a lésbicas e *gays*: (1) envolver todas as partes desejadas pelas usuárias, incluindo parceiras, doadores de esperma conhecidos e coparentais; (2) fornecer serviços de fertilidade acessíveis para doadores de esperma conhecidos, incluindo homens *gays*; (3) expandir a seleção de doadores de sêmen, particularmente no que diz respeito a doadores de diversas origens etnoculturais e doadores de identidade aberta; (4) minimizar os custos dos serviços e comunicar uma estrutura de taxas consistente; (5) oferecer oportunidades para que as mulheres façam escolhas informadas sobre intervenções consistentes com sua fertilidade conhecida ou presumida; (6) oferecer suporte à infertilidade específico para mulheres lésbicas e bissexuais (por exemplo, grupos especializados) ou fornecido por indivíduos com conhecimento sobre questões relevantes para mulheres lésbicas e bissexuais; (7) fornecer pistas de que o serviço é positivo para lésbicas e bissexuais; (8) esforçar-se por um padrão unificado de atendimento em todas as regiões geográficas e facilitar o acesso para mulheres que vivem fora dos grandes centros urbanos; (9) sempre que possível, oferecer serviços especializados em parceria com a comunidade lésbica e *gay*; (10) ajudar as mulheres lésbicas e bissexuais a se conectarem com outros serviços e suportes relevantes³⁵.

Alguns estudos incluídos deram voz aos casais homoafetivos cisgêneros, a fim de compreender a partir de suas perspectivas o que pode

ser facilitador no processo de construção de suas famílias. Uma revisão abordou casais de lésbicas que buscaram ativamente grupos de parentalidade com outros casais de lésbicas, para poder discutir e refletir sobre questões específicas de sua situação. As futuras mães destacaram algumas questões importantes para o acolhimento de qualidade na atenção à saúde: uma atitude aberta e sem julgamento; ausência do pressuposto, nas consultas, cartazes e formulários, de que todos os usuários são heterossexuais; conhecimento sobre a situação das mulheres lésbicas; e reconhecimento da co-mãe⁴³.

Estudo qualitativo sueco relatou que as participantes expressaram pensamentos sobre que tipo de cuidado e apoio gostariam de ter e como os profissionais poderiam ser mais inclusivos para os futuros e novos pais. Expressaram que sentiriam apoio se os profissionais pudessem refletir sobre as limitações do sistema de saúde e da legislação. E aprovaram as atitudes de profissionais quando tentaram ajudá-las a encontrar soluções e ter acesso aos cuidados. As participantes relataram desejar compreensão e capacidade de resposta sobre o motivo de algumas delas escolherem ir ao exterior para obter ajuda com a reprodução assistida. Também disseram que seria solidário se os profissionais expressassem suas simpatias em relação a formas normativas e exclusivas, a limitações legislativas que excluem pessoas LGBTQ que desejam se tornar pais e para o questionamento de pessoas LGBTQ quando precisam passar por avaliações psicossociais para ter acesso a atendimentos de reprodução assistida²⁵.

Um estudo avaliativo na Itália investigou as diferenças, entre um grupo de profissionais de saúde italianos com e sem formação em programas educacionais em sexologia, que influenciam no atendimento às necessidades de *gays* e lésbicas em relação ao casamento e parentalidade do mesmo sexo. O grupo de profissionais de saúde que participou desses programas relatou níveis significativamente mais baixos de homofobia em relação a *gays* e lésbicas em comparação ao grupo que não participou. Quanto ao sexismo, o grupo participante apresentou níveis mais baixos de sexismo total e benevolente, mas não foram relatadas diferenças significativas nos níveis de sexismo hostil, tendo ambos os grupos variado escores médios e baixos nessa subescala. Ambos os grupos alcançaram altas pontuações médias nas duas variáveis, mostrando atitudes positivas gerais sobre os direitos de *gays* e lésbicas sobre casamento e parentalidade, com o grupo que participou de programas relatando pontuações

significativamente mais altas do que o grupo sem programas. O grupo participante totalizou pontuações significativamente mais positivas sobre adoção por casais do mesmo sexo, inseminação artificial e fertilização *in vitro* para lésbicas³¹.

