

CULTURAL COMPETENCE IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE: A QUALITATIVE STUDY

A COMPETÊNCIA CULTURAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO QUALITATIVO

LA COMPETENCIA CULTURAL EN LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Luan Elvis da Silva dos Santos ¹

Vanda Cristina Barrocas Varela Pedrosa ²

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes ³

KEYWORDS

Cultural Competence,
Palliative Care, Death,
Multiculturalism,
Terminal.

ABSTRACT: This article explores the measures that facilitate the development of cultural competence in the provision of palliative care, as well as the understanding of the relevance of this competence in the provision of care and the description of these experiences in clinical practice and in the therapeutic relationship of the palliative care professional. The professionals describe the cultural context in which they work, as well as the cultural experiences they have had, highlighting the challenges and barriers of working in a diverse environment, and summarizing with suggestions for future improvement. **Methodology:** Descriptive, qualitative and cross-sectional study, based on interviews with 10 palliative care providers with at least 1 year of experience, through semi-structured interviews. **Results and Discussion:** Narratives were found within the themes of the cultural competences of the provider, the care process in cultural diversity and the cultural diversities of users and families. Professionals are aware of the importance of cultural competence in palliative care, but require more training, human resources and cooperation agreements to overcome current and future barriers and challenges. **Conclusion:** Cultural competence is necessary for more assertive intervention and for improving the therapeutic relationship between professionals and users. It is essential to continue new studies on the subject at a national level.

DESCRIPTORES

Competência Cultural,
Cuidados Paliativos,
Morte, Multiculturalismo,
Terminal.

RESUMO: Esse artigo explora as medidas facilitadoras do desenvolvimento da competência cultural na prestação dos cuidados paliativos, bem como a compreensão da relevância dessa competência na prestação de cuidados e a descrição dessas experiências na prática clínica e na relação terapêutica do profissional em cuidados paliativos. Os profissionais descrevem o contexto cultural onde trabalham, assim como as experiências culturais vivenciadas, destacando os desafios e barreiras em trabalhar em um ambiente diverso, e sumando com sugestões de melhoria futura. **Metodologia:** Estudo descritivo, qualitativo e transversal, tendo por base as entrevistas a 10 prestadores de cuidados paliativos com pelo menos 1 ano de experiência, através de entrevistas semiestruturadas. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados narrativas dentro dos temas as competências culturais do prestador, o processo de cuidados na diversidade cultural e as diversidades culturais dos utentes e famílias. Os profissionais estão atentos a importância da competência cultural em cuidados paliativos, mas demandam mais formações, recursos humanos e acordos de cooperação para superar as barreiras e os desafios atuais e futuros. **Conclusão:** A competência cultural é necessária para uma intervenção mais assertiva e para o aprimoramento da relação terapêutica entre os profissionais e os utentes. É fundamental a continuidade de novos estudos sobre o tema a nível nacional.

DESCRIPTORES

Competencia Cultural,
Cuidados Paliativos,
Muerte,
Multiculturalismo,
Terminal.

RESUMEN: Este artículo explora las medidas que facilitan el desarrollo de la competencia cultural en la provisión de cuidados paliativos, así como la comprensión de la relevancia de esta competencia en la provisión de cuidados y la descripción de estas experiencias en la práctica clínica y en la relación terapéutica del profesional de cuidados paliativos. Los profesionales describen el contexto cultural en el que trabajan, así como las experiencias culturales que han tenido, destacando los desafíos y las barreras de trabajar en un entorno diverso y resumiendo con sugerencias para mejoras futuras. **Metodología:** Estudio descriptivo, cualitativo y transversal, basado en entrevistas a 10 proveedores de cuidados paliativos con al menos 1 año de experiencia, a través de entrevistas semiestructuradas. **Resultados y Discusión:** Se encontraron narrativas dentro de las temáticas de las competencias culturales del proveedor, el proceso de atención en la diversidad cultural y las diversidades culturales de los usuarios y familias. Los profesionales son conscientes de la importancia de la competencia cultural en cuidados paliativos, pero demandan más formación, recursos humanos y acuerdos de colaboración para superar las barreras y retos actuales y futuros. **Conclusión:** La competencia cultural es necesaria para una intervención más asertiva y para mejorar la relación terapéutica entre profesionales y usuarios. Es imprescindible continuar con nuevos estudios sobre el tema a nivel nacional.

¹ Student of the Master's Degree in Palliative Care, Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal, 5230102@my.ipleiria.pt

² CiTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology, School of Health Sciences, Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal. Professor of the Master's Degree in Palliative Care, vanda.varela@ipleiria.pt

³ CiTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology, School of Health Sciences, Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal. Professor of the Master's Degree in Palliative Care, saudade.lopes@ipleiria.pt

INTRODUÇÃO



A competência cultural em cuidados paliativos (CP) é considerada um campo crucial na prestação de cuidados de saúde a nível mundial e nacional, especialmente considerando o aumento da diversidade cultural nas populações atendidas na Europa como um todo, destacando a realidade contemporânea de Portugal (1). A competência cultural descreve-se como a capacidade dos profissionais intervencionistas em entender e respeitar as crenças, valores e práticas culturais dos utentes, permitindo que o cuidado seja adequado e respeitoso. Uma das maneiras de atenuar um resultado positivo da intervenção total do utente é aumentar a competência cultural em CP. A competência cultural pode auxiliar nas complexidades das fases da morte e do morrer para as minorias étnicas (2). Os prestadores de cuidados de saúde podem desempenhar um papel fundamental no fornecimento de um ambiente que afete positivamente o indivíduo e os que o acompanham no final da vida (3). Devido à tendência de sociedades cada vez mais multiétnicas, os prestadores de CP têm de enfrentar os desafios na prestação de cuidados culturalmente competentes e baseados na evidência (4). A competência cultural é uma competência crucial que ajuda prestadores de cuidados de saúde a reduzir a desigualdade nos cuidados (5).

