



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, Supl.++ n. 1 (2022).

## ARTIGO DE REVISÃO

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p161-178

### Facilidades e dificuldades no acesso aos cuidados paliativos por populações em situação de rua e LGBTQIA+: revisão integrativa

Facilities and difficulties of access to palliative care for homeless people and LGBTQIA+: an integrative review

#### Helena da Cruz Campelo

Acadêmica do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil;  
E-mail: hccampelo98@gmail.com;  
ORCID: 0000-0001-8207-1942

#### Franciele Roberta Cordeiro

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, Brasil;  
E-mail: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br;  
ORCID: 0000-0001-6194-5057

#### Larissa Bierhals

Acadêmica do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil;  
E-mail: larissabierhals29@gmail.com;  
ORCID: 0000-0002-1180-6144

#### Nataniele Kmentt da Silva

Acadêmica do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, Brasil.  
E-mail: nat.kmentt.s@gmail.com  
ORCID: 0000-0001-9798-6547

#### Carina Rabêlo Moscoso

Mestra em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, Brasil.  
E-mail: carina\_moscoso@hotmail.com  
ORCID: 0000-0002-6976-2471

#### Rayssa dos Santos Marques

Acadêmica do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, Brasil.  
E-mail: rayssa-s-m@hotmail.com  
ORCID: 0000-0002-5983-0194

**Resumo:** O acesso aos cuidados paliativos é um desafio enfrentado pelos sistemas de saúde do mundo. Quando se trata de assegurar o acesso de minorias, como as populações em situação de rua e LGBTQIA+, as dificuldades são ainda maiores. Por isso, este artigo tem como objetivo analisar os fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pelas populações em situação de rua e LGBTQIA+. Para tal, realizou-se revisão integrativa de literatura na MEDLINE, em setembro de 2020. Os dados de 21 artigos foram extraídos no programa *Google Forms*, posteriormente organizados no *Google Planilhas* e analisados por aproximação temática. Duas unidades temáticas foram construídas: “Facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população em situação de rua” e “Facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população LGBTQIA+”. Conclui-se que a educação em serviço pode minimizar comportamentos estigmatizantes por parte dos trabalhadores em saúde. Consultório na rua e redução de danos são maneiras de acolher e aproximar essas populações, a fim de favorecer o acesso aos serviços e aos cuidados paliativos no final da vida.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Pessoas em Situação de Rua; Equidade; Equidade no acesso aos serviços de saúde; Minorias Sexuais e de Gênero;

**Abstract:** Access to palliative care is a challenge face by the health systems word wide. When the goal is to assure the access of minorities, such as homeless people and LGBTQIA+ the difficulties are even greater. Therefore, this article aims to analyze the factors that facilitate and hinder access to palliative care for homeless people and LGBTQIA+. To this end, an integrative literature review was performed at MEDLINE, in September of 2020. The data of 21 articles were extracted in the Google Forms program and later organized in Google Sheets and then analyzed by thematic proximity. We constructed two thematic units: "Facilities and difficulties of access to palliative care by the homeless population" and "Facilities and difficulties of access to palliative care by the LGBTQIA+ population". In conclusion education in service can minimize stigmatizing behaviors by health workers. Office on the street and harm reduction policies are ways to welcome and bring these populations closer together, to promote access to palliative care services and care at the end of life.

**Keywords:** Palliative care; Homeless people; Health equity; Equity in Access to Health Services; Sexual and Gender Minorities;

## Introdução

As populações vulneráveis, na área da saúde, são consideradas aquelas que se constituem a partir de um grupo social exposto a riscos físicos, ambientais e socioeconômicos, os quais podem comprometer a garantia e continuidade de sua existência de forma digna ou a mobilidade social.<sup>1</sup> Dentre elas, pode-se destacar as populações em situação de rua e a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersex, agêneros, assexuados e mais (LGBTQIA+).

População de rua é aquela que vive em locais informais, tais como calçadas, abrigos ou acampamentos improvisados, sem acesso à saneamento básico, exposta à violência. Está sujeita a criminalização, assédio e tratamento discriminatório devido ao espaço que ocupa.<sup>2</sup> Estima-se que, mundialmente, 150 milhões de pessoas vivam em situação de rua e que mais de 20% viva em condições precárias de moradia.<sup>3</sup> A falta de definição e consenso acerca da situação de desabrigo e a carência de políticas públicas nos diferentes países são fatores que contribuem na limitação da melhora das condições de vida dessas pessoas.

Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou, em 2020, recomendações<sup>2</sup> aos Estados (instituições públicas, governos federais e estaduais, entes jurídicos dos países) com a finalidade de potencializar a garantia do acesso à moradia pela população. No Brasil, existe uma

Política Nacional para a População em Situação de Rua, a qual foi instituída em 2009, e destaca princípios como equidade, igualdade, atendimento humanizado e universalizado.<sup>4</sup>

A comunidade LGBTQIA+ representa um grupo social composto por pessoas, excluídas do padrão heteronormativo, as quais acabam sendo vistas como inferiores e enfrentando preconceitos e barreiras específicas.<sup>5</sup> Quando esse grupo se depara com a necessidade de cuidados paliativos, a transição de cuidados representa os mesmos problemas que essa comunidade, historicamente marginalizada, já enfrenta ao longo da vida no que tange à assistência em saúde, como medo de discriminações e falta de confiança nos profissionais, além de insegurança de apresentar uma rede de apoio não tradicional.<sup>6,7</sup>

Desta forma, essa população acaba desenvolvendo práticas de autoproteção no que diz respeito aos serviços de saúde, evitando-os por experiências negativas anteriores ou deixando de fornecer informações sobre sua orientação sexual ou identidade de gênero devido à desconfiança e às dificuldades de comunicação eficaz e segura com as equipes assistenciais dos serviços.<sup>6</sup>

A equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que prevê o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde por qualquer grupo social.<sup>8</sup> Entretanto, sabe-se que fatores como despreparo de profissionais, medo, estigmatização e preconceito acabam por dificultar o acesso e permanência das populações em situação de rua e LGBTQIA+ no sistema de saúde.<sup>9-12</sup>

No contexto dos cuidados paliativos, estudos apontam que as populações LGBTQIA+ e em situação de rua tendem a experimentar desigualdades ao receberem esses cuidados, devido a barreiras relacionadas a traumas com discriminação e preconceito sofridos anteriormente, bem como ausência de proteções legais direcionadas a esses grupos.<sup>13,14,15</sup>

Cuidados paliativos são uma abordagem multidisciplinar que buscam promover qualidade de vida e controlar sintomas (físicos, psicológicos, espirituais e sociais) de pessoas com doenças graves, que ameaçam a vida e de suas famílias.<sup>16</sup> Pessoas que vivenciam o final de vida são aquelas para as quais se evidencia maior benefício dessa abordagem, devido à elevada carga de sofrimento oriunda da terminalidade.<sup>17</sup> Entretanto, deve ser iniciada precocemente, desde o diagnóstico da doença como não responsiva ao tratamento que pretende modificá-la.<sup>16</sup>

Assegurar cuidados paliativos às pessoas com doenças que ameaçam a vida e suas famílias têm sido um desafio aos sistemas de saúde, especialmente de países economicamente menos favorecidos.<sup>18</sup> A oferta e manutenção, no tempo certo e em acordo com as necessidades específicas, de medicamentos essenciais para controle de sintomas, profissionais para acompanhamento, dispositivos, auxílios, por equipes e serviços especializados, caracterizam o acesso aos cuidados

paliativos.<sup>18,19</sup> Estima-se que, em 2015, no mundo, 25,5 milhões de pessoas morreram com sofrimento relacionado a problemas de saúde, necessitando de cuidados paliativos.<sup>18</sup>

No Brasil, não há dados sobre as demandas de cuidados de pessoas em final de vida, o que inclui as questões de acesso a serviço, tanto em se tratando do público em geral, quanto de pessoas em situações de vulnerabilidade social. Entretanto, um relatório elaborado em 2014 pelo Observatório Nacional do Final da Vida (ONFV), da França, analisou as condições sob as quais pessoas em precariedade terminam seus dias naquele país. O documento considera pessoas em precariedade como aquelas que vivem na insegurança financeira, física, emocional e estrutural, o que as impede de assumir obrigações pessoais, familiares e profissionais, e de usufruir de seus direitos fundamentais.<sup>20</sup>

O relatório<sup>20</sup> constatou que aproximadamente 15 mil franceses, em situação de precariedade, especialmente em situação de rua, falecem nos serviços de urgência e emergência. Esses são a principal forma de ingresso no sistema de saúde, além de ser um dos poucos com os quais essa população tem contato. Outro problema identificado foi quanto à inumação e à falta de recursos para tal, que resulta em enterros que cumprem as normativas mínimas, mas que repercutem no apagamento das pessoas, que se tornam anônimas, terminado suas vidas sem dignidade.

Nos centros de acolhimento e reintegração social, que se assemelham aos albergues, os profissionais desconhecem e não acionam as equipes de consultoria em cuidados paliativos que se deslocam até as instituições dos territórios ou as equipes das “redes de cuidados” (*réseaux de santé*), que se estruturam de forma similar ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), no Brasil.<sup>20</sup>

Desta forma, este estudo emerge da necessidade de identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pelas populações em situação de rua e LGBTQIA+. Acesso aos serviços de saúde se trata de um conceito complexo, visto que é preciso considerar diferentes aspectos. Em síntese, é o contexto em que os serviços, nesse caso, os de saúde, são oferecidos para a população. Deve-se considerar a localização geográfica do serviço em questão, a organização deste serviço para atender uma determinada população, a realidade social e econômica na qual os indivíduos se encontram e a existência ou não de políticas públicas capazes de equanimizar o acesso aos serviços de saúde por populações vulnerabilizadas.<sup>21</sup>

Para a população que vive na rua, esse espaço é naturalizado. Ou seja, a rua se torna o espaço de referência para questões de saúde, vida e de morte. Por essa razão, acessar serviços em espaços delimitados e normativos, torna-se difícil, fazendo com que a população em situação de rua seja

excluída, impossibilitando, assim, seu acolhimento.<sup>21,22</sup> Todavia, no Brasil, a partir da instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em 2009,<sup>4</sup> houve ampliação do acesso aos serviços, e em 2011, através da Política Nacional de Atenção Básica,<sup>23</sup> houve a implementação dos consultórios na rua, os quais objetivam atender às necessidades de saúde dessa população.

Verifica-se que os serviços têm sido procurados para tratamento de lesões por agressões físicas e/ou armas brancas ou de fogo, controle de doenças crônicas limitantes e da dor, doenças mentais e em alguns casos para realização de vacinas e exames preventivos,<sup>24</sup> entretanto, lacunas no que tange cuidados paliativos, ainda são verificadas.

A população LGBTQIA+, historicamente, enfrenta discriminação associada à identidade de gênero, visto isso, o acesso aos serviços de saúde é permeado pela necessidade de políticas públicas que reduzam a LGBTfobia e iniquidade, visando uma adesão significativa desse público aos estabelecimentos de saúde.<sup>25</sup>

Frente ao apresentado, este estudo teve como objetivo analisarmos fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pelas populações em situação de rua e LGBTQIA+.

## Metodologia

Revisão integrativa de literatura que respeitou seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e, finalmente, apresentação da síntese do conhecimento.<sup>26</sup>

A questão de pesquisa desta revisão foi: quais os fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pelas populações em situação de rua e LGBTQIA+, evidenciados na literatura internacional? Para construí-la utilizou-se a estratégia PICO, ou seja, P (população)= população de rua e LGBTQIA+, I (intervenção)= acesso aos serviços de cuidados paliativos, C (comparação)= não se aplica e O (resultados)= facilidades e dificuldades de acesso.

