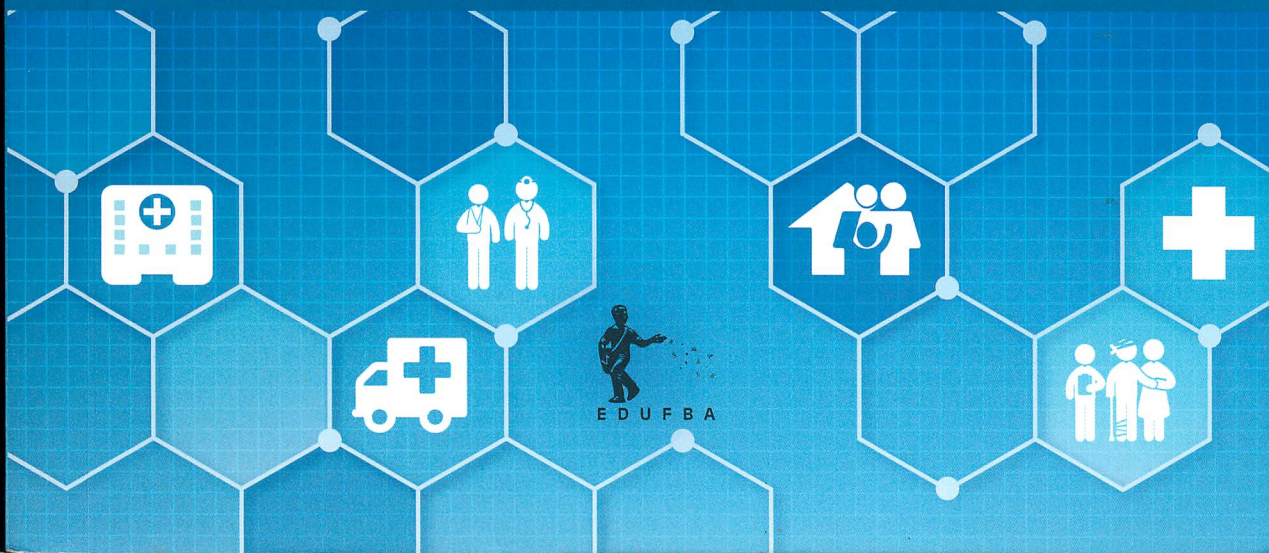




Maria Ligia Rangel-S
Natália Ramos
organizadoras

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS



2017, Autores.
Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,
em vigor no Brasil desde 2009.

Capa e Projeto Gráfico
Rodrigo Oyarzábal Schlabitz

Revisão
Flávia Rosa

Normalização
Susane Barros

Imagem da capa
Freepik

Sistema de Bibliotecas – UFBA

Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas / Maria Ligia Rangel-S;
Natália Ramos (Org.).- Salvador: EDUFBA, 2017.
433 p.

ISBN: 978-85-232-1625-2
Inclui bibliografia

1. Comunicação na saúde pública. 2. Saúde pública - Brasil - Serviços de informação.
I. Rangel-S, Maria Ligia. 2. Ramos, Natália.

CDD - 362.10981

Evandro Ramos dos Santos
CRB-5/1205

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia / Tel.: +55 71 3283-6164

Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde

Natália Ramos

Introdução

Na atualidade, o crescimento da globalização, da mobilidade das populações e dos conflitos étnico/religiosos e armados aumentou o número de migrantes e refugiados, a multiculturalidade, os contactos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural, contribuindo para uma grande heterogeneidade linguística, social, cultural e comportamental das sociedades. Estas questões interpe- lam os diferentes setores de intervenção e investigação, colocando desafios à comunicação, à saúde e à gestão e negociação da diversidade e relações inter- culturais, particularmente à comunicação em saúde em contexto intercultural e migratório, aos profissionais e usuários pertencentes a universos culturais dife- rentes, à prática clínica e à organização dos serviços de saúde.

O encontro interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura coloca no- vos desafios estratégicos e políticos na prevenção, informação, educação, aces- so, equidade e promoção em saúde, bem como na organização dos serviços de saúde e na prática clínica. Implica um novo reposicionamento metodoló- gico, epistemológico e ético ao nível da pesquisa, da formação e da interven- ção no domínio da comunicação e da saúde, em particular na comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde, nas atitudes dos profissionais e no

desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e (inter)culturais. Além disso, exige a adoção de estratégias e políticas e o desenvolvimento de competências para fazer face às novas realidades sociais, culturais, comunicacionais e sanitárias da sociedade multicultural, às características atuais das organizações e sistemas de saúde e às especificidades dos profissionais e usuários, bem como para gerir a relação e comunicação entre profissionais de saúde e usuários de diferentes culturas e promover cuidados de saúde culturalmente adaptados. (ANDERSON et al., 2003; BENSING, 1991; DAVIES; FALLOWFIELD, 1991; HALL, 2001; KLEINMAN, 1980; KLEINMAN; BENSON, 2006; PRIEBE et al., 2011; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2012a, 2012b)

Estas questões têm constituído objeto de preocupação dos profissionais, dos Estados, dentro e fora da União Europeia, das políticas públicas nos diferentes setores, de recomendações de organismos nacionais e internacionais e de associações profissionais, designadamente: Organização das Nações Unidas (ONU, 2006); Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE, 2007, 2015); Organização Mundial de Saúde (WHO, 1983, 2004, 2005, 2010); Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2010); Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2001, 2005); Conselho da Europa (CE, 2001); Associação Americana de Psicologia (APA, 2003); Alto Comissariado para as Migrações (ACM, 2015, Portugal). Por exemplo, no que diz respeito aos contactos interculturais e ao trabalho com populações culturalmente diversas, a Associação Americana de Psicologia (APA, 2003) propõe um conjunto de recomendações aos psicólogos e profissionais afins, das quais destacamos:

