

José Carlos dos Reis Lopes
Margarida Coutinho Santos
Maria Salomé Dias de Matos
Olivério Paiva Ribeiro

MULTICULTURALIDADE

Perspectivas da Enfermagem

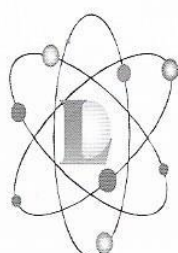
Contributos para Melhor Cuidar

• • •

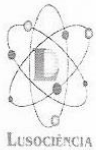
MULTICULTURALITY

Nursing Perspectives

Contributions to Better Care



LUSOCIÊNCIA



Direitos reservados para a língua Portuguesa ®, 2009
LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Título em Português:
MULTICULTURALIDADE – Perspectivas da Enfermagem:
Contributos para Melhor Cuidar

Título em Inglês:
MULTICULTURALITY – Nursing Perspectives:
Contributions to Better Care

Coordenadores e Revisores dos Artigos:
José Carlos dos Reis Lopes
Margarida Coutinho Santos
Maria Salomé Dias de Matos
Olivério Paiva Ribeiro

Autores:
Maria Céu Machado – 1.ª Parte, Capítulo I
Wilson Abreu – 1.ª Parte, Capítulo II
Lucília Nunes – 1.ª Parte, Capítulo III
Natália Ramos – 2.ª Parte, Capítulo I
Olivério Ribeiro – 2.ª Parte, Capítulo II
José Carlos Lopes – 2.ª Parte, Capítulo III
Ana Albuquerque – 2.ª Parte, Capítulo IV
M^a Clara Correia Castro – 3.ª Parte, Capítulo I
Natália Rodrigues – 3.ª Parte, Capítulo II
Cristina Jeremias – 3.ª Parte, Capítulo III
Rosa Maria Lopes Martins – 3.ª Parte, Capítulo IV
Salomé Matos – 3.ª Parte, Capítulo V
Margarida Santos – 4.ª Parte, Capítulo I

Pré-impressão:
Estúdio Lusociência

Impressão e acabamento:
SIG – Sociedade Industrial Gráfica, Lda.

© LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
Rua Dário Cannas, 5-A • 2670-427 Loures
Tel. 21 983 98 40 – Fax 21 983 98 48
E-mail: lusodidacta@lusodidacta.pt
www.lusodidacta.pt

ISBN: 978-972-8930-45-5
Depósito Legal: 285 284/08

Esta publicação não pode ser reproduzida ou transmitida, no todo ou em parte, sob qualquer forma ou por qualquer meio electrónico ou mecânico, nomeadamente fotocópia, gravação ou outros, sem autorização expressa do Editor, por escrito.

O Editor

Multiculturalidade e Comunicação em Saúde

Multiculturality and Communication in Health

Natália Ramos ¹

1. INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, as questões da multiculturalidade, da mobilidade das populações 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 como a mobilidade das populações e 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, em particular, das cidades, colocando grandes desafios à comunicação, à saúde e à gestão da diversidade cultural.

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. As relações interculturais fazem hoje parte e integram cada vez mais, o contexto social, económico, político, religioso, escolar, mediático e sanitário. Actualmente, 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 fora dos seus países de origem. Também Portugal, país tradicional de emigração, tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração e de acolhimento de população estrangeira, esta representando perto de 5% do total da população residente no nosso país (435.000), (SEF, 2007).

1. INTRODUCTION

In the contemporary world, the issues of multiculturalism, mobility of populations and intercultural relations are central to the concern of most states and are of major importance in the globalised world. Today, both globalization and mobility of populations and urbanization, increased by unprecedented contact between cohabitation between different cultures and ways of life contributing, thus, to a multi / interculturality of companies, particularly in cities, placing great challenges of communication, health and management of cultural diversity.

