



Gente de toda cor: Cuidados Paliativos para a população LGBTQIAPN+

People of all colors: Palliative Care for the LGBTQIAPN+ population

Gente de todos los colores: Cuidados Paliativos para la población LGBTQIAPN+

Fernanda Gomes Lopes – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0003-1661-3816> ; <http://lattes.cnpq.br/8982025420190156> ; fernanda.gomeslopes@hotmail.com

Maria Juliana Vieira Lima – Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0003-1606-153X> ; <http://lattes.cnpq.br/7133349729275631> ; mjulianavlima@gmail.com

RESUMO

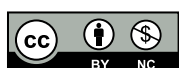
Este ensaio reflete criticamente sobre o acesso e a qualidade dos cuidados paliativos para a população LGBTQIAPN+. Apesar de essenciais para a qualidade de vida, esses serviços são acessados apenas por 12% da população mundial que deles necessita, um número que se agrava para grupos vulnerabilizados, como a comunidade LGBTQIAPN+. Historicamente, a assistência à saúde, moldada por paradigmas colonialistas e cisheteronormativos, perpetua desigualdades estruturais, negligenciando as especificidades culturais e identitárias. No Brasil, mesmo com políticas públicas inclusivas, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, persiste uma lacuna entre a legislação e a prática. Profissionais de saúde ainda demonstram despreparo para atender adequadamente às necessidades específicas dessa população, manifestando preconceitos implícitos e explícitos. Os “discursos do não” (não diferença, não saber, não querer) operam sistematicamente como mecanismos de exclusão, invisibilizando identidades e desconsiderando configurações familiares e processos de luto dessa comunidade. Para superar essas barreiras, torna-se imperativo adotar uma abordagem decolonial e afirmativa nos cuidados paliativos. Essa perspectiva exige educação permanente dos profissionais, reconhecimento da diversidade, uso de linguagem inclusiva e respeito às redes de apoio e “famílias de escolha”. Descolonizar as práticas de saúde é um passo essencial para construir um sistema equânime, ético e humanizado, que valorize ativamente a diversidade e respeite a dignidade e individualidade de todas as pessoas, especialmente aquelas historicamente marginalizadas e estigmatizadas.

Descritores: Cuidados Paliativos; Minorias Sexuais e de Gênero; Pessoas LGBTQIAPN+; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

This essay critically reflects on access to and the quality of palliative care for the LGBTQIAPN+ population. Although essential for quality of life, these services are accessed by only 12% of the global population in need of them, a figure that becomes even more concerning among vulnerable groups, such as the LGBTQIAPN+ community. Historically, health care systems, shaped by colonialist and cisheteronormative paradigms, have perpetuated structural inequalities by neglecting cultural and identity-specific needs. In Brazil, despite inclusive public policies such as the National Policy for Comprehensive LGBT Health Care, a gap remains between legislation and practice. Health professionals still demonstrate insufficient preparedness to adequately address the specific needs of this population, exhibiting both implicit and explicit prejudice. The “discourses of no” (no difference, no knowledge, no willingness) systematically operate as mechanisms of exclusion, rendering identities invisible and disregarding family structures and grieving processes within this community. To overcome these barriers, adopting a decolonial and affirmative approach to palliative care is imperative. This perspective requires continuing education for health professionals, recognition of diversity, the use of inclusive language, and respect for support networks and “chosen families.” Decolonizing health care practices is an essential step toward building an equitable, ethical, and humanized health care system that actively values diversity and respects the dignity and individuality of all people, especially those historically marginalized and stigmatized.

Descriptors: Palliative Care; Sexual and Gender Minorities; LGBTQIAPN+ people; Health Equity.



