

Professora na Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Doutorada em Ciência Económica – Economia dos Recursos Humanos pela Universidade de Paris I - Sorbonne. Investigadora no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, da Universidade Aberta de Lisboa. Colaboradora no Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP). Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brasil. Tem coordenado e realizado projectos internacionais nos domínios das Migrações, Emprego, Educação, Cidadania e Integração Europeia. As áreas de pesquisa a que se tem dedicado incluem a Economia dos Recursos Humanos, Migrações Internacionais, Políticas Sociais, Economia e Sociedade Portuguesa e Integração Europeia.

E-mail: cramos@fep.up.pt

#### **Natália Ramos**

Psicóloga; Doutorada em Psicologia pela Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris V; Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI); Responsável pela linha de Pesquisa "Saúde, Cultura e Desenvolvimento" do CEMRI; Directora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta; Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

E-mail: natalia@univ-ab.pt.

#### **Maria da Penha de Lima Coutinho.**

Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba, vinculada ao Departamento de Psicologia, ministrando disciplinas nos cursos de Graduação e Pós-graduação-mestrado/doutorado. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com Pós-doutorado pela Universidade Aberta de Lisboa, Pt. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Psicologia Social, UFPB; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva, UFPB. Bolsista de Produtividade do CNPq.

E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br.

#### **Ieda Franken**

Graduada em Psicologia pela Universidade do

NATÁLIA RAMOS  
Organização

# SAÚDE, MIGRAÇÃO E INTERCULTURALIDADE

## PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Editora Universitária da UFPB  
João Pessoa  
2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

reitor

RÔMULO SOARES POLARI

vice-reitora

MARIA YARA CAMPOS MATOS



EDITORA UNIVERSITÁRIA

diretor

JOSÉ LUIZ DA SILVA

vice-diretor

JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

supervisor de editoração

ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JUNIOR

---

S255 Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas / Natália Ramos (Org.) – João Pessoa : Editora Universitária / UFPB, 2008.

348p.

1. Migração 2. Relações sociais 3. Interculturalidade  
I. Ramos, Natália – Org.

UFPB/BC

CDU : 325.1

Direitos desta edição reservados à:

EDITORA UNIVERSITÁRIA/UFPB

Caixa Postal 5081 - Cidade Universitária - João Pessoa - Paraíba - Brasil - CEP: 58.051-970

www.editora-ufpb.com.br

Impresso no Brasil Printed in Brazil

Foi feito depósito legal

## Capítulo 3

### INTERCULTURALIDADE E COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Natália Ramos

#### Introdução

No mundo contemporâneo, as questões da diversidade cultural e das relações interculturais estão no centro da preocupação da maioria dos Estados e são da maior importância no contexto do mundo globalizado.

Hoje, tanto a globalização e a mobilidade das populações, como a urbanização, aumentaram sem precedentes os contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes modos de vida contribuindo, assim, para a multi/interculturalidade das sociedades e colocando sérios desafios à comunicação e à gestão da diversidade cultural.

Como refere a UNESCO (2001), na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, artigo 3: "A diversidade cultural é uma das fontes de desenvolvimento, entendido não só como crescimento económico, mas, também, como meio de acesso a uma existência intelectual, afectiva, moral e espiritual satisfatória".

Os encontros e as relações interculturais fazem actualmente parte e integrarão cada vez mais, o contexto social, económico, político, religioso, escolar, mediático e sanitário.

Na actualidade, segundo dados das Nações Unidas, uma em cada trinta e cinco pessoas é migrante internacional, cons-

tatando-se que perto de 200 milhões de pessoas vivem hoje fora dos seus países de origem.

Em relação à Europa, o número de migrantes provenientes de países extra europeus aumentou 75%, desde 1980, vindo colocar enormes desafios sociais e políticos, nomeadamente, no âmbito da saúde. Também a União Europeia, projecto político envolvendo 27 países e quinhentos milhões de habitantes com história, cultura e língua diferentes (23 línguas oficiais), constitui um grande desafio político, cultural, educacional, comunicacional e, em particular, um desafio ao diálogo intercultural.

Também no mundo, perto de 300 milhões de pessoas, distribuídas por mais de 70 países, pertencem a grupos indígenas, representando cerca de 4.000 línguas, tendo a ONU proclamado o dia 9 de Agosto como o *Dia Internacional dos Povos Indígenas*. Na América Latina, por exemplo, os 50 milhões de indígenas constituem 11% da população da região. Igualmente, 152 países do mundo têm minorias étnicas ou grupos religiosos significativos (PNUD, 2004).

O aumento da urbanização faz, igualmente, com que 65% da população mundial habite nas cidades.

Esta realidade faz com que as mulheres e os homens do século XXI mantenham múltiplas pertenças identitárias e redes transnacionais, desenvolvam novas formas de relações sociais e interculturais e novas práticas de cidadania, tenham conquistado novos direitos, mas conheçam, igualmente, novos conflitos e problemas de comunicação e novas formas de discriminação e de exclusão. O aumento da globalização e da multiculturalidade faz com que as sociedades e as diferentes instâncias sociais sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística e cultural dos seus utentes, o que exige destas a adopção de estratégias e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade social, cultural e sanitária.

As problemáticas da diversidade cultural e da interculturalidade implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da investigação e da intervenção, nomeadamente no domínio da saúde, vindo colocar novos desafios às estratégias e às políticas do século XXI, no que diz respeito à gestão da comunicação, em particular da comunica-

ção intercultural, das identidades e dos conflitos, bem como à gestão das interacções entre o eu e o outro, entre o universal e o singular.

A *abordagem intercultural* implica várias constatações e perspectivas das quais, em síntese, destacamos algumas, nomeadamente:

— *uma constatação de ordem sociológica*, tendo em conta que a maioria das nossas sociedades e dos contextos de intervenção são, e serão, cada vez mais multiculturais;

— *uma opção de ordem ideológica*, já que a multi/interculturalidade é, potencialmente, uma riqueza para o conjunto da sociedade;

— *uma visão estratégica*, pois, para passar do multiculturalismo ao interculturalismo, torna-se necessário promover a relação entre as culturas, sem, no entanto, anular a identidade de cada uma delas;

— *uma perspectiva multi/interdisciplinar*, na medida em que os objectos do domínio intercultural são complexos, plurais, heterogéneos e pluridimensionais, não podendo ser reduzidos a uma única abordagem disciplinar;

— *um processo dinâmico e dialéctico*, onde o intercultural implica a tomada em conta da alteridade e da diversidade, das identidades individuais e colectivas, das interacções entre os indivíduos e os grupos e, ainda, das relações entre o eu e o outro;

— *uma perspectiva sistémica*, necessária a uma visão global e interaccionista das diferentes problemáticas;

— *uma perspectiva psicossocial e pedagógica*, visto que as problemáticas interculturais implicam o desenvolvimento de competências culturais, sociais, pedagógicas, comunicacionais, de competências individuais e de cidadania, que permitam interacções sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas e que promovam a consciencialização cultural, a comunicação intercultural e o funcionamento democrático das sociedades;

— *uma perspectiva socio-política*, dado que o interculturalismo, não é somente um objectivo em si, mas é também um instrumento para promover a coesão social, o exercício da ci-

dadania, a igualdade de oportunidades e uma integração adequada dos migrantes e das minorias étnico-culturais.

A articulação e o encontro interdisciplinar entre cultura, comunicação e saúde vêm, particularmente, colocar novos desafios teóricos e metodológicos, ao nível da pesquisa e da intervenção.

### Saúde, Cultura e Comunicação

Num mundo aberto onde a diversidade cultural e as diferenças são claramente visíveis, a cultura e a comunicação tornaram-se problemáticas tão importantes, como a saúde, a educação e o meio ambiente, implicando a gestão da diversidade e da alteridade nos diferentes sectores e domínios, muito em especial, na saúde.