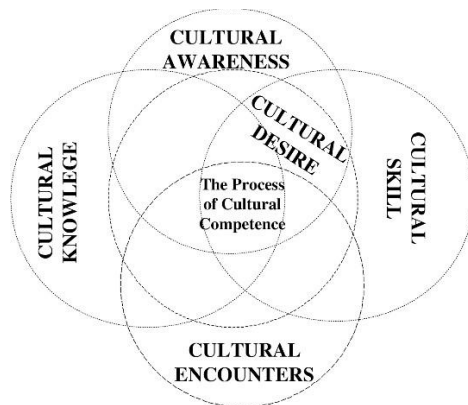
Com o crescimento da economia portuguesa após a entrada na União Europeia e com o auxílio dos diversos incentivos e autonomia económica nacional, os setores industriais e de serviços passaram a disponibilizar uma maior oferta de postos de trabalho. Por outro lado, com a livre circulação dentro do bloco europeu entre os seus cidadãos, a emigração portuguesa ficou voltada aos países dentro do bloco, onde se encontrava muito pouca burocracia e maiores salários nesses outros países membros (6). As empresas nacionais passaram a necessitar de mão-de-obra

estrangeira para colmatar as vagas que não eram preenchidas por cidadãos nacionais ou comunitários. No encontro desse interesse, o governo criou diversos incentivos de captação dessa força laboral estrangeira no decorrer das décadas, como a possibilidade de solicitar uma autorização de residência já dentro de Portugal de maneira mais flexível, aumentando o número de pedidos (7). Com o estado de direito preservado, economia ascendente e os índices de qualidade de vida elevado, Portugal se tornou um país que passou a receber um número de imigrantes cada vez maior (8). A imigração e a integração cultural são temas amplamente abordados nos meios de comunicação social (9). Devido às tendências em mudança na sociedade, cabe aos prestadores de cuidados a estarem preparados para intervir com pessoas de diferentes culturas e apresentar os cuidados em fim de vida de forma adequada a todas as pessoas (10). O interesse em garantir o acesso e a prestação de cuidados competentes a essa população gerou uma literatura substancial sobre cuidados de saúde (11).

A bibliografia científica demonstra que a falta de sensibilidade cultural pode levar a desigualdades no cuidado, afetando negativamente a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias (4). A falta de conhecimento de outras culturas pode levar a políticas, práticas e estilos de comunicação que excluem grupos diversificados (12,13). Diversos modelos teóricos têm sido desenvolvidos nas últimas décadas e disponibilizados para direcionar as equipas multiprofissionais na prática da competência cultural em cuidados de saúde e em CP, evidentemente. Destacam-se os modelos de Campinha-Bacote e de McGee e Johnson que descrevem a competência cultural como um processo contínuo envolvendo conscientização, conhecimento, habilidades e envolvimento cultural dos profissionais e da organização (14,15). O sistema de saúde atual pode se beneficiar de modelos aplicáveis a uma equipe multidisciplinar (16). O modelo de Campinha-Bacote, sobre as competências culturais na prestação de

cuidados de saúde, descreve a competência cultural como um processo que envolve conscientização, conhecimento e desenvolvimento e aplicação de habilidades e que exige que se ultrapassem barreiras e se assumam desafios para o seu desenvolvimento (Figura 1) (14).

Figura 1 - O Processo de Competência Cultural na Prestação de Serviços de Saúde



Fonte: Campinha-Bacote (14).

Este envolvimento pressupõe a inexistência de barreiras estruturais, preconceitos implícitos e resistências às mudanças culturais que dificultem a adoção de práticas culturalmente competentes (17).

Dessa forma, destaca-se a importância de explorar a competência cultural como um elemento essencial para uma abordagem e intervenção eficaz junto a utentes de diferentes origens culturais para reduzir as lacunas decorrentes da falta ou inadequação dessa competência e minimizar o impacto biopsicossocial na qualidade de vida dos utentes e, consequentemente, no bem-estar de suas famílias.

Assim realizou-se este estudo com os seguintes objetivos:

- Compreender a relevância da competência cultural na prestação de CP;
- Descrever as experiências de aplicação da competência cultural na prática clínica e na relação terapêuticas do profissional em CP;
- Explorar medidas facilitadoras do desenvolvimento da competência cultural na prestação

de CP.

METODOLOGIA

Este estudo, realizado no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos, explorou a experiência vivida dos participantes na prestação de CP a pessoas de várias culturas de forma que as suas narrativas e significados permitissem compreender e descrever a importância da competência cultural e o seu desenvolvimento e aplicação na prestação de cuidados. Assim, desenhou-se um estudo descritivo, qualitativo e transversal, tendo por base as narrativas dos participantes e seguindo os itens do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (18,19).

Participantes

Tendo por base o autor que sugere que de 10 a 20 participantes são suficientes para descobrir e compreender as categorias fundamentais em qualquer domínio cultural distinto ou em estudos da experiência de vida (20), este estudo incluiu 10 profissionais que prestam CP, de diferentes regiões de Portugal. Os critérios de inclusão compreenderam os profissionais da área da saúde, social, psicológica ou espiritual a trabalhar em Portugal em contexto de CP, há pelo menos 1 ano e que demonstrassem experiência na prestação de cuidados a pessoas de várias culturas. Os critérios de exclusão abrangeram o não domínio da língua portuguesa, bem como os profissionais da área administrativa, assistentes operacionais e elementos de voluntariado.

Utilizando a técnica de amostragem em bola de neve, a amostra por conveniência integrou participantes que completaram um questionário composto por uma parte introdutória que integrava a explicação do estudo e as questões referentes à elegibilidade para a participação no estudo. Os participantes elegíveis foram contactados pelo meio que disponibilizaram no questionário.

Colheita de dados

A colheita de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas, com utilização de um guião de entrevista e o seu respetivo áudio, com autorização prévia do entrevistado. As entrevistas foram realizadas através de videoconferência pelo mestrando, previamente preparada com a colaboração das professoras orientadoras do estudo, e tiveram entre 6 e 23 minutos de duração. Foram recolhidos dados para caracterização dos participantes no estudo e dados sobre a atividade e experiência profissional dos entrevistados, com questionamentos dentro da temática deste estudo e considerando as áreas descritas no modelo de Campinha-Bacote (14).

Os dados foram coletados durante 3 meses, entre janeiro e março de 2025.