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

RESUMEN

Este ensayo reflexiona críticamente sobre el acceso y la calidad de los cuidados paliativos para la población LGBTQIAPN+. A pesar de ser esenciales para la calidad de vida, estos servicios son accesibles solo para el 12% de la población mundial que los necesita, cifra que se agrava en grupos vulnerabilizados, como la comunidad LGBTQIAPN+. Históricamente, la atención en salud, moldeada por paradigmas colonialistas y cisheteronormativos, perpetúa desigualdades estructurales, desatendiendo las especificidades culturales e identitarias. En Brasil, incluso con políticas públicas inclusivas, como la Política Nacional de Salud Integral LGBT, persiste una brecha entre la legislación y la práctica. Los profesionales de la salud aún demuestran falta de preparación para atender adecuadamente las necesidades específicas de esta población, manifestando prejuicios implícitos y explícitos. Los “discursos del no” (no diferencia, no saber, no querer) operan sistemáticamente como mecanismos de exclusión, invisibilizando identidades y desconsiderando configuraciones familiares y procesos de duelo de esta comunidad. Para superar estas barreras, se vuelve imperativo adoptar un enfoque decolonial y afirmativo en los cuidados paliativos. Esta perspectiva exige educación continua de los profesionales, reconocimiento de la diversidad, uso de lenguaje inclusivo y respeto a las redes de apoyo y “familias elegidas”. Descolonizar las prácticas de salud es un paso esencial para construir un sistema equitativo, ético y humanizado, que valore activamente la diversidad y respete la dignidad e individualidad de todas las personas, especialmente aquellas históricamente marginadas y estigmatizadas.

Descriptor: Cuidados Paliativos; Minorías Sexuales y de Género; Personas LGBTQIAPN+; Equidad en Salud.

INTRODUÇÃO

Os cuidados em saúde englobam uma ampla variedade de serviços voltados à promoção, manutenção e restauração do bem-estar dos indivíduos. Nesse contexto, os cuidados paliativos destacam-se como uma assistência especializada, direcionada a pessoas que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida e seus familiares/cuidadores. Essa abordagem é caracterizada pela atuação de equipes interprofissionais, tendo como principal objetivo aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida. Para isso, os cuidados paliativos envolvem o manejo abrangente de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais, considerando as necessidades singulares de cada paciente e de seus familiares/cuidadores^(1,2).

A relevância dessa prática é amplamente reconhecida em documentos nacionais e internacionais. A obrigatoriedade de acesso é legalmente respaldada por convenções das Nações Unidas, e tem sido reivindicada como um direito humano por diversas associações internacionais, fundamentando-se no direito ao mais alto nível de saúde física e mental⁽³⁾. Apesar desse reconhecimento, a realidade do acesso aos cuidados paliativos ainda é alarmante. Estima-se que, das 56,8 milhões de pessoas que necessitam ser acompanhadas pelos cuidados paliativos, apenas 12% têm acesso a esses serviços⁽⁴⁾. No Brasil, apesar dos progressos crescentes, como a aprovação da Política Nacional de Cuidados Paliativos⁽⁵⁾, os cuidados paliativos ainda enfrentam obstáculos significativos, especialmente para grupos sociais vulnerabilizados.

Entre esses grupos, destaca-se a comunidade LGBTQIAPN+, que inclui lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não binários, entre outras identidades⁽⁶⁾. Embora tenha sido instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais^(7,8), essa população ainda enfrenta, com frequência, preconceitos institucionais e sociais nos ambientes de cuidado⁽⁹⁾.

A perpetuação da cisheterocisnormatividade contribui significativamente para esses desafios, impondo um modelo de assistência pautado em visões convencionais de sexo, gênero e sexualidade. Esse modelo normaliza apenas relacionamentos entre gêneros opostos e pessoas que se identificam com o gênero designado ao nascimento^(9,10). Como resultado, em diferentes contextos, inclusive o da saúde, experiências que não se alinham com esse padrão hegemônico podem ser frequentemente excluídas e invalidadas⁽¹¹⁾.

À vista disso, levantamos os seguintes questionamentos: Quais corpos são legítimos e reconhecidos como dignos de cuidados? Será que a limitada porcentagem de acesso a esses cuidados inclui efetivamente indivíduos da comunidade LGBTQIAPN+? Qual a natureza do cuidado que é ofertado a essas pessoas? Com base nessas indagações, propomos fomentar um ensaio pautado em uma reflexão crítica e aprofundada sobre a provisão de cuidados paliativos para a população LGBTQIAPN+, visando promover uma prática mais inclusiva e equitativa.

CUIDADOS PALIATIVOS DECOLONIAIS E AFIRMATIVOS

Historicamente, a saúde foi dominada por um paradigma colonialista que perpetuava desigualdades e exclusões ao impor modelos de cuidado que desconsideravam as práticas e os conhecimentos tradicionais dos povos subjugados.