Como salienta Wolton (2006: 99): *"A cultura veicula visões do mundo, a comunicação visões da relação com o outro"*.

Com efeito, a experiência da alteridade e da diversidade estão no cerne da interculturalidade e da comunicação. Comunicar com o outro implica a tomada em conta da sua identidade na interacção e as suas reacções à alteridade.

A comunicação constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as instituições, entre a sociedade e a cultura.

A comunicação é, assim, um fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma mesma cultura ou sub cultura. Os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interacção diferem segundo as culturas e sub culturas e, assim, o desconhecimento ou não respeito por estas diferenças nos diversos contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos.

Com efeito, as variáveis culturais afectam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e

estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não verbais.

A cultura tende a produzir percepções diferentes do mundo exterior. Os nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos outros, a nossa organização social e política exercem influência sobre as nossas percepções. Como resultado disto, encontramos representações de saúde, de doença, crenças, práticas de protecção e de saúde que variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, grupos culturais, classes sociais, culturas e contextos de desenvolvimento. Pessoas de culturas ou sub-culturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, desentendimentos e dificuldades de comunicação. Por exemplo, cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo este modo próprio transmitido de geração em geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e rituais. Assim, os indivíduos e os grupos desenvolvem representações, concepções, etnoteorias sobre a saúde, a doença, as formas de curar que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados.

Como refere Bruner (1991) a cultura fornece um conjunto de significações que servem de recurso ao indivíduo para interpretar as situações em que se encontra e dar um sentido às suas práticas. Os sistemas de interpretação da saúde, têm uma lógica cultural e organizam as práticas sociais e simbólicas em relação à medicina, à doença, à família, à educação e ao desenvolvimento (PIERRET, 1984).

Também nas sociedades modernas urbanizadas ocidentais, assim como, nas sociedades tradicionais, existe cada vez mais um pluralismo médico, coexistindo métodos terapêuticos, crenças e práticas de saúde, baseados 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 (RAMOS, 1993, 2001, 2004).

Uma parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional e organizacional, no âmbito da saúde, está relacionada, com efeito, com problemas de comunicação,

nomeadamente, ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde e 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 crenças de saúde e doença do utente/doente e sobre as relações deste com o seu mundo social, cultural e comunitário. Como salienta Laplantine (1986), concomitantemente à objectividade do saber médico, é necessário ter em conta a subjectividade, a experiência individual e o "saber" do utente/doente.

A relação do indivíduo com a saúde e a doença está dependente de uma variedade de factores bio psicossociais e culturais. Neste âmbito, a abordagem intercultural e os modelos ecológicos, interaccionistas e holísticos de saúde são importantes porque têm em consideração a complexidade dos factores intervenientes no domínio da saúde, nomeadamente, os contextos físicos e sócio culturais dos doentes, as suas representações, crenças e práticas sobre a saúde e a doença e os estilos comunicacionais (RAMOS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para a importância da dimensão cultural da saúde, defendendo já em 1977, a importância da integração das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde (OMS, 1977). No seu *Congresso de Ottawa* em 1986, este organismo internacional de saúde, reafirma a importância da integração da cultura no domínio da saúde, assinalando que a promoção da saúde passa por ter em consideração e respeitar as necessidades culturais, sociais, individuais e grupais neste âmbito e pelo estabelecimento de relações entre o domínio da saúde e os domínios sociais, políticos, económicos e ambientais.

Contudo, o modelo de medicina moderna está, sobretudo, orientado para a perspectiva quantitativa e biológica e não para factores qualitativos e subjectivos, nomeadamente aspectos psicológicos e socioculturais. Em geral, na perspectiva médica ocidental, não se tem em conta o contexto em que aparecem as doenças, que determina o sentido de doença para o doente e para os que o rodeiam, considerando-se irrelevantes factores como crenças culturais e religiosas, estatuto socioeconómico e aspectos psicológicos na realização do diagnóstico e

no tratamento (FABREGA e SILVER, 1973; KLEINMAN *et al.* 1978).

Augé (1984) propõe uma abordagem e construção social da doença, tentando articular as dimensões culturais, históricas e sociais e a sua influência na subjectividade individual, baseada em três lógicas: a lógica da diferença, apoiada, por exemplo, sobre a diferença sexual; a lógica da referência, envolvendo as relações sociais e de poder; a lógica temporal, referente à contextualização dos acontecimentos na história dos indivíduos e dos grupos.

A consulta médica implica uma transacção entre os modelos explicativos de saúde dos profissionais e dos leigos e entre duas partes separadas por diferenças de poder simbólico e social. Verifica-se, muitas vezes, uma incompatibilidade entre os modelos explicativos dos médicos e dos utentes/doentes, situação que pode interferir no diagnóstico e no tratamento, assim como, uma interpretação errada pelo profissional de saúde da linguagem do sofrimento e das queixas do doente, muito em particular, quando profissionais de saúde e doentes são originários de diferentes culturas (ZBOROWSKI, 1952; APPLE, 1960; ZOLA, 1966; MECHANIC, 1972; KLEINMAN, 1980).

A contextualização interna e externa das consultas médicas, tem influência na comunicação médico doente e na eficiência das interpretações dos problemas por parte do médico. Assim, o contexto interno das experiências anteriores, nomeadamente, expectativas, modelos explicativos, preconceitos e representações culturais que cada um traz para o encontro clínico, influenciam na comunicação e na relação entre o utente/doente e o profissional de saúde. Por outro lado, o contexto externo, ou seja, o ambiente onde se desenrola a consulta, os factores culturais, sociais e económicos, particularmente as desigualdades vão ter influência, igualmente, nesta relação (MECHANIC, 1972).

Donabedian (1989) distingue três componentes na prestação de cuidados de saúde: a técnica, a interpessoal e a do acolhimento/conforto, as quais estão na base da avaliação dos cuidados de saúde pelos utentes/doentes. A componente técnica diz respeito à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica e é avaliada pela efectividade. A componente interpes-

soal reporta-se à interacção entre utente/doente e profissional de saúde e implica a dimensão instrumental relativa à troca de informações e a dimensão sócio/emotiva que diz respeito à troca de conteúdos afectivos. A componente de acolhimento/conforto traduz as características materiais/físicas, nomeadamente os equipamentos, o conforto e a alimentação.

Nem sempre há uma relação entre a gravidade de uma doença e a decisão de procurar ajuda médica. Zola (1973) enumera um conjunto de factores não físicos, que influenciam o recurso ou não a este tipo de ajuda: a disponibilidade de assistência médica; a capacidade financeira do utente/doente para pagar os custos; a forma como o utente/doente identifica e interpreta o problema; o modo como aqueles que rodeiam o utente/doente interpretam o problema.

A decisão de recorrer aos cuidados médicos e a forma de comunicar o sofrimento e as queixas, podem estar mais relacionadas a factores socioculturais, nomeadamente a atitudes e a conceitos de saúde, do que à gravidade da doença, como salienta um estudo de Zola (1966). Este especialista, num estudo levado a cabo em Boston, com mais de 200 doentes originários de três grupos culturais (norte-americanos de origem italiana, irlandesa e anglo-saxónica), analisou as razões porque haviam consultado um médico e de que modo haviam comunicado as suas queixas e mal-estar. A investigação permitiu identificar cinco factores não físicos para a decisão de procurar ajuda médica:

1. uma crise interpessoal;
2. percepção de interferência nos relacionamentos pessoais;
3. um indivíduo (familiar ou amigo) assume a responsabilidade da decisão inicial de incentivar a procura de auxílio médico para outro indivíduo;
4. percepção de interferência no trabalho ou no funcionamento físico;
5. estabelecimento de critérios temporais (exemplo: "*se não melhorar em três dias vou, então, tratar do assunto*")

Os dois primeiros factores, centrados no sintoma, no sentido da existência de um acontecimento adverso na vida dos indivíduos, eram mais comuns nos doentes de origem ita-

liana. O terceiro factor, acentuando as dimensões sociais da doença, era sobretudo comum entre os doentes de origem irlandesa. O quarto factor, reflectindo a definição funcional da saúde, era comum aos pacientes de origem irlandesa e aos de origem anglo-saxónica. O quinto factor, era comum aos três grupos, reflectindo a dimensão perceptiva do tempo.