A base de dados, consultada em setembro de 2020, foi a MEDLINE (PubMed). A escolha se deu pelo fato dela contemplar um arquivo representativo e significativo de artigos da área da saúde, envolvendo não somente o contexto americano, mas mundial. Sendo assim, foram associados os Medical Subject Headings (Mesh Terms) “Palliative care” e “Homeless people”, “Palliative care” e “Sex and gender minorities”, em ambas associações foi utilizado o operador booleano “AND”. As estratégias de busca estão descritas no Quadro 1.

Em relação à operacionalização da revisão, inicialmente, foram lidos os títulos e, posteriormente, os resumos dos estudos, observando os critérios de inclusão estabelecidos, os quais foram: artigos de revisão, originais e relatos de experiência, nos idiomas inglês, português e espanhol, sem delimitação temporal. Esse último critério foi determinado com vistas a possibilitar o encontro de um maior número de publicações sobre a temática, reconhecendo que, embora as preocupações sociais e de saúde com as populações estudadas e o final de vida sejam recentes no Brasil, no exterior, elas têm sido desenvolvidas há mais tempo.

102 artigos foram identificados, dos quais, inicialmente, 13 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Dessa forma, após a leitura dos títulos identificaram-se 89 artigos na base MEDLINE (PubMed). Após a leitura dos resumos, foram mantidos 54. Finalmente, 45 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 21 compuseram o *corpus* de análise por responderem a questão de pesquisa. O fluxograma da seleção dos estudos está representado na Figura 1.

Dos artigos, foram extraídas informações através de formulário do programa *Google Forms*, como as que seguem: título, ano, país, revista, área, abordagem metodológica, referencial teórico, participantes, material de análise, cenário, técnicas de produção de dados, como os dados foram analisados e principais resultados. Os dados foram organizados em planilha do programa *Google planilhas*, analisados e apresentados por aproximação entre os temas.<sup>27</sup>

## Resultados

O período de publicação dos estudos variou entre 2006 e 2020, sendo que 2018 concentrou o maior número de publicações.<sup>6,10,14-15,28-30</sup> Estados Unidos da América (EUA),<sup>6,15,31-32</sup> Canadá,<sup>33-36</sup> Holanda,<sup>10,14,30,37</sup> Inglaterra<sup>12,29,38-39</sup> e Austrália<sup>28,40-41</sup> foram os países que mais apresentaram publicações. Zimbábue<sup>9</sup> teve um estudo publicado e houve um estudo multicêntrico,<sup>42</sup> entre EUA e Canadá. As revistas em que mais os autores publicaram foram *Palliative Medicine*,<sup>9,29,37,39</sup> *BMC Palliative Care*<sup>10,30,33,34</sup> e *Journal of pain and symptom management*.<sup>14,15</sup>

A área de publicação que mais discorreu sobre o tema foi a Medicina,<sup>10,14,15,30,32,36,39,42</sup> seguido da Multidisciplinar<sup>9,28,29,31,34,35,38</sup> e da Enfermagem.<sup>6,12,14,33,40</sup> Profissionais de saúde foram os principais participantes dos estudos,<sup>9,10,14,28,31,33,35,36,38-40,42</sup> seguidos de pacientes<sup>14,29-34,36,38-40</sup> e registros/ documentos oficiais.<sup>6,10,14,15</sup> Os cenários mais frequentes foram abrigos/ albergues,<sup>29,30,33,39,41</sup> unidades de internação hospitalar, equipe de consultoria, hospitais e unidades básicas de saúde.<sup>12,14,28,29,32,33,35,37,40,42</sup>

Quanto ao desenho metodológico, 18 artigos se utilizaram de abordagem qualitativa<sup>6,9,10,12,14,15,29,30-36,38-40,42</sup> e três de quantitativa.<sup>28,37,41</sup> A entrevista foi a técnica de produção de dados mais utilizada,<sup>9,29,30-33,35,36,38-40,42</sup> seguida de grupo focal<sup>9,14,36,38,39</sup> e revisão de literatura.<sup>6,12,15,31,34</sup> Em relação à população específica abordada, 15 estudos contemplaram a população em situação de rua<sup>10,12,14,30-40,42</sup> e seis a população LGBTQIA+.<sup>6,9,15,28,29,41</sup>

Após a análise e interpretação dos dados, duas unidades temáticas foram construídas: “Facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população em situação de rua” e “Facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população LGBTQIA+”.

### **Facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população em situação de rua**

Os fatores que facilitam o acesso da população em situação de rua aos serviços de cuidados paliativos identificados foram os consultórios na rua, as enfermeiras da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Política da redução de danos.

Os consultórios na rua se configuram como uma forma de atenção flexível e que considera a condição de vulnerabilidade da pessoa.<sup>40,42</sup> As enfermeiras da APS reconhecem e acompanham as necessidades específicas e de acordo com o cenário da população.<sup>12</sup> A aplicação dos princípios da redução de danos favorece a construção de vínculos e a aproximação da população em situação de rua aos serviços de cuidados paliativos.<sup>35</sup>

As dificuldades encontradas pela população em situação de rua e que dificultam o acesso aos cuidados paliativos estiveram relacionadas à população em si, aos profissionais de saúde e aos serviços.