A colonialidade, caracterizada por uma hierarquia racial, imperialista, colonialista euro-americana, heteronormativa, patriarcal e cristã, impôs uma hegemonia de racionalidade e poder que resultou em formas de violência simbólica e estrutural, perpetuando disparidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, até a contemporaneidade⁽¹²⁾.

Essa ideologia ainda impacta as abordagens na área da saúde, globalizando e padronizando as práticas, sem levar em conta as particularidades culturais e sociais das populações, enquanto marcadores de diferença, como etnia, identidade de gênero, sexualidade e classe social. Tal fenômeno é especialmente perceptível em nações em desenvolvimento, onde os sistemas de saúde, frequentemente, espelham paradigmas externos e modelos importados que desconsideram as especificidades e necessidades contextuais das populações locais. Da mesma forma, os cuidados paliativos não estão isentos dessa influência, podendo ser estruturados com base em práticas cisheteronormativas que se encontram descontextualizadas das experiências reais dos pacientes. Entende-se, então, de acordo com Bezerra e colaboradores⁽¹²⁾, que

Sob a égide de que fora do indivíduo há um conjunto de outros operadores do cuidado que são capazes de saber o que o outro necessita, delineiam e prescrevem unilateralmente o que o outro deve ou não fazer. Desse modo, as subjetividades são reprimidas e as heterogeneidades das condições dos corpos são desconsideradas (p. 3).

Entende-se, portanto, que a herança do colonialismo, com suas estruturas de poder e dominação, ainda permeia as práticas de saúde contemporâneas, influenciando a postura dos profissionais de saúde em relação à população LGBTQIAPN+. Essa influência se manifesta na perpetuação de normas e valores que privilegiam certos corpos e identidades em detrimento de outros, criando um ambiente onde a diversidade é frequentemente ignorada ou minimizada. A mentalidade colonial pode levar os profissionais a adotarem uma abordagem universalista, que não reconhece as necessidades específicas e as experiências vividas por indivíduos LGBTQIAPN+, resultando em cuidados que não são apenas inadequados, mas também potencialmente danosos.

Assim, as práticas em saúde podem ser permeadas de preconceitos, que se manifestam tanto de forma direta – através de violência verbal e física, insultos, constrangimentos e segregação, perpetrados por usuários, profissionais e autoridades⁽¹³⁾ – quanto por meio de formas implícitas e sutis de discriminação, conhecidas como “discursos do não”. Estes operam de maneiras distintas: o “discurso da não diferença” ignora as especificidades das população vulnerabilizadas, uniformizando o atendimento e invisibilizando suas identidades; o “discurso do não saber” revela a falta de preparo dos profissionais, que alegam desconhecimento sobre as demandas específicas dessa população, refletindo uma lacuna na formação; e o “discurso do não querer” atribui a falta de procura por serviços a uma escolha individual, desconsiderando o impacto de ambientes hostis e da organização dos serviços na decisão de buscar ajuda. Ao transferirem a responsabilidade para o sistema educacional ou para os próprios indivíduos, esses discursos perpetuam um ciclo de negligência e invisibilidade, dificultando o acesso a uma assistência equitativa e inclusiva⁽¹⁴⁾.

No contexto dos cuidados paliativos para a população LGBTQIAPN+, esses preconceitos assumem contornos específicos e impactam diretamente a qualidade do cuidado. Para além das manifestações explícitas de homofobia e transfobia que criam ambientes hostis⁽¹⁵⁾, os “discursos do não” também se fazem presentes de maneira insidiosa. O “discurso da não diferença” se evidencia quando profissionais presumem heterossexualidade e cisgeneridade como norma, negligenciando perguntar sobre identidade de gênero ou orientação sexual e, consequentemente, deixando de reconhecer parceiros do mesmo sexo como família ou parte essencial da rede de apoio. O “discurso do não saber” se revela na omissão de necessidades específicas, como a continuidade do tratamento hormonal para pessoas transgênero, e na ausência de treinamento para abordar questões de identidade e sexualidade com sensibilidade cultural. Já o “discurso do não querer” atribui a responsabilidade pela baixa procura por cuidados paliativos aos próprios pacientes, ignorando como experiências prévias de discriminação e o medo de julgamento afastam essa população dos serviços de saúde.

