

\* Ensaio

## **Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas**

**Maria Natália Pereira Ramos**

Universidade Aberta, Portugal. Professora Associada da Universidade Aberta, Departamento de Ciências Sociais e de Gestão, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais, onde coordena o Grupo de Pesquisa - Saúde, Cultura e Desenvolvimento; Psicóloga; Doutorada (1994) e Pós-Doutorada (1995) em Psicologia, especialidade Clínica e Psicopatologia Intercultural na Univ. Paris V, Sorbonne; Especializada em Antropologia Fílmica pela Escola Prática de Altos Estudos, Sorbonne. Organizadora e Coordenadora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Univ. Aberta (1997-2011).  
natalia@uab.pt

DOI: 10.3395/reciis.v6i4.672pt

---

### **Resumo**

A comunicação no domínio da saúde é da maior importância na formação, pesquisa e intervenção, inscrevendo-se numa perspetiva sistémica, interativa e multi/interdisciplinar. Visa uma melhor informação, capacitação e intervenção face às novas problemáticas individuais, sociais, organizacionais, multi/interculturais e de cidadania que se registam na sociedade contemporânea, particularmente na saúde, as quais vêm colocar questões a diferentes níveis, nomeadamente às novas configurações e pluralidades no campo da saúde, informação e comunicação. A comunicação é uma componente básica dos cuidados e educação em saúde, da mudança comportamental e competência clínica e intercultural ao nível sanitário, assim como da organização e gestão em saúde, constituindo igualmente um bom indicador da qualidade dos cuidados e sistemas de saúde. O encontro interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura vem colocar novos paradigmas e desafios estratégicos, políticos, teóricos e metodológicos no campo da prevenção, informação, educação e promoção em saúde, bem como das competências comunicacionais e interculturais, particularmente em contexto multicultural. Analisam-se algumas questões teóricas, metodológicas e práticas relacionadas com a abordagem da comunicação, numa perspetiva intercultural e de saúde, sublinhando-se também a atualidade e importância da comunicação em saúde e da comunicação intercultural ao nível da investigação, formação e intervenção em saúde.

**Palavras-Chave:** Comunicação em Saúde; Políticas de Saúde; Cuidados de Saúde; Interculturalidade; Comunicação Intercultural.

### **Introdução**

Na contemporaneidade, as questões da multi/interculturalidade e da mobilidade das populações são da maior importância no contexto do mundo globalizado e estão no centro das

preocupações da maioria dos Estados, vindo colocar novos desafios à sociedade, às várias disciplinas e às políticas do século XXI nos diferentes setores.

Estas questões implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico, nomeadamente no domínio da saúde e da comunicação, vindo colocar novas questões às estratégias e políticas relativas à gestão da comunicação, em particular da comunicação intercultural e da comunicação em saúde, bem como à gestão das interações entre o Eu e o Outro.

O aumento da globalização e das migrações no mundo fez aumentar a multi/interculturalidade nas sociedades e a coabitação com a diversidade cultural. Esta multiculturalidade faz com que as sociedades, os Estados e as diferentes instâncias sociais sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística e cultural dos seus profissionais e cidadãos, o que exige destas o desenvolvimento de competências e a adoção de práticas, estratégias e políticas adequadas para fazer face a estas novas realidades sociais, educacionais, comunicacionais e sanitárias. O desenvolvimento de competências interculturais é fundamental para todos os que vivem na sociedade multi/intercultural (RAMOS, 2001, 2010a, 2011a, 2012, HALL, 2001).

Para o Conselho da Europa (2001) é necessário evitar os perigos que resultam da marginalização daqueles que não possuem competências necessárias para comunicarem e conviverem num mundo global e, sobretudo, numa Europa multicultural e interativa.

O encontro com a diferença cultural nos cuidados de saúde pode levar a reações emocionais e a comportamentos de rejeição e abandono, ou a atitudes de preconceito, discriminação e violência dos profissionais de saúde, sobretudo quando não há conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da comunicação e das relações interculturais.

Ao nível dos cuidados e das organizações de saúde, estes caracterizam-se, cada vez mais, pela pluralidade cultural dos seus utentes e profissionais, o que exige que saibam fornecer cuidados culturalmente competentes e funcionar não só como organizações de saúde, mas também como organizações multiculturais, tendo como fundamento o respeito e a valorização da pluralidade de culturas e implicando competências dos gestores e profissionais de saúde, na área da comunicação e da interculturalidade. Neste contexto, é da maior relevância a formação dos gestores e profissionais de saúde nesta área.

As questões da saúde, dos direitos humanos e da cidadania das minorias étnico-culturais e migrantes estão no centro das preocupações internacionais, nomeadamente da União Europeia. Contudo, apesar da legislação europeia, por exemplo, prever o acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos, indiferentemente da sua origem, nacionalidade e condição legal no território nacional, esta legislação e direito, embora importantes, não são suficientes para a qualidade e a equidade na saúde.

Sendo o acesso à saúde um direito fundamental, constata-se que muitas das dificuldades das populações nacionais, migrantes e minorias prendem-se, sobretudo, com problemas comunicacionais ao nível organizacional e interpessoal e falta de informação, tanto da parte destes grupos, como dos próprios profissionais e serviços de saúde, em relação à legislação e aos direitos e deveres nos mesmos serviços. Também são cada vez mais os profissionais de saúde, particularmente os que trabalham em contextos multiculturais com utentes e doentes originários de outras culturas ou minorias étnicas, que se queixam de dificuldades

provenientes de problemas de comunicação intercultural em saúde. Vários estudos evidenciam que estes profissionais apresentam mais dificuldades e erros de diagnóstico quando comunicam com utentes migrantes e de minorias, estando muitos dos seus problemas, bem como as falhas na adesão dos utentes, relacionadas com questões de comunicação em saúde (RAMOS, 2004, 2007, 2008a,b; SCHOUTEN et al., 2006, 2009; THOMAS, 2006).