Zola verificou ainda neste estudo, que predominavam duas formas de conceber e comunicar as queixas físicas: por restrição ou por generalização, a primeira sendo típica dos irlandeses e a segunda dos italianos. Os irlandeses sublinhavam uma disfunção específica, por exemplo, visão deficiente e limitavam as consequências dessa disfunção ao funcionamento fisiológico, enquanto que os italianos apresentavam um número muito maior de sintomas e um mau funcionamento global de vários aspectos do corpo. Na percepção destes, os sintomas físicos (por exemplo, a deficiência de visão) interferiam no seu modo de vida geral, nas suas actividades profissionais e nas relações sociais.

A prestação de cuidados de saúde difere consideravelmente nos diferentes países, chegando alguns autores a evidenciar como as culturas nacionais e as concepções sobre a saúde/doença e sobre os serviços de saúde influenciam os cuidados e as práticas de saúde nos diferentes países (PAYER, 1989).

Do mesmo modo, encontramos comportamentos de saúde, aliando práticas médicas ocidentais e práticas tradicionais. Scott (1974) num estudo com cinco grupos étnico-culturais, concluiu que os doentes procuravam no médico o alívio para os seus sintomas mas, ao mesmo tempo, recorriam ao curandeiro tradicional para explicar a causa em linguagem culturalmente familiar e tratá-los de forma mística.

### Comunicação e Cuidados de Saúde

A comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um feed-back recíproco, que se produz num dado contexto físico, social e cultural, influenciando o comportamento. O contexto onde se produz a comunicação é um elemento complexo,

portador de normas e de regras, constituindo um factor estruturante da comunicação (BITTI, 1979; PHANEUF, 2002).

A comunicação envolve um conjunto de processos através dos quais se realizam trocas de informações e significações entre os indivíduos, numa determinada situação social, toda a comunicação constituindo um acto social (ABRIC, 1999).

Na comunicação existe uma multiplicidade de canais, o verbal e o não verbal associando-se para produzir uma comunicação total e dar um sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso e às mensagens não verbais, transmitidas através dos gestos, das mímicas e das posturas (LITTLEJOHN, 1988; COSNIER *et al.*, 1984; EKMAN *et al.*, 1972; MARC *et al.*, 1996).

Na comunicação, as manifestações emocionais são importantes e numerosas tendo como suportes privilegiados a voz, as mímicas faciais, os gestos, as posturas corporais e as manifestações neurovegetativas.

Para Marc et Picard (1996), a comunicação não verbal é muito importante na comunicação, tendo três funções:

– uma “*função de comunicação*”, na medida em que numerosos sinais corporais são utilizados para dar informações ou transmitir estados emocionais (exemplo, sorrir para exprimir simpatia ou dar uma boa notícia);

– uma “*função relacional e reguladora*”, que permite a estruturação das trocas (exemplo, olhar o interlocutor para manifestar atenção e interesse);

– uma “*função simbólica*”, a qual é assegurada por sinais que têm sentido apenas no interior de um ritual (exemplo, levantar-se à chegada de um convidado).

Em contexto autóctone ou multicultural, a comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode constituir um bom avaliador da qualidade desses cuidados.

Onga *et al.* (1995) salientam três objectivos na comunicação médico doente: criar uma boa relação interpessoal; trocar informação clínica; tomar decisões terapêuticas. Este autor e seus colaboradores identificam diferentes estilos comunicacionais: um mais de carácter instrumental, orientado para o tratamento e, outro, de carácter afectivo, mais orientado para os cuidados, favorecendo a comunicação, a satisfação, a adesão ao

tratamento, a recordação e a compreensão da informação prestada pelo médico.

Da análise de entrevistas clínicas, Barry *et al.* (2001) identificaram três padrões de comunicação médico-doente: médico e doente utilizam exclusivamente “*linguagem médica*”, com acento nas queixas físicas; ambos incluem aspectos da vida pessoal e quotidiana, acentuando vivências psicológicas e físicas; médico e doente utilizam linguagens diferentes. Os dados salientam que os resultados são mais pobres, quando o doente utiliza a linguagem das vivências (problemas psicológicos e físicos), mas é ignorado ou impedido pelo médico, e este utiliza a linguagem médica.

Levinson *et al.* (1997) analisaram a relação das queixas dos doentes com os estilos comunicacionais dos técnicos de saúde, mais especificamente dos médicos, tendo concluído que os médicos que nunca tinham sido alvo de queixas faziam consultas mais longas, apresentavam mais sentido de humor e facilitavam a participação dos doentes.

Também as investigações de Flocke *et al.* (2002) evidenciam que a satisfação do utente/doente aumenta quando o médico se centra no doente e quando as consultas são mais prolongadas.

Por seu lado, Ambady *et al.* (2002), da análise de gravações efectuadas durante as consultas médico-doente, verificaram que os cirurgiões que tinham um tom de voz mais forte e autoritário eram alvo de um maior número de queixas e insatisfação, por parte do doente, do que aqueles que apresentavam um tom de voz mais delicado e compreensivo.

Um estudo com doentes da consulta de hipertensão, realizada por clínicos gerais com o objectivo de avaliar a qualidade dos cuidados psicossociais prestados a estes doentes encontrou, em 95% dos casos, variáveis ligadas à comunicação, tendo os resultados evidenciado que a conduta não verbal tinha elevada correlação com a satisfação dos doentes (BENSING, 1991).

Também investigações realizadas por Kao (1999) e Thom *et al.* (2002) com doentes e médicos de família, sobre a satisfação do doente com os cuidados prestados, revelam que o maior preditor de satisfação é a confiança no médico, estan-

do esta associada a certas atitudes, nomeadamente, confortar, cuidar, encorajar, responder às questões do doente e à competência técnica.

Chau & Leung (2004) analisaram o efeito da informação fornecida na redução da ansiedade em quatro grupos de doentes de cirurgia dentária: apenas informação básica; informação básica com pormenores da técnica cirúrgica; informação básica detalhada sobre recuperação e técnica cirúrgica; informação básica com detalhes sobre a recuperação esperada. Os resultados destacaram uma redução significativa da ansiedade no grupo que recebeu informação pormenorizada sobre a recuperação esperada e no grupo sujeito a ambas, recuperação e técnica cirúrgica. A informação exclusivamente sobre a técnica cirúrgica não diminui significativamente a ansiedade dos doentes, mas, falar sobre a recuperação em tempo prévio, evidencia ser uma boa medida preventiva da ansiedade face à cirurgia.

Os estudos de Speedling e Rose (1985), mostram que uma forma de promover a qualidade dos cuidados é incluir as preferências dos doentes no processo de decisão terapêutica, os resultados salientando que ao encorajar a participação do doente nos cuidados de saúde, diminui a ansiedade deste e aumenta o sucesso terapêutico.

Numerosos trabalhos evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os técnicos de saúde e o doente no estado de saúde geral do doente, na sua capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação (KAPLAN *et al.* 1989; STREET, *et al.*, 1997; YOUNG *et al.*, 1996; STEWART *et al.*, 1997; COULTER *et al.* 1999; CHAU & LENG, 2004). Igualmente, vários estudos (ROTER, 1989; FALLOWFIELD *et al.*, 1990; EMANUEL *et al.*, 1992; LEVINE *et al.*, 1992; VESSEY, 2002) mostram que fornecer informação aos doentes, envolvê-los, comunicar com eles satisfaz várias necessidades:

- ao nível médico-legal, permite o consentimento informado;

- ao nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stresse e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação, o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos

procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente;

- ao nível médico-institucional, reduz o número de dias de internamento e o número de medicamentos ingeridos e facilita a recuperação do doente.