É fundamental que os profissionais de cuidados paliativos desenvolvam autoconsciência sobre esses vieses implícitos, questionem suas pressuposições e busquem ativamente conhecimento para oferecer um cuidado verdadeiramente inclusivo, que respeite a dignidade e atenda às necessidades específicas de cada pessoa LGBTQIAPN+ nos processos de cuidado.

A persistente LGBTQIAPN+fobia no contexto da saúde⁽¹⁶⁾ atua como barreira significativa ao acesso equitativo aos serviços, gerando consequências imensuráveis na saúde desta população. Esse fenômeno estrutural manifesta-se através de microagressões, atitudes discriminatórias e negligência institucional, que coletivamente constituem determinantes sociais adversos à saúde. A antecipação de discriminação, frequentemente fundamentada em experiências prévias de violência institucional, resulta em comportamentos de evitação dos serviços de saúde e retardamento na busca por atendimento. Estudos demonstram que esta postergação do cuidado se correlaciona com diagnósticos em estágios mais avançados e desfechos clínicos mais complexos diante de piores prognósticos^(15,17).

Em muitos casos, pacientes LGBTQIAPN+ acessam o sistema de saúde apenas quando manifestações sintomatológicas se tornam intoleráveis, resultando em quadros clínicos de alta complexidade, com potencial reduzido para intervenções modificadoras da doença. Esse acesso tardio compromete a implementação oportuna de cuidados integrais, limitando substancialmente as possibilidades terapêuticas disponíveis^(9,15,17). O impacto dessa disparidade no acesso se estende para além dos indicadores de morbidade, afetando diretamente os parâmetros de qualidade de morte. A literatura científica evidencia que o acesso restrito aos cuidados paliativos entre pessoas LGBTQIAPN+ potencializa desfechos com controle inadequado de sintomas e menor dignidade, perpetuando iniquidades em saúde até o fim da vida⁽¹⁵⁾.

A persistente correlação entre a comunidade LGBTQIAPN+ e a epidemiologia do HIV/AIDS constitui-se como um significativo determinante social de saúde, cuja gênese histórica remonta à década de 1980, quando as políticas sanitárias emergiram como resposta à pandemia viral, focalizando desproporcionalmente homens homossexuais como vetores epidemiológicos⁽¹⁸⁾. Essa construção sociopolítica e epistemológica, amplamente documentada na literatura científica, resultou em um reducionismo biomédico que persiste nas práticas contemporâneas de saúde, manifestando-se através da estigmatização patologizante e da invisibilidade nosológica das múltiplas morbidades que afetam essa população⁽¹⁷⁾. Com a perpetuação desse estigma, a complexidade das experiências de saúde da comunidade LGBTQIAPN+ foram negligenciadas, constituindo-se como um obstáculo concreto à implementação de cuidados adequados, incluindo o acesso aos cuidados paliativos. Essa narrativa restritiva compromete a qualidade e a equidade dos cuidados oferecidos, pois não reconhece nem atende às necessidades específicas e variadas dessa população.

Não obstante, muitos pacientes LGBTQIAPN+ demonstram preferência por estar cercados de amigos próximos e grupos de apoio, conhecidos como “família de escolha”, em vez de familiares biológicos, especialmente no contexto dos cuidados paliativos. Esse processo, frequentemente motivado por experiências prévias de rejeição ou incompreensão no ambiente familiar, reforça o papel fundamental dessas redes alternativas no fornecimento de acolhimento, respeito e compreensão às identidades e necessidades individuais. Portanto, o reconhecimento desses laços afetivos pelos profissionais pode favorecer a ampliação do suporte emocional e prático ao paciente, que pode estar ausente de suas famílias de origem. Outrossim, é imperativo que os profissionais de saúde valorizem e incluam os membros da família de escolha nas decisões e cuidados, sempre de acordo com os desejos do paciente, ao mesmo tempo em que abordam as possíveis limitações dessas redes, oferecendo suporte adicional para evitar isolamento ou sobrecarga^(17,19).