Análise dos dados

Os dados gravados foram transcritos e a partir do *corpus* de dados foi feita uma análise temática dos mesmos, seguindo as etapas descritas por Braun e Clarke (21). Inicialmente o primeiro autor codificou manualmente os dados de forma indutiva a partir das narrativas dos participantes e, de uma forma reflexiva, agrupou-os em subtemas e temas. Este processo foi, independentemente, analisado pelos dois coautores e finalizado através de uma reflexão falada entre todos os autores. Esta reflexão incluiu a nomeação dos temas com base no modelo de competência cultural de Campinha-Bacote (14).

Considerações éticas

Os participantes foram previamente informados sobre o estudo e consentiram por escrito a sua participação.

O estudo considerou os princípios éticos e recebeu o parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria, N.º CE/IPLEIRIA/107/2024. Os participantes foram previamente informados sobre o estudo e consentiram por escrito a sua participação. A sua identidade foi salvaguardada com o recurso à codificação das entrevistas por um código alfanumérico (P1, P2, P3...) e o

áudio destruído após a transcrição e tratamento dos dados.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por profissionais da saúde, sendo esses quatro enfermeiros e dois médicos, e profissionais da área psicossocial, constituída por três assistentes sociais e um psicólogo (Tabela 1).

A maioria desses profissionais, seis no total, atuam diretamente como membros de uma equipa intra-hospitalar de suporte em CP e quatro de uma equipa comunitária de suporte em CP. A área geográfica nacional de atuação foi diversa, abrangendo um profissional da região Norte, quatro do Centro, três do Vale do Tejo, um do Alentejo e um do Algarve.

No quesito experiência profissional, grande parte dos entrevistados possuem menos de dez anos de experiência na área dos CP, com uma média de 7,1 anos dos entrevistados.

Análise temática dos dados

Três temas centrais emergiram das entrevistas: (I) As competências culturais do prestador, (II) O processo de cuidados na diversidade cultural e (III) As diversidades culturais dos utentes e famílias.

Tema: AS COMPETÊNCIAS CULTURAIS DO PRESTADOR

Dentro deste tema foi possível identificar cinco subtemas que vão de encontro as competências culturais dos prestadores de CP. Os subtemas apresentam as habilidades individuais ou coletivas destes profissionais e o seu impacto na sua intervenção.

Subtema: Conhecimento cultural

Foram obtidos dados de aspetos diversos dentro do conhecimento cultural. Algumas entrevistas demons-

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes no estudo

Variáveis	Participantes (N=10)
Sexo	
Feminino	9
Masculino	1
Profissão	
Enfermeiro	4
Assistente Social	3
Médico	2
Psicólogo	1
Anos de experiência em CP	
3 anos	2
4 anos	2
5 anos	1
8 anos	1
9 anos	2
10 anos	1
16 anos	1
Formação em cuidados paliativos	
Sim	10
Não	0
Formação ao desenvolvimento da competência cultural	
Sim	2
Não	8

Fonte: Autoria, 2025.

traram que ainda há uma inexperiência com pessoas de outras religiões e certos imigrantes, como apontou a seguinte colocação: “[...] não temos propriamente experiência com pessoas, muçulmanas [...] isso não temos [...] indianos [...] são pessoas que, aí sim a diferença cultural, a diversidade cultural é maior []” (P1, Enfermeira). Apenas dois participantes possuem alguma formação prévia e académica com vista ao desenvolvimento da competência cultural. Um profissional detalhou a sua situação: “Tenho assistido a

várias edições das “*Jornadas Internacionales de Competencias Culturales al Final de la Vida*”, na Universidade de Huelva (Espanha), primeira em conseguir o reconhecimento de universidade compassiva a nível europeu” (P2, Médico). A prática clínica foi o ambiente que retornou com experiências diversas que complementa o conhecimento cultural baseado no trabalho cotidiano dos profissionais, como descreveu: “[...] a etnia cigana [...] nós já sabemos o que é [...] como é que eles veem os cuidados de saúde, o que é para eles ir lá o enfermeiro ou ir lá o médico [...]” (P4, Enfermeira). Dessa forma, a formação foi o aspeto mencionado em diversos relatos para compreender esse público diverso e preparar os profissionais para esse novo contexto, como comentou: “A formação, acho que era muito importante [...] uma

Tabela 2 - Temas e subtemas resultantes da análise temática dos dados

Tema	Subtema
As competências culturais do prestador	Conhecimento cultural
	Envolvimento cultural do prestador
	Motivação para se tornar competente
	Frustração e impotência
O processo de cuidados na diversidade cultural	Resiliência e aprendizagem
	Barreiras socioculturais
	Barreiras estruturais
	Barreira da língua
	Desafios na prestação de cuidados
	Repatriamento de utentes
	Autonomia do utente
	As diferenças culturais no sofrimento
As diversidades culturais dos utentes e famílias	Crenças e valores
	Hábitos da pessoa
	Diversidade de rituais fúnebres

Fonte: Autoria, 2025.

formação diferente e como é que havíamos de lidar com

essa situação” (P8, Enfermeira). Apesar do baixo número de participantes com formação específica no desenvolvimento da competência cultural, os demais entrevistados consideraram que é importante esse tipo de instrução. Uma profissional relatou que os cursos voltados a essa temática são caros e isso poderia ser um empecilho para a popularização do seu acesso: “Eu honestamente, todas as formações que eu tenho visto [...] parecem-me um bocadinho onerosas, um bocadinho caras” (P3, Assistente Social). Outro ponto encontrado foi a irrelevância da abordagem dessa temática no currículo acadêmico dos cursos superiores direcionados para a intervenção com esse público, como descreveu: “[...] na formação básica acaba por ser um tema que é pouco abordado e pouco falado” (P7, Enfermeira).