Estes resultados evidenciam consequências positivas para os doentes, para as instituições de saúde ao nível financeiro e para a humanização dos cuidados de saúde.

As investigações realizadas demonstram que a maioria dos doentes deseja ter informação sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, mesmo quando há perspectivas de más notícias, nomeadamente, cancro, ou doenças incuráveis (RICHARD e MCDONALD, 1985; BARRY *et al.* 2001; VESSEY, 2002).

Investigações de Ramos (1987), Sharp *et al.* (1992), Strauss *et al.* (1995), Gronita (2003), sobre a comunicação de “más notícias”, de diagnósticos difíceis aos pais de crianças com várias deficiências, evidenciaram que os pais desejavam mais compreensão, escuta activa e apoio emocional dos médicos, mais oportunidades para falarem e exprimirem os seus sentimentos, desejavam profissionais de saúde, nomeadamente, médicos mais implicados, atenciosos e interessados pelos seus problemas e sentimentos, e, finalmente, mais informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico relativamente ao problema dos seus filhos

Contudo, nas práticas dos profissionais de saúde, predomina a ausência de informação ao doente sobre a sua situação clínica, diagnóstico, tratamento, prognóstico, defendendo estes que o fornecimento de informação pode causar efeitos negativos no doente, tais como, diminuição da adesão ao tratamento, aumento da ansiedade e das queixas sobre os efeitos secundários do tratamento.

Uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente, insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, em geral. Também são cada vez mais os profissionais, nomeadamente técnicos de saúde, muito em particular os que trabalham em

contextos multiculturais com utentes e doentes originários de outras culturas ou minorias, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação intercultural (RAMOS, 1993, 2001, 2004, 2006).

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente. Não ter em conta estas necessidades, não ter em conta o desejo de participação e informação do utente/doente sobre a doença, os tratamentos, os procedimentos terapêuticos, não dar informação ou dar informação insuficiente, imprecisa e ambígua, inadequada, demasiadamente técnica e não saber “escutar”, tem consequências nefastas a vários níveis, nomeadamente:

- aumenta o sofrimento, a ansiedade, o stresse, a insegurança, dificultando a adaptação psicológica à doença;
- aumenta os efeitos negativos da ansiedade pré-operatória, da dor e da recuperação do doente operado;
- origina insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento profissional dos técnicos de saúde;
- aumenta as dificuldades e/ou erros de avaliação/diagnóstico;
- diminui a adesão a comportamentos preventivos, a medidas protectoras de saúde e a tratamentos medicamentosos ou de reabilitação;
- aumenta a possibilidade de abandono e/ou negligência na procura de cuidados, de procura de cuidados noutras serviços ou ao nível de outros sectores, de recurso às medicina alternativas, a mudança de profissional para profissional, de serviço para serviço (MEADOW, 1968, 1980; SCHONE, 1977; ZUCKMAN, 1979; CUNNINGHAM *et al.* 1985, in RAMOS, 1987; FERREIRA, 2003; RAMOS, 2004).

Ao nível da comunicação organizacional em saúde, os utentes identificam, frequentemente, dificuldades de articulação, nomeadamente, dificuldades burocrático/administrativas de circulação entre os diferentes serviços, desconhecimento e falta de compreensão dos modelos organizacionais dos serviços de saúde

e das referências normativas e culturais que regulam o seu estatuto como doentes.

Quanto aos profissionais de saúde, estes identificam, com frequência, nos serviços de saúde, dificuldades de comunicação relativamente à informação e de relação inter e intra profissional.

Nos serviços de saúde existem, igualmente, vários problemas comunicacionais relacionados com os conflitos e choques existentes nas relações entre as culturas organizacionais, científicas e profissionais e as culturas do senso comum.

Em contexto de saúde, a instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o utente/doente e os profissionais passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

A empatia é uma competência muito importante na comunicação relacional, nomeadamente em saúde, implicando partilha emocional, capacidade em colocar-se no lugar do outro, em manifestar interesse genuíno e em tentar compreender a sua experiência subjectiva (ROGER, 1968; LEVINSON *et al.* 1992; COSNIER, 1994; HAKANSSON *et al.* 2003; STERN, 2004). Para além da empatia, Roger (1968) acentua outra competência individual muito importante para a comunicação e relação interpessoal, a que chama congruência. Esta implica a adequação entre o que o indivíduo sente, a consciência que tem dos seus sentimentos e a maneira como se exprime.

A qualidade e a humanização do atendimento em saúde, pressupõe a escuta activa do utente/doente, a empatia e a resposta partilhada pela solução do problema e a acessibilidade. Com efeito, a qualidade do atendimento em saúde implica, tanto a rapidez do atendimento, o nível de aceitabilidade dos serviços prestados, como a adequação entre o diagnóstico e o processo terapêutico, como, também, a relação e comunicação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os utentes/doentes (CARRACHÁS, 2003).

Importa acentuar que existe, em geral, uma desvalorização da comunicação nos serviços de saúde e, este facto é responsável por um certo nível de insatisfação dos profissionais de saúde e dos próprios doentes. Algumas das razões para a não valorização da comunicação em contexto de saúde estão relacionadas com uma formação inadequada dos profissionais de saúde e dos gestores no domínio da comunicação (BERTMAN *et al*, 1986), com a falta de recursos humanos e materiais, com um modelo paternalista médico-doente e ainda, com a valorização de uma perspectiva economicista da saúde.

### Comunicação em Contexto Intercultural e de Saúde

Os significados que aprendemos a dar às palavras, aos gestos, às atitudes, aos comportamentos, aos objectos, ao vestuário, às posições no espaço, às percepções, segundo a idade, o sexo, o papel e a classe social, a profissão, a cultura e a sub cultura, variam entre os indivíduos implicados numa mesma comunicação e agem sobre a comunicação através das percepções, dos juízos etnocentricos, dos preconceitos e estereótipos.

Os aspectos sociais e culturais podem constituir barreiras 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 linguístico e cultural. O encontro com a "diferença cultural" nos cuidados de saúde pode levar a fortes reacções emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da interculturalidade.

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.

O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua e da cultura do país de acolhimento (no caso dos migrantes) origi-

nam 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 por não conseguirem comunicar, assim como, desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços, nomeadamente, ao Serviço Nacional de Saúde. Esta situação, as barreiras culturais e linguísticas, geram grandes problemas, não só aos imigrantes, como aos próprios profissionais.

A estrutura social, económica, política e cultural produz diferentes tipos de sistemas médicos e comportamentos distintivos em relação à saúde e à doença e, muitas vezes, o sistema médico oficial não tem em conta factores como a diversidade social e cultural, as crises económicas e políticas, o exílio e a migração.

Na maior parte dos países, a principal estrutura institucional de medicina científica é o hospital, com as suas regras de funcionamento específicas, rituais, códigos sociais e culturais. O hospital tem uma cultura própria, médica, tecnológica, hierárquica, social, em relação à qual não está habituada a maioria dos utentes/doentes, sendo maiores as dificuldades no caso dos migrantes, dos indivíduos originários de outras culturas ou de minorias étnicas. Muitos imigrantes 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 de 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 à comunicação, como ao próprio diagnóstico. Se a doença, a hospitalização são, por si só, sinónimos de mau estar, ansiedade e stresse esta situação é ainda maior quando o doente é confrontado com um código linguístico e cultural diferente, com um sistema cultural e simbólico desconhecido, com um referencial diferente do seu meio de origem. 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 a medicina ocidental.

