

CUIDADOS DE SAÚDE E COMUNICAÇÃO NA SOCIEDADE MULTICULTURAL: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde

Health Care and Communication in Multicultural Societies: Discussing Interculturalities, Practices and Politics of Health

Natália Ramos (Universidade Aberta, Lisboa)³

RESUMO

Na contemporaneidade, as questões da multi/interculturalidade são da maior importância no contexto do mundo globalizado, estão no centro das preocupações da maioria dos Estados, nomeadamente europeus, vindo colocar novas questões à sociedade, aos diversos campos científicos e às políticas do século XXI nos diferentes setores. Tanto a globalização e a mobilidade das populações, como a urbanização, aumentaram sem precedentes a multiculturalidade, os contactos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural contribuindo, assim, para uma grande heterogeneidade linguística, cultural e comportamental das sociedades atuais, e colocando grandes desafios à comunicação intercultural, à saúde e à gestão das relações interculturais, particularmente à comunicação em saúde em contexto multi/intercultural. Estas problemáticas implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da pesquisa, da formação e da intervenção no domínio da interculturalidade, da comunicação e da saúde, da gestão das interações entre o Eu e o Outro, dos processos psicossociais inerentes aos contactos interculturais. Exigem igualmente, a adoção de práticas, estratégias e políticas e o desenvolvimento de competências para fazer face às novas realidades culturais, comunicacionais e sanitárias da sociedade multicultural, para gerir a complexidade da comunicação entre pessoas e grupos de culturas diferentes e promover cuidados de saúde culturalmente adaptados. A presente comunicação propõe-se analisar e discutir algumas destas questões, assim como, alguns princípios teóricos, metodológicos e práticos relacionados com a abordagem da comunicação, numa perspetiva intercultural e de cuidados de saúde, salientando-se, igualmente, a atualidade e a importância da pesquisa e da formação nesta área, tendo em vista a construção de um cuidado de saúde culturalmente competente, a diminuição de vulnerabilidades e riscos para a saúde e a promoção da cidadania e da igualdade de oportunidades em saúde.

Palavras-Chave: Interculturalidades; Sociedade multicultural; Comunicação em Saúde; Comunicação Intercultural; Cuidados de Saúde

³ Professora Associada da Universidade Aberta de Lisboa e Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, UAb, onde coordena o Grupo de Investigação: Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

Endereço Profissional: Universidade Aberta: Rua da Escola Politécnica, 147, 1269-001 Lisboa. Telefone: 351 21391600; natalia@uab.pt

INTRODUÇÃO

O aumento da globalização, dos fluxos migratórios e da urbanização fizeram aumentar os contactos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural. Esta multiculturalidade faz com que as sociedades, os Estados e as diferentes instâncias sociais sejam confrontados com uma grande pluralidade social, linguística, cultural e comportamental dos seus utentes, profissionais e cidadãos, nomeadamente em contexto de saúde, colocando enormes desafios à saúde, à comunicação e à gestão da diversidade cultural. Ao nível dos cuidados e das organizações de saúde, estes caracterizam-se, cada vez mais, pela diversidade cultural dos seus utentes/doentes e profissionais, o que exige que saibam fornecer cuidados culturalmente competentes e funcionar não só, como organizações de saúde, mas também como organizações multiculturais, tendo como fundamento o respeito e a valorização da pluralidade de culturas e implicando competências dos gestores e profissionais de saúde, na área da comunicação e da interculturalidade.

O direito à saúde é um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. As questões da saúde, dos direitos humanos e da cidadania das minorias étnico-culturais e migrantes estão no centro das preocupações ao nível mundial, nomeadamente da **União Europeia**, dos responsáveis políticos, dos profissionais e dos investigadores. Contudo, apesar da legislação europeia e portuguesa prever o acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos, indiferentemente da sua origem, nacionalidade e condição legal no território nacional, esta legislação e direito, embora importantes, não são suficientes para a qualidade e a equidade na saúde.

As migrações têm colocado à **União Europeia** numerosas questões, nomeadamente ao nível da saúde, sendo importante identificar competências, problemas, programas e políticas que têm sido desenvolvidos para responder às necessidades destas populações e aos profissionais que lidam com estes diferentes grupos étnico-culturais, particularmente ao nível da informação e da

comunicação. Sendo o acesso à saúde um direito fundamental, constata-se que muitas das dificuldades dos migrantes e minorias étnicas prendem-se, sobretudo, com problemas comunicacionais ao nível organizacional e interpessoal e falta de informação, tanto da parte destes grupos, como dos próprios profissionais e serviços de saúde, em relação à legislação e aos direitos e deveres dos migrantes nos serviços de saúde. Também, são cada vez mais os profissionais de saúde, muito em particular os que trabalham em contextos multiculturais com utentes e doentes originários de outras culturas ou minorias étnicas, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação intercultural em saúde. Vários estudos evidenciam que os profissionais de saúde apresentam mais dificuldades e erros de diagnóstico quando comunicam com utentes migrantes e de minorias étnicas, estando muitos dos problemas dos profissionais e falhas na adesão dos utentes relacionadas com questões de comunicação em saúde (RAMOS, 2004, 2007, 2008; SCHOUTEN *et al*, 2006, 2009; THOMAS, 2006).