Além disso, o medo de morrer com dor, em solidão e de se tornar dependente de terceiros é uma realidade frequentemente expressa por pessoas LGBTQIAPN+, ampliando o sofrimento e a vulnerabilidade no final da vida. Para mitigar esses receios e garantir um cuidado verdadeiramente inclusivo, é essencial que as questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero transcendam as políticas públicas macro e integrem a micropolítica institucional, o planejamento dos espaços de acolhimento e os programas de formação profissional em cuidados paliativos. Dessa forma, os profissionais de saúde devem não apenas reconhecer e respeitar as configurações familiares escolhidas, mas também orientar e garantir a elaboração de documentos legais que assegurem a autonomia e a vontade dos pacientes, especialmente no que se refere à presença de pessoas significativas em suas redes de apoio durante o processo de adoecimento e, principalmente, no fim de vida⁽¹⁹⁾.

Além disso, quando os cuidados paliativos são acessados, muitas vezes não atendem adequadamente às necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas LGBTQIAPN+ e de suas redes de apoio, em comparação com outros pacientes. Barreiras financeiras, legais e institucionais desempenham um papel essencial na limitação da participação de parceiros ou de entes queridos no cuidado. Muitas vezes, a ausência de um vínculo matrimonial ou união civil formal entre parceiros do mesmo sexo impede que estes tenham acesso aos serviços ou voz ativa nas decisões importantes, mesmo quando são as pessoas mais próximas e conhecedoras das vontades do paciente. Essa exclusão pode intensificar o sofrimento emocional, tanto do paciente quanto do parceiro, que se vê impotente diante de decisões críticas⁽¹⁷⁾.

Outra questão fundamental nos cuidados paliativos refere-se ao cuidado com o processo de luto que se manifesta em dois momentos distintos: o luto antecipatório e o luto após a perda. O luto antecipatório ocorre quando pacientes e seus familiares começam a enfrentar a realidade de uma “morte anunciada” frente a um adoecimento ameaçador da vida^(20,21). Esse processo permite que as pessoas comecem a lidar emocionalmente com a iminente separação e adaptação a uma nova realidade sem o ente querido. Já o luto diante da morte é vivenciado pelos familiares e cuidadores, sendo entendido como um processo natural, individual e dinâmico, que ocorre a partir do rompimento de um vínculo significativo⁽²²⁾. Para a população LGBTQIAPN+ em cuidados paliativos, esses momentos de luto podem ser complicados pelo seu não reconhecimento^(23,24), especialmente em decorrência da falta de validação de suas relações pela sociedade ou pelas instituições.

A ausência de legitimação social das relações LGBTQIAPN+ frequentemente induz ao isolamento emocional dos pacientes e compromete a expressão adequada do luto pelos parceiros sobreviventes, que suprimem manifestações públicas de pesar por receio de estigmatização ou julgamento. Essa dinâmica pode resultar na exclusão desses indivíduos dos rituais funerários e das cerimônias de despedida convencionais, que constituem componentes essenciais para a elaboração psíquica da perda e a mobilização de redes de suporte social. Adicionalmente, observa-se a marginalização sistemática desses parceiros nos processos decisórios relativos aos cuidados de fim de vida e às disposições testamentárias, fenômeno que potencializa a percepção de desamparo e exacerba indicadores de sofrimento psíquico, contribuindo para o agravamento do sofrimento⁽²⁵⁾.

Dessarte, a reflexão sobre o luto, especialmente no contexto da comunidade LGBTQIAPN+, deve reconhecer suas dimensões sociais. O luto não deve ser visto apenas como um processo individual, mas também como uma experiência coletiva e politizada. Nesse sentido, a abordagem decolonial amplia seu escopo, criando espaços de segurança e suporte emocional que respondem especificamente às necessidades dos pacientes LGBTQIAPN+.

Após compreender algumas das dificuldades vivenciadas por pacientes em cuidados paliativos e familiares/cuidadores, reforçamos como um imperativo ético a construção dos cuidados paliativos decoloniais afirmativos⁽²⁵⁾, visando transformar a maneira como esses cuidados são oferecidos à comunidade LGBTQIAPN+. Essa proposta busca romper com as estruturas tradicionais e hegemônicas que perpetuam desigualdades, promovendo um modelo de cuidado que seja inclusivo, equitativo e sensível às necessidades específicas dessa população.