- Importância de reconhecerem que, enquanto seres culturais, desenvolvem crenças e atitudes, as quais podem influenciar negativamente as suas perceções e interações com indivíduos cultural e etnicamente diferentes;
- Importância do reconhecimento da sensibilidade, conhecimento e compreensão multicultural sobre as diferenças culturais e étnicas dos indivíduos;
- Importância da utilização dos princípios da multi/interculturalidade e da diversidade na formação psicológica;

- Importância de os investigadores promoverem investigações centradas em questões étnicas e interculturais com indivíduos de diferentes origens étnicas, linguísticas e culturais;
- Importância de desenvolverem estratégias e competências culturalmente adequadas na sua prática clínica ou noutras atividades profissionais;
- Importância de recorrerem a processos de mudança organizacional, de modo a promover o desenvolvimento de práticas organizacionais culturalmente adequadas.

Também o Council of Europe (2001) acentua ser necessário evitar os riscos e conflitos que podem resultar da marginalização daqueles que não possuem competências interculturais para viverem e comunicarem num mundo multicultural, interativo e global, onde a diversidade cultural integra, cada vez mais, todos os domínios da esfera pública, nomeadamente o setor da saúde. Esta diversidade não deverá ser vista como uma ameaça, mas ser considerada, como destaca a Unesco (2001), na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, artigo 3, “[...] uma das fontes de desenvolvimento, entendido não só como crescimento económico, mas, também, como meio de acesso a uma existência intelectual, afetiva, moral e espiritual satisfatória”. (2001)

A diversidade cultural em saúde e as minorias têm colocado questões e desafios tanto às populações migrantes e culturalmente diferentes, como aos profissionais e organizações políticas, culturais e profissionais, sendo necessário compreender as dificuldades que enfrentam no acesso, atendimento e prestação de cuidados de saúde e identificar estratégias e competências comunicacionais e interculturais para responder às necessidades destas populações e aos profissionais que lidam com diferentes grupos étnico-culturais, as quais se afiguram importantes na comunicação e mediação intercultural em saúde. (RAMOS, 2015a, 2005b; GRANADA et al., 2017; KOBELINSKY, 2010; MIRDAL; RYDING; SONDEJ, 2012; REYNOLDS, 2004; ROSSEN; BUUS; STENAGER, 2013)

Multiculturalidade na contemporaneidade e na saúde

A multiculturalidade, no sentido da coexistência numa mesma sociedade de várias culturas e etnias distintas, e o contacto intercultural, ou seja, o encontro de

peças e de grupos diferentes do ponto de vista cultural, étnico ou linguístico, são elementos que caracterizam cada vez mais o tecido social português e mundial. No mundo globalizado contemporâneo, há novas mobilidades e interculturalidades e verifica-se um aumento da diversidade cultural, de migrantes e refugiados, face a novos contextos sociais, económicos, demográficos, educacionais, laborais e políticos, tais como:

- aumento da globalização;
- aumento da urbanização;
- aumento do envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos;
- aumento crescente da migração feminina;
- aumento do turismo internacional;
- facilidades de deslocação e rapidez dos meios de transporte;
- necessidades do mercado de trabalho em muitos países industrializados;
- desemprego e crises económicas e políticas internacionais que afetam os países desenvolvidos e em desenvolvimento;
- novas formas de mobilidade estudantil e qualificada;
- aumento das necessidades de serviços domésticos e de “cuidados” às crianças e aos idosos nos países desenvolvidos envelhecidos;
- novos meios de comunicação (os *media*, a internet);
- aumento dos desastres e catástrofes ambientais;
- aumento de conflitos étnicos, políticos, armados e religiosos;
- desenvolvimento de redes entre países baseadas nos laços históricos, familiares e culturais.

A ONU (2017) registava mais de mil milhões de pessoas em situação de mobilidade no mundo, estimando a existência de 258 milhões de migrantes internacionais, ou seja, de indivíduos vivendo atualmente fora dos seus países de origem, dos quais cerca de metade são mulheres. Desde 2000, verificou-se um aumento de 49% desta mobilidade, este aumento afetando todos os continentes, géneros, classes sociais e gerações e os vários domínios da esfera

pública. Em relação aos refugiados, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados assinala que em 2015, as migrações forçadas alcançaram 65,3 milhões de indivíduos, crianças, jovens e adultos (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES, 2015), tendo este número aumentado em 2014 e 2015 e representando o maior número depois da II Guerra Mundial.

Nos últimos anos, o número de pessoas deslocadas por conflitos em todo o mundo quase que quadruplicou: de perto de 11 mil por dia, em 2010, passou para 42 mil e 500 diariamente, em 2014, tendo um terço destes atravessado uma fronteira nacional; mais de 33 milhões são crianças e jovens com menos de 20 anos de idade, que migraram com as suas famílias ou sozinhos.

Já em Portugal, segundo os Censos de 2011, residiam, à época, 394 mil 496 estrangeiros, constituindo 3,7% do total de residentes estrangeiros em situação regularizada no país, com predominância respetivamente dos originários do Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Roménia e China.

Ao nível do pessoal de saúde, verificamos igualmente um aumento da mobilidade internacional. A título de exemplo:

- em 2000, 11% dos enfermeiros e 18% dos médicos que trabalhavam nos países da OCDE eram de origem estrangeira. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2007)
- em 2013-2014, cerca de 460.000 médicos e 570.000 enfermeiros formados no estrangeiro trabalhavam nos países da OCDE.
- em Portugal, em 2011, segundo a Ordem dos Médicos, cerca de 11% dos médicos inscritos na Ordem eram estrangeiros.
- nos países da OCDE, o número de médicos e enfermeiros estrangeiros aumentou entre 2001 e 2011, passando, respetivamente, de 19,5% para mais de 22% e de 11% para 14,5%, segundo o relatório da ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2015), que indica que estes imigrantes qualificados representam 2,2% dos médicos e 5,7% dos enfermeiros a trabalhar em Portugal.