A articulação dos domínios da comunicação, saúde e cultura é reconhecida cada vez mais como um elemento fundamental para melhorar a adesão e a qualidade das práticas clínicas, para promover o bem-estar e a saúde individual e colectiva, não só em contextos autóctones, mas sobretudo, interculturais, migratórios ou minoritários, e para a definição de políticas de saúde. Muitos dos desafios enfrentados pela saúde estão relacionados com questões de comunicação, principalmente em contexto de diversidade cultural.

## **Comunicação em Saúde – Perspetiva Geral**

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

Numerosos estudos nacionais e internacionais evidenciam que uma parte dos disfuncionamentos, insucessos e insatisfação ao nível educacional, relacional, clínico, organizacional e da gestão no âmbito da saúde está relacionada com problemas de comunicação, nomeadamente ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos decisores, gestores e profissionais nos diversos setores da saúde - em contextos autóctones, mas, sobretudo, multi/interculturais -, destacando que as queixas dos utentes relativamente a estes aspetos têm vindo a aumentar (APA, 2003; RAMOS, 2007, 2008a,b, 2012; KURTZ et al., 2005; SCHOUTEN et al., 2006, 2009; THOMAS, 2006; BERRY, 2007; SILVEIRA, 2007).

Muitas pesquisas evidenciam os benefícios de boas práticas de comunicação entre os profissionais de saúde e o doente, no estado de saúde geral deste, na sua capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mostrando que fornecer informação aos doentes e comunicar com eles satisfaz várias necessidades: ao *nível médico-legal*, permite o consentimento informado; ao *nível psicológico*, ajuda a lidar com a doença e a incapacidade, reduz os estados depressivos, o stresse e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação e o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente; ao *nível médico-institucional*, reduz o número de dias de internamento e de medicamentos ingeridos e facilita a recuperação do doente. Estudos na área evidenciam consequências positivas para os doentes, para as instituições de saúde ao nível financeiro e para a humanização dos cuidados de saúde. As pesquisas demonstram que a maioria dos doentes deseja ter informação sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, mesmo quando há perspectivas de más notícias, nomeadamente cancro, deficiências e malformações ou doenças incuráveis (RAMOS, 2004, 2008a; AMARAL, 2002; GRONITA, 2004; CRESPO, 2006; COELHO, 2006; ARMEIRO, 2008).

A comunicação e informação em saúde poderá contribuir ao nível de processos, competências, estratégias e políticas para promover: um melhor funcionamento das organizações de saúde; a qualidade e humanização dos cuidados e unidades de saúde; a satisfação do utente/doente; a

adaptação psicológica à doença e a redução do sofrimento e ansiedade; o exercício dos direitos e deveres dos cidadãos em matéria de saúde, particularmente migrantes e minorias étnicas; uma melhor informação e identificação dos problemas de saúde, consciencialização do risco e mudança de comportamentos; uma maior capacitação, participação, responsabilização e controle do doente no seu processo de saúde; a educação e a prevenção das situações de doença, risco e vulnerabilidade; a promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e grupos, maioritários ou minoritários, e das comunidades, nacionais ou migrantes; o desenvolvimento de competências teóricas, metodológicas e instrumentais em comunicação aplicáveis nos diferentes domínios da saúde em contextos educativos, comunitários, de gestão organizacional, clínicos, dos média e multi/interculturais.

A importância da comunicação em saúde para o desenvolvimento de competências e instrumentos com vista à criação de contextos e à implementação de políticas e práticas de prevenção e de inovação promotores de saúde é sublinhada, pela *Organização Mundial de Saúde*, pela *Agência Europeia para o Desenvolvimento das Políticas e Práticas de Saúde Públicas na Europa* e pelo *Gabinete de Estratégia de Prevenção Nacional do Ministério da Saúde* nos EUA (NPC, 2011).

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

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

*Rede Social:* As relações individuais e grupais poderão ter impacto na saúde de cada indivíduo. Programas específicos de comunicação em saúde poderão trabalhar as formas e significados da informação recebida pelo grupo, modificar estilos e níveis de consumo, podendo os líderes de um determinado grupo ser interlocutores privilegiados para campanhas de comunicação e de prevenção;

*Organizações:* Inclui geralmente grupos formais com uma estrutura definida, tais como associações, clubes, grupos cívicos, locais de trabalho, escolas, cuidados de saúde primários, organizações que podem transmitir mensagens de saúde aos seus membros, fornecer apoio e colocar em ação estratégias e mudanças políticas que conduzam à mudança comportamental individual;

*Comunidade:* A saúde e o bem-estar das comunidades poderão ser promovidos criando e desenvolvendo estruturas e políticas que apoiem estilos de vida e ambientes saudáveis, iniciativas e ações que poderão ser planeadas por instituições como escolas, empresas, estruturas de saúde, grupos comunitários ou departamentos governamentais;

*Sociedade:* A sociedade, no seu conjunto, exerce grande influência no comportamento individual e grupal ao nível de normas e valores, atitudes e opiniões, leis e políticas, ambiente económico, político, cultural e informacional.

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

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

A diversidade cultural e minorias têm colocado à *União Europeia* numerosas questões ao nível da comunicação e saúde, sendo importante conhecer contextos e identificar competências, programas e políticas que têm sido desenvolvidos para responder às necessidades destas populações e aos profissionais que lidam com diferentes grupos étnico-culturais, particularmente ao nível da informação e da comunicação.