At present, cultural and intercultural pluralism, fill everyday life and relationships between individuals and nations, becoming too political and legal realities. The intercultural relations are part and integrate increasingly, the social, economic, political, religious, educational, media and health. Currently, according to the UN, one in thirty-five people are international migrants, noting that nearly 200 million people live outside their countries of origin. Portugal, a traditional country of emigration, has strengthened his character as an immigration country and host of foreign population, representing almost 5% of the total population residing in our country (435,000), (SEF, 2007).

Increased globalization and migration means that companies and various social institutions are faced with a great linguistic and cultural

¹ Psicóloga; Professora Associada da Universidade Aberta; Directora do Mestrado em Comunicação em Saúde.

¹ Psychologist; Associate Professor of the Open University; Masters in Community Health Director.

O aumento da globalização e dos fluxos migratórios 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 educacional, social, cultural, comunicacional e sanitária. Com efeito, são cada vez mais os utentes e os profissionais, muito em particular, os que vivem e trabalham em contextos de saúde e 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, exigindo um novo paradigma teórico e prático. Estas problemáticas vêm 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, exigindo a integração do paradigma intercultural.

O paradigma intercultural vem introduzir a pluralidade, a heterogeneidade, a complexidade, a multi/interdisciplinaridade na pesquisa e na intervenção e nas relações entre os indivíduos e as culturas; implica relação, diálogo e comunicação entre as diferentes culturas, através dos indivíduos e grupos portadores dessas culturas, em situações interculturais diversas; implica um processo de luta contra o etnocentrismo e o egocentrismo; exige um trabalho de descentração e de meta conhecimento da sua própria identidade cultural e do papel que ela desempenha na construção identitária e na relação com a alteridade e a diversidade; implica o desenvolvimento de competências psicológicas, culturais, sociais, pedagógicas, comunicacionais e de cidadania

diversidade of its users, which requires the adoption of these strategies and appropriate policies to deal with this new educational, social, cultural, communication and health reality. Indeed, there are increasingly more users and professionals, in particular, those who live and work in health and multicultural contexts, confronted with other cultures and with migrants or ethnic and cultural minorities, who complain of difficulties from problems of communication.

The problems of cultural diversity and interculturality implemented a new methodological and epistemological level of research and intervention repositioning, particularly in the health field, requiring a new theoretical and practical paradigm. These problems have put new challenges to the strategies and policies of the twenty-first century with regard to the management of communication, especially communication and intercultural communication in health, the identities and conflicts, and the management of interactions between the I and the other, between the universal and natural.

The articulation and interdisciplinary meeting between culture, communication and health pose, in particular, new political, theoretical and methodological challenges on the level of training, research and intervention, requiring the integration of the intercultural paradigm. The intercultural paradigm introduces plurality, diversity, complexity, multi / interdisciplinary in research and intervention and in relations between individuals and cultures; implies respect, dialogue and communication between different cultures, through individuals and groups carrying these crops in various intercultural situations; implies a process of combating ethnocentrism and egocentrism, requires a work of descentration on meta-knowledge of their own cultural identity and the role it plays in identity construction and in relation to otherness and diversity; Involves the development of psychological, cultural, social, educational, communication and citizenship enabling harmonious social interactions between individuals and cultures and to promote cultural awareness and intercultural dialogue, is promoting a new model

nia que permitam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas e que promovam a consciencialização cultural e o diálogo intercultural; vem promover um novo modelo de comunicação, de exercício da cidadania e de gestão da diversidade cultural em todos os contextos e sectores da sociedade (Ramos, 2001, 2006, 2007, 2008).

2. COMUNICAÇÃO, CULTURA E SAÚDE

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 organizações, entre a sociedade e a cultura e, ainda, entre o indivíduo e a saúde/doença. 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, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, assim como, 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 e

of communication, official citizenship and management of cultural diversity in all contexts and sectors of society (Ramos, 2001, 2006, 2007, 2008).