A população em situação de rua apresentou receio de acessar os serviços por experiências negativas vividas anteriormente, como a falta de confiança nos profissionais;<sup>34,42</sup> pela falta de plano ou seguro de saúde e de vínculo com os profissionais;<sup>10,37</sup> pelo estigma social enfrentado por essa população e a sensação de desamparo pelo hospital.<sup>32,35</sup>

Outros fatores relacionados ao tratamento foram apontados, sendo eles: procura pelos serviços de saúde somente quando a doença atinge o estágio avançado ou após múltiplas internações hospitalares,<sup>40</sup> não aceitação por cuidados paliativos ou baixa adesão ao tratamento, inclusive por problemas de saúde mental;<sup>30,31,37,40</sup> desconforto em relação aos serviços que não utilizam estratégias de redução de danos e escuta apressada dos profissionais de saúde;<sup>32,34</sup> baixa adesão ao tratamento medicamentoso devido a ingestão alimentar e líquida reduzida, por barreiras financeiras, dificuldade de armazenamento dos alimentos, por perda, roubo ou falta de moradia e

percepção pela relutância dos médicos em fornecer analgésicos devido ao histórico de abuso de substâncias psicoativas ilícitas.<sup>31,32,40</sup>

Em relação aos profissionais, as dificuldades identificadas foram: o acesso à população em situação de rua, tornando os cuidados paliativos limitados, a identificação de quem necessita desses cuidados ou que se encontra em final de vida;<sup>12,30,33</sup> também constatou-se dificuldade em discutir questões relacionadas ao processo de morrer e a morte por estarem mais preparados para reabilitação e serviços curativos, além da falta de capacitação profissional para atuar nesse contexto e desconhecimento sobre os desafios que essas pessoas enfrentam diariamente<sup>10,12,35,38,39,42</sup> e existência de barreiras de linguagem que prejudicam as orientações fornecidas.<sup>10,37</sup>

Também foram encontrados outros fatores como sobrecarga física e emocional que prejudicam a abordagem, lacunas no tratamento, preconceito por parte dos profissionais de saúde em relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, dificultando a prescrição de analgésicos e estigma social por ser considerada gestão de risco.<sup>31,32,35,37,38</sup>

No que tange às dificuldades encontradas em relação aos serviços de cuidados paliativos, cita-se a inexistência de serviços e instalações específicos e qualificados para atendimento à população em situação de rua;<sup>30,36,39,42</sup> falta de flexibilidade para atender às pessoas com dependência por álcool e/ou substâncias psicoativas ilícitas, resistência ao uso de políticas específicas para redução de danos durante os cuidados paliativos.<sup>12,35</sup>

Por último, há dificuldade de encontrar o paciente para dar continuidade no tratamento, já que ele não possui moradia fixa;<sup>31,35</sup> desarticulação no sistema de saúde para o planejamento de alta, o qual é tardio e muitas vezes sem considerar a situação de moradia da pessoa, transição do cuidado incerta, falta de responsabilização pelo paciente e deficiência nas políticas de atendimento a quem não possui plano de saúde.<sup>33,37,40</sup>

### **Facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população LGBTQIA+**

Em relação às facilidades do acesso aos cuidados paliativos pela população LGBTQIA+, destacaram-se: estratégias de educação continuada com foco no conhecimento, habilidades, atitudes e treinamento dos profissionais para atender as demandas desse grupo;<sup>28,29</sup> necessidade de educação em saúde sobre e para essa população;<sup>28</sup> importância de tornar o ambiente acolhedor e a comunicação segura entre paciente e profissionais, para que esses pacientes possam falar abertamente sobre si e apresentarem seus cônjuges, bem como outras pessoas e famílias de escolha.<sup>15</sup>

Quanto aos dificultadores do acesso aos cuidados paliativos pela população LGBTQIA+, foi possível identificar que as questões predominantemente mencionadas nos estudos citaram o medo de recorrer aos serviços, por sentirem que sofrerão preconceito; o despreparo dos profissionais para lidar com esse público, mesmo com conhecimentos acerca dos cuidados paliativos; o não reconhecimento da família escolhida, ou seja, sem consanguinidade, para participar do processo de tomada de decisão em relação aos cuidados; o distanciamento e isolamento social; e a insegurança de contar sua verdadeira identidade de gênero ao procurar assistência.<sup>6,9,15, 28,29,41</sup>

Ainda foi mencionado em um estudo o receio de ter que parar com medicamentos que proporcionam as características fenotipicamente ligadas a identidade de gênero e a possibilidade de morrer sem conseguir realizar a cirurgia de redesignação de sexo.<sup>29</sup>

## Discussão

Em relação às facilidades para o acesso aos cuidados paliativos pela população em situação de rua, esta revisão apontou o consultório na rua como estratégia potente. O acompanhamento através desse, promove atendimento sem discriminação, em associação com práticas de educação em saúde e redução de danos como indispensáveis para a assistência em saúde das pessoas em situação de rua, além de favorecer o acolhimento e o cuidado.<sup>43</sup>

No Brasil, os consultórios na rua se caracterizam por oferecer uma abordagem de atenção primária às pessoas em situação de rua que não possuem acesso aos cuidados de saúde devido à dificuldade em acessar o SUS através da atenção primária e, por vezes, contam com auxílio da Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pelo território em que se encontram.<sup>43,44</sup>

Esses consultórios são administrados por uma equipe multidisciplinar, que compreende enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, que pode se subdividir em três modalidades distintas, são elas: quatro profissionais -sendo dois de nível superior e dois de nível médio-, seis profissionais - três de nível superior e três de nível médio- e, por último, os mesmos seis profissionais e mais um médico. Essa equipe tem por objetivo garantir assistência em saúde, suporte clínico, social e emocional, reforçar os direitos e realizar abordagem sobre os desafios enfrentados por esse público, para que seja possível estabelecer projeções de mudança inferindo diretamente na qualidade de vida.<sup>44,45</sup>

Outro elemento facilitador identificado foram os enfermeiros da APS. Entretanto, é válido reforçar que esses profissionais necessitam de capacitação e acompanhamento quanto às formas

específicas de cuidado junto a essa população, pois muitos sentem (in)capacidade de realizar acolhimento incondicional diante de condições precárias, com local de moradia incerto, o que dificulta o trabalho e a formação de vínculo com essa população.<sup>46</sup>

É preciso dar voz às pessoas em situação de rua para a criação de políticas públicas de assistência social e de saúde como forma de elencar prioridades e contribuir no planejamento de ações nas três esferas governamentais.<sup>47</sup>