## **Contextos e Figuras do Outro e da Alteridade**

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

O processo migratório implica a adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil e exige muitas mudanças. Algumas destas mudanças poderão ser positivas, especialmente no que se refere à melhoria das condições socioeconómicas, à educação e saúde; outras poderão originar dificuldades de adaptação, problemas psicossociais, sofrimento psicológico e stresse de aculturação. Muitos migrantes carregam frequentemente uma dupla vulnerabilidade (psicológica e social) e uma dupla exclusão (do país/cultura de origem e do país/cultura de acolhimento) (RAMOS, 2004, 2007, 2009; KANDULA *et al*, 2004).

Os migrantes nacionais e internacionais são confrontados com fronteiras de comunicação, identidade, discriminação, pobreza, preconceito, estereótipo e racismo que os conduzem a situações de sofrimento, desilusão e isolamento, as quais podem afetar a sua integração, saúde mental e física, capacidade para reclamar e defender os seus direitos e acesso aos serviços, nomeadamente de saúde. Como salienta o *Fórum Europeu de Saúde*, os migrantes e minorias encontram maiores dificuldades no acesso à saúde e na adequação e utilização desses serviços (EUROPEAN COMMISSION, 2004), não tendo igual acesso a oportunidades e recursos de saúde (LAGO e THOMPSON, 2002).

Contudo, no mundo globalizado de hoje, ainda que frequentemente objeto de medos, preconceitos, violência e exclusão, os indivíduos continuam a migrar dentro ou para fora dos seus territórios, por motivos económicos, políticos, laborais, académico-científicos ou de desastres e catástrofes naturais, devendo estas deslocações ser consideradas como um direito humano fundamental.

A migração ocorre sobretudo no interior dos países, estimando-se que haja aproximadamente: 740 milhões de migrantes internos; 214 milhões de migrantes internacionais (dos quais cerca de 100 milhões são mulheres), representando cerca de 3% da população mundial, o que conduz a que, actualmente, uma em cada 33 pessoas é migrante no mundo; 14 milhões de migrantes devido à insegurança, a catástrofes ou a guerras (ONU).

Só na União Europeia (UE), o número de migrantes provenientes de países extra europeus aumentou 75% desde 1980, sendo a Europa o continente que acolhe um maior número de

migrantes (64 milhões). Em Portugal, a população de origem estrangeira representa cerca de 5% da população residente, registando-se 443 055 estrangeiros com título de residência válido. A comunidade brasileira constitui a maior população estrangeira residente em Portugal, seguida pela população da Ucrânia, Cabo Verde, Roménia e Angola (INE, 2011).

Segundo dados do Censo 2010, o Brasil abriga 286.468 imigrantes internacionais que vieram de outros países, tendo o número de imigrantes a viver no Brasil aumentado 86,7% em dez anos. Do total de imigrantes internacionais, 174.597 nasceram no Brasil, significando que 65,1% destes são os chamados imigrantes de retorno (IBGE, 2012).

A diversidade cultural está igualmente representada nos 3 milhões de estudantes de ensino superior que se encontram fora dos seus países e que estão em aumento crescente, assim como os fluxos de trabalhadores qualificados. Em 2000, 11% dos enfermeiros e 18% dos médicos que trabalhavam nos países da OCDE eram de origem estrangeira.

Outra figura da alteridade e do Outro são os cerca de 300 milhões de pessoas, distribuídas por mais de 70 países, que pertencem a grupos indígenas, representando cerca de 4 000 línguas. Na América Latina, por exemplo, os 50 milhões de indígenas constituem 11% da população da região. Só no Brasil vivem 896, 9 mil índios (0,47% da população brasileira), divididos por 305 etnias e falantes de 274 línguas diferentes, segundo dados do Censo de 2010 (IBGE, 2012).

Outra figura do Outro e da diversidade cultural está associada à cidade, à urbanização. Mais de metade da população mundial (65%), oriunda de diversos universos culturais e sociais, habita hoje em zonas urbanas e suburbanas, prevendo-se que, em 2030, as cidades do mundo em desenvolvimento acolham 80% do total da população, contribuindo as migrações para este aumento populacional. Em Portugal, a Área Metropolitana de Lisboa concentra mais de 50% da população imigrante.

A preocupação pela inclusão, bem-estar e saúde nas cidades está presente em vários organismos internacionais, tais como a *UNESCO*, a *Organização Mundial de Saúde* que lançou em 1988 o *Movimento das Cidades Saudáveis* (WHO/EURO/HCPO, 1988), o *Conselho da Europa* e a *Comissão Europeia*, os quais projetaram, em 2008, o programa designado *Cidades Interculturais*. Para estes organismos, as autoridades públicas e os diferentes intervenientes sociais deverão promover o bem - estar, a qualidade de vida, a cidadania ativa e a comunicação intercultural nas instituições, nos espaços físicos e na organização da vida cívica, de forma a impedir o desenvolvimento de ghettos religiosos e étnico-culturais e desenvolver políticas e espaços onde os indivíduos se possam encontrar, partilhar costumes culturais e religiosos e exercer os seus direitos.

Outra figura da alteridade e do Outro são os cerca de 11 milhões de ciganos residentes em diferentes países da Europa, nomeadamente em Portugal, os quais constituem a maior minoria étnica neste continente, com hábitos culturais próprios e enfrentando, em geral, condições de vida mais difíceis, maior mortalidade infantil e esperança de vida inferior ao resto da população. Só em Portugal estima-se que vivam 50 000 ciganos e no Brasil cerca de um milhão.

## **Políticas e Estratégias de Saúde dos Migrantes e Minorias Étnicas**

As questões dos direitos e da saúde das populações migrantes e minorias estão no centro das preocupações dos Estados, nomeadamente da União Europeia, onde se inclui Portugal. Com efeito, o direito à saúde constitui um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos.