Com efeito, na maior parte dos países, a principal estrutura institucional de medicina científica é o hospital, com as suas regras de funcionamento específicas, onde o doente é padronizado, despersonalizado, despojado dos seus suportes de identidade cultural e social, afastado da família e das pessoas mais significativas. A relação doente-profissional de saúde é geralmente formal, distanciada, com linguagem, por vezes, demasiado técnica ou incompreensível para o doente, onde os diferentes grupos de profissionais e os próprios doentes têm os seus próprios valores, crenças, linguagem, teorias sobre as doenças, regras de comportamento e organização, podendo tudo isto influenciar, em maior ou menor grau, os problemas e dificuldades comunicacionais e a adesão à terapêutica.

Nos serviços de saúde, onde se pratica a medicina científica moderna, confrontam-se as representações e os modelos explicativos e terapêuticos dos indivíduos e das famílias quanto à saúde e à doença, moldados pelas tradições sociais, culturais, religiosas, transmitidas de geração em geração, e os modelos dos profissionais de saúde, elaborados a partir do saber médico ocidental. A riqueza nosológica para classificar um sintoma, por exemplo, a febre, e a complexidade dos modelos explicativos das famílias contrastam, numa grande parte das vezes, com o carácter rígido e banal da doença diagnosticada pelo pessoal de saúde. Os diagnósticos e os tratamentos são codificados, estereotipados, e não é tido em conta, ou muito pouco, as hipóteses etiológicas das famílias, a sua percepção quanto à natureza e à gravidade da doença, quando sabemos que as culturas e as famílias constroem verdadeiras escalas de gravidade e sistemas de causalidade sobre os sintomas e as doenças (KLEINMAN, 1980; ZEMPLÉNI, 1985; LAPLANTINE, 1986; GOOD, 1998).

Em geral, devido a vários condicionalismos, por exemplo, por falta de tempo, falta de formação adequada para os problemas da diversidade e da multiculturalidade, o principal centro de interesse dos profissionais de saúde não é saber o que a família ou o doente pensa sobre a causa ou a cura da doença, não é interessar-se pelos factores sócio-culturais subjacentes

aos comportamentos de saúde/doença, mas, sobretudo, o que lhe interessa saber é a etapa que decorre do aparecimento dos primeiros sintomas ao recurso ao centro de saúde ou aos cuidados médicos (BRETON, 1989).

O acolhimento e a hospitalização do doente originário de outras culturas torna-se mais difícil quando o pessoal de saúde, em vez de adoptar uma atitude de compreensão, impõe ao doente condutas e atitudes, das quais ele não compreende a lógica e o sentido ou que são, por vezes, contraditórias com os seus hábitos e costumes e com as suas crenças. Isto aumenta a ansiedade, os conflitos, originando estas diferenças e a dificuldade em ultrapassá-las muitos preconceitos, estereótipos e incompreensão, de parte a parte, e dificuldades de comunicação (RAMOS, 1993, 2001, 2004).

A primeira dificuldade do doente migrante ou de minorias étnicas, no hospital, verifica-se logo no acolhimento face às diligências administrativas, às regras que não domina, ao desconhecimento ou falta de documentos necessários, ao não domínio ou insuficiente conhecimento da língua do país de acolhimento e ao analfabetismo. Muitos imigrantes (principalmente, os que vêm de países em desenvolvimento e sociedades tradicionais e as mulheres) não sabem ler, nem escrever. Se alguns hospitais ou outras instituições de saúde conseguem ultrapassar, de alguma forma, este problema, fazendo apelo a intérpretes/tradutores, permanentes ou temporários, ou pessoal falando a mesma língua do doente, de modo a favorecer a comunicação com a instituição e os técnicos, nalguns casos, isto não é possível. O papel do tradutor ou de um substituto favorece, por um lado, o acolhimento do doente, dando-lhe alguma segurança e fazendo-o sentir-se compreendido e, por outro lado, proporcionam aos técnicos de saúde a possibilidade de descobrirem e compreenderem que, por detrás de um comportamento considerado anormal, inadequado e estranho, está um comportamento e um ritual que obedecem a uma lógica cultural ou religiosa, assente em padrões diferentes.

Com efeito, o desconhecimento das representações sociais e culturais às quais os utentes/doentes fazem recurso pode conduzir a erros de diagnóstico. A título de exemplo, um discurso organizado em torno de "feitiçaria" pode ser tomado como sintoma psiquiátrico, indicador de situação de psicose,

sem que o funcionamento psíquico e cultural do doente seja explorado (FERNANDO, 1995).

Igualmente, o desconhecimento sobre a forma como os doentes identificam e nomeiam os problemas de saúde, nomeadamente, o sofrimento psíquico e a não descodificação correcta pelo clínico da linguagem do doente pode conduzir a interpretações erradas dos sintomas, a diagnósticos errados e a tratamentos inadequados.

Leff (1978), num estudo realizado em Londres, comparou os conceitos de emoções desagradáveis para os psiquiatras e para os doentes. Assim, os psiquiatras distinguiam claramente os conceitos de ansiedade, depressão e irritabilidade como formas diferentes de desconforto emocional, enquanto que os doentes viam essas categorias como sinónimas. Para estes, sintomas como palpitações, tremor ou transpiração excessiva eram considerados características tanto da depressão como da ansiedade.

Também as investigações de Zola (1966) em Boston, mostram como os diferentes grupos sociais e culturais utilizam linguagem diferente para comunicar o seu sofrimento e queixas. A título de exemplo, os norte americanos de origem italiana apresentavam os seus sintomas e queixas de forma mais dramática, emotiva e fluente, realçando um número maior de sintomas que os norte americanos de origem irlandesa, os quais tinham tendência para minimizar os sintomas, podendo esta situação conduzir ao não diagnóstico de doenças mais graves.

Ao nível comunicacional, o facto de dominar muitas vezes a ideia e o preconceito, segundo os quais o migrante não compreende a língua nem as explicações dadas, pouco ou nenhum esforço é feito neste sentido, sendo reduzida a comunicação a um muro de silêncio entre o técnico de saúde e o doente. O técnico de saúde não faz nenhum esforço de comunicação face ao utente/doente e este comporta-se como se na realidade nada compreendesse.

As dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os técnicos de saúde a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente. Também a dificuldade do migrante em compreender os quadros referenciais sociais e

simbólicos aumenta os preconceitos e as dificuldades de comunicação com os técnicos 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 protectoras de saúde. Para os técnicos de saúde o próprio diagnóstico torna-se difícil, dada a dificuldade do doente originário de outra cultura, em verbalizar os sintomas e descrever os seus males e queixas. Assim, as dificuldades dos técnicos em compreenderem as queixas e as crenças do doente, os problemas comunicacionais e linguísticos podem originar dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do doente. A falta de intérprete/tradutor e de compreensão das queixas do doente originário de outra cultura, poderá fazer com que este seja privado de cuidados e objecto de cuidados inadequados, já que não foi possível detectar ou compreender a sua queixa ou sofrimento ou, ainda, ser hospitalizado devido à angústia e à ansiedade que a sua diferença origina nos intervenientes (BRETON, 1989; RAMOS, 1993, 2004, 2006; FERNANDO, 1995).

A situação política, regular/irregular e social do migrante pode também modificar o comportamento do migrante face aos cuidados de saúde e, por vezes, este ser mesmo contraditório, como consequência dos seus medos e expectativas. Por exemplo, 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.