2. COMMUNICATION, CULTURE AND HEALTH

The experience of otherness and diversity are at the heart of intercultural and communication. Communicate with the other requires taking account of their identity in the interaction and their reactions to otherness. Communication is an integrated concept, which allows resize the relations between individuals, between the individual and society, between individuals and organisations, between society and culture, and between the individual and health / disease. The communication is thus a complex and multidimensional social phenomenon, with each act of transmitting a message integrated into a cultural matrix, a set of codes, rules and representations that make possible and maintain the relations between members of the same culture or sub culture. The context where it produces the communication is also a complex element, bearer of standards and rules, constituting a structuring factor of communication.

The cultural and linguistic codes and the rituals differ depending on the interaction of cultures and sub-cultures and, thus, the lack or failure of these differences in the various contexts creates communication problems and can reinforce the stereotypes and prejudices. Indeed, the cultural variables affect the level of perception, the representations and stereotypes about the other, on the events and, at the level of verbal and non-verbal processes. The culture tends to produce different perceptions of the outside world. Our systems of values, our beliefs, attitudes, our vision of the world and the other, our social organization and political influence on our perceptions. As a result, we find representations of health, disease, beliefs, practices and rituals of protection and health that range, in particular, according to individuals, groups, social classes, cultures and contexts of development.

rituais de protecção e de saúde que variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, os grupos, 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, 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 e cuidados de saúde.

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 tradicionais e alternativos, o que poderá originar conflitos e problemas comunicacionais em saúde.

Também, numerosos estudos evidenciam que uma parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional e organizacional, no âmbito da saúde, está relacionada 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

Thus, people from sub-cultures or different cultures can assign different meanings to the same realities, may develop different social perceptions, which may lead to mutual misunderstanding, conflict and difficulties of communication. For example, each culture has its own way of dealing with the disease and to care, and these specific modes, transmitted from generation to generation, particularly within families, through the use of symbols, language, practices and rituals. Thus, individuals and groups, clients / patients and health professionals develop representations, etnotheories on health, disease, ways to cure and health services, which influence the behaviour and practices of care, the relationship between the user-health professional, the use of health services and the satisfaction / dissatisfaction with the services and health care. The crop provides a set of meanings which serve to appeal to the individual to interpret those situations where it is and give direction to their practices. The interpretation of health systems has a logic cultural and social practices organization and symbolic in relation to medicine, the disease, the family, education and development. In modern societies urbanised western as well as, in traditional societies, there is, increasingly, a doctor pluralism, coexisting therapeutic methods, beliefs and practices of health, based on principles and models from different cultures, there is an official medical system and other traditional and alternative models, which could create conflicts and problems in health communication.

Also, numerous studies show that some of the problems, mismanagement and dissatisfaction to the relational and organizational level, in the context of health, is related to problems of communication, particularly in terms of information and communication performance of health professionals (Ramos, 2001, 2004, 2005, 2007). Some of these difficulties in communication context of health care have to do with the lack of knowledge and respect of health professionals on the representations and beliefs of health and illness of the client/patient and the relations of this world with its social, spiritual and cultural.

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

3. COMUNICAÇÃO E INTERCULTURALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A contextualização interna e externa dos cuidados de saúde, das consultas médicas, tem influência na comunicação profissional de saúde - doente e no desempenho e eficácia 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 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

3. COMMUNICATION AND INTERCULTURALITY IN HEALTH CARE

The internal and external context of health care, from medical consultations, has influence in the health professional - patient communication and the performance and effectiveness of interpretations of the problems by the health care professional. Thus, the domestic context of previous experience, in particular, expectations, explanatory models, prejudices and cultural representations that each brings to the clinical encounter, communication and influence in the relationship between the client / patient and health professional. On the other hand, on the external context, namely the environment in which the consultation takes place, cultural, social and economic factors, particularly, social and cultural inequality will also have influence, in this regard.