A migração constitui um desafio importante para os Estados, nomeadamente ao nível jurídico, assumindo particular importância a definição dos direitos dos trabalhadores migrantes e das suas famílias. Neste âmbito foi adotada pela *Assembleia Geral das Nações Unidas* (Resolução n.º 45/158, 18 Dez. 1990) a *Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos dos Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias*, a qual entrou em vigor em 2003. Dentre os direitos defendidos nesta Convenção consta o direito de receber cuidados médicos em situação de igualdade com os nacionais do Estado de residência, não podendo estes cuidados médicos urgentes ser recusados mesmo em situação irregular de permanência (Artigo 28).

No contexto europeu, a *Convenção Europeia de Assistência Social e Médica* e a *Carta Social Europeia* (2006) constituem instrumentos fundamentais para a garantia dos direitos de proteção social e de saúde, em situação de igualdade com os nacionais, da população estrangeira residente nos Estados membros do Conselho da Europa.

Ao nível europeu, foi desenvolvido o Projeto *Migrants – Friendly Hospitals – MFH(2002-2005)* tendo como objetivo identificar áreas de intervenção neste domínio com vista a facilitar o acesso à saúde dos migrantes, reduzir as barreiras comunicacionais/linguísticas e a iliteracia dos utentes e promover cuidados de saúde culturalmente competentes.

Um dos produtos deste projeto foi a *Declaração de Amesterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada* (WHO, 2004), onde são feitas recomendações para uma política de saúde de acolhimento às populações migrantes e onde foram selecionadas três áreas de intervenção prioritárias: melhoria da interpretação e tradução na comunicação clínica; produção de informação amiga do migrante e formação em cuidados materno-infantis; formação dos profissionais de saúde para a aquisição de competências culturais, de modo a capacitá-los para uma melhor gestão da interculturalidade em contexto hospitalar.

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

Muito embora a *Comissão Europeia* e o *Conselho da Europa* defendam que os *Estados da União Europeia* (UE) devem promover cuidados de saúde adaptados às necessidades dos diferentes grupos populacionais, e os países da UE tenham desenvolvido políticas de saúde incluindo os migrantes, refugiados e minorias, permanecem ainda muitas lacunas e desequilíbrios entre as práticas e as políticas (BRORING et al., 2003).

Os estudos sobre a saúde dos migrantes sublinham que os problemas mais frequentes na origem da doença, no acesso e continuidade aos cuidados de saúde desta população, dizem respeito ao desconhecimento dos seus direitos e dos locais onde se devem deslocar para aceder aos mesmos, às dificuldades administrativas, aos custos dos tratamentos, ao isolamento familiar, à discriminação, exclusão, falta de suporte social, ao medo de serem denunciados, em caso de clandestinidade, à precariedade das condições económicas, habitacionais e laborais, a hábitos e crenças culturais e às barreiras culturais, linguísticas e comunicacionais (RAMOS, 2004, 2006, 2008a, 2009; SCHEPPERS et al., 2006; STAMPINO, 2007; LAZEAR et al. 2008). Com efeito, na saúde o direito e acesso aos cuidados de saúde constituem apenas uma das dimensões, existindo outros fatores que influenciam a saúde, nomeadamente os estilos de vida, a pobreza, a exclusão social, o desemprego, a discriminação, o isolamento, a falta de informação e a baixa escolaridade (CSDH, 2005).

A falta de informação, de conhecimentos da legislação e dos direitos por parte das populações migrantes e prestadores de cuidados nas unidades de saúde poderá conduzir a um inadequado acesso à saúde, bem como a processos de discriminação, atraso e recusa de atendimento pelos profissionais de saúde. Do mesmo modo, a falta de formação adequada para trabalhar com este grupo populacional poderá conduzir a dificuldades no acolhimento, comunicação, diagnóstico e cuidados prestados (SCHOUTEN et al., 2006, 2009; THOMAS, 2006).

Importa ter em conta que no seio dos imigrantes existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente os imigrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades na língua do país de acolhimento, os que nunca tiveram contacto com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e isolamento. É, igualmente, necessário ter em conta que os imigrantes adotam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo sobretudo 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- AIDS, podem ser prevenidas ou tratadas (RAMOS, 2004, 2009; LOPES, 2005).

Os estudos sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente na União Europeia, América do Norte, América Latina e Ásia, registam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde associados a esta população. Estas mulheres têm poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde, utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes, com frequência não recebem cuidados pré-natais ou recebem este tipo de cuidados de modo inadequado ou tardio, apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos e maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, registam mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil (RAMOS, 2004, 2009, 2010b, 2011b; MANUEL, 2004; MONTEIRO, 2005; LOPES, 2005; MACHADO et al., 2006; SOPA, 2009; CORCEIRO, 2009).



A intervenção e os serviços de saúde para nacionais, migrantes ou minorias deverão ter em conta os contextos ecológico-culturais, as características e necessidades dos indivíduos e dos grupos, incluir equipas inter/multidisciplinares e projetos de saúde inseridos nas comunidades, tendo em vista promover a saúde e qualidade de vida de todos e combater as vulnerabilidades e os riscos para a saúde (LYNCH e HANSON, 2004; RAMOS, 2004; CSDH, 2005).