Comunicação em saúde, diversidade cultural e organizações de saúde

Ao nível dos cuidados e das organizações de saúde, estes caracterizam-se cada vez mais pela diversidade cultural dos seus usuários e profissionais, exigindo: fornecer cuidados culturalmente competentes; funcionar como organizações de saúde, mas também como organizações multiculturais, tendo como fundamento o respeito pela pluralidade de culturas e diversidade dos seus membros; o domínio de competências dos gestores e profissionais de saúde, nas áreas da comunicação e da interculturalidade.

Uma comunicação culturalmente eficiente poderá promover as competências dos profissionais e melhorar o funcionamento das organizações de saúde, tendo em vista um melhor acolhimento e compreensão da cultura e particularidades comunicacionais e de saúde dos utentes, bem como melhorar a sua adesão e a qualidade dos cuidados de saúde e o próprio funcionamento das organizações de saúde.

Anderson e colaboradores (2003), destacam alguns critérios importantes para um funcionamento culturalmente competente das organizações de saúde: assegurar formação na prestação de serviços cultural e linguisticamente competentes às equipas; desenvolver um plano estratégico com objetivos, políticas, formas de operacionalização e mecanismos de avaliação da gestão e do funcionamento de serviços cultural e linguisticamente adequados; promover estratégias para a formação de equipas diversificadas e lideranças adaptadas às características das áreas abrangidas pelos serviços; assegurar cuidados respeitando as crenças e práticas culturais e a língua de origem dos usuários; disponibilizar serviços de apoio linguístico gratuitos, por ex. funcionários bilingues e serviços de intérprete; fornecer informação útil, de fácil compreensão e nos idiomas dos usuários mais representativos das organizações de saúde; avaliar o grau de satisfação dos usuários sobre a organização dos serviços, tendo em vista a sua melhoria e fornecer informações sobre a implementação de novas medidas; identificar necessidades em saúde, para planear serviços adequados em colaboração com a comunidade; identificar e resolver conflitos e reclamações que possam surgir ao nível organizacional e dos usuários.

Muitos dos desafios enfrentados pela saúde e pelas reclamações nos serviços de saúde a nível internacional e nacional, por exemplo hospitais e centros

de saúde em Portugal, estão relacionados com questões de comunicação e informação, como revelam os últimos dados da Entidade Reguladora da Saúde, tendo estas reclamações aumentado nos últimos anos. (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2016)

Ora, o direito à informação e comunicação é inalienável do direito à saúde. A ausência de informação ou uma comunicação inadequada afeta diretamente esse direito, bem como a igualdade, o acesso e a qualidade em saúde.

Com efeito, a comunicação em saúde é uma componente básica: dos cuidados de saúde; da informação, educação e promoção da saúde; da mudança comportamental; da competência intercultural; da organização, gestão e políticas de saúde; da avaliação da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde. (RAMOS, 2004, 2006, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b; SCHIAVO, 2007; THOMAS, 2006; VALERO-GARCÉS, 2014)

Investigações recentes evidenciam que parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional, clínico, organizacional e da gestão no âmbito da saúde está relacionada com problemas relacionais e de comunicação, nomeadamente ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos decisores, gestores e profissionais nos diversos setores da saúde, em contextos autóctones mas, sobretudo, multi/interculturais. Estes estudos destacam ainda que as queixas e reclamações dos usuários relativamente a estes aspetos têm vindo a aumentar em todo o mundo. (BERRY, 2007; ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2016; FLORES, 2006; KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b, 2015a, 2015b; SCHOUTEN; MEEUWESEN, 2006; SCHOUTEN, 2009; THOMAS, 2006)

A articulação e a gestão dos domínios da saúde, comunicação e cultura são fundamentais para melhorar os cuidados e as práticas clínicas e a compreensão dos comportamentos de saúde, para promover a saúde individual e coletiva em contextos autóctones e, sobretudo, multi/interculturais e para a definição de políticas públicas.

Os aspetos psicológicos, sociais e culturais podem constituir riscos e barreiras aos cuidados de saúde e estar na origem de conflitos, incompreensão, insegurança e dúvidas, por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e no recurso aos cuidados de saúde, e, por outro, pelas dificuldades que utentes culturalmente diferentes e profissionais de saúde enfrentam ao nível interpessoal, comunicacional e intercultural. Neste âmbito, é importante ter em conta:

- a compreensão da própria cultura e das suas diversas formas de inscrição no corpo, na linguagem, nos modos de cuidar e nas modalidades de comunicação;
- o conhecimento das culturas e da variabilidade das suas representações e práticas sobre a saúde, a doença, a cura, e sobre as formas de comunicar a dor e o sofrimento.

A cultura reflete-se nos valores, nas técnicas do corpo, na linguagem, no estilo comunicacional, nos modos de cuidar e nos comportamentos de saúde. Cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo estes modos específicos, transmitidos de geração em geração, através do uso de símbolos, da linguagem, de práticas e de rituais. Desse modo, indivíduos de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades e desenvolver percepções e representações sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, estereótipos, conflitos e dificuldades de comunicação.