The communication in the context of health must be adapted to thinking skills, cultural / educational level, the representations and beliefs of health, individual needs, emotional, social, cultural and language of the client / patient. In this context, establishing a climate of trust and understanding between the client / patient and professionals is through gestures, words and attitudes accessible and simple, through dialogue and communication with the other, requiring knowledge not only of culture and respect for diversity, but also requires attention, sensitivity, empathy and availability, for the individual and the situations in its specificity and uniqueness. The social and cultural aspects can be major barriers to health care, on one hand, by its influence in the way of perceiving the health and disease and appeal to health care and, secondly, by the difficulties that providers of care have dealing with the people who come from different cultures, in particular, the linguistic and cultural level. The meeting with the "cultural difference" in health care can lead to strong emotional reactions or rejection of the attitudes of health professionals, especially when there is a good knowledge about the culture of the patient and training in the intercultural area.

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, ou seja, 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 da 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 mais problemática 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

It is important to stress that an ethic care implies taking into account the culture of this patient and give explanations about their disease, on the protective measures, on the prescription with which it must submit, which drugs should take, in a language and accessible to their understanding. Illiteracy and / or ignorance of the language and culture of the host country (for migrants and minorities) cause difficulties on relational communication with the various structures of support and with health professionals, making sometimes administrative formalities almost impossible and raising fear and shame for failing to communicate, as well as discouragement and difficulties of access to services, in particular, the National Health Service. This situation, namely the cultural and linguistic barriers, generates major problems, not only to these groups as to their health professionals. Many migrants and ethnic cultural-minorities, who never received medical care in Western-type health institutions, reacted with suspicion and surprise the western approach of the disease and treatment. In the case of a different culture patient's hospitalization and possessor of another language, many difficulties arise, both for the patient, and to the health professionals, for communication, as well as the diagnosis itself. If the disease and hospitalisation are, in itself, synonymous with being poor, anxiety and stress, this situation is even more problematic when the patient is faced with a different cultural and language code, a system with cultural and symbolic unknown, with a referential differing from his means of origin. The interpretations by patients themselves of what they are told by health professionals is influenced by their beliefs and traditions, the level of closeness with the host society and the degree of familiarity with western medicine. Indeed, in most countries, the main institutional structure of scientific medicine is the hospital, with its own rules of operation, where the patient is standardized, impersonalized, stripped of their media, cultural identity and social, away from family and of the most significant ones. The ill-health professional relationship is gener-

o hospital, com as suas regras de funcionamento próprias, 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 profissionais e os próprios doentes têm os seus próprios valores, crenças, linguagem, teorias sobre a doença, regras de comportamento e organização, podendo tudo isto influenciar, em maior ou menor grau, a adesão à terapêutica e originar dificuldades comunicacionais.

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 problemas 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, em muitos 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, proporciona aos profissionais de saúde a possibilidade de compreenderem que, por detrás de um comportamento considerado anormal, inadequado e estranho, está um comporta-

mente formal, distante, com linguagem sometimes too technical or incomprehensible to the patient, where the different professional groups and patients themselves have their own values, beliefs, language, theories about the disease, Rules of behaviour and organisation, all this can influence, to a greater or lesser degree, joining the therapy and leading to communication difficulties. The host and the hospitalization of the patient originating from other cultures becomes more difficult when the health staff, instead of adopting an attitude of understanding, requires the patient behaviors and attitudes, of which he does not understand the logic and sense, sometimes contradictory with their habits and customs and to their cultural and religious beliefs. This increases the anxiety, conflict, causing these differences and the difficulty to overcome them many prejudices, stereotypes and misunderstanding, on both sides, and problems of communication. The first difficulty to the patient migrant or ethnic minorities, in the hospital, is already in the host against the administrative procedures that does not master, to ignorance or lack of necessary documents, or insufficient knowledge of the language of society, host and illiteracy. If some hospitals or other health care institutions can overcome, somehow, this problem will call interpreters / translators, permanent or temporary, or personnel of the same cultural and ethnic origin speaking the same language of the patient, to facilitate communication with the institution and professionals, in many cases, this is not possible. The role of the translator or a substitute favours, on one hand, the host of the patient, giving him some security and making him feel understood and, moreover, provides health care professionals with the ability to understand that, by behind a considered abnormal behaviour, inappropriate and strange, is a behaviour and a ritual that is conform to a cultural or religious logic, based on different standards. Also, ignorance of the social and cultural representations to which users / patients do use and how they identify and communicate the health problems, in particular, the pain and mental suffering, and not the correct