Na pesquisa e intervenção em saúde é importante uma abordagem cultural integrativa, implicando um reposicionamento metodológico, epistemológico e ético assente em três dimensões:

*Conceptual* - Necessidade de integrar e refletir problemas sociais e culturais concretos, vivenciados nos territórios e comunidades locais e regionais. A contextualização dos problemas acentua a necessidade de situar as questões de saúde nos seus vínculos territoriais (geográficos, ecológicos, políticos, comunitários, culturais) de promover intervenções e políticas públicas cultural e socialmente enraizadas e articuladas, que respeitem a integridade e a dignidade do ser humano e incorporem a defesa dos direitos humanos e a consolidação da cidadania em cada setor e contexto, tendo por base um direito universal, ou seja, o direito à saúde e de ser cuidado, indiferentemente da sua origem social, cultural ou étnica;

*Metodológica* - Necessidade de ter em conta uma perspectiva global, holística e integrada dos cuidados de saúde, que respeite o doente na singularidade da sua identidade individual e cultural e da sua história pessoal, nos contextos cultural, social e ambiental de origem, assim como os espaços institucionais de produção de cuidados e as relações que aí se estabelecem entre os indivíduos, por exemplo, as relações interpessoais entre utentes e profissionais de saúde, onde se verificam frequentemente manifestações de preconceitos e discriminações de vária ordem. Trata-se, para o pesquisador/interveniente, de adquirir familiaridade com o universo social, cultural e de saúde sobre o qual trabalha, de compreender as representações e práticas que o animam e de se interrogar de forma reflexiva não só sobre a cultura e comportamentos do outro, mas também, e em primeiro lugar, sobre a sua própria cultura e comportamentos;

*Ética* - Necessidade de conhecer as culturas, mas, sobretudo, da afirmação do respeito à diferença como condição para a igualdade de acesso a um atendimento digno e qualificado e para a cidadania em saúde. Implica uma atitude de descentração e uma reflexão sobre a forma de respeitar a diversidade individual, social e cultural, de conciliar o universal e o particular, o global e o local, de adaptação à complexidade e especificidade dos contextos, grupos e indivíduos e às suas conflitualidades e contradições.

## **Competências Comunicacionais e Culturais**

Em contexto de diversidade cultural e de prestação de cuidados de saúde, torna-se necessária a construção de um diálogo e cuidado de saúde culturalmente competentes, que passa pelo desenvolvimento de competências comunicacionais, mas, também, de conhecimentos e competências interculturais dos profissionais.

Para desenvolver competências no domínio intercultural, da saúde e na comunicação entre indivíduos, grupos e culturas, é importante:

– *desenvolvimento de competências individuais* que permitam interações sociais harmoniosas e que promovam uma atitude de descentração. Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios e modelos apresentados como únicos e universais e evitar muitos comportamentos etnocêntricos, de intolerância e discriminação;

- *desenvolvimento de competências interculturais*, sobretudo linguísticas, comunicacionais, sociais e pedagógicas, que facilitem por um lado, a comunicação intercultural, a consciencialização cultural e a luta contra os preconceitos e os estereótipos e, por outro, que promovam atitudes e práticas culturalmente competentes e inclusivas e profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados;

- *desenvolvimento de competências tecnológicas*, nomeadamente ao nível do domínio e utilização das técnicas audiovisuais e das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC);

- *desenvolvimento de competências de cidadania* que tornem possível o funcionamento democrático das sociedades e das instituições.

Na comunicação com indivíduos e grupos de diferentes culturas é necessário:

– aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura;

– aprender a descobrir e a compreender o sentido de normas e valores, os quadros de referência dos outros e os códigos culturais respetivos. Os conhecimentos culturais constituem um sinal de interesse e reconhecimento do outro;

- estabelecer as condições de diálogo, tendo em conta que não só a língua, mas também a cultura, gestos, entonação e rituais têm importância na comunicação;

- tomar consciência do grau de determinismo cultural dos comportamentos, desenvolver a consciencialização cultural. Esta constitui um processo de aprendizagem cultural, que visa desenvolver a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de uma outra cultura e as competências para reconhecer as diferenças e a pluralidade (HOOPES, 1980);

- evitar julgamentos rápidos e superficiais, estereótipos, preconceitos e atitudes etnocêntricas, o que permitirá colocar-se no lugar do outro, de forma a tentar compreender as coisas do seu ponto de vista, e favorece a descentração. Esta atitude dá-nos a capacidade de relativizar e de visualizar uma situação através de várias perspetivas e outros quadros de referência, ajuda cada um a adotar uma certa distância em relação a si mesmo e conduz à auto reflexão constituindo uma das atitudes que todos os profissionais têm de trabalhar em permanência;

- desenvolver a empatia, o que implica a capacidade de se colocar no lugar do Outro, de partilha emocional, de manifestar interesse genuíno e de tentar compreender a experiência subjetiva e o reconhecimento do ser humano na sua individualidade e singularidade;

- desenvolver a congruência, competência individual importante para a comunicação e relação interpessoal 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 estrangeiro ou migrante, que não domine bem a língua poderá exigir mais tempo que um nacional; alguns doentes estão habituados a um certo tempo relacional);

- estar atento às mensagens silenciosas da comunicação não verbal, assim como aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios a cada indivíduo e a cada cultura;
- ter em conta o espaço/a distância espacial, por exemplo certas culturas privilegiam a distância proximal;
- desenvolver uma melhor compreensão dos mecanismos psicossociais e fatores sociopolíticos suscetíveis de originar a intolerância , a rejeição, o etnocentrismo;
- combater os estereótipos e o etnocentrismo, ou seja, a tendência a interpretar a realidade a partir dos nossos próprios critérios e modelos culturais (RAMOS, 2001, 2010a, 2011b).

## **Comunicação em Saúde e Interculturalidade**

Os profissionais de saúde necessitam de conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades comunicacionais e a sua relação com as crenças, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados. Uma das estratégias é a da comunicação culturalmente competente.