O encontro interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura vem colocar novos paradigmas e desafios estratégicos, políticos, teóricos e metodológicos ao nível da pesquisa, da formação, da intervenção, no campo da prevenção, educação e promoção em saúde, particularmente em contexto de multi/interculturalidade. A articulação dos domínios da comunicação e da saúde é reconhecida cada vez mais, como um elemento fundamental para melhorar as práticas clínicas, para promover a saúde individual e coletiva em contextos autóctones e, sobretudo, interculturais e migratórios e para a definição de políticas de saúde.

Atualmente, muitos dos desafios enfrentados pela saúde estão relacionados com questões de comunicação, principalmente em contexto de diversidade cultural. A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da **mudança comportamental** e da **competência intercultural** ao nível sanitário, assim como, da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo, igualmente, um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde. Numerosos estudos nacionais e internacionais evidenciam que uma parte dos

problemas, disfuncionamentos, insucessos e insatisfação ao nível educacional, relacional, clínico, organizacional e da gestão no âmbito da saúde está relacionada com problemas de comunicação, nomeadamente, ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos decisores, gestores e profissionais nos diversos setores da saúde, seja em contextos autóctones ou multi/interculturais e destacam que as queixas dos utentes relativamente a estes aspetos têm vindo a aumentar (RAMOS, 2004, 2007, 2008; KURTZ *et al*, 2005; SCHOUTEN *et al*, 2006, 2009; THOMAS, 2006; BERRY, 2007).

A importância da comunicação em saúde para o desenvolvimento de competências e instrumentos com vista à criação de contextos e à implementação de políticas, práticas e comportamentos de prevenção e de inovação promotores de saúde é sublinhada, nomeadamente pela **Organização Mundial de Saúde, pela Agência Europeia para o Desenvolvimento das Políticas e Práticas de Saúde Públicas na Europa e pelo Gabinete de Estratégia de Prevenção Nacional do Ministério da Saúde nos EUA.**

Para o *National Prevention Council* (2011), a comunicação em saúde engloba o estudo e a utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais, grupais e das comunidades para melhorar e promover a saúde.

A comunicação em saúde poderá situar-se a diferentes níveis de intervenção, de análise e de impacto, estando as prioridades centradas em várias dimensões, nomeadamente (THOMAS, 2006):

- **Individual:** O indivíduo constitui o alvo principal para a mudança em saúde, considerando-se que são os comportamentos individuais que alteram os estatutos e as situações. A comunicação em saúde pode influenciar a motivação, os conhecimentos, as atitudes, a autoeficácia e a capacidade de mudança de comportamentos em saúde;

- **Rede Social** : As relações individuais e grupais poderão ter impacto na saúde de cada indivíduo. Programas específicos de comunicação em saúde poderão trabalhar as formas e significados da informação recebida pelo grupo, modificar estilos e níveis de consumo, podendo os líderes num determinado grupo ser interlocutores privilegiados para campanhas de comunicação e de prevenção;
- **Organizações**: Inclui geralmente grupos formais com uma estrutura definida, tais como associações, clubes, grupos cívicos, locais de trabalho, escolas, cuidados de saúde primários, organizações que podem transmitir mensagens de saúde aos seus membros, fornecer apoio e colocar em ação estratégias e mudanças políticas que conduzam à mudança comportamental individual;
- **Comunidade**: A saúde e o bem estar das comunidades poderão ser promovidos criando e desenvolvendo estruturas e políticas que apoiem estilos de vida e ambientes saudáveis, iniciativas e ações que poderão ser planeadas por instituições como escolas, empresas, estruturas de saúde, grupos comunitários ou departamentos governamentais;
- **Sociedade**: A sociedade no seu conjunto exerce grande influência no comportamento individual e grupal, ao nível de normas e valores, atitudes e opiniões, leis e políticas, ambiente económico, político, cultural e informacional.

A Comunicação em Saúde é importante na análise e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões e os comportamentos dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades, no sentido da prevenção e da promoção da equidade e qualidade em saúde, em

particular, dos grupos minoritários (por questões de ordem étnico/cultural, linguística, socioeconómica ou educacional).