mento 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 a forma como os mesmos identificam e comunicam os problemas de saúde, nomeadamente, a dor e 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 profissionais 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

decoding of the clinical language of patient, can lead to misinterpretations of symptoms, the wrong diagnoses and inappropriate treatments. At communication, the fact that often dominates the idea and prejudice, according to which the patient, in particular, migrant or minority group, does not understand the language nor the explanations given, little or no effort is made to that effect, being reduced the communication to a wall of silence between the health professional and client / patient.

The difficulties in establishing a comprehensive, empathic and emotional guide health care professionals to an attitude of detachment and refuge in a more technical and impersonal attitude with the patient. Also, the difficulty of the client / patient to understand the social and symbolic reference tables increases the prejudices and difficulties of communication with health professionals and the patient's anxiety and anguish, particularly from minority groups.

Similarly, the difficulties of understanding language of the individual migrant in the case, for example, difficulties in understanding the long-term medication or the preventive measures could lead to inefficiency of care, a refusal or confusion in the administration of medicines, the low levels of adherence to preventive behaviour, carrying out medical examinations and protective measures of health. For health care professionals the very diagnosis becomes difficult, given the difficulty of the patient originating from another culture, in verbalize symptoms and describe their ills and complaints.

Thus, the difficulties of professionals in the complaints and understanding the beliefs of the patient, language and communication problems can cause difficulties and errors at the level of own assessment / diagnosis and in assessing the state of health of the patient. Lack of interpreter / translator and understanding of the complaints originating from another culture patient, may lead to deprivation of care or subjection to inadequate care, because we could not detect or understand his complaint or suffering, or leading to hospitalization because his anguish and anxiety is "different". Also, certain social and

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 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 colectivas, parecendo-nos insólitas, são, no entanto, importantes para diminuir o medo e a angústia do doente e para reforçar os laços comunitários. Torna-se, assim, importante que as equipas de cuidados e a organização dos serviços, tenham em conta a diferente inserção cultural e social do doente e flexibilizem e adaptem as atitudes e relação com os utentes/doentes 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 pe-

religious rituals, some elements regarded as unclean, certain practices and procedures of hygiene and rituals of washing, certain dietary habits, the relationship with the body, can be a source of misunderstanding and problems of communication between patients and health professionals.

Many users / patients, national, migrants or ethnic minorities, come from traditional societies or rural areas, where family and community solidarity dominates, where health is a collective problem and suffering is taken into account by the whole society, so such community networks, particularly on visits to the hospital should be perpetuated. The environment of the patient, for example, migrant or gipsy is often in group (installing themselves, sometimes in the vicinity of institutions for health), aiming to bring the patient comfort and solidarity, can generate up tensions and conflicts between migrants, minorities, professionals and the institution of health. This kind of collective support and warm is a way of life and rooted customs and plays an important social function and psychological towards the identity of the individual patient and their safety. These collective visits, seemed unusual to us, are, however, important to reduce the fear and anguish of the patient and to strengthen community ties. It is therefore important that the teams of care and services organization, taking into account the different cultural and social integration of the patient become more flexible and adapt attitudes and relationship with users / patients in these circumstances.

With regard to food, for example, this is part of a complex bio-psycho-socio-cultural, returning to an individual and collective memory and conveys, symbolizes bans, taboos, values and meanings (Lévi-Strauss, 1964; Counihan *et al.* 1975; Garine, 1979). The food "family" brought by the family plays a big morale reconforto for the patient. For example, to a Muslim or Jew patient, there are certain prohibited food. For Muslims wine, alcohol and pork are forbidden, while for the Jew patient is forbidden foods containing pork or substances mixed with milk.

los familiares desempenha um papel de grande conforto 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, só podendo estes 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, 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 práticas e rituais em torno 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,

Both the first, as the latter are considered unclean by Jews as food and can only eat these foods as pure - Kosher food, as they are imposed by law and their religious tradition. For this reason, some patients seeking outside food prepared by families, according to certain rules and cultural and religious rituals (Breton, 1989).