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

Com efeito, os aspetos sociais e culturais podem constituir barreiras e dificuldades 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; por outro, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico, comunicacional e cultural.

Neste âmbito, é importante ter em conta não só a compreensão da própria cultura e das suas diversas formas de inscrição no corpo, no cuidar, na doença e nas modalidades de comunicação, como também o conhecimento das culturas e da variabilidade das suas representações e práticas sobre a saúde, a doença, a cura, e sobre as formas de comunicar a dor e o sofrimento. Por exemplo, certas culturas não compreendem, muitas vezes, a medicalização de certos acontecimentos naturais, como a gravidez e a maternidade. Pessoas de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades e desenvolver diferentes representações, o que poderá originar incompreensão mútua, estereótipos, conflitos e dificuldades de comunicação.

As representações e crenças sobre a saúde, a doença, as formas de curar e os serviços de saúde dos utentes e profissionais influenciam não só os seus comportamentos e as práticas de cuidados, a relação entre o utente e o profissional de saúde, como também o recurso às estruturas de saúde e a própria satisfação/insatisfação com os serviços de saúde e os profissionais.

Do mesmo modo, atualmente existe cada vez mais um pluralismo médico, coexistindo métodos terapêuticos modernos e práticas tradicionais de saúde baseados em princípios e modelos originários de culturas diferentes, dando origem a um sistema médico oficial que

coexiste com outros modelos alternativos, o que poderá estar na origem de conflitos e de problemas comunicacionais em saúde.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do doente. Uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a estas explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protetoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão.

É necessário estabelecer um clima de confiança e de compreensão entre o utente e os profissionais, o qual passa pelo diálogo, por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, implicando o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade cultural, mas exigindo também atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia em relação ao indivíduo na sua singularidade e às situações concretas. As dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afetiva podem conduzir os profissionais a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente.

O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua e da cultura da sociedade de acolhimento, sobretudo no caso dos migrantes e minorias, originam dificuldades comunicacionais e relacionais com as estruturas de apoio e os profissionais de saúde, tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando medo e vergonha dos utentes por não conseguirem comunicar, assim como desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, nomeadamente ao Serviço Nacional de Saúde.

Muitos utentes, por exemplo migrantes e de minorias étnico-culturais, nunca beneficiaram de cuidados de saúde em instituições de saúde de tipo ocidental, reagindo com desconfiança e estranheza à abordagem ocidental da doença e do tratamento, podendo surgir, no caso do acolhimento ou hospitalização de um doente originário de outra cultura e possuidor de outra língua dificuldades para o doente e profissionais de saúde, quer ao nível da comunicação, quer ao próprio diagnóstico. Situações como esta poderão originar nos profissionais de saúde comportamentos inadequados e agressivos, atitudes de rejeição e problemas de comunicação e de diagnóstico (RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2009).

As dificuldades de compreensão linguística do utente, 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 e a medidas protetoras de saúde. Para os profissionais de saúde, o próprio diagnóstico torna-se difícil devido à dificuldade do doente originário de outra cultura em verbalizar os sintomas e descrever o seu sofrimento e queixas. As dificuldades dos profissionais em compreenderem as queixas e as crenças do doente, os problemas comunicacionais e linguísticos, o desconhecimento da língua e a falta de intérprete/tradutor podem originar dificuldades e erros ao nível da avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do doente, fazer com que este seja privado de cuidados ou objeto de cuidados inadequados, já que não foi possível identificar ou compreender a sua queixa e sofrimento, ou, ainda, fazer com que seja hospitalizado devido à angústia e ansiedade que a sua diferença origina nos cuidadores.

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

Muitos doentes, autóctones, migrantes ou de minorias étnicas, vêm de sociedades tradicionais ou de meios rurais, onde predomina a solidariedade familiar e comunitária, onde a saúde é um problema coletivo e o sofrimento é tido em conta por toda a comunidade. Estas populações tentam perpetuar essas redes comunitárias e de solidariedade na doença, nomeadamente nas visitas em grupo ao hospital ou instalando-se, por vezes, nas imediações das instituições de saúde, com o objetivo de trazer ao familiar doente conforto e solidariedade, podendo gerar-se conflitos com os profissionais e a instituição de saúde. Este tipo de apoio coletivo corresponde a modos de vida e a costumes enraizados e desempenha uma função social e psicológica importante no sentido do reforço da identidade e segurança do doente, da diminuição do medo e da ansiedade deste e do reforço de laços comunitários, pelo que os profissionais e instituições deverão adaptar alguma flexibilidade no acolhimento e na relação com o doente e familiares nestas circunstâncias.

Também alguns rituais religiosos, elementos considerados como impuros, certos procedimentos de higiene e rituais de lavagem, alguns hábitos alimentares podem ser fonte de incompreensão e de problemas de comunicação entre o doente e os profissionais de saúde. Por exemplo, para um doente muçulmano ou judeu, há certos interditos alimentares. Para os muçulmanos, vinho, álcool e porco são interditos, enquanto ao doente judeu são interditos alimentos que contenham carne de porco ou que sejam misturados com substâncias lácteas. Daí alguns doentes solicitarem alimentação exterior preparada pelas famílias, segundo rituais culturais e religiosos, desempenhando esta alimentação familiar um papel de grande reconforto moral para o doente.

A relação com o corpo é outro elemento que causa, muitas vezes, desconforto, conflitos e dificuldades comunicacionais entre o doente e os técnicos de saúde, pois a gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas (NUNES e RAMOS,2011). Importa ter em consideração que o corpo do doente, nomeadamente a nudez em contexto hospitalar tem um carácter de tabu e pudor para certos doentes, por exemplo de cultura muçulmana, muito em particular para algumas mulheres muçulmanas, e que alguns destes doentes recusam ou dificilmente aceitam os cuidados médicos ou de enfermagem praticados por membros de outro sexo.