Essa população tende a ocupar uma posição de invisibilidade perante à sociedade e os serviços de saúde no Brasil não têm sido efetivos na resolução de seus problemas, mesmo que o acesso à saúde deva ser garantido pelo Estado.<sup>48</sup>

Algumas barreiras dificultam o acesso à saúde por essa população, tais como assistência à saúde voltada para o modelo biomédico, higienista e medicalizador, marginalização, culpabilização desses indivíduos pela situação de saúde em que se encontram, despreparo dos profissionais, que não conhecem as particularidades dessa população e acabam por tratá-la como um todo, gerando problemas de estigma e preconceito, além da desarticulação entre setores dos serviços de saúde.<sup>48</sup>

Também há procura tardia dessa população pelos serviços de saúde, sob a justificativa de que, para eles, problemas de saúde que não gerem incapacidade ou problemas de locomoção para buscar alimentos acabam sendo relativizados diante da necessidade de sobreviver.<sup>48</sup>

No que concerne ao desconforto e à desconfiança por parte da população em situação de rua com os profissionais, devido a inexistência do uso de estratégias de redução de danos, uma revisão<sup>49</sup> demonstrou a importância do uso desse programa para garantir cuidados de final de vida, fortalecer vínculos entre as partes envolvidas e melhorar a articulação com os serviços especializados, fortalecendo, inclusive, a escolha do paciente sobre seu local de morte.

A redução de danos consiste em uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil, que visa reduzir o prejuízo ocasionado pelo excesso de drogas ou evitar futuros agravos, a abordagem repressiva ou preconceituosa de internação de usuários de drogas em serviços específicos para tratamento, além de ampliar o acolhimento às pessoas que não querem ou não são capazes de reduzir ou cessar o uso dessas substâncias por conta própria, ou possuem dificuldade de acesso aos serviços de saúde.<sup>50</sup> Essa estratégia pode ser implementada pelas equipes atuantes nos consultórios na rua, de forma transversal às ações de saúde, e possibilita o aumento do vínculo e das relações de confiança entre os profissionais e a população em situação de rua.<sup>45,50-51</sup>

Como forma de aprimorar os cuidados às pessoas em situação de rua com doenças que ameaçam a vida, por meio de iniciativas profissionais, na cidade de Toronto, um estudo,<sup>52</sup> que relatou as ações desenvolvidas entre um programa de educação paliativa e outro de cuidados

voltados a essa população, identificou que as principais necessidades desse grupo a serem atendidas eram o planejamento de funeral, taxas de ambulância, mantimentos e objetos pessoais.

A parceria entre esses programas constitui o projeto nomeado “The Good Wishes”, o qual busca realizar desejos e tornar o final de vida de pessoas em situação de rua, o mais digno possível. Essa realização de desejos permite maior confiança nos profissionais de saúde, todavia, alguns relataram sobrecarga, fato que corrobora com resultados do presente estudo no que tange a dificuldade dos profissionais em assistir a essa população e aponta a importância de considerá-la, além do seu diagnóstico visando, portanto, seus valores.<sup>52</sup>

Quanto às facilidades encontradas pela população LGBTQIA+ no acesso aos cuidados paliativos, destaca-se a importância dos profissionais do Serviço Social no que tange à garantia de atendimento preciso ao paciente e estabelecimento de rede intrainstitucional. A orientação sexual e a identidade de gênero são aspectos fundamentais à eficácia da abordagem em saúde, e cabe a estes profissionais orientar sobre questões legais e burocráticas, avaliar a rede de apoio e intervir em aspectos culturais e sociais que permeiam o cuidado.<sup>53</sup>

No que diz respeito aos serviços de saúde, as adaptações para a inclusão da população LGBTQIA+ dependem de alterações de pensamentos e atitudes dos profissionais de saúde atuantes, que normalmente assistem a todos os pacientes de acordo com o padrão heteronormativo.<sup>54</sup> Nesse sentido, estudo realizado com profissionais de saúde e gestores do SUS, no Paraná (Brasil), enfatizou a educação permanente como ferramenta importante para o conhecimento dos profissionais sobre políticas de saúde LGBT e qualificação da assistência a este grupo.<sup>55</sup>

Além disso, uma conduta profissional fundamentada nos princípios éticos amenizaria possíveis dilemas entre profissional e usuário, já que o primeiro não deve externar nenhuma forma de juízo de valor durante sua prática.<sup>56</sup>

Como facilitador para o acesso dessa população aos serviços de saúde e assumindo um compromisso ético-político no contexto brasileiro existe, desde 2010, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros), criada com o objetivo de superar os processos de discriminação sobre a saúde dessa população e garantir a promoção da equidade, universalidade e integralidade, princípios primordiais do SUS.<sup>57</sup>

Sobre as dificuldades de acesso aos serviços de cuidados paliativos pela população LGBTQIA+, é possível identificar que, no Brasil, as propostas de saúde a esse público enfocam na prevenção a infecções sexualmente transmissíveis, atribuindo esse fato ao preconceito institucional e aos trabalhadores da saúde. Mesmo após a instituição da Política Nacional de Atenção LGBT, o

número de publicações no país ainda se mostra insuficiente e o assunto pouco abordado na academia.<sup>58</sup>

Como consequência, os estigmas e preconceitos impostos por profissionais da saúde e membros da comunidade, por falta de conhecimento, resultam em dificuldade de acolhimento, escuta e geram isolamento social, repercutindo em um final de vida indigno, sofrido e doloroso.<sup>9</sup>

Em relação às decisões de final de vida, essa população enfrenta problemas por não serem aceitas pela família.<sup>15</sup> Pessoas transgênero se afastam de sua família biológica por falta de aceitação da sua orientação sexual, estabelecendo vínculo muito forte com pessoas que não são biologicamente à elas ligadas, mas emocionalmente se tornam família pelo acolhimento e cuidado. Por esse motivo, no final de vida, as decisões que ficam a cargo do familiar se tornam problemáticas pela falta de laços biológicos.