Subtema: Envolvimento cultural do prestador

As entrevistas trouxeram relatos do envolvimento cultural entre os membros das equipas multidisciplinares em CP e os seus utentes. Segundo as entrevistas, as particularidades culturais e religiosas desses utentes e suas famílias foram consideradas e o interesse do profissional em compreender e realçar a relação terapêutica foi colocado em diversos casos, como mencionou a entrevistada: “[...] não se pode fazer o toque [...] por exemplo, em cuidados paliativos, no estabelecimento da relação de ajuda é muito importante o toque terapêutico. É muito importante o contato visual e por vezes há religiões que isso é uma ofensa. E eu até posso estar nas minhas melhores intenções a tentar dar o que para mim é o melhor cuidado e para essa pessoa não é o meu melhor cuidado compassivo [...] com todos os problemas que daí podem advir [...]” (P1, Enfermeira). Embora encontrado relatos de interesse em se envolver e desenvolver as habilidades culturais no contexto de CP, houve descrições de um receio de que essa abertura não seja unânime dentro das equipas, como mencionou a participante: “[...] eu tenho muito medo que exista uma barreira dentro de cada pessoa, sabe? Eu não tenho encontrado isso na minha equipa [...] essa capacidade de nos moldarmos a pessoa e ter esse

cuidado centrado nas pessoas, mas tenho muito medo das barreiras que existem cada vez mais [...] aqui em Portugal [...] eu acho que isso é um sofrimento por cima de um outro sofrimento [...] que as pessoas possam estar a viver” (P9, Psicóloga).

Subtema: Motivação para se tornar competente

Os entrevistados reconhecem a mudança no paradigma migratório nacional e as consequências que isso pode causar na sua intervenção clínica e psicossocial. Diante do desejo para se tornarem cada vez mais competente culturalmente e se adaptarem a essa nova realidade, os participantes se mostraram interessados em procurar novas formas de intervir e se conectar com a diversidade existente, relatando assim: “Eu posso não saber determinadas práticas ou rituais [...] vou ler sobre o assunto, vou perguntar às famílias, portanto, temos de ter essa, não digo paciência, mas esse cuidado” (P5, Médica).

Subtema: Frustração e impotência

A frustração de não conseguir totalmente desenvolver uma relação terapêutica sólida ocasionalmente e não ir de encontro às expectativas culturais dos utentes e seus familiares foi descrita em alguns relatos que abordam esses casos: “[...] a sensação com que eu fiquei foi que a senhora possa ter pensado que era má vontade. Ainda que se tenha tentado justificar depois, tinha também a questão da língua, que foi mais um problema para conseguir ultrapassar” (P3, Assistente Social). Essa frustração aliada à sensação de impotência foi relatada como um entrave para reforçar e promover a competência cultural do prestador.

Subtema: Resiliência e aprendizagem

Os entrevistados apresentaram relatos que edificam a sua intenção no aprendizado e melhoria contínua, apesar das limitações de formação e desafios constantes na intervenção com pessoas culturalmente diferentes. Uma profissional narrou esse apeto da seguinte forma: “[...] E como tudo o que é novo é

desafiante e gera também alguma insegurança e algum medo, não é? Mas acho que é importante sempre não perdermos de vista os nossos objetivos, prestar os melhores cuidados centrado na pessoa e naquilo que são as necessidades de cada pessoa e a cultura é uma especificidade que tem de ser respeitada” (P9, Psicóloga).

Tema: O PROCESSO DE CUIDADOS NA DIVERSIDADE CULTURAL

O tema compõe seis subtemas detetados que demonstram como o processo de cuidados é realizado na diversidade cultural em CP. São identificados barreiras, desafios e outros aspetos relevantes nesse processo de assistência contínua.

Subtema: Barreiras socioculturais

O processo de cuidados na diversidade cultural retornou com resultados de algumas barreiras que se apresentam na interação entre as partes envolvidas. Entre essas barreiras, foi relatado de que os imigrantes chegam até essas equipas e apresentam situações sociais e religiosas de grande complexidade, como narrou o entrevistado: “[...] há alguns bloqueios, digamos assim, que têm a ver com que nós não chegamos de todo a perceber realmente as dinâmicas [...], mas às vezes temos algum doente muçulmano [...] e o fluxo de informação não é o mesmo que é com uma pessoa de outra de outra religião” (P2, Médico).

Subtema: Barreiras estruturais

Nas unidades intra-hospitalares de suporte de CP foram frisadas algumas barreiras estruturais sem adaptação cultural. O ambiente hospitalar, segundo as entrevistas, possui um conjunto de regras de conduta que se transforma nessa barreira, como relatou: “Alguns hábitos ligados aos cuidados, *perimortem* e pós-morte às vezes são difíceis de enquadrar na área onde eu estou cá, num internamento hospitalar. E às vezes é um desafio tentar ir cumprindo as regras, o que é possível fazer e o que faz sentido fazer sem interferir muito com os hábitos, de sobretudo das famílias,

porque às vezes o utente já nem dá muito a sua opinião. O desafio é por aí e às vezes temos mesmo de cumprir regras” (P5, Médica)

Subtema: Barreira da língua

O obstáculo da comunicação entre a equipa multidisciplinar e os utentes foi destacada em todas as entrevistas. Por fim, a barreira linguística foi a mais mencionada pelos participantes. Os profissionais descreveram essa barreira como no exemplo: “Mesmo dentro de situações pontuais que temos tido, não tem sido fácil e com a diferença da língua, por vezes dificulta ainda mais” (P4, Enfermeira). A inexistência de tradutores para determinados idiomas se revelou uma barreira na comunicação e realização conjunta de um plano terapêutico, como foi mencionada pela profissional: “[...] tivemos de tentar [...] uma bolsa de tradutores no hospital que depois [...] não foi possível porque não havia tradutor em nepalês. Tivemos de ligar para o consulado do Nepal para ver se nos ajudavam a traduzir e eles próprios também não nos conseguiram ajudar. Eles nem próprios falavam em português [...]” (P10, Assistente Social). Ademais dessa limitação de idiomas, os tradutores tão pouco possuem uma formação em CP ou outro curso relacionado a esse tipo de cuidado, dificultando ainda mais a confiança da equipa nesse tipo de serviço. Como alternativa a minimizar essas barreiras da língua, foi mencionado um projeto pioneiro em Portugal que visa auxiliar o profissional nesse processo de comunicação e facilitar a compreensão bilateral: “Um projeto de facilitação gráfica em cuidados paliativos [...] são uma série de A3, de folhas grandes, em que nós temos as situações mais frequentes, os sintomas mais comuns [...] tudo o que é comunicação própria do nosso dia a dia para com os utentes de diversas nacionalidades, para evitar ou minimizar, realmente a barreira linguística [...]” (P2, Médico).