A comunicação intercultural, ao integrar os problemas e processos de interação verbal e não verbal entre indivíduos pertencentes a grupos ou subgrupos culturais diferentes em contextos situacionais variados, e a variação cultural na percepção dos objetos e dos acontecimentos sociais, traz contributos importantes para intervir em contextos de saúde, autóctones e multiculturais, e na mediação intercultural em saúde. (LADMIRAL; LIPIANSKY, 1989; RAMOS, 2001, 2006; SAMOVAR; PORTER, 1988)

Dificuldades dos profissionais e usuários em contexto de multiculturalidade em saúde

O encontro com a diversidade cultural em contexto de saúde e o confronto com a alteridade, com a diferença cultural, podem conduzir a dificuldades, reações emocionais, atitudes de rejeição e insegurança, conflitos, preconceitos e problemas de comunicação da parte dos usuários e doentes e dos profissionais de saúde.

Sendo o acesso à saúde um direito fundamental contemplado na constituição e políticas da maioria dos Estados, constata-se que muitas das dificuldades

das populações, nacionais, migrantes ou de minorias étnicas, prendem-se sobretudo com:

- problemas comunicacionais aos níveis organizacional e interpessoal;
- falta de informação, tanto da parte destes grupos, como dos próprios profissionais e serviços de saúde, relativamente à legislação e aos direitos e deveres nos serviços de saúde.

No que respeita aos utentes, o analfabetismo, as barreiras linguísticas, o desconhecimento da língua e da cultura da sociedade de acolhimento, a iliteracia em saúde, o isolamento e desenraizamento social, familiar e cultural, sobretudo no caso de muitos migrantes, refugiados e minorias étnicas, originam dificuldades de acesso, comunicacionais e relacionais com as estruturas de apoio e administrativas e com os profissionais de saúde. (GREEN; SPERLINGER; CARSWELL, 2012; JANSEN et al., 2013; MIRDAL; RYDING; SONDEJ, 2012; RAMOS, 2004, 2007, 2008a) Estas situações tornam, por vezes, as formalidades administrativas difíceis ou quase impossíveis e suscitam o medo, a vergonha e a ansiedade dos utentes por não conseguirem comunicar, assim como desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Alguns usuários culturalmente diferentes nunca beneficiaram de cuidados de saúde em instituições de saúde de tipo ocidental, e o desconhecimento e a não familiarização com estas estruturas e cuidados de saúde leva-os a reagir com desconfiança e estranheza à abordagem ocidental da doença e do tratamento. (MAJUMDER et al., 2015; SAVIC et al., 2015) A falta de formação adequada para trabalhar com indivíduos e grupos culturalmente diferentes poderá conduzir assim a dificuldades no acolhimento, na comunicação, no diagnóstico, na adesão e na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Constata-se que são cada vez mais os profissionais de saúde, particularmente os que trabalham em contextos de diversidade cultural, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas relacionais e de comunicação intercultural em saúde com usuários culturalmente diferentes. (MIRDAL; RYDING; SONDEJ, 2012; ROSSEN; BUUS; STENAGER, 2013) Alguns estudos evidenciam que estes profissionais:

- apresentam mais dificuldades e erros de diagnóstico e mais preconceitos e estereótipos quando comunicam com utentes migrantes e de minorias étnico-culturais;
- muitos dos problemas dos profissionais e das dificuldades no acesso e adesão dos usuários estão relacionados com questões de comunicação intercultural em saúde. (PRIEBE et al., 2011; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b, 2014; SCHOUTEN; MEEUWESEN, 2006, 2009; THOMAS, 2006)

Neste sentido, organismos internacionais têm acentuado a necessidade de os profissionais dos diversos setores da saúde estarem atentos ao impacto dos seus estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios na comunicação e na intervenção, assim como a de terem em conta a diversidade individual, social e cultural dos usuários nas suas práticas profissionais e de adquirirem formação e desenvolverem competências nos âmbitos intercultural e comunicacional. (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1983, 2004)

Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde residem igualmente não só nas dificuldades de gestão das diferenças culturais, mas igualmente nas atitudes, perceções e falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do indivíduo que procura cuidados de saúde e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual e cultural. Também os profissionais que não possuem competências para trabalhar com estes indivíduos e grupos culturalmente diferentes encontram eles próprios dificuldades de vários tipos e manifestam, frequentemente, insatisfação, insegurança, ansiedade, desmotivação e comportamentos etnocêntricos e de discriminação. (KIRMAYER, 2012; MIRDAL; RYDING; SONDE, 2012; PRIEBE et al., 2011; RAMOS, 2004, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b; ROSSEN; BUUS; STENAGER, 2013; SUE et al., 1992)

Alguns especialistas têm destacado os benefícios resultantes do treino e formação interculturais em todos os domínios, inclusive da saúde, designadamente: no aumento da capacidade para lidar com as diferenças individuais e culturais; no desenvolvimento da segurança, bem-estar e satisfação nas relações interculturais; na diminuição do *stress* e insegurança, bem como na melhoria nas relações interpessoais, intergrupais e no trabalho com grupos heterogêneos e

ncei-
e mi-

sso e
ação
2007,
SEN,

le de
o dos
omu-
indi-
e ad-
ral e
015;

saú-
ultu-
pro-
a do
o seu
uem
dife-
fre-
por-
AL;
08b,

no e
ada-
cul-
s in-
nas
os e

minorias étnico-culturais; maior abertura ao mundo, à diversidade e à alteridade; maior capacidade para resolver problemas que exigem a compreensão, negociação, mediação, comunicação e relação com outras culturas e a adaptação à mudança. (BRISLIN; YOSHIDA, 1994; COHEN-ÉMERIQUE, 1993, 1999)

Competências comunicacionais e inter(culturais) em saúde

Os profissionais necessitam de conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades sociais e comunicacionais e a sua relação com as crenças, comportamentos de saúde e práticas de cuidados. Uma das estratégias é a da comunicação culturalmente competente. Para preparar os indivíduos neste âmbito, têm sido desenvolvidos diversos programas de formação em competências (inter)culturais. Estas competências promovem a reflexão e a capacitação para colocar em prática a consciência e os conhecimentos multi/interculturais na comunicação e nas relações interculturais, envolvendo um conjunto articulado de comportamentos, atitudes, estratégias e políticas que se manifestam num serviço, organização ou entre os profissionais, os quais permitem intervir adequadamente em situações interculturais, nomeadamente de saúde.