Como evidenciado, no contexto dos cuidados paliativos para a população LGBTQIAPN+, persistem significativas iniquidades em saúde, apesar dos avanços na redução das disparidades ao longo da última década. No Brasil, embora existam políticas como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais^(7,8), a realidade prática revela que muitos profissionais de saúde ainda não estão adequadamente preparados para atender essa população de forma inclusiva e respeitosa^(26,27).

Portanto, é fundamental destacar o papel da educação nesse processo, visando a construção de intervenções planejadas, com conhecimento profundo e sensibilidade cultural. Isso inclui a formação permanente dos profissionais de saúde sobre as questões específicas enfrentadas pela comunidade LGBTQIAPN+, como a diversidade de gênero e a orientação sexual, além das formas de discriminação que afetam esses indivíduos^(9,19,25).

Logo, essas capacitações devem considerar o sofrimento e o estresse vivenciado por essa população diante de vivências marginalizadas e estigmatizantes. De acordo com Borret⁽²⁸⁾, é fundamental reconhecer como essas experiências promovem impactos “na formação de subjetividade, na construção de autopercepção e autocuidado, bem como na construção de relações sociais, incluindo os familiares” (p. 234), fator que influencia diretamente a saúde e qualidade de vida das pessoas dessa população.

Destarte, a incorporação de práticas afirmativas^(25,29) nos cuidados paliativos é de suma importância, pois vai além da simples aplicação de técnicas, promovendo uma abordagem que valoriza e respeita a diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais. Um cuidado afirmativo é aquele que reconhece e valida a individualidade de cada paciente, criando um ambiente seguro e acolhedor, em que se sintam respeitados e compreendidos em sua totalidade. Isso envolve não apenas a aceitação, mas também a valorização ativa das experiências e identidades dos pacientes, assegurando que suas vozes sejam ouvidas e que suas escolhas sejam respeitadas.

Ademais, nos cuidados paliativos decoloniais afirmativos exige-se que os profissionais de saúde sejam treinados para reconhecer e desafiar seus próprios preconceitos, promovendo uma cultura de respeito e inclusão. Isso pode incluir a utilização de linguagem inclusiva, a adaptação de práticas para atender às necessidades específicas de cada paciente e o envolvimento de familiares e redes de apoio, com respeito às dinâmicas e estruturas familiares diversas, inclusive para permissão de visitas ou participação em decisões de fim de vida.

Assim, a descolonização da saúde, em busca do reconhecimento da diversidade, torna-se essencial para construir um sistema mais equânime, que não perpetue a exclusão e a marginalização de grupos vulnerabilizados. Compreendendo que os cuidados paliativos buscam um fazer ético e crítico, é imperativo repensar práticas em prol de uma assistência inclusiva e sensível às particularidades de cada grupo social e indivíduo atendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletirmos sobre os desafios enfrentados nos cuidados paliativos, torna-se evidente a urgência de promover práticas que sejam verdadeiramente equitativas, especialmente para a população LGBTQIAPN+. Embora existam avanços legislativos e políticas públicas no Brasil, ainda persistem lacunas significativas na implementação prática dessas diretrizes. Essas lacunas são particularmente evidentes quando se trata de atender às necessidades

específicas de grupos marginalizados que, frequentemente, enfrentam barreiras institucionais e sociais no acesso a cuidados adequados de saúde.

A herança colonialista e as estruturas de poder que ainda permeiam as práticas de saúde contemporâneas precisam ser desafiadas e transformadas. A colonialidade, com suas normas e valores hegemônicos, continua a influenciar negativamente a forma como os cuidados são oferecidos, muitas vezes ignorando ou minimizando a diversidade de experiências e necessidades dos pacientes LGBTQIAPN+. É imperativo que os profissionais de saúde adotem uma abordagem decolonial, que reconheça e valorize a diversidade cultural e social dessa população.

Além disso, é essencial o impulsionamento de estudos na área para validar a presença e as necessidades desse público, dando voz aos sujeitos LGBTQIAPN+ e assegurando que suas experiências e perspectivas sejam integralmente consideradas na formulação de políticas e práticas de saúde. Assim, a pesquisa acadêmica pode desempenhar um papel fundamental na identificação de lacunas existentes e na proposição de soluções que promovam a equidade e a inclusão.