Igualmente, muitos doentes, autóctones, migrantes ou de minorias étnicas vêm de sociedades tradicionais ou de meios rurais, onde predomina a solidariedade familiar e comunitária, onde a saúde é um problema colectivo e o sofrimento é tido em conta por toda a sociedade, pelo que tentam perpetuar essas redes comunitárias, nomeadamente, nas visitas ao hospi-

tal. O meio do doente, por exemplo, migrante ou cigano vem frequentemente em grupo (instalando-se, por vezes, nas imediações das instituições de saúde), com o objectivo de trazer ao doente conforto e solidariedade, podendo gerar-se tensões e conflitos entre os migrantes, as minorias, os profissionais de saúde e a instituição de saúde. Este tipo de apoio colectivo e caloroso corresponde a um modo de vida e a costumes enraizados e desempenha uma função social e psicológica importante no sentido da identidade do indivíduo doente e na sua segurança. Estas visitas em grupo, colectivas, parecendo-nos insólitas, são, no entanto, importantes para diminuir o medo e a angústia do doente e para reforçar laços comunitários. É, assim, importante que as equipas de cuidados tenham em conta a diferente inserção cultural e social do doente e adaptem a sua relação com o doente nestas circunstâncias.

Também certos rituais religiosos, certos elementos considerados como impuros, certas práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, certos hábitos alimentares, podem ser fonte de incompreensão e de problemas de comunicação entre doentes e técnicos de saúde. No que toca à alimentação, por exemplo, esta inscreve-se num complexo bio-psico-sócio-cultural, reenvia a uma memória individual e colectiva e veícula, simboliza interdições, tabus, valores e sentidos (LÉVI-STRAUSS, 1964; COUNIHAN *et al.* 1975; GARINE, 1979). A alimentação "familiar" trazida pelos familiares desempenha um papel de grande reconforto moral para o doente. 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 sejam misturados com substâncias lácteas. Tanto os primeiros, como os segundos, são considerados pelos judeus como alimentos impuros e eles só podem 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 certas regras e rituais culturais e religiosos (BRETON, 1989).

A relação com o corpo é outro elemento que causa, muitas vezes, mal entendidos e dificuldades comunicacionais entre

o utente/doente e os técnicos de saúde. A gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas. Por exemplo, na cultura ocidental, o corpo do doente, a nudez em contexto hospitalar não tem o carácter 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. A mulher muçulmana, mesmo em contexto migratório, cobre geralmente o corpo, os cabelos, o rosto, as pernas com calças ou vestuário longo, tudo fazendo para esconder o corpo e manter a sua identidade.

Também o parto e os primeiros cuidados às crianças são ainda realizados nas culturas tradicionais, por exemplo, em mulheres africanas, muçulmanas, certas comunidades asiáticas e indígenas, pela comunidade feminina, no seio familiar e através de procedimentos e rituais que passaram de geração em geração. Nas sociedades industrializadas, em especial em situação multi/intercultural, existe todo um conjunto de rituais em volta da gravidez, do parto e do recém-nascido que se rompe e que desempenhava um papel protector e uma função psicológica importante, vindo o universo isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde, nomeadamente, do hospital aumentar a situação de angústia, de stresse e de ansiedade para a mulher oriunda de outro universo cultural. Esta, sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez, vive com medo, ansiedade e muito stresse este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio familiar e protector de origem e o universo anónimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada (RAMOS, 1993, 2004). Esta situação "estranha", de stresse e ansiedade tem consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, na adesão e utilização dos serviços de saúde pela mulher, nomeadamente migrante e desencadeia, muitas vezes, nos técnicos de saúde atitudes e comportamentos inadequados, agressivos, atitudes de rejeição e problemas de comunicação.

É oportuno salientar que investigações sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente, na União Europeia, na

América Latina e na Ásia, registam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva. Por exemplo, estas mulheres utilizam, em geral, os serviços de saúde reprodutiva menos frequentemente que as mulheres não migrantes, com frequência não recebem cuidados pré-natais ou recebem cuidados pré-natais inadequados, utilizam menos contraceptivos, registam mais gravidezes indesejadas e taxas mais elevadas de nascidos-mortos ou de mortalidade infantil (RAMOS, 1993; BOLLINI, 2000; MORA, 2003).

### Considerações Finais

A comunicação em saúde envolve a análise e a utilização de processos e estratégias de comunicação com o objectivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos, das comunidades e das organizações, no sentido da promoção da saúde e do bem-estar e da prevenção das situações de doença, de risco e de vulnerabilidade.

A qualidade da comunicação e dos cuidados ao utente/doente e sua família, exige a participação de todos os implicados, ou seja, profissionais de saúde, gestores e decisores políticos e utentes/doentes e familiares.

É importante sensibilizar os profissionais de saúde e os dirigentes, para a importância da comunicação em saúde, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, de promover a equidade, de fomentar a satisfação do doente e o ajustamento psicológico à doença, de melhorar a sua adesão ao tratamento e, ainda, de reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stresse.

É indispensável, para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso existente entre modelos explicativos e culturais diferentes, para um melhor acolhimento e compreensão das concepções e práticas de saúde e doença das populações a quem prestam cuidados, desenvolver uma formação psico-socio-cultural dos profissionais de saúde. Desta forma, as representações e hipóteses explicativas do indivíduo, da família, dos utentes e os comportamentos adoptados poderão ser melhor compreendidas e não serem reduzidos apenas a superstições, a ideias ultrapassadas, à falta de informação. De-

verão antes, ser integrados na cultura, em teorias, num sistema de crenças e de práticas que, embora, por vezes, muito afastados da medicina ocidental, possuem a sua estrutura lógica, a sua lógica cultural e social e têm uma função adaptativa e psicológica importante que passa muitas vezes despercebida e/ou não é valorizada.

É necessário repensar as relações e os modelos de comunicação técnico de saúde/doente. A um modelo de comunicação técnico de saúde/doente, unilateral, vertical, baseado unicamente na transmissão de um emissor considerado como o possuidor do saber a um receptor passivo, destituído de saber, a um modelo que considera o técnico de saúde como o especialista que transmite os seus conhecimentos técnicos a um simples doente, é necessário contrapor um modelo de comunicação interactivo, que tenha em conta os "saberes" e o contexto sociocultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos profissionais de saúde e dos doentes, mas também os processos implicados na comunicação entre técnicos de saúde e doente como uma interacção que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos.

Para ajudar uma comunidade a melhorar a sua saúde, migrante ou autóctone, temos, não só, de promover a equidade e a articulação entre centros de saúde e unidades hospitalares como é, igualmente, necessário conhecer e compreender, não só as formas de viver, de pensar, de comunicar e de agir dos indivíduos que a compõem, mas, também, os cuidados, a intervenção em saúde exige tomar em consideração a sua visão do mundo e os seus modos de vida e de pensamento. A integração de conhecimentos psicológicos, antropológicos e sociológicos, na formação dos médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde, podem ajudar a melhorar a comunicação e a combater os estigmas e os estereótipos, evidenciando e ajudando na compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos, segundo as idades, as gerações, os sexos, os estatutos e as culturas. Assim, é necessário que os profissionais de saúde, tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade de factores explicativos e intervenientes nos comportamentos de saúde e no

recurso aos cuidados, os quais não são unicamente de ordem individual, mas relevam de um conjunto indissociável de factores culturais, sociais, económicos, psicológicos, ambientais e políticos. Por exemplo, 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 necessário 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, importante ter em conta que os imigrantes adoptam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo só aos médicos e hospitais em caso de emergência 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 (RAMOS, 1993, 2004, 2006).

É indispensável, desenvolver estratégias e intervenções psico-sócio-educativas, para que profissionais e cidadãos possam situar-se e fazer face de uma forma responsável e reflectida, às diversidades individuais e culturais que encontram no seio da sociedade e das instituições, assim como, aos problemas complexos que coloca a comunicação com indivíduos cujas referências culturais são diferentes, desenvolvendo em todos, tanto uma maior compreensão da sua própria cultura e das outras culturas, tanto uma maior capacidade de comunicação com os membros da sua cultura ou pertencentes a outros grupos e culturas. A formação em comunicação, nomeadamente em situação intercultural, é fundamental ao conjunto da população, cidadãos ou intervenientes sanitários, sociais, educativos, políticos e dos média.