Subtema: Desafios na prestação de cuidados

A falta de entendimento pelos utentes do que são CP e o impacto que esse cuidado poderia ter na sua

qualidade de vida e das suas famílias, se mostrou um desafio frisado nas entrevistas, como comentou a profissional: “Se calhar na não compreensão da especificidade dos cuidados paliativos e tentar desmistificar [...] culturalmente, o que é praticado cá em Portugal e fora [...]” (P6, Assistente Social). A vulnerabilidade socioeconómica desses agregados familiares se revelou como um desafio para as equipas. Foi mencionado em alguns relatos sobre as dificuldades para conseguir recursos e apoios para essa população devido as suas condições imigratórias. Os profissionais descreveram grandes obstáculos nesse aspeto, como informou: “[...] Para lhe pedir apoios e subsídios foi extremamente complicado, e acabamos por nunca conseguir nada, nem reforma, nem complemento solidário, nada. [...]” (P3, Assistente Social). A predominância feminina nas equipas multidisciplinares dos entrevistados revelou um pormenor desafiante nos cuidados culturais dos seus utentes, como abordou a entrevistada: “[...] já tivemos, por exemplo, uma pessoa [...] que era de origem muçulmana que os cuidados não podiam ser prestados por mulheres e a equipa é toda de mulher. Portanto, lá conseguimos um enfermeiro no centro de saúde, e pronto, tentamos sempre conhecer bem essas especificidades que têm a ver com o cuidado [...]” (P9, Psicóloga). Houve também relatos de que existe uma resistência as diferenças culturais em determinadas regiões do país, e que isso de facto se torna um desafio nesse processo de cuidados, como mencionou a profissional: “Eu vivo aqui numa zona [...] que acaba por ser uma zona fechada, porque vivo no interior do país, em que as pessoas ainda têm um padrão cultural [...] e por vezes existe alguma resistência em nos adaptar às culturas diferentes” (P1, Enfermeira). O desafio de ir de encontro das expectativas dos utentes e suas famílias e a gestão das decisões relacionadas ao avanço da doença que não foram antecipadas, ficou mencionado num relato de uma profissional: “E as pessoas não estão muito à espera [...] eu acho que há uma iliteracia global. Iliteracia no sentido de o que são os cuidados

paliativos, o que é que pretendem, como é que podem ajudar, mas do lado da população, em geral. Não é só para fim de vida, é toda uma antecipação, é mudar o *chip* e é decidir muitas coisas antes de lá chegar [...]” (P5, Médica). As entrevistas mostraram que grande parte desses utentes imigram para Portugal sozinhos *a priori*, e que a falta de uma rede de apoio se vê como um desafio para reforçar a relação terapêutica entre o utente e a equipa: “[...] como não tínhamos familiares para nos ajudar, ele próprio já tinha ali alguns períodos de confusão [...] foi difícil a nós conseguirmos chegar a ele [...]” (P10, Assistente Social).

Subtema: Repatriamento de utentes

Essa falta de rede apoio familiar foi mencionada como uma expectativa de regresso ao país de origem do imigrante, o que implica uma mobilização intensa entre instituições: “[...] no caso desta rapariga, o facto de ela querer ir falecer no Nepal, nós achámos que ela não tinha inicialmente condições clínicas até para viajar, mas ela ter tentado tanto [...] ela queria falecer na terra dela porque sabia que aqui iria ser enterrada e não iria ser como ela gostaria” (P10, Assistente Social). Quando existente, os relatos afirmaram de que ter o cuidador como aliado pode trazer benefícios na intervenção e interação com esses utentes e na superação desses desafios, como complementou: “[...] essas pessoas também vêm acompanhadas pelos familiares, pelo cuidador [...] esse familiar, é o nosso grande aliado, porque acaba por nos ajudar muito em cuidar da pessoa e em conseguir corresponder e respeitar os hábitos da pessoa” (P1, Enfermeira).

Subtema: Autonomia do utente

Os dados demonstraram que em determinadas religiões, existe um desejo do utente documentado de como e quais procedimentos devem ser adotados na perda das suas capacidades. No entanto, segundo uma das entrevistas, essas decisões foram tomadas em momentos e contextos distintos aos que se encontravam, como comentou: “[...], mas alguns dos

casos mais difíceis têm a ver com os doentes Testemunhas de Jeová, que [...] chegam a ter testamentos vitais bem decididos, bem documentados, relativamente, e tem ideias muito bem definidas. Não só o que querem como o que não querem. Mas em todos os casos que tivemos como uma equipa, as decisões que as pessoas trazem, não são delas, não as entenderam muito bem, não percebem as implicações e numa fase de elevada fragilidade ficam muito confusas em relação àquilo que foi decidido para elas [...]" (P5, Médica). O relato avança com uma preocupação sobre a autonomia e desejos reais do utente: "[...] e que entra em conflito com aquilo que poderíamos trazer de conforto e de qualidade de vida e que elas simplesmente rejeitam, porque sim, mas depois também não percebem muito bem o porquê e cria situações [...] chegou a criar situações de algum conflito entre família e congregação. Porque as pessoas têm, de facto, decisões que não entenderam o que é que aquilo implica" (P5, Médica).

Tema: AS DIVERSIDADES CULTURAIS DOS UTENTES E FAMÍLIAS

No tema abordado foi encontrado quatro subtemas sobre as especificidades e diversidades culturais da população alvo deste estudo. Estas diversidades apresentam características psicossociais, culturais e religiosas.

Subtema: As diferenças culturais no sofrimento

Os resultados mostraram que há uma diferença cultural na maneira como o sofrimento é vivido por utentes de diferentes culturas. Alguns utentes transmitem sua dor e sofrimento de maneiras muito individuais. Por outro lado, os familiares tendem a insistir para a não divulgação do diagnóstico ou agravamento da doença para o seu familiar doente. Um entrevistado comentou: "[...] Por não partilhar esta dor com os outros entes queridos, promove que a dor sofrida pelo utente seja ainda maior [...] também quando [...] os familiares que não querem que o que o doente saiba do seu diagnóstico" (P2, Médico).