Igualmente, sendo a gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança nas sociedades e meios tradicionais - por exemplo, em mulheres indígenas, ciganas, africanas e asiáticas, de onde são originárias muitas mulheres migrantes -, rodeados de práticas e rituais que passam de geração em geração e onde a figura materna e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental no nascimento e cuidados à mãe e à criança, as mudanças vivenciadas em contexto migratório poderão originar vulnerabilidades e sofrimento psicológico para estas mães. Com efeito, em situação de imigração, existe um conjunto de rituais em torno da gravidez, do parto e dos cuidados ao recém-nascido que se rompe e que desempenhava um papel protetor e uma função psicológica importante (RAMOS, 2004, 2009, 2010b, 2011b).

O universo anónimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e práticas médicas e de cuidados, consideradas pelas mães violentas, traumatizantes e impúdicas, não respeitando práticas de saúde e modos de protecção tradicionais vem reforçar as situações de isolamento, vulnerabilidade e angústia para a mulher oriunda de outro universo cultural. Sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez poderá viver com medo, ansiedade e stresse este período, devido às diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem e o universo anónimo, distante e incompreensível com o qual se vê confrontada. Esta situação “estranha” poderá ter consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, na comunicação com os profissionais de saúde e na adesão e utilização dos serviços de saúde pela mulher, nomeadamente migrante e de minorias étnicas.

Torna-se importante intervir ao nível da prevenção perinatal, sendo necessário saber ouvir e aprender a reconhecer o sofrimento e as dificuldades destas mães através, nomeadamente, da manifestação de queixas somáticas, da negligência ou preocupações em relação à criança e de pedidos de ajuda social. Importa também favorecer a partilha das suas vivências com outras mães na mesma situação e permitir-lhes comunicar na sua língua, quando necessário, por intermédio de outras mulheres que partilham a mesma língua e/ou a mesma cultura.

### **Considerações Finais**

Hoje os países são confrontados com populações migrantes originárias de meios rurais e de outros países, culturas e línguas, de grupos minoritários, tendo vindo a aumentar a coabitação com a multiculturalidade, a cooperação internacional e a necessidade e procura de serviços de apoio por parte de indivíduos e grupos migrantes e de minorias étnicas, em particular ao nível da saúde. A este nível, como a outros níveis de intervenção, é necessário desenvolver serviços e formar profissionais e cidadãos culturalmente competentes e sensíveis às questões da cultura e da comunicação

A informação, a comunicação e a cidadania na saúde, particularmente em situação de diversidade cultural, deverão ser promovidas tendo em conta os contextos, uma comunicação culturalmente adaptada, as especificidades sociais e culturais, desenvolver a literacia, capacitação e responsabilização do cidadão - através, nomeadamente, de campanhas de comunicação e informação adequadas à população alvo -, ser promovidas em cooperação com o indivíduo, o grupo e a comunidade e numa perspetiva integrativa, ecológica e interacionista, tendo em vista promover a igualdade de oportunidades na saúde e desenvolver ambientes, instituições e cidades que promovam a saúde, bem-estar e direitos fundamentais dos cidadãos, incluindo o direito à diferença e à saúde.

Para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso existente entre modelos explicativos e culturais diferentes, para uma melhor compreensão das conceções e práticas de saúde e doença das populações a quem prestam cuidados, é necessária uma formação psicocultural e comunicacional dos profissionais de saúde. Desta forma, as representações e as hipóteses explicativas dos doentes e famílias e os seus comportamentos poderão ser melhor compreendidos e prevenidos, não ser reduzidos apenas a superstições, ideias ultrapassadas e falta de informação, mas serem integrados num sistema de crenças, representações e práticas que possuem a sua lógica cultural e social e têm uma função adaptativa e psicológica importante que passa muitas vezes despercebida e/ou não é valorizada. A integração de conhecimentos psicossociais, antropológicos e comunicacionais, na formação dos profissionais

de saúde, poderá ajudar a melhorar a comunicação, a combater os estigmas e os estereótipos, na compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos, segundo as idades, gerações, géneros, estatutos sociais e culturas.

É importante que os profissionais de saúde tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade 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.

É necessário repensar as relações e os modelos de comunicação técnico de saúde - doente. A um modelo de comunicação técnico de saúde - doente unilateral, vertical, baseado num modelo no qual o técnico de saúde é considerado como o possuidor e emissor do saber a um doente, considerado como um recetor passivo, destituído de saber, é necessário contrapor um modelo de comunicação interativo e dialógico. Este modelo terá de ter em conta a voz, os *saberes* e o contexto sociocultural do doente, compreender não só as representações, preconceitos, estereótipos, crenças dos profissionais de saúde e dos doentes, mas terá também de ter em conta os processos implicados na comunicação entre técnicos de saúde e doente como uma interação que ocorre no contexto dessas crenças, preconceitos e estereótipos.

É fundamental sensibilizar os decisores políticos, gestores e profissionais que trabalham no domínio da saúde para a importância da comunicação em saúde e fomentar a formação e a investigação nesta área. A pesquisa e a formação em comunicação em saúde e em comunicação intercultural são fundamentais para o conjunto dos intervenientes sanitários, sociais, educativos, políticos e dos média, junto dos profissionais que trabalham nos vários setores, em particular na saúde e em contexto multicultural, tanto ao nível nacional, como ao nível da cooperação internacional e da ajuda humanitária.

O desenvolvimento de competências comunicacionais e interculturais constitui uma exigência e responsabilidade ética, cívica e científico-profissional para fazer face à diversidade individual e cultural do mundo actual, sendo fundamental para todos os que vivem na sociedade multicultural, profissionais e cidadãos, minorias e maiorias.