Dessa maneira, a educação e a formação contínua dos profissionais de saúde desempenham um papel crucial na promoção de cuidados paliativos afirmativos e decoloniais. A capacitação desses profissionais para a autocrítica e o reconhecimento de seus vieses implícitos e preconceitos é essencial. Tal formação deve promover a valorização da diversidade e a consideração das dinâmicas familiares não tradicionais, de modo a garantir um tratamento que acolha e compreenda cada paciente em sua totalidade.

Descolonizar os cuidados paliativos é um grande passo para garantir que esses serviços sejam acessíveis, empáticos e equitativos para todos, especialmente para a comunidade LGBTQIAPN+. Ao promover um sistema de saúde que valorize a diversidade e a inclusão, podemos avançar em direção a um modelo de cuidado que não apenas respeite, mas também valorize as diferenças, assegurando que todos os indivíduos recebam o cuidado digno e respeitoso que tem direito.

REFERÊNCIAS

1. The International Association for Hospice and Palliative Care. Global consensus based palliative care definition (Brazilian Portuguese) [Internet]. Houston: IAHPC; 2018[cited 2025 May 20]. Disponível em: [https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20\(Brazilian\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(Brazilian).pdf)
2. World Health Organization. National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines [Internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002[cited 2025 May 25]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42494>
3. Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Carta de Praga [Internet]. Praga: EAPC; 2013[citado 20 maio 2025]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/CARTA%20DE%20PRAGA%20SOBRE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>
4. Connor SR, editor. Global atlas of palliative care [Internet]. 2nd ed. London: WHPCA; 2020 [acesso em 2025 May 19]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
5. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Política Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024[citado 25 maio 2025]. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/05/U_PT-MS-GM-3681_070524.pdf
6. Lopes FG, Vieira PCD. (Re)construções necessárias: saúde LGBTQIA+ no ambiente hospitalar. In: Souza A, Castro D, Arrais R, editores. Psicologia hospitalar: debates contemporâneos. 2. ed. Curitiba: CRV; 2021. p. 95-109.
7. Brasil. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011[citado 20 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html
8. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013[citado 25 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
9. Campelo HC, Cordeiro FR, Bierhals L, Silva NK, Moscoso CR, Marques RS. Facilidades e dificuldades no

- acesso aos cuidados paliativos por tolerados em situação de rua e LGBTQIA+: revisão integrativa [Internet]. *Saúde Redes*. 2022[citado 25 maio 2025];8(1):161–78. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3524>
10. Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A. *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar*. São Paulo: Editora Manole; 2021.
 11. Prado MAM, Junqueira RD. Homofobia, hierarquização e humilhação social. In: Ventiru G, Bokany V, editores. *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. São Paulo: Editora da Fundação Perseu Abramo; 2011. p. 51-71.
 12. Bezerra PA, Cavalcanti P, Azevedo LB. Violência sexual contra crianças e adolescentes: a escuta especializada como campo de disputa de sentidos. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2023;33:e33025.
 13. Daniel H, Butkus R. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 2015[cited 2025 May 25];163(2):135-7. Available from: <https://doi.org/10.7326/M14-2482>
 14. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família [Internet]. *Interface*. 2019[citado 25 maio 2025];23:1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>
 15. Almeida FFX, Silva CP, Sant'Ana RSE, Melo RNR. Avaliação do conhecimento em oncologia acerca do atendimento às pessoas transgênero: revisão de escopo [Internet]. *Rev Bras Enferm*. 2024 [citado 25 maio 2025];77(3):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J8DPWNBB8hR3hYT3H9ZxxNS/?lang=pt&format=pdf>
 16. Silva ATC, Rosa CAP, Gagliotti DAM. LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde. In: Ciasca S, Hercowitz A, Lopes A Júnior, editores. *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar*. São Paulo: Editora Manole; 2021. p. 100-106.
 17. Barroso P. Desafios da comunidade LGBTQIAP+ no acesso a cuidados paliativos [Internet]. Afya Participações S.A; 2024 Set 23 [acesso em 2025 Maio 25]. Disponível em: <https://facamedicina.afya.com.br/blog/desafios-lgbtqiap-cuidados-paliativos>
 18. Sampaio JV, Germano IMP. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT [Internet]. *Psicol Soc*. 2014[citado 25 maio 2025];26(2):290-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200006>
 19. Crenitte MRF, Melo LR, Jacob WJ Filho, Silva TJA. Palliative care over the rainbow: Perspectives of middle-age and older LGBT+ adults regarding their end-of-life. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2022 [cited 2025 may 25];16(1):1-4. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399634>
 20. Franco MHP. Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: Franco MHP, editor. *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno; 2002. p. 15-38.
 21. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1994[cited 2025 May 25];151(6):155-160. Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>
 22. Parkes CM. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. 3. ed. São Paulo: Summus; 1998.
 23. Casellato G. *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. São Paulo: Summus Editorial; 2020.
 24. Doka KJ. *Disenfranchised grief: new directions challenges and strategies for practice*. Illinois: Research Press; 2002.
 25. Cavalcante LC, Lopes FG, Silveira KM, Bandeira RL, Fraga NE. Sensibilidade à diversidade: integrando cuidados paliativos e psicologia na assistência à população LGBTQIAPN+. In: Lopes FG, editor. *Psicologia e cuidados paliativos: a tessitura de olhares e intervenções*. Londrina: Lucto; 2024. p. 443-458.
 26. Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde [Internet]. *Ver Interam Psicologia*. 2010[citado 25 maio 2025];44(2):235-245. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>