Subtema: Crenças e valores

Uma entrevistada descreveu o cuidado em que a equipa possui em atender os desejos provenientes das crenças e valores do utente: "[...] sempre que nos apercebemos que para o doente é importante [...] ter lá [...] alguma figura importante da sua crença, da sua religião, nós tentamos, disponibilizamos completamente um espaço para que a pessoa venha [...] tentamos colaborar sempre" (P3, Assistente Social). A limitação de representantes religiosos específicos foi descrita como uma dificuldade, diferente dos representantes das religiões mais populares, como comentou: "Até temos uma lista para os católicos, para os muçulmanos [...], mas basicamente é isso que temos [...] agora a identificação específica para aquela pessoa, daquela cultura, quer isto, quer aquilo [...] não, isso é uma grande lacuna que eu sinto" (P1, Enfermeira).

Subtema: Hábitos da pessoa

Cada cultura demonstra características e particularidades. Os entrevistados descreveram essa diversa diferença de hábitos e alguns pormenores, como relatou: "[...] os hábitos específicos de certas culturas [...] cuidar de um muçulmano, uma pessoa indiana, é muito diferente de cuidar uma pessoa [...] africana [...] aquela cultura gosta de comer isto, não gosta de ser tocado por homens, não gosta de ser cuidado por homens ou só gosta de ser cuidado por homens [...]" (P1, Enfermeira).

Subtema: Diversidade de rituais fúnebres

Os distintos rituais também complementam essas diversidades, como descreveu a participante: "[...] era muçulmana [...] não foi muito fácil, sobretudo com os cuidados ao corpo [...] tem alguns procedimentos do cuidado com o corpo, a limpeza como se envolve [...] foi possível que viessem as pessoas, digamos, não é da congregação, mas as pessoas amigas, mulheres, para tocar o corpo de determinada forma" (P5, Médica).

DISCUSSÃO



O tema “as competências culturais do prestador” reflete os atributos individuais dos profissionais encontrados nas entrevistas desse estudo. Para o alcance da competência cultural, o modelo de Campinha-Bacote destaca que os prestadores de cuidados de saúde se vejam como pessoas culturalmente competentes, em vez de já serem culturalmente competentes (14). Os dados demonstram uma certa inexperiência com as diversas populações multiculturais, visto que alguns desses grupos ainda não estão presentes em muitas das unidades de CP onde atuam os profissionais entrevistados nesse estudo. Minoritariamente, foi encontrado profissionais com uma vasta experiência na intervenção cultural em CP e que seguem investindo em recursos para o aprimoramento contínuo dessa competência. Existe um grande interesse pela temática da competência cultural e os profissionais descreveram medidas de aceitação das diferenças e no processo de construir semelhanças (14). Os participantes demonstraram a compreensão de que com o aumento da imigração a nível nacional, a sensibilização para a multiculturalidade solicita um olhar mais destacado para os grupos diversos existentes (1). O conhecimento empírico ainda é a maior fonte de conhecimento cultural demonstrado nas entrevistas. Essa curiosidade cultural derivada dessa experiência profissional vai de encontro aos constructos do modelo descrito por Campinha-Bacote, na procura que têm os profissionais para se tornar competentes culturalmente (14). Os entrevistados possuem a consciência e desejo em se tornar cada vez mais conhecedores da multiculturalidade e adaptar os seus cuidados às exclusividades dos seus utentes, aprimorando as suas capacidades de intervenção cultural (14). No entanto, os prestadores podem não considerar adequadamente o

impacto subtil e, muitas vezes, inconsciente dos seus próprios filtros culturais e dos das suas organizações na sua capacidade de prestar cuidados culturalmente competentes (11). Dessa forma, foi encontrada a necessidade de formações dentro da temática da competência cultural para que o desenvolvimento dessa capacidade seja pleno e eficaz. Assim, os seminários e palestras também poderiam ser considerados para disseminar o tema entre a comunidade académica e profissional, levando a literacia cultural de qualidade a preços acessíveis aos prestadores de cuidados. A conscientização da necessidade de formação em competência cultural e de materiais culturalmente apropriados contribui para esse esforço (12). Existe um papel essencial das instituições e dos gestores em saúde em fomentar esse conhecimento. A criação de políticas e protocolos é de grande valor, reforçando a competência cultural na visão institucional (15). Isso pode ser facilitado através da procura colaborativa, acordos de trabalho e parcerias com organizações comunitárias, tais como grupos religiosos e sociais, que são um conjunto de medidas que tem se aplicado parcialmente à realidade das equipas nacionais entrevistadas (15). A disseminação desse trabalho coletivo aprimora a coesão da intervenção multidisciplinar e resguarda o prestador de frustrações ocasionadas pelo desconhecimento de como intervir em contextos culturais complexos. Através dos dados recolhidos e com a sua análise, em conjunto com a bibliografia, foi possível compreender a relevância da competência cultural na prestação de CP.

Nas observações sobre o tema “o processo de cuidados na diversidade cultural” foi encontrado diversas barreiras e desafios na interação entre os profissionais e os seus utentes. As equipas também se deparam com as barreiras institucionais, onde os profissionais têm buscado medidas facilitadoras para afirmar as vontades dos utentes e suas famílias dentro das unidades de saúde, reforçando a sensibilidade cultural e com o foco na qualidade de vida desses utentes. Um profissional de saúde e social

culturalmente competente desenvolve uma consciência da sua existência, sensações, pensamentos e ambiente, sem deixar que esses fatores tenham um efeito indevido sobre aqueles a quem são prestados cuidados (16). As flexibilizações de regras predefinidas auxiliam no encontro dessa necessidade (4).

As adversidades com a comunicação revelaram uma grande barreira para os prestadores de CP junto as populações de imigrantes, e que podem desencadear problemas adicionais, como falta de confiança e informações mal interpretadas de ambos os lados, dificultando a relação terapêutica. As barreiras linguísticas também afetam a compreensão dos planos de cuidados (3). Como desenvolvimento de uma medida facilitadora, destacou-se o projeto de facilitação gráfica para a comunicação multilíngue desenvolvido pelo entrevistado P2, que se apresenta como um método eficiente onde os profissionais usufruem de um retorno de qualidade nessa questão do intercâmbio linguístico e no fomento da autonomia das equipas, reforçando a sua independência de tradução externa, e evitando os constrangimentos da falta de tradutores ou traduções realizados por pessoas sem formação em CP. A exploração de medidas facilitadoras similares para do desenvolvimento da competência cultural na prestação de CP é primordial nos estudos futuros. Mesmo assim, apesar da ausência de cobertura de línguas específicas, a utilização de interpretes não treinados em CP ainda é uma alternativa generalizada, mesmo não sendo a mais atrativa (14).