Os aspetos sociais e culturais podem constituir obstáculos importantes aos cuidados de saúde, por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde e, por outro lado, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente, ao nível comunicacional e cultural. O encontro intercultural em contexto de saúde, o confronto com a “diferença cultural” nos cuidados de saúde podem levar a fortes reações emocionais, atitudes de rejeição e problemas de comunicação da parte dos utentes/doentes e dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há conhecimentos e formação na área da interculturalidade e da comunicação.

CONTEXTOS DA MULTICULTURALIDADE E POLÍTICAS MIGRATÓRIAS E DE SAÚDE

No mundo aberto e plural de hoje, com a globalização e os novos meios e tecnologias de informação e de comunicação, com os media, a *internet*, as facilidades de deslocação e os meios de transporte rápidos, a diversidade cultural e o Outro têm um estatuto e imagem diferentes. A diversidade cultural, o Outro, não está longínquo e distante, mas está mais próximo e presente no quotidiano, coabita conosco nos espaços públicos, nas instituições e reclama respeito e direitos. Temos uma diversidade cultural, que encontramos no seio dos Estados, das cidades, no dia-a-dia, relacionada com a abertura ao mundo, a globalização e a cidadania.

A primeira figura do Outro e da diversidade cultural é o Migrante, aquele para quem a migração poderá aumentar a liberdade, melhorar as condições de vida, alargar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação e constituir um fator importante de desenvolvimento, se lhe for

proporcionado acolhimento e contextos social, educacional, sanitário e político adequados. Contudo, o processo migratório não é simplesmente sinónimo de encontro cultural, já que implica uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil. Esta adaptação vai depender de fatores múltiplos relacionados com aspetos específicos da aculturação e exige muitas mudanças. Algumas destas mudanças poderão ser positivas, especialmente no que se refere à melhoria das condições socioeconómicas, à educação e à saúde; outras poderão originar dificuldades de adaptação, problemas psicológicos e *stresse* de aculturação. Muitos migrantes carregam frequentemente uma dupla vulnerabilidade (psicológica e social) e uma dupla exclusão (do país/cultura de origem e do país/cultura de acolhimento). Os migrantes nacionais e internacionais são, muitas vezes, confrontados com fronteiras de identidade, comunicação, pobreza, preconceito, estereótipo e racismo que os conduzem a situações de sofrimento, desilusão e isolamento, as quais podem afetar a sua integração, saúde mental e física e capacidade para reclamar e defender os seus direitos.

Todavia, no mundo globalizado de hoje, os indivíduos continuam a deslocar-se dentro ou fora dos seus territórios, em busca de melhores condições de vida, devendo estas deslocações ser consideradas como um direito humano. A migração ocorre, sobretudo no interior dos países, estimando-se que haja aproximadamente: 740 milhões de migrantes internos; 224 milhões de migrantes internacionais em que cerca de 100 milhões são mulheres; 14 milhões de migrantes devido à insegurança, a catástrofes ou a guerras (ONU). Em Portugal, a população de origem estrangeira representa cerca de 5% da população residente, dados de 2010 indicando 443 055 estrangeiros com título de residência válido. A comunidade brasileira constitui a maior população estrangeira residente em Portugal, seguida pela população da Ucrânia, Cabo Verde, Roménia e Angola (INE, 2011).

A diversidade cultural está igualmente representada nos 3 milhões de estudantes de ensino superior que se encontram fora dos seus países e que estão em aumento crescente, assim como nos fluxos de trabalhadores

qualificados. Em 2000, 11% dos enfermeiros e 18% dos médicos que trabalhavam nos países da OCDE eram de origem estrangeira (OCDE, 2007).

Outra figura de diversidade cultural e do Outro são os cerca de 300 milhões de pessoas, distribuídas por mais de 70 países, que pertencem a grupos indígenas, representando cerca de 4000 línguas. Na América Latina, por exemplo, os 50 milhões de indígenas constituem 11% da população da região (PNUD, 2004).

