



COMUNICAÇÃO E SAÚDE EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Maria Natalia Pereira RAMOS¹

Resumo

São cada vez mais os utentes e os profissionais, muito em particular, os que vivem e trabalham em contextos multiculturais, confrontados com outras culturas e com migrantes ou minorias étnico-culturais, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação. As problemáticas da diversidade cultural e da interculturalidade implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da pesquisa 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 comunicação intercultural e da comunicação em saúde, das identidades e dos conflitos, bem como, à gestão das interações entre o eu e o outro, entre o universal e o singular. A articulação e o encontro interdisciplinar entre cultura, comunicação e saúde vêm, particularmente, colocar novos desafios políticos, teóricos e metodológicos ao nível da formação, da pesquisa e da intervenção.

Palavras-Chaves: comunicação; saúde; interculturalidade; comunicação em saúde; políticas e estratégias interculturais.

Introdução

No mundo contemporâneo, as questões da diversidade cultural, da comunicação 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, deste modo, para a multi/interculturalidade das sociedades e colocando grandes desafios à comunicação, à saúde e à gestão da diversidade cultural.

¹ Professora da Universidade Aberta, Lisboa. Directora do Mestrado em Comunicação em Saúde. E-mail: natalia@univ-ab.pt; natpramos@hotmail.com

Na actualidade, o pluralismo cultural e a interculturalidade, impregnam a vida quotidiana e as relações entre os indivíduos e as nações, tornando-se também realidades políticas e jurídicas. Os encontros e as relações interculturais fazem actualmente parte e integram 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, constatando-se que perto de 200 milhões de pessoas vivem hoje fora dos seus países de origem.

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, comunicacional e sanitária.

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. O contexto onde se produz a comunicação é, também, um elemento complexo, portador de normas e de regras, constituindo um factor estruturante da comunicação.

Os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interacção diferem segundo as culturas e sub culturas e, deste modo, 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, os grupos culturais, as classes sociais, as culturas e os contextos de desenvolvimento.

Deste modo, 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, conflitos e dificuldades de comunicação. Por exemplo, cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo estes modos específicos, transmitidos de geração em geração, em particular, no seio das famílias, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e de rituais. Assim, os indivíduos e os grupos, os utentes/doentes e os profissionais de saúde desenvolvem representações, crenças, etnoteorias sobre a saúde, a doença, as formas de curar e os serviços de saúde, que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados, a relação entre o utente-profissional de saúde, o recurso às estruturas de saúde e a própria satisfação/insatisfação com os serviços de saúde.

Com efeito, 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.

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.

Numerosos estudos evidenciam que 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 (Ramos, 2001, 2004, 2005, 2007). Algumas destas 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, cultural e comunitário.

Comunicação e Interculturalidade nos Cuidados de Saúde

A contextualização interna e externa os cuidados de saúde, das consultas médicas, tem influência na comunicação profissional de saúde - doente e na eficácia e desempenho das interpretações dos problemas por parte do profissional de saúde. 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 sociais e culturais vão ter influência, igualmente, nesta relação.

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. Neste contexto 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, não só, da cultura e o respeito pela diversidade mas, também, exigindo atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

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.

É importante acentuar que 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 e minorias) 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 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 a estes grupos, como aos próprios profissionais de saúde.

Muitos migrantes e 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 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.

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 culturais e religiosas. Esta situação 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.

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 da sociedade de acolhimento e ao analfabetismo. 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 da mesma origem étnico-cultural e falando a mesma língua do doente, de modo a favorecer a comunicação com a instituição e os profissionais, 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.

Igualmente, o desconhecimento das representações sociais e culturais às quais os utentes/doentes fazem recurso e da forma como os mesmos identificam e nomeiam os problemas de saúde, nomeadamente, o sofrimento psíquico e, ainda, a não descodificação correcta pelo clínico da linguagem do doente, podem conduzir a interpretações erradas dos sintomas, a diagnósticos errados e a tratamentos inadequados.

Ao nível comunicacional, o facto de dominar muitas vezes a ideia e o preconceito, segundo os quais o doente, em especial, migrante ou de grupo minoritários, 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 profissional de saúde e o utente/doente.

As dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os profissionais de saúde a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente. Também, a dificuldade do utente/doente em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos aumenta os preconceitos e as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde e a ansiedade e angústia do doente, particularmente de grupos minoritários.

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 profissionais 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 ou 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.

Também, certos rituais sociais e religiosos, certos elementos considerados como impuros, certas práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, certos hábitos alimentares, a relação com o corpo, podem ser fonte de incompreensão e de problemas de comunicação entre doentes e profissionais de saúde.