A competência intercultural implica que, num contexto de diversidade cultural, de interação e coabitação intercultural, os indivíduos tenham consciência, capacitação e competências técnicas que lhes permitam aceitar, dialogar e negociar com o Outro, assim como fazer-se compreender ao nível comunicacional e relacional nos vários setores e níveis de intervenção, nomeadamente individual/interpessoal, grupal ou institucional/organizacional. (BETANCOURT, 2003; CROSS et al., 1989; GIGER; DAVIDHIZAR, 2007; LANDIS; BRISLIN, 1983; QUREISCHI, 2011; SUE et al., 1992; 2011, 2009)

Viver, comunicar e trabalhar em contexto multicultural, nomeadamente em saúde, exige um conjunto diversificado de competências que podemos agrupar deste modo (RAMOS, 2004, 2007, 2011, 2012a, 2013, 2014):

- Competências individuais, que promovam atitudes, comportamentos e valores, que favoreçam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos, os grupos e as culturas, que desenvolvam relações interpessoais

construtivas, o autoconhecimento, a reflexão crítica e uma atitude de descentração. Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios e métodos, apresentados como superiores, únicos e universais, e evitar muitos comportamentos etnocêntricos, de intolerância, discriminação e exclusão;

- Competências interculturais, sobretudo linguísticas, comunicacionais e pedagógicas, que facilitem, por um lado, a comunicação intercultural e a formação e consciencialização culturais, e, por outro, que promovam intervenções culturalmente competentes e inclusivas, bem como profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados e preparados para viver, comunicar e trabalhar na sociedade multicultural;
- Competências de cidadania, que tornem possível o funcionamento democrático, plural e participativo das sociedades, organizações e serviços, designadamente de saúde;
- Competências tecnológicas, nomeadamente ao nível das tecnologias audiovisuais e das novas tecnologias de informação e comunicação, e da internet, as quais vêm favorecer a comunicação intercultural, a consciencialização cultural, a inclusão digital e social e viabilizar encontros virtuais que facilitam o conhecimento e o contacto de culturas e a partilha de recursos de informação e aprendizagem disponíveis em qualquer parte do mundo.

Por exemplo, os meios de comunicação audiovisual, o vídeo/filme, enquanto meios e estratégias de observação, de comunicação e de mediação, associados ou não a outros instrumentos, desempenham um papel importante na pesquisa e na intervenção em saúde, particularmente em contexto intercultural:

- identificando e analisando contextos, representações e comportamentos relacionados com a saúde;
- modificando ideias erradas, atitudes e comportamentos individuais e coletivos prejudiciais à saúde;
- contribuindo para uma melhor informação, compreensão e consciencialização dos problemas de saúde e mudança comportamental.

Também os *media* e as tecnologias audiovisuais e de informação e comunicação poderão desempenhar um papel importante na educação, comunicação, informação e intervenção em saúde, assim como na sensibilização para a interculturalidade e no combate aos preconceitos, estereótipos e diferentes formas de discriminação.

Na comunicação, sobretudo em contexto intercultural e de saúde, é necessário:

- aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura e tomar consciência da sua própria identidade cultural;
- aprender a descobrir e a compreender o sentido de normas e valores, os quadros de referência do Outro e os códigos culturais respetivos. Estes conhecimentos constituem um sinal de interesse, reconhecimento e respeito pelo Outro;
- estabelecer condições de diálogo, pois não só a língua, mas também os gestos, as posturas, as mímicas, a entonação, o silêncio, os rituais, têm importância e sentido na comunicação;
- desenvolver certas atitudes, aptidões e traços de personalidade, tais como: abertura de espírito, consciência crítica, respeito mútuo, empatia, sensibilidade, humildade, criatividade, flexibilidade, autoconfiança, motivação para a aprendizagem, sentido de justiça social, consciência cultural, adaptabilidade, curiosidade e interesse pela cultura, costumes e tradições do Outro, capacidade para gerir as emoções e conflitos e habilidades para estabelecer a confiança, a cooperação e a negociação;
- desenvolver a empatia, o que implica a capacidade de colocar-se no lugar do Outro, e a partilha emocional, manifestar interesse genuíno, compreender a experiência subjetiva do Outro e reconhecer a sua singularidade e a sua história;
- desenvolver a congruência, implicando a adequação entre o que o indivíduo sente, a consciência que tem dos seus sentimentos e a maneira como se exprime.

- dispor de tempo para comunicar, para compreender uma situação, para o encontro clínico. Por exemplo, um doente migrante, que não domine bem a língua, com dificuldades de expressão e comunicação, poderá exigir mais tempo que um nacional ou sem problemas dessa natureza, para além de que alguns doentes estão habituados a um certo tempo relacional;
- adotar uma linguagem adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural e educacional, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente;
- desenvolver uma ética de cuidados que tenha em conta a cultura do doente e lhe dê explicações sobre a sua doença, as medidas protetoras, as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão;
- estar atento/a às mensagens silenciosas da comunicação não verbal e aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios de cada indivíduo e de cada cultura;
- ter em conta o espaço e a distância espacial: por exemplo, certas culturas privilegiam a distância proximal, outras não;
- ter em atenção as questões de género no atendimento em saúde. Nalgumas culturas, os usuários exigem ser atendidos por profissionais do mesmo sexo, o não cumprimento deste desejo influenciando no abandono ou falta de adesão aos cuidados de saúde. (RAMOS, 2001, 2004, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b, 2013; O'MAHONY; DONNELLY, 2013)