Lavoie e Greenbaum²⁶ apresentam a iniciativa de uma associação canadense voltada para famílias homoparentais que envolve membros dessas famílias e de educadores, ativistas comunitários e pesquisadores. Tal iniciativa, em ação desde 2009, se caracteriza como um projeto de transferência de conhecimento que visa a sensibilização e o suporte a profissionais de saúde e da educação para atuarem com essas famílias e contribuírem no reconhecimento social da homoparentalidade.

Considerações finais

No conjunto da literatura revisada, fica evidente que a discussão se volta mais para as barreiras/dificuldades do que para os aspectos facilitadores para o uso da tecnologia da reprodução humana assistida envolvendo casais homossexuais. Isso, de certa forma, pode indicar que – no contexto em que foram desenvolvidos os estudos – ainda se faz necessário promover a problematização do modelo hegemônico de família nuclear e heterossexual.

Outra evidência constatada é que, mesmo em países em que a reprodução assistida entre casais homossexuais é legalizada, ainda se faz necessário sensibilizar profissionais de saúde para que esse direito seja assegurado a tais casais, bem como promover ações sociais para que se reforce

o reconhecimento social dos direitos de famílias homoparentais.

Na medida em que nenhum estudo do acervo analisado questionou o direito do acesso à reprodução assistida como forma de constituir a homoparentalidade, pode ser apontado como evidência o consenso acadêmico no sentido de assegurar esse direito.

Entre as limitações desta revisão, devemos considerar a não realização de busca por publicações denominadas de literatura cinzenta. Em termos de idiomas, não ocorreu exclusão de estudos sobre o tema.

Com relação à lacuna observada na literatura revisada, destaca-se a falta de estudos com famílias de homens *gays* nas discussões voltadas para a reprodução de casais homoafetivos cis. O desenvolvimento de outros estudos pode ratificar ou retificar a hipótese de que, independentemente de os casais serem homossexuais ou heterossexuais, permanece a associação mecânica entre mulher e reprodução.

Por último, observa-se que a discussão sobre o assunto aqui tratado precisa promover deslocamentos do mundo acadêmico para o universo social em geral. O alinhamento entre a academia e os movimentos sociais pode ser uma estratégia potente para que o direito sexual e reprodutivo não só se torne pauta política no campo da saúde coletiva, mas consiga ser viabilizado por meio de estratégias programáticas desse campo. O caso da Aids, no âmbito nacional e internacional, atesta a eficácia e a efetividade desse alinhamento.

Colaboradores

FM Domene, JL Silva e TS Toma elaboraram o protocolo, trabalharam no planejamento, processo de seleção, extração, análise dos dados, interpretação e descrição dos resultados e escrita do texto. R Gomes participou da elaboração do protocolo, análise dos dados, interpretação e descrição dos resultados e escrita do texto. A Silva planejou e elaborou a estratégia de busca. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final.

Financiamento

Romeu Gomes recebe bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Processo nº 306801/2021-3).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: MS; 2013.
2. Silva Netto MCF. *Planejamento familiar nas famílias LGBT: desafios sociais e jurídicos do recurso à reprodução humana assistida no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum; 2021.
3. Zambrano E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horiz Antrop* 2006; 12(26):123-147.
4. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Peters M, Tricco AC. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evid Synth* 2022; 20(4):950-952.
5. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
6. Gomes R, Silva JL, Toma TS, Silva A, Domene FM. Protocolo: a homoparentalidade como questão da saúde coletiva: uma revisão de escopo. *OSF* 2022. DOI: DOI 10.17605/OSF.IO/QXSU.
7. Gomes R, Toma TS, Silva JL, Domene FM, Silva A. Homoparenting as a public health issue: a scoping review. *Rev Saude Publica* 2023; 57:80.
8. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016; 5(1):210.
9. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
11. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Adelaide: JBI; 2017.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.
13. Albuquerque GA, Belém JM, Cavalcante Nunes JF, Leite MF, Quirino GS. Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS* 2018; 21(1):104-111.
14. Belaisch Allart J. L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation, la gestation pour autrui, l'homoparentalité. *Gynecol Obstet Fertil* 2012; 40:3-7.