Outra figura do Outro e da diversidade cultural está associada à cidade, à urbanização. Mais da metade da população mundial (65%), oriunda de diversos universos culturais e sociais, habita hoje em zonas urbanas e suburbanas, prevendo-se que, em 2030, as cidades do mundo em desenvolvimento acolham 80% do total da população, contribuindo as migrações para este aumento populacional. A cidade constitui cada vez mais um espaço de pluralismo cultural, constituindo a gestão da diversidade cultural nas zonas urbanas uma das grandes preocupações do **Conselho da Europa e da Comissão Europeia**, os quais projetaram, em 2008, o programa designado **Cidades Interculturais**, insistindo em que é necessário promover a **Cidade Aberta**, de modo a fazer-se da cidade um espaço plural, um lugar privilegiado de diálogo intercultural, de cidadania e de qualidade de vida. A preocupação pela inclusão, bem-estar e saúde nas cidades está presente em outros organismos internacionais, tais como, a **UNESCO** e a **Organização Mundial de Saúde (WHO (1996))**. A OMS lançou em 1988 o **Movimento das Cidades Saudáveis (WHO/EURO/HCPO (1988))**, a que já aderiram na Europa perto de 1300 cidades. Para estes organismos, as autoridades públicas e os atores sociais deverão promover o bem estar, a cidadania ativa e a comunicação intercultural nas instituições, nos espaços físicos e na organização da vida cívica, de forma a impedir o desenvolvimento de *ghettos* religiosos e étnico-culturais e a promover políticas e espaços onde os indivíduos se possam encontrar, partilhar costumes culturais e religiosos e exercer os seus direitos.

Outra figura da alteridade e do Outro são os cerca de 11 milhões de ciganos residentes em diferentes países da Europa, nomeadamente em

Portugal, os quais constituem a maior minoria étnica neste continente e enfrentam, em geral, condições de vida mais difíceis, maior mortalidade infantil e esperança de vida inferior ao resto da população.

A multiculturalidade, nomeadamente a migração, constitui um desafio importante para os Estados, nomeadamente ao nível jurídico, assumindo particular importância a definição dos direitos dos trabalhadores migrantes e das suas famílias. É neste contexto que foi adoptada pela **Assembleia Geral das Nações Unidas** (ONU, Resolução nº 45/158, de 18 de Dez. de 1990) a **Convenção Internacional sobre a Protecção dos Direitos dos Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias**, a qual entrou em vigor em 2003. Entre os direitos defendidos nesta Convenção, está o direito de receber cuidados médicos em situação de igualdade com os nacionais do Estado de residência, não podendo estes cuidados médicos urgentes ser recusados mesmo em situação irregular de permanência (Artº 28).

No contexto europeu, a **Convenção Europeia de Assistência Social e Médica e a Carta Social Europeia (2006)** constituem instrumentos fundamentais para a garantia dos direitos de protecção social e de saúde, em situação de igualdade com os nacionais, da população estrangeira residente nos Estados membros do **Conselho da Europa**. Também ao nível europeu, foi desenvolvido o Projeto *Migrants – Friendly Hospitals – MFH (2002-2005)*, tendo como objetivo identificar áreas de intervenção neste domínio com vista a facilitar o acesso à saúde dos migrantes, a reduzir as barreiras linguísticas e a iliteracia dos utentes e a promover cuidados de saúde culturalmente competentes. Um dos produtos deste projeto europeu foi a **Declaração de Amesterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada** (WHO, 2004), onde são feitas recomendações para uma política de saúde e de acolhimento às populações migrantes e foram seleccionadas três áreas de intervenção prioritária: melhoria da interpretação e tradução na comunicação clínica; produção de informação amigável do migrante e formação em cuidados materno-infantis; formação dos profissionais de saúde para a aquisição de competências culturais, de modo a

capacitar os profissionais para uma melhor gestão da interculturalidade, nomeadamente em contexto hospitalar.

Em Portugal, a legislação garante aos migrantes o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, independentemente da sua nacionalidade, estatuto legal e nível económico (Despacho 25 360/2001, do Ministério da Saúde). O **Alto Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural integrou no Plano para a Integração dos Imigrantes 2010 -2013** (PCM/ACIDI IP, 2010) várias **Medidas**, tendo em vista a promoção da saúde das populações migrantes e a resposta às suas necessidades, bem como, dos profissionais que cuidam destes grupos, tais como: Promoção do acesso dos imigrantes ao SNS; Plano de Formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS; Implementação de um programa de serviços de saúde amigos dos imigrantes; Desenvolvimento de parcerias e institucionalização de procedimentos com vista a uma melhor gestão dos Acordos de Saúde e agilização do acesso dos imigrantes e seus acompanhantes aos serviços de saúde; Investimento na promoção da saúde mental dos imigrantes.