The relationship with the body is another element that causes often misunderstandings and communication difficulties between the client / patient and health care professionals. The gestuality, the mimics, the rings, their eyes, clothing, the postures, the type of communication, distal or proximal, the notion of modesty, depending on the groups and cultures. For example, in Western culture, the body of the patient, the nudity in the hospital is not taboo, and modesty*that is for certain patients, for example, Muslim culture, in particular, for Muslim women. These, even in the context migration, usually cover the body, the hair, face and legs with long trousers or clothing, doing everything to hide the body and maintain its identity. Often, the Muslim patient hardly accepts or refuses medical care or nursing practiced by members of the other sex.

Also, the first birth and care for children are still made in traditional cultures, for example, African women, some Asian and indigenous communities, by a community women, within family and through procedures and rituals that passed from generation to generation. In industrialized societies, especially in multi / intercultural situations, there's a whole set of practices and rituals surrounding the pregnancy, delivery and newborn which breaks on playing a guard and an important psychological function, being in the isolated universe, technological and foreign health institutions, in particular, the hospital increases the state of anxiety, stress and anxiety for women coming from different cultural universes. This makes especially the one that is the first time mother, living with fear, anxiety and stress this period, due to the isolation and the big differences between the family environment and protective of origin and the anonymous universe, distant,

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, 2008). 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, de rejeição e problemas de comunicação.

4. NOTAS 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, dos profissionais e das organizações, 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 e do acolhimento nas unidades de saúde 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, 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, 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 necessário repensar 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 possui-

incompreensível e tecnologia with which they are faced (Ramos, 1993, 2004, 2008). This “strange” vulnerability to stress has adverse consequences for the health of the mother and baby in membership and use of health services for women, and often triggers the attitudes of health professionals and bad behavior, aggressive, rejection and problems of communication.

4. END NOTES

Communication in health involves the analysis and use of processes, strategies and policies for communicating with the objective of informing and influencing behaviour and decisions of individuals, groups, communities, professionals and organisations, to promote health and welfare, prevention of cases of illness, risk and vulnerability, and improving communication and the host in the health units and the humanization of health care.

The quality of communication and care to the client / patient and his family requires the participation of all involved, namely health professionals, managers, policy makers and users / patients and families.

It is important to raise awareness among health professionals and leaders to the importance of communication in health, as a way of improving the quality of health care, to promote fairness, to foster the patient satisfaction and psychological adjustment to illness, to improve its adherence to treatment, and to reduce the suffering, anxiety and stress.

It is necessary to rethink the models of communication of health professional / patient. A model of communication of health professional / patient, unilateral, vertical, based solely on the transmission of an issuer regarded as the possessor of knowledge as a passive receiver, devoid of knowledge, it is necessary to counter a form of interactive communication, taking into account the “knowledge” and socio-cultural context of the client / patient, allowing an understanding not only the prejudices, stereotypes, the beliefs of health professionals and users / patients, but also the processes involved in

dor do saber a um receptor passivo, destituído de saber, é necessário contrapor um modelo de comunicação interativo, que tenha em conta os "saberes" e o contexto sócio cultural do utente/doente; que permita compreender não só 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 interação que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos.

É importante ter em conta, a compreensão da cultura e das suas diversas formas de inscrição no corpo, na doença e nas modalidades de comunicação, assim como, o conhecimento das diversas culturas e da variabilidade das suas representações e práticas sobre a saúde, a doença, a cura e sobre as formas de comunicar a dor e o sofrimento.

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 as formas de viver, de pensar, de comunicar e de agir dos indivíduos que a compõem. Neste sentido, os cuidados, a intervenção exige tomar em consideração a sua visão do mundo, os seus estilos de vida e de pensamento.