É importante promover o reconhecimento à diferença, sem esquecer que o princípio da igualdade não é separável do princípio da diferenciação, porque como salienta Tourraine & Khosrokhavar (2000, p. 188-189) "*A diferença sem igualdade é o racismo, a igualdade sem diferença é o mundo totalitário*".

Uma pedagogia da relação e da comunicação intercultural, baseada na compreensão e na tolerância e no reconhecimento do outro e da alteridade, deverá iniciar-se, desde muito cedo, no contexto familiar e escolar. Ela deverá ajudar cada um, seja a determinar as suas próprias atitudes e representações, os modelos do seu sistema de valores, seja a identificar as representações e os sistemas de valores e de normas dos outros indivíduos e grupos, constituindo um meio de "aprendizagem" do outro, de compreensão intercultural, de luta contra o etnocentrismo, a discriminação e o racismo.

É importante, quer da parte dos profissionais, quer da parte dos cidadãos, adoptar uma atitude de descentração, a qual consiste em sair da centração em que cada um se encontra, isto é, não tomar como modelo universal o seu próprio comportamento, os seus pontos de vista, os seus modelos e crenças educativas e de saúde, os quais são necessariamente marcados pelas normas da cultura a que pertencemos (PIAGET, 1970). Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios apresentados como únicos e universais e aplicados, muitas vezes, de uma forma rígida, evitará muitos comportamentos de intolerância e exclusão e facilitará a intervenção e a comunicação, junto dos diferentes grupos e comunidades nos diversos contextos, particularmente em saúde.

As problemáticas do domínio intercultural exigem competências de cariz psicológico, social, cultural, pedagógico e comunicacional, baseadas na experiência da alteridade e da diversidade, no equilíbrio entre o universal e o singular. Estas questões implicam o desenvolvimento, não só de competências individuais que permitam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas, mas, igualmente, o desenvolvimento de competências de cidadania que tornem possível o funcionamento democrático das sociedades e a salvaguarda dos direitos dos indivíduos e dos grupos.

Um mundo pluricultural e globalmente interdependente, necessita de uma nova abordagem de cidadania para as populações autóctones e migrantes, que incorpore a dinâmica da mudança e da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos em estratégias e políticas multi/interculturais que promovam o desenvolvimento humano, a liberdade cultural, a inclusão e que beneficiem o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos. Na actualidade, a diversidade cultural, a multi/interculturalidade impregnam a vida quotidiana e as relações entre os indivíduos e as nações, tornando-se também realidades políticas e jurídicas, como se afirma no artigo 1º da Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural da UNESCO:

A diversidade cultural é tão necessária para a humanidade como a biodiversidade é para a natureza. Neste sentido, é a herança comum da humanidade e deve ser reconhecida e afirmada para o benefício das gerações presentes e futuras (UNESCO, 2001).

Estas preocupações estão no centro dos objectivos da Comissão Europeia, a qual designou 2008, como o "Ano Europeu do Diálogo Intercultural", como fazendo parte de um esforço concertado que visa encorajar o diálogo intercultural, promover uma sociedade mais aberta, tolerante e solidária, desenvolver a participação democrática da diversidade cultural, reforçar a cidadania e promover espaços de diálogo intercultural.

## Referências

- ABDALHAH, M., PORCHER, L. (1986). *Éducation et communication interculturelle*. Paris: P.U.F.
- AMBADY, N. et al. (2002). Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*, 132, 5-9.

- AMARAL, M.L.M. (2002). *A comunicação médico-doente em contexto hospitalar. O contributo da Psicologia da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- ANDERSON, J. (1996). *Communication theory: Epistemological foundations*. New York: Guilford Press.
- ABDALLAH, P. (1991). *Théories de la communication. Sens, sujets, savoirs*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- ABRIC, J. C. (1999). *Psychologie de la communication: théories et méthodes*. Paris: Nathan.
- APPLE, D. (1960). How laymen define illness. *Journal Hith. Soc. Behavior*, 1, 219-225.
- AUGÉ, M., HERZLICH, C. (1984). *Le sens du mal*. Paris: Ed. des Archives Contemporaines.
- BARRY, C. et al. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53, 478-505.
- BATESON, G. et al. (1981). *La nouvelle communication*. Paris: Seuil.
- BATESON, G., RUECH, J. (1988). *Communication et Société*. Paris: Seuil.
- BEAUDICHON, J. (1999). *La communication. Processus, formes et applications*. Paris: Seuil.
- BECKER, G. (1997). *Disrupted lives*. Berkeley: Univ. of California Press.
- BENSING, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32, 1301-1310.
- BERTMAN, S., WERTHEIMER, M., WHEELER, H. (1986). Humanities in surgery, a life threatening situation: communicating the diagnosis. *Death Stud.*, (10, 5), 431-439.
- BITTI, P., ZANI, B. (1997). *A comunicação como processo social*. Lisboa: Editorial Estampa.
- BOLLINI, P. (2000). The health of migrant women in Europe: Perspectives for the year 2000. In M. DAVID, et al. (eds). *Migration, Frauen, Gesundheit, Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- BOURDIEU, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris: Fayard.

- BRETON, D. (1989). Soins à l'hôpital et différences culturelles. C. CAMILLERI, M. COHEN EMERIQUE (Dir). *Chocs de cultures: Concepts et enjeux de l'interculturel*. Paris: L'Harmattan.
- BRUNER, J. (1991). *Car la culture donne forme à l'esprit*. Paris : Eschel.
- CAMILLERI, C., COEHN-EMERIQUE, M. (1989). (Dir.). *Chocs de cultures: concepts et enjeux, pratiques de l'interculturel*. Paris: L'Harmattan.
- CAMILLERI, C. (1989). Particularismes culturels et universalité humaine: les aspects du problème. *Intercultures*, 8, 13-22.
- CARRACHÁS, M. (eds) (2003). *As expectativas e responsabilidades dos cidadãos*, Actas do XVIII Encontro Nacional da Pastoral da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Fátima.
- CAUNE, J. (1995). *Culture et communication. Convergences théoriques et lieux de médiation*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- CHAU, N., Leung, A. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiology*. 4, 227-235.
- CLANET, C. (1985). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles et en sciences humaines*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- COELHO, C.M.S. (2006). *Importância da Comunicação no exercício dos fisioterapeutas: da formação às necessidades sentidas na prática*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- COSNIER, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris: Retz.
- COSNIER, J., BROSSARD, A. (1984). *La Communication non Verbale*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- COUNIHAN, C. ESTERIK, P. (1975). *Food and culture: a reader*. New York: Routledge.
- COURTNEY, M. (2001). Information about surgery : what does the public want to know ? *ANZ J. Surgery*. (71, 1), 24-26.
- DAVIES, H., FALLOWFIELD, L. (1991). *Counselling and communication in health care*. London: John Wiley & Sons.
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'ethnopsychanalyse générale*. Paris: Gallimard.
- DEVEREUX, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- DEVEREUX, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- DONABEDIAN, A. (1989). Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality assurance in health care*. 1 (1), 3-11.
- EKMAN, P., FRIESEN, W., ELLWORTH, P. (1972). *Emotion in the human face*. New York: Pergamon Press.
- FABREGA, H., SILVER, D. (1973). *Illness and shamanistic curing in zinacantan: an ethnomedical analysis*. Palo Alto: Stanford University Press.
- FERNANDO, S. (1995). *Mental health in a multiethnic society. A multidisciplinary handbook*. London: Rutledge.
- FERREIRA, M.P.M. (2002). *O utente idoso. Conhecer, para melhor comunicar e intervir*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- FERREIRA, M. (2003). Perioperative anxiety: psychobiology and effects in postoperative recovery. *The Pain Clinic*. 15, 87-101.
- FLOCKE, S., MILLER, W., CRABTREE, B. (2002). Relations hips between physician practice style, patient satisfaction and attributes of primary care. *Journal F. Practice*. 51, 835-840.
- FREY, L. et al. (1992). *Interpreting communication research. A case study approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- GARINE I. (1979). Culture et nutrition. *Communications*. 31, 70-92.
- GHIGLIONE, R. (1986). *L'homme communiquant*. Paris: A. Colin.
- GOFMAN, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.
- GOOD, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.
- GRONITA, J. (2003). *O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- HABERMAS, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.
- HABERMAS, J. (1986). *Morale et communication. Conscience morale et activité communicationnelle*. Paris: Cerf.