O acolhimento e a integração dos migrantes nas sociedades recetoras, em particular na cidade, onde se concentram ao nível residencial e laboral, estão relacionados com um conjunto complexo e variado de fatores, onde se destacam fatores psicológicos, sociais, económicos, culturais, sanitários e políticos, que reenviam ao próprio estatuto social, económico e jurídico do indivíduo migrante na sociedade de acolhimento, às suas redes sociais e de suporte, às atitudes da sociedade de acolhimento e às políticas públicas dos Estados. As pesquisas sobre a saúde dos migrantes acentuam que as dificuldades mais frequentes ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde desta população dizem respeito ao desconhecimento dos seus direitos e dos locais onde se devem deslocar para aceder a esses direitos, às dificuldades administrativas e diligências a realizar, aos custos dos tratamentos, à discriminação e exclusão social, ao medo de serem denunciados, em caso de clandestinidade, à precariedade das condições económicas, habitacionais e laborais e às barreiras culturais, linguísticas e

comunicacionais (RAMOS, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009). Com efeito, na saúde dos migrantes e minorias o direito e acesso aos cuidados de saúde constituem apenas uma das dimensões, havendo outros fatores que influenciam fortemente a saúde, como os estilos de vida, a pobreza, a exclusão social, o desemprego, a discriminação, o isolamento, a falta de informação e a baixa escolaridade.

A falta de informação e de conhecimentos da legislação e dos direitos por parte das populações migrantes e dos prestadores de cuidados nas unidades de saúde poderá conduzir a um inadequado acesso à saúde e a processos de discriminação, atraso e recusa de atendimento da parte dos profissionais de saúde. Também a falta de formação adequada para trabalhar com este grupo populacional poderá conduzir a dificuldades no acolhimento, comunicação, diagnóstico e cuidados prestados (RAMOS, 2004, 2008; SCHOUTEN *et al*, 2006, 2009; THOMAS, 2006). No caso dos imigrantes, é importante conhecer as experiências antes da migração e após migração, o contexto social, cultural e familiar e as relações com os cuidados de saúde, relativamente ao país de origem e ao país de acolhimento, de modo a prevenir e a identificar adequadamente o tipo de cuidados de saúde necessários. É importante ter em conta que no seio da população imigrante existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente, os imigrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento, os que nunca tiveram contacto com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e exclusão. É igualmente, necessário ter em conta que os imigrantes adotam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo, sobretudo, aos médicos e hospitais em caso de urgência ou em estado avançado de doença, e que uma grande parte das doenças graves a que estão mais expostos (por exemplo, doenças infecciosas como a tuberculose, a hepatite B e C, o HIV- SIDA) podem ser prevenidas ou tratadas.

COMUNICAÇÃO E INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE

A comunicação em contexto de multiculturalidade exige um conjunto diversificado de competências, nomeadamente no domínio da saúde. Para desenvolver competências no domínio das relações interculturais e na comunicação entre indivíduos, grupos e culturas, é importante:

- **Desenvolvimento de competências individuais**, que permitam interações sociais harmoniosas e que promovam uma atitude de descentração. Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios e modelos apresentados como únicos e universais e evitar muitos comportamentos etnocêntricos, de intolerância e discriminação;
- **Desenvolvimento de competências interculturais**, sobretudo linguísticas, comunicacionais, sociais e pedagógicas, que facilitem, por um lado, a comunicação intercultural, a consciencialização cultural e a luta contra os preconceitos e os estereótipos e, por outro lado, que promovam atitudes e práticas interculturalmente competentes e inclusivas e profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados;
- **Desenvolvimento de competências de cidadania**, que tornem possível o funcionamento democrático das sociedades e das instituições.

Na comunicação com indivíduos e grupos de outras culturas é necessário: aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura; aprender a descobrir e a compreender o **sentido** de normas e valores, os quadros de referência do Outro e os códigos culturais respetivos; tomar consciência do grau de determinismo cultural dos nossos comportamentos, desenvolver a **consciencialização cultural**. Esta constitui um processo de aprendizagem cultural, que visa desenvolver a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de uma outra cultura e as competências para reconhecer as diferenças e

a pluralidade (HOOPES, 1980); evitar julgamentos rápidos e superficiais, estereótipos, preconceitos e atitudes etnocêntricas, o que permitirá colocar-se no lugar do Outro, de forma a tentar compreender as coisas do seu ponto de vista, o que permitirá a **descentração**. A atitude e a prática da *descentração* dão-nos a capacidade de relativizar e de visualizar uma situação através de várias perspectivas e outros quadros de referência, ajuda cada um a adotar uma certa distância em relação a si mesmo e conduz à auto reflexão, constituindo uma das atitudes que todos os profissionais têm de trabalhar em permanência; desenvolver a empatia, o que implica a capacidade de se colocar no lugar do Outro e o reconhecimento do Homem na sua individualidade e singularidade; dispor de tempo para comunicar, para compreender uma situação; estar atento às mensagens silenciosas da comunicação não verbal, assim como aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios de cada indivíduo e de cada cultura; incrementar uma melhor compreensão dos mecanismos psicossociais e fatores sócio-políticos suscetíveis de originar a intolerância, a rejeição, o etnocentrismo; lutar contra o etnocentrismo, ou seja, a tendência a interpretar a realidade a partir dos nossos próprios critérios e modelos culturais (RAMOS, 2001, 2011).