Muitos utentes/doentes, nacionais, 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 hospital. 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 flexibilizem e adaptem as atitudes e relação com o doente nestas circunstâncias.

No que diz respeito à alimentação, por exemplo, esta inscreve-se num complexo bio-psico-sócio-cultural, reenvia a uma memória individual e colectiva e veicula, 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 religiosas. 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 profissionais de saúde. A gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, o tipo de comunicação, distal ou proximal, 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. Estas, mesmo em contexto migratório, cobrem 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. Frequentemente, o doente muçulmano recusa ou aceita dificilmente os cuidados médicos ou de enfermagem praticados por membros de outro sexo.

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 vulnerabilidade tem consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, na adesão e utilização dos serviços de saúde pela mulher e desencadeia, muitas vezes, nos profissionais de saúde atitudes e comportamentos inadequados, agressivos, atitudes de rejeição e problemas de comunicação.

Considerações finais

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

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, uma formação psico-socio-cultural dos profissionais de saúde. Desta forma, as representações e as hipóteses explicativas das famílias e dos utentes e os seus comportamentos poderão ser melhor compreendidos e não serem reduzidos apenas a superstições, a ideias ultrapassadas, à falta de informação. Deverão antes, ser integrados na cultura, num sistema de crenças, de teorias 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 profissional de saúde /doente. A um modelo de comunicação profissional 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, 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 utentes/doentes mas, também, os processos implicados na comunicação entre profissional 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, seja ela migrante ou nacional 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 profissionais 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. Deste modo, 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 migrante, internacional ou nacional, e de minorias étnico-culturais, existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente, os migrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua da cultura de acolhimento e na compreensão dos seus códigos culturais, 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 de exclusão. É, igualmente, importante ter em conta que os migrantes e minorias 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, 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 nacionais e migrantes, para os grupos minoritários e majoritários 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 comunicação intercultural, a inclusão e que beneficiem o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos.

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 acolher e promover a diversidade e o diálogo intercultural e promover, em suma, uma sociedade mais aberta, tolerante e solidária.

Bibliografia

- AUGE, M., HERZLICH, C. (1984). *Le sens du mal*. Paris: Ed. des Archives Contemporaines.
- BATESON, G. *et al.* (1981). *La nouvelle communication*. Paris : Seuil.
- BATESON, G., RUECH, J. (1988). *Communication et Société*. Paris : Seuil.
- BOLLINI, P. (2000). The health of migrant women in Europe: Perspectives for the year 2000. In M. DAVID, S. *et al.* (eds). *Migration, Frauen, Gesundheit, Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- 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.
- CAMILLERI, C. (1989). Particularismes culturels et universalité humaine: les aspects du problème. *Intercultures*, 8, 13-22.
- CAUNE, J. (1995). *Culture et communication. Convergences théoriques et lieux de médiation*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- CLANET, C. (1985). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles et en sciences humaines*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- 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 complémentaire*. Paris: Flammarion.
- FERNANDO, S. (1995). *Mental health in a multiethnic society. A multi-disciplinary handbook*. London: Rutledge.
- GARINE I. (1979). Culture et nutrition. *Communications*. 31, 70-92.
- GOFMAN, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.
- HALL, E. (1986). *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio de Água.
- HALL, E. (1994). *A linguagem silenciosa*. Lisboa: Relógio de Água.
- HOOPE, D. (1979). Intercultural communication, Concepts and the psychology of intercultural experience. In *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.
- 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.

- 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.
- LEVI-STRAUSS, C. (1964). *Mythologiques- Le cru et le cuit*. Paris: Plon.
- LIPIANSKY, E.M. (1992). *Identité et communication*. Paris: P.U.F.
- KLEIMAN, A. (1980). *Patients and healers in the contexte of culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEIMAN, A., GOOD, B. (1985). *Culture and depression*. Berkeley: University of California Press.
- MARC, E., PICARD, D. (1996). *L'interaction sociale*. Paris: PUF.
- MUCCHIELLI, R. (1971). *Communication et réseaux de communications*. Paris, Librairie L.T.E.M.E.
- PIAGET, J. (1970). *Épistemologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard.
- RAMOS, N. (1993) *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutorado 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. (2003). *Interculturalité, Communication et éducation*. Bucarest : Milena Press.
- RAMOS, N. (2004) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.
- RAMOS, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.
- RAMOS, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*. 45, 147-169.
- ZEMPLÉNI, A. (1985). La maladie et ses causes- Introduction. *L'ethnographie*, 2, 13-44.