27. Filipiack IC, Gaspodini IB. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil [Internet]. *Perspect Psicol.* 2019[citado 25 maio 2025];23(2):40-56. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasepsicologia/article/view/52211>
28. Borret RH, Oliveira DOPS, Amorim ALT, Baniwa BA. Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes A Junior, editores. *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar.* São Paulo: Editora Manole; 2021. p. 59-71.
29. Reis et al. Psicologia afirmativa e abordagens psicológicas. In: Ciasca S, Hercowitz A, Lopes A Júnior, editores. *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar.* São Paulo: Manole; 2021. p. 197-205.

APÊNDICE – ESPECIFICAÇÕES EDITORIAIS

Histórico

Recebido em: 31/10/2025.

Aceito em: 08/12/2025.

Como Citar

Lopes FG, Lima MJV. Gente de toda cor: cuidados paliativos para a população LGBTQIAPN+. *Ver Bras Promoç Saúde.* 2025;38:e16395. <https://doi.org/10.5020/18061230.2025.16395>

Agradecimento e Conflito de Interesse

As autoras expressam sua profunda gratidão às universidades que fazem parte, pelo contínuo apoio e pelos espaços dedicados à reflexão crítica e ao desenvolvimento de pesquisas tão relevantes. Estendem também seu sincero reconhecimento a todos os pacientes da comunidade LGBTQIAPN+ que, com suas histórias de vida, resiliência e ensinamentos diários, são inspiração para a construção de práticas de cuidado mais humanas, equitativas e sensíveis.

As autoras declaram que não há conflitos de interesse de natureza financeira, pessoal ou de qualquer outra índole que possam influenciar os resultados ou as interpretações apresentadas neste ensaio.

Fontes de Financiamento

Não houve financiamento externo.

Contribuições dos Autores

As autoras contribuíram igualmente para a elaboração e o delineamento do estudo, a redação e a revisão do manuscrito.

Dados do Autor Principal e Endereço para Correspondência

Fernanda Gomes Lopes

Universidade de Fortaleza. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Psicologia.

Avenida Washington Soares, 1321. Bloco H, sala 07.

Bairro: Edson Queiroz

CEP: 60.811-905 / Fortaleza (CE) - Brasil

E-mail: fernanda.gomeslopes@hotmail.com

Uso de Inteligência Artificial

Os autores não utilizaram inteligência artificial no desenvolvimento do artigo.

Processo de Avaliação

Revisão por pares duplo-cega (*double blind peer review*).

Avaliadores

Dois pareceristas avaliaram este artigo e não autorizaram a divulgação dos seus nomes.

Editora-chefe responsável: Ana Mattos Brito de Almeida ; rbps@unifor.br ;

<https://orcid.org/0000-0002-6140-0695> ; <http://lattes.cnpq.br/4899711651204481>