Esta revisão apresenta como limitações a utilização de somente uma base de dados, o uso de descritores controlados e o número restrito de idiomas incluídos, o que reduz o número de artigos identificados e não permite a generalização dos achados.

Todavia, os resultados contribuem para a prática, na medida em que se apontam dificuldades a serem superadas pelos profissionais de saúde, por meio de educação em serviço. Também se indicam estratégias a serem incorporadas no cuidado às pessoas em situação de rua e LGBTQIA+ acometidas por doenças que ameaçam a vida e que necessitem de cuidados paliativos.

As estratégias são viáveis de serem desenvolvidas mesmo em contextos com poucos recursos, mas que possuem rede de atenção à saúde e políticas públicas, como é o caso do Brasil. Espera-se, assim, reduzir desigualdades no acesso aos cuidados paliativos, proporcionando dignidade às minorias no final da vida.

## Considerações finais

Esta revisão permitiu analisar os fatores facilitadores e dificultadores para o acesso aos cuidados paliativos pelas populações em situação de rua e LGBTQIA+. Os artigos identificados na literatura internacional apontaram para experiências positivas e para limitações em países anglo-saxônicos da América, além de Inglaterra e Austrália. Tais experiências foram descritas, majoritariamente, por meio de pesquisas qualitativas, pela perspectiva de profissionais de saúde, que se destacaram dentre os participantes dos estudos. Acredita-se que escutar os profissionais é de suma importância, entretanto, para a elaboração de políticas de saúde que tenham aceitabilidade, sejam exequíveis e efetivas, também é preciso escutar e dar voz as populações para as quais elas se destinam.

Como facilidades evidenciou-se a redução de danos, o consultório na rua, a abordagem individual por enfermeiros da APS e a compreensão das especificidades de gênero. As dificuldades estiveram atreladas ao estigma por parte dos profissionais de saúde, às condições de precariedade em que se encontram as pessoas e à resistência em ingressar nos serviços de saúde por terem que renunciar a certos comportamentos e uso de substâncias ou medicamentos.

Sugere-se o investimento na educação em serviço no que tange aos cuidados paliativos e às políticas públicas relativas às minorias aqui abordadas. Além da realização de outros estudos, de caráter local e regional, com a finalidade de compreender as condições de final de vida de populações em situação de rua e LGBTQIA+ no Brasil, com vistas a subsidiar intervenções adaptadas ao sistema de saúde, passíveis de serem exequíveis e efetivas.

## Referências

1. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):e00101417. DOI: [10.1590/0102-311X00101417](https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417).
2. United Nations. Guidelines for the implementation of the right to adequate housing. United Nations [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://undocs.org/en/A/HRC/43/43>.
3. Chamie J. As cities grow, do do the numbers of homeless. *Yale Global* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://truthout.org/articles/as-cities-grow-worldwide-so-do-the-numbers-of-homeless/>.
4. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a população em situação de rua e seu Comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2009.
5. Bortoletto GE. LGBTQIA+: identidade e alteridade na comunidade. São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Gestão de Produção Cultural]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
6. Cloyes KG, Hull W, Davis A. Palliative and End-of-Life Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) cancer patients and their caregivers. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(1):60–71. DOI: [10.1016/j.soncn.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.12.003).
7. National LGBT Cancer Network [Internet]. LGBT Palliative Care. National LGBT Cancer Network. [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://cancer-network.org/cancer-information/cancer-and-the-lgbt-community/lgbt-palliative-care/>.
8. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990.
9. Hunt J, Bristowe K, Chidyamatara S, Harding R. “So isolation comes in, discrimination and you find many people dying quietly without any family support”: accessing palliative care for key populations - an in-depth qualitative study. *Palliat Med*. 2019;33(6):685-92. DOI: [10.1177/0269216319835398](https://doi.org/10.1177/0269216319835398).
10. Klop HT, Veer AJE, Van Dongen SI, Francke AL, Rietjens JAC, Onwuteaka-Philipsen BD. Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. *BMC Palliat Care*. 2018;17(67):1-16. DOI: [10.1186/s12904-018-0320-6](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0320-6).
11. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. Living on the streets: an integrative review about the care for homeless people. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):211-20. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0653](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653).
12. Traynor R. Are district nurses well placed to provide equitable end-of-life care to individuals who are homeless? *Br J Community Nurs*. 2019;24(4):165-72. DOI: [10.12968/bjcn.2019.24.4.165](https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.4.165).