São cada vez mais os utentes/doentes originários de outras culturas, de outros países ou de meios rurais, por exemplo, e os profissionais dos diversos setores da saúde, muito em particular, os que trabalham em contextos multiculturais, confrontados com migrantes ou minorias étnico-culturais, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação. Com efeito, no domínio da saúde, os profissionais necessitam de conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades comunicacionais e a sua relação com as crenças, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados. Uma das estratégias é a da comunicação culturalmente competente.

Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimentos e de respeito dos profissionais de saúde, sobre as representações e as crenças de saúde e doença do utente/doente e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual e

cultural. Neste âmbito, é importante ter em conta, não só a compreensão da própria cultura e das suas diversas formas de inscrição no corpo, no cuidar, na doença e nas modalidades de comunicação, como também, o conhecimento das culturas e da variabilidade das suas representações e práticas sobre a saúde, a doença, a cura, e sobre as formas de comunicar a dor e o sofrimento.

Importa, igualmente, ter em consideração que os códigos culturais e linguísticos, assim como, os rituais de interação diferem segundo as culturas e as subculturas, o desconhecimento ou não respeito por estas diferenças originando problemas comunicacionais e podendo reforçar os estereótipos e os preconceitos na intervenção em saúde. Do mesmo modo, os nossos sistemas de valores, crenças e atitudes, a nossa visão do mundo e do Outro, a nossa organização social e política, exercem influência sobre as nossas perceções. Como resultado disto, encontramos representações de saúde e doença, práticas de prevenção e de saúde que variam segundo os indivíduos, os grupos culturais, as classes sociais e os contextos de desenvolvimento.

Cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo estes modos específicos, transmitidos de geração em geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e de rituais. A cultura reflete-se nos valores, nas normas, nas práticas, nas técnicas do corpo, na linguagem, no estilo comunicacional, nos modos de cuidar e nos comportamentos de saúde. Pessoas de culturas ou sub-culturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades e desenvolver perceções e representações sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, estereótipos, conflitos e dificuldades de comunicação. Deste modo, os utentes/doentes e os profissionais de saúde desenvolvem representações e crenças, sobre a saúde, a doença, as formas de curar e os serviços de saúde, que influenciam, não só os seus comportamentos e as práticas de cuidados, a relação entre o utente-profissional de saúde, como também, o recurso às estruturas de saúde e a própria satisfação/insatisfação com os serviços de saúde e os profissionais.

Também, nas sociedades contemporâneas existe cada vez mais um pluralismo médico, coexistindo métodos terapêuticos modernos e práticas

tradicionais de saúde, baseadas em princípios e modelos originários de culturas diferentes, existindo um sistema médico oficial e outros modelos alternativos, o que poderá estar na origem de conflitos e de problemas comunicacionais em saúde.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar, também, adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente. Uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a este explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protectoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão. As próprias interpretações feitas pelos doentes em relação ao que lhes é dito pelos profissionais de saúde são influenciadas pelas suas crenças e tradições, pelo nível de proximidade com a sociedade de acolhimento e pelo grau de familiaridade com os cuidados e a medicina ocidental. A instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o utente/doente e os profissionais passa pelo diálogo, por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade cultural, mas exigindo também atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua e da cultura da sociedade de acolhimento, sobretudo no caso dos migrantes e minorias étnicas, originam dificuldades comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio e com os profissionais de saúde, tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando medo e vergonha dos utentes por não conseguirem comunicar, assim como, desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Também muitos utentes, por exemplo, migrantes e de minorias étnico-culturais, nunca beneficiaram de cuidados de saúde em instituições de saúde de tipo ocidental, reagindo com desconfiança e estranheza à abordagem ocidental da doença e do tratamento. No caso do acolhimento ou hospitalização de um doente originário de outra cultura e possuidor de outra língua, muitas dificuldades se levantam, quer para

o doente, quer para os profissionais de saúde, relativamente quer à comunicação, como ao próprio diagnóstico.

As dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afetiva podem conduzir os profissionais a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente. Igualmente, a dificuldade do migrante em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos poderá aumentar os preconceitos e as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde e a ansiedade e angústia do doente migrante. Do mesmo modo, as dificuldades de compreensão linguística do indivíduo migrante, no caso, por exemplo, de dificuldades em compreender a medicação a longo prazo ou as medidas de prevenção, poderão conduzir a uma ineficácia dos cuidados, a uma recusa ou confusão na administração dos medicamentos, a níveis baixos de adesão a comportamentos preventivos, à realização de exames médicos e a medidas protetoras de saúde. Para os profissionais de saúde, o próprio diagnóstico torna-se difícil, devido à dificuldade do doente originário de outra cultura, em verbalizar os sintomas e descrever os seus males e queixas. As dificuldades dos profissionais em compreenderem as queixas e as crenças do doente originário de outra cultura, os problemas comunicacionais e linguísticos, o desconhecimento da língua, a falta de intérprete/tradutor, podem originar dificuldades e erros ao nível da avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do doente, fazer com que este seja privado de cuidados ou objeto de cuidados inadequados, já que não foi possível identificar ou compreender a sua queixa e sofrimento, ou, ainda, ser hospitalizado devido à angústia e à ansiedade que a sua diferença origina nos cuidadores/intervenientes.

A situação política (legal ou ilegal) e social pode também modificar o comportamento do indivíduo migrante face aos cuidados de saúde e, por vezes, este ser mesmo contraditório, como consequência dos seus medos e expectativas. O migrante poderá não recorrer aos cuidados de saúde com medo de ser denunciado no caso de estar em situação ilegal, minimizar os seus sintomas com medo de perder o emprego, ou, ainda, acentuar esses sintomas no desejo de ser reconhecido.

Muitos doentes, autóctones, migrantes ou de minorias étnicas, por ex. ciganos, vêm de sociedades tradicionais ou de meios rurais, onde predomina a solidariedade familiar e comunitária, onde a saúde é um problema coletivo e o sofrimento é tido em conta por toda a comunidade. Estas populações tentam perpetuar essas redes comunitárias e de solidariedade, nomeadamente, nas visitas em grupo ao hospital, instalando-se, por vezes, nas imediações das instituições de saúde, com o objetivo de trazer ao doente conforto e solidariedade, podendo gerar-se conflitos com os profissionais e a instituição de saúde. Este tipo de apoio coletivo corresponde a um modo de vida e a costumes enraizados e desempenha uma função social e psicológica importante no sentido do reforço da identidade do indivíduo doente e da sua segurança, da diminuição do medo e da angústia do doente e para reforçar laços comunitários. É importante que as equipas de cuidados tenham em conta a diferente inserção cultural e social do doente e adaptem o acolhimento e a sua relação com o doente nestas circunstâncias.

Também alguns rituais religiosos, elementos considerados como impuros, certas práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, alguns hábitos alimentares, podem ser fonte de incompreensão e de problemas de comunicação entre os doentes e os profissionais nos cuidados de saúde. Por exemplo, para um doente muçulmano ou judeu, há certos interditos alimentares. Para os muçulmanos, vinho, álcool e porco são interditos, enquanto que para o doente judeu são interditos alimentos que contenham carne de porco ou que sejam misturados com substâncias lácteas. Tanto os primeiros como os segundos são considerados pelos judeus como alimentos impuros, só podendo estes comer alimentos considerados puros – alimentos *Kosher* - como lhes é imposto pela sua lei e tradição. Por esta razão, alguns doentes solicitam alimentação exterior preparada pelas famílias, segundo regras e rituais culturais e religiosos, desempenhando também esta alimentação familiar, um papel de grande reconforto moral para o doente.

A relação com o corpo é outro elemento que causa, muitas vezes, desconforto, conflitos e dificuldades comunicacionais entre o utente/doente e

os técnicos de saúde, pois a gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas. Na cultura ocidental, o corpo do doente, a nudez em contexto hospitalar não tem o caráter de tabu e pudor que tem para certos doentes, por exemplo, de cultura muçulmana, muito em particular, para as mulheres muçulmanas. Frequentemente, o doente muçulmano recusa ou aceita dificilmente os cuidados médicos ou de enfermagem praticados por membros de outro sexo.

Também a gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança são ainda em meios tradicionais, por exemplo, em mulheres indígenas, ciganas, certas comunidades africanas e asiáticas, de onde são originárias muitas mulheres migrantes, rodeados de um conjunto de práticas e rituais que passam de geração em geração e onde a figura materna e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental no nascimento e nos cuidados à mãe e à criança. No ocidente, a solidão e o isolamento acompanham o nascimento, assim como, a valorização da interioridade e do individualismo e a solicitação de ser uma boa mãe, com as implicações de responsabilidade, mas também de exigência e culpabilidade. Em especial, em situação de migração, existe um conjunto de rituais em torno da gravidez, do parto e dos cuidados ao recém-nascido que se rompe e que desempenhava um papel protetor e uma função psicológica importante. O universo anónimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e práticas médicas e de cuidados consideradas pelas mães, violentas, traumatizantes e impúdicas não respeitando práticas de saúde e modos de proteção tradicionais vêm aumentar a vulnerabilidade das mães migrantes, reforçar a situação de isolamento, de stresse e de angústia para a mulher oriunda de outro universo cultural. Esta, sobretudo a que é mãe pela primeira vez, poderá viver com medo, ansiedade e stresse este período, devido ao isolamento e às diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem e o universo anónimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Esta situação “estranha”, de stresse e vulnerabilidade, poderá ter consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, na comunicação com os profissionais de saúde e na adesão e utilização dos