É indispensável, para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso de incompreensão existente entre modelos explicativos e culturais diferentes, para uma melhor 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 integradas 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, uma lógica cultural e social e têm uma função adaptativa e psicológica importante, a qual passa muitas vezes despercebida e/ou não é valorizada.

communication between health professional and patient as an interaction that occurs in the context of these beliefs and prejudices and stereotypes. It is important to bear in mind, understanding of culture and their various forms of membership in the body, in sickness and in the ways of communication, as well as knowledge of different cultures and variability of its representations and practices on health, disease, The cure and on ways to communicate the pain and suffering.

To help a community to improve their health, saddle it migrant or national we have, not only to promote equality and coordination between health centres and hospitals as is also necessary to know and understand the ways of living, thinking, to communicate and act of individuals that compose it. In this respect, care, assistance requires taking into account their worldview, their styles of life and thought.

It is essential to reduce the difficulties of communication, to combat the gap of misunderstanding between different cultural and explanatory models, to better understand the concepts and practices of health and disease of people who provide care, training a psychosocio-cultural of health professionals. Thus, the representations and the chances of explanatory and families of users and their behaviors may be better understood and not be reduced only to superstitions, outdated ideas, the lack of information; should rather be integrated into the culture, a system of beliefs, theories and practices that although sometimes very distant from Western medicine, have their logical structure, a cultural and social logic and have an important psychological function and adaptive, which often goes unnoticed and / or is not enhanced.

The integration of psychological, anthropological and sociological knowledge, training of doctors, nurses and other health professionals, can help improve communication and combat the stigmas and stereotypes, demonstrating and helping in understanding the processes of communication and logical individual and cultural behaviour, according to the ages, the genera-

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 géneros, os estatutos e as culturas. Deste modo, é necessário que os profissionais de saúde, tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade dos factores explicativos 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, 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, 2008).

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

tions, sexes, the statutes and cultures. Thus, it is necessary for health professionals to have access to a solid training on the complexity of the explanatory factors involved in behaviour and the use of health care, which are not only of individual order, but fall into an inseparable whole of cultural factors, social, economic, psychological, environmental and political. For example, in the case of immigrants, it is important to know the experience of migration before and after migration, the social, cultural and family and relationships with health care, for the country of origin and the host country in order to prevent and properly identify the type of care needed.

It is necessary to take into account that within the migrant population, international or national, are particularly vulnerable groups in terms of health, in particular, the newly arrived migrants, or those who do not have difficulties of expression in the language of the host culture and understanding of their cultural codes, those who have never had contact with the public health services, those living in a state of irregularity / underground or in situations of insecurity and exclusion. It is also important to bear in mind that migrants and minorities take fewer preventive health measures, using only doctors and hospitals in emergencies or in an advanced stage of disease, and that a large proportion of serious diseases that are more exposed (for example, infectious diseases such as tuberculosis, hepatitis B and C, HIV-AIDS) can be prevented or treated (Ramos, 1993, 2004, 2006, 2008). It is essential to develop strategies and interventions psycho-socio-educational, so that professionals and citizens can place themselves and deal in a responsible manner, reflected, to individual and cultural diversity that are within the society and institutions, thus as the complex problems that arise in communication with people whose cultural references are different, developing in all, both a greater understanding of their own culture and other cultures, both a greater ability to communicate with members of their culture or belonging the other groups and cultures. The training in communication, espe-

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 e profissionais.

É indispensável integrar a problemática intercultural nas suas vertentes sócio cultural, psico educativa, comunicacional, clínica e político-jurídica na formação dos diferentes profissionais e agentes sociais e políticos, seja dos que trabalham nas sociedades industrializadas, confrontadas com um crescente aumento de indivíduos e famílias provenientes de outras culturas e de minorias, seja dos que trabalham em países em vias de desenvolvimento ou, ainda, os que trabalham ao nível da cooperação internacional, em acções humanitárias ou outras.

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 pertencem (Piaget, 1970). Esta atitude permitirá lutar contra o etnocentrismo, 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 interacções sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas mas,

cialmente em inter cultural situation, it is essential to the whole population, citizens and professionals.