13. Rosa WE, Shook A, Acquaviva KD. LGBTQ+ Inclusive palliative care in the context of COVID-19: pragmatic recommendations for clinicians. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(2):e44-e47. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.155.
14. Klop HT, Van Dongen SI, Francke AL, de Veer AJE, Rietjens JAC, Gootjes JRG, et al. The views of homeless people and health care professionals on palliative care and the desirability of setting up a consultation service: a focus group study. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(3):327-36. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.026.
15. Maingi S, Bagabag AE, O'Mahony S. Current best practices for sexual and gender minorities in hospice and palliative care settings. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(5):1420-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.12.479.
16. World Health Organization [Internet]. Palliative Care. 2020 [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
17. Radbruch L, Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(4):754-64. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
18. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima LD, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet.* 2018;391(10128):1391-1454. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
19. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care.* 2017;1-6. DOI: 10.1177/1178224216688887.
20. França. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie et précarités: Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France - Synthèse du rapport 2014. ONFV [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 16]. Available from: [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/ONFV\\_2014\\_-\\_Synthese\\_du\\_Rapport\\_Fin\\_de\\_vie\\_et\\_precairites.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/ONFV_2014_-_Synthese_du_Rapport_Fin_de_vie_et_precairites.pdf).
21. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(11):2865-75. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100002.
22. Cervieri NB, Uliana CH, Aratani N, Fiorin PM, Giacon BCC. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas.* 2019;15(4):1-8. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229.
23. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 2011.
24. Santos LES dos, Fontes W dos S, Oliveira AKS de, Lima LH de O, Silva ARV da, Machado ALG. O acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção de homossexuais masculinos. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180688. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0688.
25. Santana AD da S, Lima MS de, Moura JW da S, Vanderley ICS, Araújo EC de. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. *Rev enferm UFPE online.* 2020;14:e243211. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243211.
26. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170204. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204.
27. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem.* 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
28. Cartwright C, White B, Willmott L, Parker M, Williams G. Australian doctors' knowledge of and compliance with the law relating to end-of-life decisions: implications for LGBTI patients. *Cult Health Sex.* 2018;20(8):845-57. DOI: 10.1080/13691058.2017.1385854.
29. Bristowe K, Hodson M, Wee B, Almack K, Johnson K, Daveson BA, et al. Recommendations to reduce inequalities for LGBT people facing advanced illness: ACCESSCare national qualitative interview study. *Palliat Med.* 2018;32(1):23-35. DOI: 10.1177/0269216317705102.
30. De Veer AJE, Stringer B, van Meijel B, Verkaik R, Francke AL. Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care. *BMC Palliat Care.* 2018;17(119):1-11. DOI: 10.1186/s12904-018-0368-3.
31. Kushel MB, Miasowski C. End-of-life care for homeless patients: "she says she is there to help me in any situation". *JAMA.* 2006;296(24):2959-66. DOI: 10.1001/jama.296.24.2959.
32. Dzul-Church V, Cimino JW, Adler SR, Wong P, Anderson WG. "I'm sitting here by myself ...": experiences of patients with serious illness at an Urban Public Hospital. *J Palliat Med.* 2010;13(6):695-701. DOI: 10.1089/jpm.2009.0352.
33. Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrecht M, McNeil R, Pauly B, Reimer-Kirkham S, et al. "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliat Care.* 2019;18(11):1-14. DOI: 10.1186/s12904-019-0396-7.

34. Huynh L, Henry B, Dosani N. Minding the gap: access to palliative care and the homeless. *BMC Palliat Care*. 2015;14(62):1-4. DOI: 10.1186/s12904-015-0059-2.
35. MacKenzie M, Purkey E. Barriers to end-of-life services for persons experiencing homelessness as perceived by health and social service providers. *J Am Board Fam Med*. 2019;32(6):847-57. DOI: 10.3122/jabfm.2019.06.190066.
36. Purkey E, MacKenzie M. Experiences of palliative health care for homeless and vulnerably housed individuals. *J Am Board Fam Med*. 2019;32(6):858-67. DOI: 10.3122/jabfm.2019.06.190093.
37. Van Dongen SI, Klop HT, Onwuteaka-Philipsen BD, de Veer AJ, Slockers MT, van Laere IR, et al. End-of-life care for homeless people in shelter-based nursing care settings: a retrospective record study. *Palliat Med*. 2020; 34(10):1374-84. DOI: 10.1177/0269216320940559.
38. Hudson BF, Shulman C, Low J, Hewett N, Daley J, Davis S, et al. Challenges to discussing palliative care with people experiencing homelessness: a qualitative study. *BMJ Open*. 2017;7(11):e017502. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017502.
39. Shulman C, Hudson BF, Low J, Hewett N, Daley J, Kennedy P, et al. End-of-life care for homeless people: a qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care. *Palliat Med*. 2018;32(1):36-45. DOI: [10.1177/0269216317717101](https://doi.org/10.1177/0269216317717101).
40. MacWilliams J, Bramwell M, Brown S, O'Connor M. Reaching out to Ray: delivering palliative care services to a homeless person in Melbourne, Australia. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(2):83-8. DOI: [10.12968/ijpn.2014.20.2.83](https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.2.83).
41. Hughes M, Cartwright C. LGBT people's knowledge of and preparedness to discuss end-of-life care planning options. *Health Soc Care Community*. 2014;22(5):545-52. DOI: 10.1111/hsc.12113.
42. Krakowsky Y, Gofine M, Brown P, Danziger J, Knowles H. Increasing access-a qualitative study of homelessness and palliative care in a major urban center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30(3):268-70. DOI: 10.1177/1049909112448925.
43. Valle FAAL, Farah BF. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020;30(2):e300226. DOI: 10.1590/S0103-73312020300226.
44. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e170. DOI: 10.26633/RPSP.2018.170.
45. Brasil. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2012 [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/539.pdf>.
46. Faria FG, Siqueira-Batista R. (Bio)ética e população em situação de rua: entre Agamben e Derrida. *Revista Bioética*. 2020;28(4):628-36. DOI: 10.1590/1983-80422020284426.
47. Valle FAAL, Farah BF, Junior NC. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde debate*. 2020;44(124):182-92. DOI: 10.1590/0103-1104202012413.
48. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MG de O, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(8):2595-2606. DOI: 10.1590/1413-81232015218.06892015.
49. Sumalinog R, Harrington K, Dosani N, Hwang SW. Advance care planning, palliative care, and end-of-life care interventions for homeless people: a systematic review. *Palliat Med*. 2017;31(2):109-119. DOI: 10.1177/0269216316649334.
50. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(6):1839-1848. DOI: 10.1590/1413-81232015216.0782016.
51. Brasil. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União*. 2005.
52. Tedesco A, Shanks L, Dosani N. The Good Wishes Project: an end-of-life intervention for individuals experiencing homelessness. *Palliative Medicine Reports*. 2020;1(1):264-69. DOI: 10.1089/pmr.2020.0006.
53. Bezerra MA. Pessoas LGBTI em cuidados paliativos: contribuições do serviço social para o debate. In: *Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 16]:1-16. Available from: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23288>.
54. Albuquerque GA, Garcia C de L, Alves MJH, Queiroz CMHT de, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2013;37(98):516-24.
55. Silva A de CA da, Alcântara AM, Oliveira DC de, Signorelli MC, Silva A de CA da, Alcântara AM, et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24:e190568. DOI: [10.1590/Interface.190568](https://doi.org/10.1590/Interface.190568).