Outros autores destacam ainda a importância de:

- tomar consciência do grau de determinismo cultural dos nossos comportamentos, desenvolver a *consciencialização cultural*. Esta constitui um processo de aprendizagem cultural que visa desenvolver a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de uma outra cultura e as competências para reconhecer as diferenças e a pluralidade. (HOOPES, 1979);

- combater os estereótipos e o etnocentrismo, ou seja, a tendência para interpretar a realidade a partir dos nossos próprios critérios e modelos culturais. O etnocentrismo, os estereótipos e os preconceitos constituem barreiras, filtros culturais à comunicação intercultural, e estão na origem de conflitos e incompreensão entre grupos originários de diferentes culturas. (COHEN-ÉMERIQUE, 1993; LADMIRAL; LIPIANSKY, 1989, 1992; RAMOS, 2001, 2004, 2013, 2014);
- evitar julgamentos rápidos e superficiais, estereótipos, preconceitos e atitudes etnocêntricas, o que permitirá colocar-se no lugar do Outro, de forma a tentar compreender as coisas do seu ponto de vista, possibilitando a descentração. (PIAGET, 1970) A descentração dá-nos a capacidade de relativizar e de visualizar uma situação através de várias perspetivas e quadros de referência, ajuda cada um a adotar uma certa distância em relação a si mesmo e conduz à autorreflexão, constituindo uma das atitudes que todos os profissionais, em particular os da saúde, têm de trabalhar em permanência.

Na comunicação, sobretudo em contexto intercultural, torna-se ainda necessário:

- desenvolver uma melhor compreensão dos mecanismos psicossociais e fatores sociopolíticos suscetíveis de originar a intolerância, a discriminação, o etnocentrismo e o racismo;
- aprender a construir projetos e a encontrar soluções em conjunto para a resolução de conflitos e para a compreensão das relações interculturais e de interdependência cada vez maiores;
- aprender a dialogar com as outras culturas e aceitar negociar e propor compromissos, de modo a evitar comportamentos de rejeição ou de assimilação;
- promover a formação em relação à negociação de conflitos à escala nacional e internacional, nomeadamente sobre conflitos interculturais e entre valores fundamentais (violação dos direitos humanos, formas de discriminação e violência, por exemplo pobreza e desigualdades

sociais, tráfico humano, violência de gênero e intercultural, mutilações genitais, etc.). (RAMOS, 2011, 2013, 2014, 2015a)

Considerações finais

O diálogo entre saúde, comunicação e cultura coloca novos paradigmas e desafios estratégicos, políticos, teóricos, metodológicos e éticos na prevenção, informação, educação, inovação e promoção em saúde, bem como na comunicação e qualidade nos cuidados de saúde, na organização dos serviços de saúde e no desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e (inter)culturais.

A investigação, formação e definição das políticas públicas e os discursos sobre desigualdades na saúde omitem frequentemente a dimensão comunicacional e cultural do conjunto de problemas e questões em saúde.

Os fatores comunicacionais, sociais e culturais constituem importantes fatores de determinação da universalidade e da equidade na saúde, verificando-se contudo a ausência destes fatores nos indicadores dos determinantes sociais e de qualidade em saúde.

A informação e a comunicação em saúde, particularmente em situação de diversidade cultural, deverão ser promovidas tendo em conta:

- os contextos sociopolíticos, bem como as especificidades e diferenças sociais e culturais;
- equipas multi/interdisciplinares e projetos de saúde inseridos nas comunidades e nas suas necessidades;
- a literacia, a capacitação e a responsabilização do cidadão através, nomeadamente, de campanhas de comunicação e informação adequadas à população e grupos-alvo;
- a cooperação com o indivíduo, o grupo e a comunidade através de uma perspetiva sistémica, aberta, dialógica e integrativa, tendo em vista prevenir e diminuir vulnerabilidades e riscos para a saúde e promover a cidadania, a participação e a igualdade de oportunidades em saúde;
- o desenvolvimento de ambientes, organizações, práticas e políticas promotores de saúde, bem-estar e direitos fundamentais de todos os cidadãos, inclusive o direito à diferença, à negociação e à saúde.

É indispensável promover uma formação adequada dos diferentes profissionais de saúde para diminuir as dificuldades de comunicação e combater o fosso e incompreensão existentes entre modelos explicativos e culturais diferentes, bem como para uma melhor compreensão das concepções e práticas de saúde e doença das populações a quem prestam cuidados. Desta forma, as representações, as hipóteses explicativas dos doentes e famílias e os seus comportamentos poderão ser melhor compreendidos e prevenidos e não serem reduzidos apenas a superstições, a ideias ultrapassadas e à falta de informação. Eles deverão ser integrados na cultura, num sistema de crenças, de representações e de práticas que possuem a sua lógica cultural e social, e têm uma função adaptativa e psicológica importante, que passa muitas vezes despercebida ou não é valorizada.

A integração de conhecimentos psicossociais, antropológicos, interculturais e comunicacionais, incluindo as tecnologias audiovisuais e de informação e comunicação na formação dos profissionais de saúde, revela-se importante. Estes poderão ajudar a melhorar a comunicação, a informação e a mediação em saúde, a combater os estigmas, os preconceitos e os estereótipos, contribuindo para a compreensão dos processos de comunicação e dos sentidos individuais e culturais dos comportamentos, segundo as idades, as gerações, os sexos, as culturas e etnias, os meios sociais e os valores espirituais, religiosos e culturais.

É necessário que os profissionais de saúde tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade e diversidade de fatores 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 fatores culturais, sociais, económicos, psicológicos, ambientais e políticos.