serviços de saúde pela mulher, nomeadamente, migrante. Esta situação desencadeia, muitas vezes, nos profissionais de saúde comportamentos inadequados e agressivos, atitudes de rejeição e problemas de comunicação e de diagnóstico (RAMOS, 2004, 2007, 2008, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área da comunicação em saúde em contexto intercultural inscreve-se numa perspetiva interativa, multidimensional e multi/interdisciplinar, visando uma melhor compreensão, informação e intervenção face às novas problemáticas individuais, sociais, organizacionais, multiculturais e de cidadania que se têm vindo a registar na sociedade contemporânea, em particular na saúde, e às novas configurações e pluralidades no campo da saúde e da comunicação.

Em contexto de formação e de prestação de cuidados de saúde, torna-se necessário a construção de um cuidado de saúde culturalmente competente, que passa pelo desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais, interculturais e de cidadania.

A informação, comunicação e cidadania na saúde, particularmente em situação de diversidade cultural, deverá ser promovida tendo em conta os contextos e uma comunicação culturalmente adaptada, ser desenvolvida em cooperação com o indivíduo, o grupo e a comunidade e numa perspetiva sistémica, integrativa e interacionista, tendo em vista prevenir a doença e diminuir vulnerabilidades e riscos para a saúde, promover estilos de vida saudáveis e igualdade de oportunidades na saúde e desenvolver ambientes, organizações e cidades que promovam a saúde, o bem-estar e a (s) interculturalidade (s).

A formação e a pesquisa em comunicação intercultural e em comunicação em saúde são fundamentais para o conjunto dos intervenientes sanitários, sociais, educativos, políticos e dos média, particularmente, para os profissionais que trabalham nos vários setores da saúde em contexto

multi/intercultural, quer ao nível nacional, como ao nível da cooperação internacional e da ajuda humanitária.

REFERÊNCIAS

BERRY, D. *Health Communication. Theory and Practice*. Maidenhead, England: Open University Press, McGraw-Hill, 2007.

HOOPEES, D. Intercultural communication, Concepts and the psychology of intercultural experience. In M.D. Push (ed). *Multicultural education: a cross cultural training approach*. Chicago: Network Inc., 1980.

KURTZ, S. M.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press Publishing, 2005.

NATIONAL PREVENTION COUNCIL. *National Prevention Strategy*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2011.

OCDE. *Perspectives des migrations internationales*. Paris: SOPEMI, 2007.

PCM/ACIDI, IP. **II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013**. Lisboa : ACIDI, IP, 2010.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano. Liberdade cultural num mundo diversificado**. Lisboa: Ed. Mensagem, 2004.

RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade : Para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, 35 (2), p.155-178, 2001.

RAMOS, N. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Univ. Aberta, 2004.

RAMOS, N. Migração, Aculturação, Stresse e Saúde. Perspectivas de Investigação e de Intervenção. *Psychologica*, 41, p. 329-355, 2006.

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, p.147-169, 2007.

RAMOS,N.(org.).**Saúde, Migração e Interculturalidade**. João Pessoa: EDUFPB, 2008.

RAMOS, N. Saúde, Migração e Direitos Humanos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 17 (1), p.1-11, S. Paulo, 2009.

RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. *In: L. Alcoforado et al. Educação e Formação de Adultos. Políticas, Práticas e Investigação*. Coimbra: Ed. da Universidade de Coimbra, p. 189-200, 2011.

SCHOUTEN,B.;MEEUWESEN,L. *Cultural differences. In: medical communication: A review of the literature. Patient Education and Counseling*. Vol. 64, nº 1, p. 21-34, 2006.

SCHOUTEN, B. C.; MEEUWESEN, L.; HARMSSEN, H. A. M. GPs` Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant Minority Health*. Vol. 11, nº 6, p. 468-475, 2009.

THOMAS, R. K. *Health Communication*. New York: Springer Science, 2006.

WHO/EURO/HCPD. *Promoting health in an urban context*. WHO Healthy Cities Papers. 1. FADL, Copenhagen, 1988.

WHO. *World health day : Healthy cities for better life*. WHO: Genebra, 1996.

WHO. *The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethniculturally Diverse Europe*. MFH: Task Force, 2004.