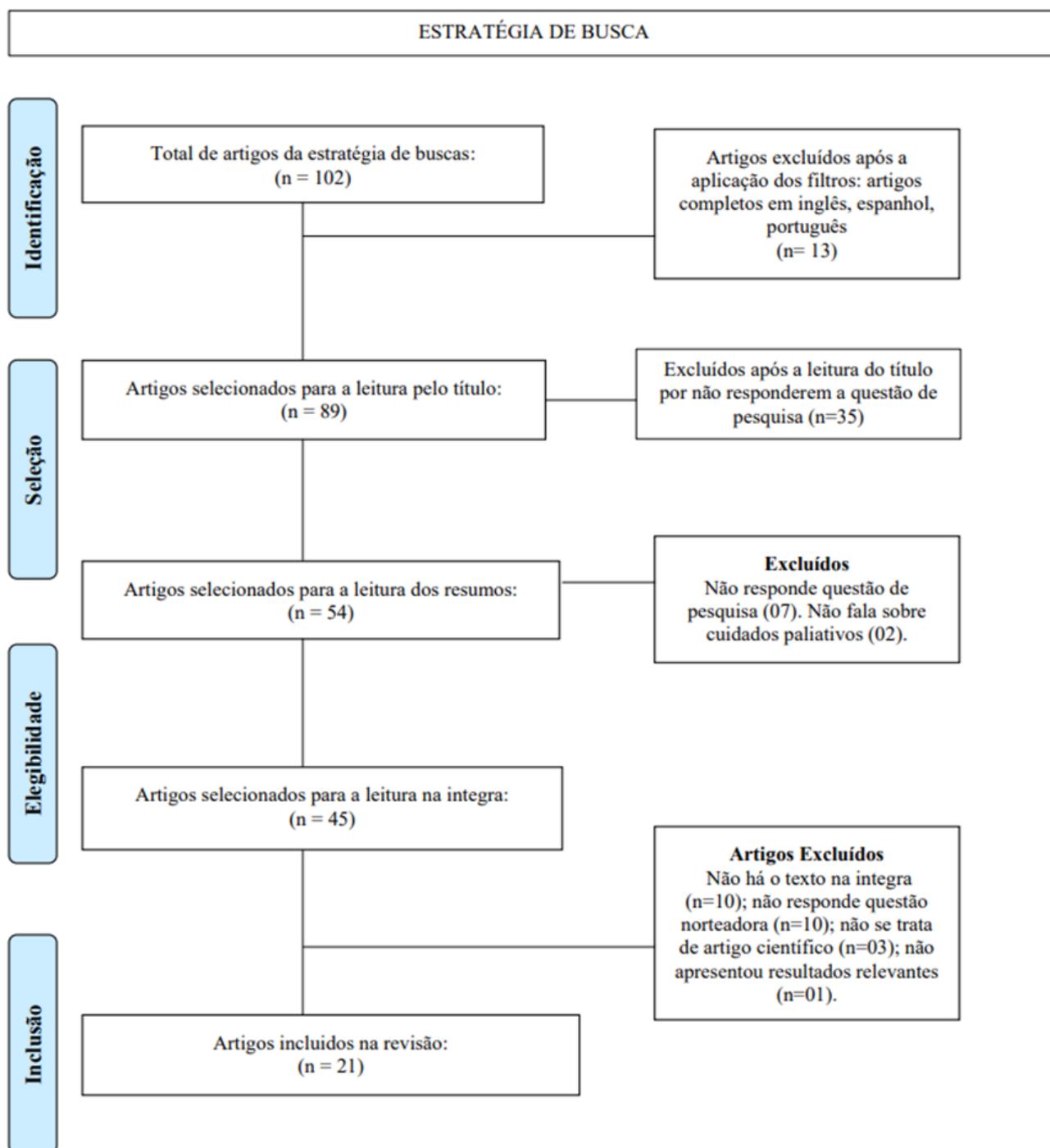
56. Santos AR dos, Santos RMM, Souza ML de, Boery RNS de O, Sena EL da S, Yarid SD, et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. Revista Bioética. 2015;23(2):400-8. DOI: [10.1590/1983-80422015232078](https://doi.org/10.1590/1983-80422015232078).
57. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2013 [cited 2021 Aug 16]. Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).
58. Santos JS dos, Silva RN da, Ferreira M de A, Santos JS dos, Silva RN da, Ferreira M de A. Health of the LGBTI+ population in primary health care and the Insertion of Nursing. Escola Anna Nery. 2019;23(4):e20190162. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2019-0162](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0162)

**Quadro 1.** Estratégias de busca.

Base de dados	Estratégia de buscas
Pubmed	(("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields])) OR "palliative care"[All Fields]) AND (((("homeless persons"[MeSH Terms] OR ("homeless"[All Fields] AND "persons"[All Fields])) OR "homeless persons"[All Fields]) OR "homeless"[All Fields]) OR "homelessness"[All Fields]) AND (((("people s"[All Fields] OR "peopled"[All Fields]) OR "peopling"[All Fields]) OR "persons"[MeSH Terms]) OR "persons"[All Fields]) OR "people"[All Fields]) OR "peoples"[All Fields]))
Pubmed	(("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields])) OR "palliative care"[All Fields]) AND (("sexual and gender minorities"[MeSH Terms] OR ("sexual"[All Fields] AND "gender"[All Fields]) AND "minorities"[All Fields])) OR "sexual and gender minorities"[All Fields])

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Figura 1: Fluxograma das buscas.



Fonte: elaboração própria com base no preconizado para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (Prisma).

**Como citar:** Campelo HC et al. Facilidades e dificuldades no acesso aos cuidados paliativos por populações em situação de rua e LGBTQIA+: revisão integrativa. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (Supl1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p161-178

Recebido em: 14/05/2021  
Aprovado em: 21/08/2021