A complexidade psicossocial e socioeconómica revela que a população imigrante tende a sofrer de vulnerabilidade financeira e de integração (6). As equipas têm articulado com instituições externas para colmatar essa lacuna que muitas vezes não pode ser subsidiada pelo Estado (15). Essas interações entre as instituições contribuem para uma gama maior de possibilidades, contribuindo para a qualidade de vida do utente e reforçando a sua confiança na equipa. Manter uma relação terapêutica de confiança com esses utentes exige uma dinâmica flexível e a busca

constante em compreender a sua realidade cultural, religiosa e social. As colaborações com equipas externas também podem contribuir para uma heterogeneização do corpo profissional, tornando assim possível o trabalho conjunto entre esses profissionais e colaborando para a adaptação dos cuidados a determinadas situações que exigem uma flexibilidade de género por parte do prestador.

Em um caso específico, P1 descreveu uma situação em que a integração e o acolhimento da população de imigrantes em determinadas regiões do país possui uma resistência, o que pode ocasionar a uma discriminação implícita, assim como confirma Gómez-Batiste et al., e que os profissionais devem estar atentos para que essa condição não seja um fator negligenciado para compreender o processo de confiança. Isso sublinha a importância da preparação pessoal para uma prática culturalmente competente (17).

Uma vez que a barreira da língua esteja ultrapassada, é necessária a integração desse utente e família no lucidar do que são CP. Esse tipo de cuidados, muitas vezes inexistente em outras partes do globo, abre o espaço para o receio e preconceitos que devem ser desmitificados pela equipa multidisciplinar. Quando existente, a integração dos membros familiares nos cuidados realça o compromisso de uma troca de aprendizagem cultural e sobre os CP, melhorando a intervenção e a relação terapêutica entre as partes, como referem as entrevistas. Quando não existir membros familiares, existe uma comunidade que une os indivíduos uns aos outros e também a um coletivo maior, seja na relação terapêutica de cuidados entre os profissionais e o utente, outro indivíduo em particular ou alguma entidade importante para o mesmo (3).

O tema “as diversidades culturais dos utentes e famílias” transpareceu as diferenças no sofrimento e dor e como a competência cultural é essencial para compreender o universo do utente. Isso reitera a convicção de Jovanovic, que descreve que competência

cultural pode ajudar nas fases mais complexas no agravamento da doença, bem como questões de autonomia do doente, preferências de tomada de decisão, atitudes em relação ao alívio da dor e ao autocuidado, hábitos ou costumes nutricionais, diretivas antecipadas, tratamentos ou medicamentos alternativos, expectativas de cuidados e decisões pós-morte (2). Esses fatores foram considerados primordiais pelos entrevistados para que a dignidade do utente seja afirmada. A exclusividade dos cuidados mediante a cultura de cada utente reforça e salvaguarda a sua dignidade e o seu direito como cidadão autónomo e livre, acima de qualquer congregação religiosa ou interesses de terceiros. Contudo, os desafios em intervir com utentes de diferentes religiões se mostra evidente nos resultados. Segundo Doorenbos et al., essas diferenças exigem que os prestadores estejam preparados para esses desafios, evitando desigualdade nos cuidados (5,10). Apesar da limitação em encontrar líderes religiosos não cristãos, os profissionais têm abordado com o seu melhor as dimensões da espiritualidade, do sofrimento, bem como o respeito as especificidades dos rituais pós-morte e fúnebres, como desejado pelo utente.

Tendo por base as ideias que emergem do modelo de Campinha-Bacote (14), neste estudo foi constatado que os profissionais têm procurado, em meio as suas possibilidades, se tornar competentes culturalmente, mas existe a necessidade da valorização da formação e abordagem do assunto nos cursos profissionais. Os entrevistados consideraram esse tema contemporâneo, e que apesar da grande maioria não possuir conhecimentos específicos na temática, existe um olhar compassivo e de adaptabilidade dos cuidados nos profissionais de CP. Sendo a comunicação e o apoio à família pilares dos CP, as equipas reforçam o sentido de compaixão, transparência e altruísmo nos cuidados, preservando a liberdade do utente e consequentemente a sua cultura. Os cinco constructos do modelo aplicados nesse estudo reafirmam a necessidade de explorar o processo dessa competência nas equipas

nacionais e potencializar a conscientização para as constantes mudanças no perfil dos utentes em Portugal. Finalmente, com esse estudo, existiu a oportunidade de descrever as experiências de aplicação da competência cultural na prática clínica e na relação terapêuticas do profissional em CP.

Limitações ao estudo

Existiu uma dificuldade em encontrar prestadores de CP dentro dos critérios de inclusão e no prazo de investigação, pelo que o estudo é limitado às experiências de 10 participantes que não abrangem todas as diversidades culturais. Conjuntamente, apreciamos a realidade de apenas algumas equipas e de alguns grupos profissionais, o que demonstra a necessidade de novos estudos sobre a temática em Portugal, contribuindo para investigação desse tema tão relevante e atual. Os estudos futuros deverão focar-se nas experiências de prestação de cuidados paliativos com utentes e famílias de várias nacionalidades. Os dados migratórios direcionam para um maior aumento da população estrangeira em território nacional o que exigirá profissionais capacitados em intervir junto a essas pessoas.

Declaração de interesses

O autor não declarou possíveis conflitos de interesse no que respeita à investigação, autoria e/ou publicação deste artigo.

Financiamento

O autor não recebeu apoio financeiro para a investigação, autoria e/ou publicação deste artigo.

CONCLUSÃO



Os prestadores de CP compreendem a importância da competência cultural e a dinamizam

através da procura do conhecimento cultural no contacto frequente com os utentes e a suas famílias. Também buscam ativamente por superar as barreiras e os desafios utilizando da experiência de uma equipa especializada e multidisciplinar e em conjunto com os seus parceiros externos. A competência cultural é necessária para uma intervenção mais assertiva e para o aprimoramento da relação terapêutica entre os profissionais e os utentes, como demonstram os resultados.