- HALL, E. (1986). *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio de Água.
- HALL, E. (1994). *A linguagem silenciosa*. Lisboa: Relógio de Água.
- HAKANSSON, J., MONTGOMERY, H. (2003). Empathy as an interpersonal phenomenon. *Journal of social and personal relationships*. 20, 267-284.
- HERZLICH, C. (1968). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. La Haye : Mouton et Cie.
- HOOPEES, D. (1979). Intercultural communication, Concepts and the psychology of intercultural experience. *Multicultural education: a cross cultural training approach*. M.D. PUSH (ed), Chicago: Network Inc.
- HYMES, D. (1967). *The anthropology of communication*. Holt: Rinehart and Winston.
- JODELET, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- LADMIRAL, J., LIPIANSKY, E. (1989). *La communication interculturelle*. Paris: A. Colin.
- LAPLANTINE, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- LEACH, E.(1992). *Cultura e comunicação*. Lisboa: Ed. 70.
- LEFF, I. (1978). Psychiatrists' versus patients' concepts of unpleasant emotions. *British Journal of Psychiatry*. 133, 306-313.
- LEY, P. (1988). *Communication with patients : Improving communication, satisfaction and compliance*. London: Chapman and Hall.
- LEVINSON, R., REUF, A. (1992). Empathy: a physiological substrate. *Journal of personality and social psychology*. 63, 234-246.
- LEVINSON, W. et al. (1997). Physician-patient communication : the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeon. *JAMA*. 277, 553-559.
- LEVI-STRAUSS, C. (1964). *Mythologiques – Le cru et le cuit*. Paris: Plon.
- LINTON, R. (1945). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris: Bordas.
- LIPIANSKY, E.M. (1992). *Identité et communication*. Paris: P.U.F.
- LIPIANSKY, E. M., PICARD, D.(1998). *L'école de Palo Alto*. Paris: Retz.
- LITTLEJOHN, S. (1988). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- KAO, A. , GREEN, D., DAVIS, N., Koplán, J., Cleary . P. (1998). Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity and payment method. *Journal G. I. Med*. 13, 681-686.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. (1978). Culture, illness and care: clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Inter. Med*. 8, 251-258.
- KLEIMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEIMAN, A., GOOD, B. (1985). *Culture and depression*. Berkeley: University of California Press.
- KLEIMAN, A. (1988). *Suffering, healing and the human condition. The illness narratives*. New York: Basic Books.
- MARC, E., PICARD, D. (1996). *L'interaction sociale*. Paris: PUF.
- MECHANIC, D. (1972). Social Psychologic factor affecting the presentation of bodily complaints. *N. Engl. J. Med*. 286, 1132-1139.
- MORA, L. (2003). *Las fronteras de la vulnerabilidad : Género, Migración y Derechos Reproductivos*. ECLAC. Conference on Internacional Migration and Human Rights in the Americas: Santiago de Chile.
- MORIN, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF.
- MOSCOVICI, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- MOSCOVICI, S. (1988) (Dir). *Psychologie Sociale*, Paris: PUF.
- MUCCHIELLI, R. (1971). *Communication et réseaux de communications*. Paris: Librairie L.T.E.M.E.
- OMS (1977). *Série des Rapports Techniques*.622, Genève.
- ONGA, L. et al.(1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*. 40, 903-918.
- PARRENAS, R. (2001). Mothering from a distance: emotions, gender and intergenerational relations in Filipino transnational families. *Feminist Studies*. (27, 2), 361-390.
- PAYER, L. (1989). *Medicine and culture : varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France*. New York: Penguin Books.
- PHANEUF, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.

PIAGET, J. (1970). *Épistemologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard.

PIERRET, J. (1984). Les significations sociales de la santé. In M. AUGÉ, C. HERZLICH (Org.). *Le sens du mal*. Paris: Editions des Archives Contemporaines.

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

ROGER, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.

RAMOS, N. (1987). Para um melhor acolhimento da criança deficiente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (XXI), 333-354.

RAMOS, N. (1993) *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris V : Université René Descartes, Sorbonne, 2 vol.

RAMOS, N. (2001) Comunicação, Cultura e Interculturalidade : Para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (35, 2), 155-178.

RAMOS, N. (2002). Communication, éducation et interculturalité. Vers une éducation à la tolérance. *Dialogos*, (5), 68-75.

RAMOS, N. (2002). Educação, saúde e culturas — Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (1,2,3, 36), 463-487.

RAMOS, N. (2003). *Interculturalité, Communication et éducation*. Bucarest: Milena Press.

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

RAMOS, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.

RIBEIRO, F. (2002). *A comunicação na prática de exames complementares de diagnóstico cardiovascular. Relação do médico e do cardiopneumologista com o utente*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

RICHARDS, J., MCDONALD, P. (1985). Doctor-patient communication in surgery. *J. R. Soc. Medicine*. (78, 11), 922-924.

RODRIGUES, A. (1997) *Estratégias da Comunicação*. Lisboa: Presença.

RODRIGUES, A. (1999) *Comunicação e Cultura*. Lisboa: Presença.

ROTH, K. (2001). Material culture and intercultural communication. *International Journal of Intercultural Relations*. (25,5), 563-580

SCOTT, C. (1974). Health and healing practices among five ethnic groups in Miami, Florida. *Public Health Rep*. 89, 524-532.

SPEEDLING, J., ROSE, D. (1985). Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient participation. *Social Science & Medicine*. 21, 115-120.

SHARP, M., STRAUSS, R., LORCH, S. (1992). Communicating medical bad news: parents' experiences and preferences. *Journal Pediatric*. (121, 4), 539-546.

STERN, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.

STRAUSS, R., SHARP, M., LORCH, S., KACHALIA, B. (1995). Physicians and the communication of "bad news": parents' experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics*, (96, 1), 24-39.

TAGUIEFF, P. (1988). *La force du préjugé. Essai sur le racisme et ses doubles*. Paris: La Découverte.

THOM, D. et al. (2002). Patient trust in the physician: relationship patient requests. *Familiar Practice*. 19, 476-483.

TOURAINÉ, A., KHOSROKAVAR, F. (2000). *La recherche de soi: dialogue sur le sujet*. Paris : Fayard.

VESSEY, W. (2002). Informed consent in patients with acute abdominal pain. *British Journal of Surgery*. 85, 1278-1280.

ZEMPLÉNI, A. (1985). La maladie et ses causes. Introduction. *L'ethnographie*, 2, 13-44.

ZOLA, I. (1966). Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociol. Review*. 31, 615-630.

ZOLA, I. (1973). Pathways to the doctor: from person to patient. *Social Science Medicine*. 7, 677-689.

WARNIER, J.P. (2002). *A mundialização da cultura*. Lisboa: Notícias Editorial.

WINKIN, Y. (1996). *Anthropologie de la communication*. Bruxelles: De Boeck Université.

WOLTON, D. (1999). *Pensar a Comunicação*. Miraflores: Difel.

WOLTON, D. (2006). *É preciso salvar a comunicação*. Casal de Cambra:  
Ed. Caleidoscópio.