15. Carvalho PGC, Cabral CDS, Ferguson L, Gruskin S, Diniz CSG. 'We are not infertile': challenges and limitations faced by women in same-sex relationships when seeking conception services in São Paulo, Brazil. *Cult Health Sex* 2019; 21(11):1257-1272.
16. Chapman R, Wardrop J, Zappia T, Watkins R, Shields L. The experiences of Australian lesbian couples becoming parents: deciding, searching and birthing. *J Clin Nurs* 2012; 21(13-14):1878-1885.
17. Fantus S. Experiences of gestational surrogacy for gay men in Canada. *Cult Health Sex* 2021; 23(10):1361-1374.
18. Gregg I. The health care experiences of lesbian women becoming mothers. *Nurs Womens Health* 2018; 22(1):40-50.
19. Guérin JF. Assistance médicale à la procréation pour toutes : les éléments du débat. *Rev Prat* 2018; 68(5):483-486.
20. Hayman B, Wilkes L, Halcomb EJ, Jackson D. Marginalised mothers: lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemp Nurse* 2013; 44(1):120-127.
21. Hayman B, Wilkes L, Halcomb E, Jackson D. Lesbian women choosing motherhood: the journey to conception. *J GLBT Fam Stud* 2015; 11(4):395-409.
22. Imaz E. Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reprod Biomed Soc Online* 2017; 4:5-12.
23. Juntereal NA, Spatz DL. Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth* 2020; 47(1):21-28.
24. Klein DA, Malcolm NM, Berry-Bibee EN, Paradise SL, Coulter JS, Keglovitz Baker K, et al. Quality primary care and family planning services for LGBT clients: a comprehensive review of clinical guidelines. *LGBT Health* 2018; 5(3):153-170.
25. Klittmark S, Garzón M, Andersson E, Wells MB. LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scand J Caring Sci* 2019; 33(2):417-426.
26. Lavoie K, Greenbaum M. Regards sur les familles homoparentales: s'ouvrir à leurs réalités pour mieux répondre aux besoins des enfants. *Nouv Prat Soc* 2013; 24(2):140-150.
27. Lucio FPS, Araújo EC. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Eletronica Enferm* 2017; 19:1-11.
28. Malmquist A, Nelson KZ. Efforts to maintain a "just great" story: Lesbian parents' talk about encounters with professionals in fertility clinics and maternal and child healthcare services. *Fem Psychol* 2014; 24(1):56-73.
29. McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(1):13-23.
30. Nau JY. De l'homoparentalité légalisée. *Rev Med Suisse* 2011; 7(281):372-373.
31. Nimbi FM, Viozzi E, Tripodi F, Simonelli C, Baiocco R. Could educational programs in sexology have an influence on attitudes towards same-sex marriage and parenting? *Sexologies* 2020; 29(3):e77-e83.
32. Norton W, Hudson N, Culley L. Gay men seeking surrogacy to achieve parenthood. *Reprod Biomed Online* 2013; 27(3):271-279.
33. O'Neill KR, Hame HP, Dixon R. Perspectives from lesbian women: their experiences with healthcare professionals when transitioning to planned parenthood. *Divers Equal Heal Care* 2013; 10(4):213-222.
34. Obem MK. A (in)visibilidade de famílias homoafetivas durante atendimentos nos serviços de saúde [tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2018.
35. Ross LE, Steele LS, Epstein R. Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. *Fertil Steril* 2006; 86(3):735-738.
36. Rozental A, Malmquist A. Vulnerability and acceptance: lesbian women's family-making through assisted reproduction in Swedish public health care. *J GLBT Fam Stud* 2015; 11(2):127-150.
37. Silva DA. Enfim mães! Da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
38. Silva JL, Costa MJF, Távora RCO, Valença CN. Planejamento para famílias homoafetivas: releitura da saúde pública brasileira. *Rev Bioet* 2019; 27(2):276-280.
39. Singer RB. Improving prenatal care for pregnant lesbians. *Int J Child Educ* 2012; 27(4):1-37.
40. Vecho O, Schneider B. Attitudes envers l'homoparentalité: une comparaison entre psychologues français et québécois. *Can J Behav Sci* 2015; 47(1):102-112.
41. Weber S. Parenting, family life, and well-being among sexual minorities: nursing policy and practice implications. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29(6):601-618.
42. Wells MB, Lang SN. Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field: a systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries. *J Clin Nurs* 2016; 25(23):3469-3483.
43. Werner C, Westerståhl A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(7):697-701.

Artigo apresentado em 21/11/2023

Aprovado em 26/11/2023

Versão final apresentada em 27/11/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Antônio Augusto Moura da Silva