It is essential to integrate intercultural issues both in its socio-cultural, psychological education, communication, medical and political-legal training in the various professional and social and political actors, whether those who work in industrialized societies, faced with a growing increase of individuals and families from other cultures and minorities, either of those in developing countries or those who work at the level of international cooperation in humanitarian operations or other. It is important, whether on the part of professionals, either on the part of citizens, adopt an attitude of descentration, which is to leave the centration in which each one is, that is not taken as a universal model on their own behavior, their views, their models and educational and health beliefs, which are necessarily marked by the standards of culture to which they belong (Piaget, 1970). This attitude will fight ethnocentrism, relax and relativize principles presented as unique and universal and applied, often rigidly, preventing many behaviors of intolerance and exclusion and facilitating the involvement and communication, among different groups and communities in various contexts, particularly in health. The problems of the area require intercultural skills of a psychological, social, cultural, educational and communication, based on experience of otherness and diversity, the balance between the universal and natural. These issues involve the development not only of individual skills that enable harmonious social interactions between individuals and cultures but also the development of skills of citizenship to enable the functioning of democratic societies and respect and safeguard the rights and obligations of individuals and groups, minority or majority. A multicultural and globally interdependent world needs a new approach to citizenship that incorporates the dynamics of cultural diversity and the fundamental principles of human rights in strategies and policies that promote the strengthening of democracy and social cohesion, human development, cultural

igualmente, o desenvolvimento de competências de cidadania que tornem possível o funcionamento democrático das sociedades e o respeito e a salvaguarda dos deveres e direitos dos indivíduos e dos grupos, minoritários ou majoritários.

Um mundo pluricultural e globalmente interdependente necessita de uma nova abordagem de cidadania que incorpore a dinâmica da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos em estratégias e políticas que promovam o reforço da democracia e da coesão social, o desenvolvimento humano, os direitos culturais, a cooperação e solidariedade entre os indivíduos e as nações, a comunicação intercultural e o bem-estar e qualidade de vida de todos os cidadãos.

Estes objectivos estão no centro das preocupações de muitos Estados, sobretudo da *Comissão Europeia* e do *Conselho da Europa*, os quais designaram 2008 como o “Ano Europeu do Diálogo Intercultural”, como parte de um esforço concertado que visa favorecer o debate sobre as formas de aumentar a participação de grupos sub representados ou em exclusão na sociedade, acolher a diversidade e a gestão intercultural, promover o diálogo intercultural e a igualdade de oportunidades em todos os sectores, nomeadamente, na saúde através: do desenvolvimento da participação democrática da diversidade cultural; do reforço da cidadania e da participação; da aquisição e ensino de competências interculturais; da criação de espaços de diálogo intercultural; da promoção do diálogo intercultural nas relações nacionais e internacionais.

rights, cooperation and solidarity between individuals and nations, intercultural communication and well-being and quality of life of all citizens. These goals are a central concern of many states, especially the European Commission and the Council of Europe, which designated 2008 as the “European Year of Intercultural Dialogue”, as part of a concerted effort aimed at promoting a debate on ways to increase the participation of underrepresented groups represented in or exclusion in society, accommodating diversity and intercultural management, promoting intercultural dialogue and equal opportunities in all sectors, particularly in health through: the development of democratic participation of cultural diversity, the increase of citizenship and participation, the acquisition of skills and intercultural education, the creation of spaces for intercultural dialogue, promoting intercultural dialogue at national and international relations.

BIBLIOGRAFIA / BIBLIOGRAPHY

- 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, 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.
- 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.

- 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.
- Hoopes, 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.
- Ley, P. (1988). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. London: Chapman and Hall.
- 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 context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Piaget, J. (1970). *Épistémologie 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 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. (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.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*. 45, 147-169.
- Ramos, N. (2007). Sociedades multiculturais, interculturalidade e educação. Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (41,3), 223-244.
- Ramos, N. (2008). *Educação Interculturalidade e Cidadania* (Coord.). Bucarest: Melina Press.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas Teóricas e Práticas*. João Pessoa: EDUFPB.