Torna-se importante repensar as relações e os modelos de comunicação entre o profissional de saúde e o utente. A um modelo de comunicação profissional de saúde-utente unilateral, vertical, assimétrico, baseado na transmissão de um emissor, considerado como o possuidor do saber, a um recetor passivo, destituído de saber, é necessário contrapor um modelo de comunicação interativo, dialógico e empático. Este modelo deverá ter em conta a voz, os saberes e o contexto psicossociocultural e político do doente, compreender as ideias, preconceitos, estereótipos e crenças dos profissionais de saúde e dos usuários, mas também os processos implicados na relação e comunicação entre profissional de saúde e doente como uma interação que ocorre no contexto dessas crenças, preconceitos e estereótipos.

O desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e culturais constitui uma exigência e responsabilidade ética, cívica e científica para fazer face à complexidade, globalização, heterogeneidade, conflitualidade e diversidade do mundo atual, sendo fundamental para todos os que vivem na sociedade contemporânea, ou seja, profissionais, decisores políticos e cidadãos em geral.

A formação em comunicação em saúde e em comunicação intercultural é fundamental para os diversos intervenientes que trabalham nos vários setores da saúde, quer ao nível nacional e multicultural, quer ao nível da cooperação internacional e da ajuda em situações de urgência e humanitária, contextos onde os profissionais de saúde são cada vez mais solicitados e confrontados com indivíduos, grupos e cuidados culturalmente diferentes.

Referências

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, Washington, v. 58, n. 5, p. 377-402, May, 2003.
- ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES. *Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural*. Portugal, 2015.
- ANDERSON, L. M. et al. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, Philadelphia, v. 24, n. 3, p. 68-79, Apr. 2003.
- BENSING, J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, Utrecht, v. 32, n. 11, p. 1301-1310, 1991.
- BERRY, D. *Health Communication. Theory and Practice*. Maidenhead, England: Open University Press: McGraw-Hill, 2007.
- BETANCOURT, J. et al. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Healthcare. *Public Health Reports*, Boston, v. 118, n. 4, p. 293-302, July/Aug. 2003.
- BRISLIN, R.; YOSHIDA, T. *Intercultural communication training: An introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

COHEN-ÉMÉRIQUE, M. Travailleurs sociaux et interculturel: Quelle démarche?
In: GRONG-DAHMANE, F. (Ed.). *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*. Ramonville
Sainte-Agne: Érés, 1993.

COHEN-ÉMÉRIQUE, M. La formation des formateurs et des travailleurs sociaux.
In: DEMORGON, J.; LIPIANSKY, E. (Ed.). *Guide de l'interculturel en formation*.
Paris: Retz, 1999.

COUNCIL OF EUROPE. *Diversity and cohesion: New challenges for the integration
of immigrants and minorities*. Strasbourg: Council of Europe, 2001.

CROSS, T. et al. *Towards a culturally competent system of care*, v. 1. Washington, D.C.:
Georgetown University Child., 1989.

DAVIES, H.; FALLOWFIELD, L. *Counselling and communication in health care*.
London: John Wiley & Sons, 1991.

ENTIDADE REGULADORA SAÚDE. *Acesso a cuidados de saúde por imigrantes*.
Porto: ERS, 2015.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Reclamações dos doentes à ERS*. 2016.
Disponível em: <<http://www.dn.pt/sociedade/interior/entidade-reguladora-da-saude-recebeu- quase-70-mil-queixas-em-2016-6217610.html>>.

FLORES, G. Language barriers to health care in the United States. *The New England
Journal of Medicine*, v. 355, n. 3, p. 229-231, July, 2006.

GIGER, J.; DAVIDHIZAR, R. Promoting Culturally Appropriate Interventions
Among Vulnerable Populations. *Annual Review of Nursing Research*, v. 25, n. 1,
p. 293-316, 2007.

GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa
mobilidade humana/Debating health and migrations in a context of intense human
mobility. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296,
abr./jun. 2017.

GREEN, H.; SPERLINGER, D.; CARSWELL, K. Too close to home? Experiences
of Kurdish refugee interpreters working in UK mental health services. *Journal of
Mental Health*. Abingdon, England, v. 21, n. 3, p. 227-235, June, 2012.

- HALL, G. Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, n. 3, p. 502-510, 2001.
- HOOPEES, D. Intercultural Communication concepts and the psychology of intercultural experience. In: PUSCH, M. (Ed.). *Multicultural education: A cross cultural training approach*. Chicago: Network, 1979.
- JENSEN N. K. et al. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, p. 14-17, Jan. 2013.
- KIRMAYER, L. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, v. 49, n. 2, p. 149-164, Apr. 2012.
- KLEINMAN, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLOS Medicine*, v. 3, n. 10, p. 1673-1376, Oct. 2006.
- KOBELINSKY, C. *L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente*. Paris: Éditions du Cigne, 2010.
- KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press Publishing, 2005.
- LADMIRAL, J.; LIPIANSKY, E. *La communication interculturelle*. Paris: A. Colin, 1989.
- LANDIS, D.; BRISLIN, R. *Handbook of intercultural training*. New York: Pergamon, 1983.
- LIPIANSKY, E. M. *Identité et communication*. Paris: P.U.F., 1992.
- MAJUMDER P. et al. 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal Social Psychiatry*, v. 61, n. 2, p. 129-36, June, 2015.
- MIRDAL, G. M.; RYDING, E.; SONDEJ, M. E. Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. *Psychol Psychother.* v. 85, n. 4, p. 436-55, Dec. 2012.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES. *Migrations internationales et développement*. New York : ONU, 2006.

ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS. *Etat de la migration dans le monde 2010. L'avenir des migrations : renforcer les capacités face aux changements*. Geneva : OIM, 2010, 2 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Perspectives des migrations internationales*, Paris: SOPEMI, 2007.

OCDE. *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In*. Paris: OCDE Publishing, 2015.

O'MAHONY, J. M., DONNELLY T. T. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *Journal of Psychiatr and Mental Health Nursing*, v. 20, n. 8, p. 714-725, Oct. 2013.

ONU. *Making Migration Work for All*. ONU: New York, 2017.

PIAGET, J. *Epistémologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard, 1970.

PORTUGAL. Governo de Portugal. *Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 – Resolução do Conselho de Ministros*. Lisboa, 2015.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo Estratégico-Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. [S.l., 2013?]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf>. Acesso em: 27 maio 2017.

PRIEBE, S. et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, v. 11, p. 187, Mar. 2011.

QUREISHI, A. Intercultural mediation: reconstructing Hermes – the messenger gets a voice. In: BHUGRA D.; GUPTA, S. *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 245-260.

ROSSEN, C. B.; BUUS, N.; STENAGER, E. A qualitative study of mentally ill Iraqi refugees' relatives' experiences of their caring role and of receiving assistance from the community mental health services. *European Psychiatry*, v. 28, n. 1, Jan. 2013.

RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade : para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 35, n. 2, p. 155-178, 2001.

- RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- RAMOS, N. Migração, aculturação, stresse e saúde: perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, n. 41, p. 329-335, 2006.
- RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, n. 45, p. 147-169, 2007.
- RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008a.
- RAMOS, N. Multiculturalidade e comunicação em saúde. In: LOPES, J. et al. (Org.). *Multiculturalidade: perspectivas da Enfermagem: contributos para melhor cuidar*. Lisboa: LusoCiência, 2008b. p. 67-81.
- RAMOS, N. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-11, jan./jun. 2009.
- RAMOS, N. Interculturalidade e alteridade. In: TOUTAIN, L. M. B.; SERAFIM, J. F. *Perspectivas em cultura visual: culturas, percepção e representação*. EdUFBA, Salvador, 2010.
- RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. In: ALCOFORADO, L. et al. *Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação*. Coimbra: Ed. da Universidade de Coimbra, 2011. p. 189-200.
- RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade – perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS – Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-19, dez. 2012a.
- RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: Para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In: ALVAREZ, H. P.; REMOALDO, P. (Org.). *Mercadotecnia social en salud. Teoría y Práctica*. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012b. p. 65-109.
- RAMOS, N. Interculturalidade(s) e mobilidade(s) no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas. In: PINA, H.; MARTINS, F.; FERREIRA, C. (Ed.). *The Overarching Issues of the European Space*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2013. p. 343-360.
- RAMOS, N. Conflitos interculturais no espaço europeu. In: PINA, H. et al. (Org.). *Grandes problemáticas do espaço europeu*. Diversidade territorial e oportunidades de

desenvolvimento num cenário de crise. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto; Bucareste: Milena Press, 2014. p. 225-245.

RAMOS, N. Mobilidades e interculturalidades na contemporaneidade: desafios para a Psicologia e a inserção social. In: GONDIM, S.; BICHARA, I. (Org.). *A Psicologia e os desafios do mundo contemporâneo*. Salvador: UFBA, 2015a. p. 267-300.

RAMOS, N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde colectiva. In: TEIXEIRA, L. RODRIGUES, S. (Org.). *Psicanálise, saberes e práticas em saúde*. Curitiba: Ed. PR: CRV, 2015b. p. 271-300.

REYNOLDS, D. Improving care and interactions with racially and ethnically diverse populations in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, Philadelphia, v. 49, n. 4, p. 237-249, July/Aug. 2004.

SAVIC M. et al. 'We don't have to go and see a special person to solve this problem': trauma, mental health beliefs and processes for addressing 'mental health issues' among Sudanese refugees in Australia. *International Journal Social Psychiatry*, London, v. 62, n. 1, p. 76-83, July, 2015.

SAMOVAR, L. PORTER, R. *Intercultural Communication*. Belmont: Wordsworth Pub, 1988.

SCHEPPERS, E. et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, Oxford, v. 23, n. 3, p. 325-348, Feb. 2006.

SCHIAVO, R. *Health communication: from theory to practice*. San Francisco: John Wiley and Sons, 2007. (Text Series, n. 13).

SCHOUTEN, B.; MEEUWESEN, L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, Utrecht, v. 64, n. 1, p. 21-34, Dec. 2006.

SCHOUTEN, B. et al. GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant Minority Health*, v. 11, n. 6, p. 468-475, Dec. 2009.

SUE, D.; ARREDONDO, P.; MCDAVIS, R. Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, v. 70, n. 4, p. 477-486, Mar./Apr. 1992.

- SUE, D.; ARREDONDO, P.; McDAVIS, R. Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, New York, v. 26, p. 790-821, Nov. 2001.
- SUE, D. et al. The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, v. 60, p. 525-548, Jan. 2009.
- THOMAS, R. K. *Health Communication*. New York: Springer Science, 2006.
- UNESCO. *Déclaration Universelle sur la Diversité Culturelle*. Paris: Unesco, 2001.
- UNESCO. *Convention sur la Protection et la Promotion de la Diversité des Expressions Culturelles*. Paris: Unesco, 2005.
- UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Global trends 2015*. Geneva: UNHCR, 2015.
- VALERO-GARCÉS, C. *Health, communication and multicultural communities: topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities*. Netherlands: Ed. M. Colledge: WHO, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethno culturally Diverse Europe*. Amsterdam: MFH: Task Force: WHO, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences*. Geneva: WHO, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health of migrants – the way forward: report of a global consultation*. Madrid: WHO, 2010.