## **Referências Bibliográficas**

APA - AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. **American Psychologist**, v.58, p. 377- 402, 2003.

ARMEIRO, S. **Contributos da comunicação na promoção da saúde oral e na adesão de profissionais de saúde a um programa de saúde oral**. 2007. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2008.

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

BRORING, G. et al. **Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe**. Woerden: European Project AIDS e Mobility, 2003.

COELHO, C. **Importância da comunicação no exercício dos fisioterapeutas: da formação às necessidades sentidas na prática.** 2006. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2006.

CONSELHO DA EUROPA. **Diversity and cohesion: new challenges for the integration of immigrants and minorities.** Strasbourg: Pub. do Conselho da Europa, 2001.

CORCEIRO, C. **Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório:** contributos para a promoção da saúde da mulher migrante. 2008. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

CRESPO, D. **A Perspectiva dos doentes, médicos e enfermeiros sobre o apoio informativo na doença coronária – Contributos para melhorar a comunicação em saúde em contexto hospitalar.** 2005. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2006.

CSDH – COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences.** Geneva: WHO, 2005.

EUROPEAN COMMISSION. **The State of Mental Health in the European Union.** European Communities: European Commission, Health & Consumer Protection, 2004.

GRONITA, J. **O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas.** 2003. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

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: PUSH, P. (Ed.). **Multicultural education: a cross cultural training approach.** Chicago: Network Inc, 1979.

LAGO, C.; THOMPSON, J. (Ed.). Counselling and race. In: PALMER, S. **Multicultural counselling.** London: Sage Publications, 2002.

LAZEAR, K. et al. Depression among low-income women of colour: Qualitative findings from cross-cultural focus groups. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 10, p. 127-133, 2008.

LA ROCHE, M.; CHRISTOPHER, M. Cultural Competences. In: THOMAS, J.; M. HERSEN, M. (Ed.). **Handbook of Clinical Psychology Competencies.** New York: Springer, 2010. v. 1, p. 95-122.

LOPES, L. **Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa.** 2005. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde)- Universidade Aberta, Lisboa, 2005.

LYNCH, E.; HANSON, M. **Developing cross-cultural competence: a guide for working with children and their families.** Baltimore:Brookes, 2004.



KANDULA, N.; KERSEY, M.; LURIE, N. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. **Annual Review of Public Health**, v. 25, p. 357-376, 2004.

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

MANUEL, H. **Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres Timorenses residentes em Portugal**. 2004. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

MELO, M. L. **A comunicação médico-doente em contexto hospitalar**. 2001. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2002.

MONTEIRO, I. **Ser mãe hindu: práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração**. 2005. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2005.

NPC - NATIONAL PREVENTION COUNCIL. **National Prevention Strategy**. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services, 2011. Disponível em: <<http://www.healthcare.gov/prevention/nphpphc/strategy/index.html>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

NUNES, M.; RAMOS, N. Cuidar em contexto de diversidade cultural: Representações e vivências do corpo em diferentes culturas. RECIIS, v. 5, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/559/922>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

PCM/ACIDI. ALTO COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO. Intercultural.

**II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013**. Lisboa, 2010. Disponível em: <[http://www.acidi.gov.pt/\\_cfn/4d346c9b80687/live/Consulte+a+vers%C3%A3o+do+Plano+2010-2013+em+portugu%C3%AAs](http://www.acidi.gov.pt/_cfn/4d346c9b80687/live/Consulte+a+vers%C3%A3o+do+Plano+2010-2013+em+portugu%C3%AAs)>. Acesso em: 8 nov. 2012.

RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade : para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, 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**, nº 41, p. 329-355, 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**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2009.

RAMOS, N. Interculturalidade e Alteridade. In: SERAFIM, J.; TOUTAIN, L. **Culturas, Percepção e Representações**. (Org.). Salvador: EDUFBA, 2010a.

RAMOS, N. Género e Migração. Questionando Dinâmicas, Vulnerabilidades e Políticas de Integração e Saúde da Mulher Migrante. In: FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Florianópolis. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. Florianópolis: Univ. Santa Catarina, 2010b.

RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. In: ALCOFORADO, L. et al. (Org). **Educação e Formação de Adultos**: políticas, práticas e investigação. Coimbra: Ed. Universidade de Coimbra, p. 189-200, 2011a.

RAMOS, N. Género e Migração: Dinâmicas e políticas sociais, familiares e de saúde. In: BOSCHILA, R; ANDREAZZA, M. L. (Org.). **Portuguesas na diáspora**: histórias e sensibilidades. Curitiba: Editora UFPR, p. 263-282, 2011b.

RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: Para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In: PRIEGO ALVAREZ, H; REMOALDO, P. (Org.). **Mercadotecnia social en salud**: teoria y práctica. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012.

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

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

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

SILVEIRA, F. **A comunicação nos serviços de saúde. Um estudo sobre as reclamações do Serviço Nacional de Saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa.

SOPA, M. J. **Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório**. 2008. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

STAMPINO, V. Improving Access to multilingual health information for newcomers to Canada. **Journal of the Canadian Health Libraries Association**, v. 28, p. 15-18, 2007.

SUE, D. Multidimensional facets of cultural competence. **The Counseling Psychologist**, v.29, p. 790-821, 2001.

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

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion: milestones on the road to a global alliance. **Fact sheet**. n. 171, revised June 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Amsterdam Declaration**: towards migrant friendly hospitals in an ethnoculturally diverse Europe. MFH: Task Force, 2004.

Recebido em: 04/11/2012

Aceito em: 28/11/2012