No entanto, os dados apelam para que exista mais ofertas formativas no âmbito dessa competência para que a intervenção junto aos diversos grupos multiculturais que têm e terão acesso aos CP, seja cada vez mais inclusiva e democrática. Estando a competência cultural dos prestadores em sintonia com o aprendizado contínuo, o processo de cuidados na diversidade cultural tente a estar mais preparado para a superação dos obstáculos inerentes do contexto intercultural, respeitando as diversidades dos utentes e suas famílias.

A disseminação em contextos institucionais dessa temática se mostra primordial para a melhoria dos cuidados e a preparação para os desafios futuros. Desafios esses que reafirmam a competência cultural como um processo a não ser subestimado para se alcançar um serviço de saúde e sociedade mais inclusiva, justa e sustentável.

É fundamental a continuidade de novos estudos sobre o tema a nível nacional para o reforço do conhecimento científico da competência cultural em CP em Portugal.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira C. Indicadores de Integração de Imigrantes *RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL*. [em linha]. 2023. [Consult. Jan 2025]. <https://migrant-integration.ec.europa.eu/system/files/2023-12/Relatorio%20Estatistico%20Anual%20-%20Indicadores%20de%20Integracao%20de%20Imigrantes%202023.pdf>
2. Jovanovic M. Improving cultural competency among hospice and palliative care volunteers: recommendations for social policy. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Jun;29(4):268-78. doi: 10.1177/1049909111414863. Epub 2011 Jul 4. PMID: 21727150.
3. Johnston G, Vukic A, Parker S. Cultural understanding in the provision of supportive and palliative care: perspectives in relation to an indigenous population. *BMJ Support Palliat Care*. 2013 Mar;3(1):61-8. doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000122. Epub 2012 May 3. PMID: 23585926; PMCID: PMC3621524.
4. Roeder-Schur S, Rumpold T, Kirchheiner K, Masel EK, Nemecek R, Amering M, Watzke H, Schrank B. Migrate your mind: the role of palliative care in transcultural cancer treatment : A qualitative analysis. *Wien Klin Wochenschr*. 2019 May;131(9-10):191-199. doi: 10.1007/s00508-019-1474-9. Epub 2019 Apr 17. PMID: 30997564; PMCID: PMC6520309.
5. Hsieh JG, Hsu M, Wang YW. An anthropological approach to teach and evaluate cultural competence in medical students - the application of mini-ethnography in medical history taking. *Med Educ Online*. 2016 Sep 22;21:32561. Doi: 10.3402/meo.v21.32561. PMID: 27662824; PMCID: PMC5035505.
6. Marques JC. A emigração portuguesa em tempos de imigração, POLÍGONOS. *Revista de Geografia*. 2011. 20, 115-129.
7. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. [em linha]. 2022. [Consult. Jan 2025]. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
8. Retrato da população estrangeira e dos fluxos migratórios em Portugal. [em linha] 2023. [Consult. Jan 2025]. File: https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-07/f_2023_12_12_pr_dia_internacional_dos_migrantes_vf.pdf
9. Schrank B, Rumpold T, Amering M, Masel EK, Watzke H, Schur S. Pushing boundaries-culture-sensitive care in oncology and palliative care: a qualitative study. *Psychooncology*. 2017 Jun;26(6):763-769. doi: 10.1002/pon.4217. Epub 2016 Aug 12. PMID: 27429221.
10. Doorenbos AZ, Schim SM. Cultural competence in hospice. *Am J Hosp Palliat Care*. 2004 Jan-Feb;21(1):28-32. doi: 10.1177/104990910402100108. PMID: 14748520.
11. Chettih M. Turning the lens inward: cultural competence and providers' values in health care

decision making. *Gerontologist*. 2012 Dec;52(6):739-47. doi: 10.1093/geront/gns008. Epub 2012 Mar 8. PMID: 22403162.

12. Reese DJ, Melton E, Ciaravino K. Programmatic barriers to providing culturally competent end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2004 Sep-Oct;21(5):357-64. doi: 10.1177/104990910402100510. PMID: 15510573.

13. Reese DJ. Proposal for a university-community-hospice partnership to address organizational barriers to cultural competence. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011 Feb;28(1):22-6. doi: 10.1177/1049909110370744. Epub 2010 May 27. PMID: 20508242.

14. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003003. PMID: 12113146.

15. McGee P, Johnson MR. Developing cultural competence in palliative care. *Br J Community Nurs*. 2014 Feb;19(2):91-3. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.2.91. PMID: 24514110.

16. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul;13(3):193-6; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003006. PMID: 12113149.

17. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Sep;6(3):371-8. doi: 10.1097/SPC.0b013e328356aaed. PMID: 22801465.

18. Creswell J-W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications. 2022. ISBN 1412995302, 9781412995306

19. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm* [em linha]. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>

20. Sarfo J, Debrah T, Gbordzoe N, Afful W, Obeng P. Qualitative Research Designs, sample size and saturation: Is Enough Always Enough? *Journal of Advocacy, Research and Education*. 2021. 8(3): 60-65. DOI: 10.13187/jare.2021.3.60.

21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2): 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp0630a



DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, Luan Elvis da Silva dos Santos (nome do autor principal) e demais co-autores Vanda Cristina Barrocas Varela Pedrosa e Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes, declaramos que não há conflitos de interesse em relação ao manuscrito intitulado como:

A COMPETÊNCIA CULTURAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO QUALITATIVO.

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Eu, Luan Elvis da Silva dos Santos (nome do autor principal) e demais co-autores Vanda Cristina Barrocas Varela Pedrosa e Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes, transferimos este artigo intitulado como: A COMPETÊNCIA CULTURAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO QUALITATIVO à Revista eletrônica Ciência & Saberes para publicação e aquisição de direitos autorais.

Todos os autores garantem que o artigo é original e não possui plágios ou demais questões infringindo direitos autorais de terceiros e/ou resolução CNS 466/2012 e resolução 510/2016.

Local:

Data: 04/ 12/ 2025.

Assinatura do autor principal:



Assinado por: Luan Elvis da
Silva dos Santos
Identificação: B118022260
Data: 2025-12-04 às 19:58:10