

## Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde

Natália Ramos<sup>1</sup>

Este estudo apresenta alguns princípios teóricos e práticos bem como resultados de pesquisas sobre a comunicação numa perspectiva intercultural e relativa à saúde. Esta abordagem acentua a actualidade e importância desta abordagem no contexto da saúde em relação à investigação e à intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** comunicação; saúde; interculturalidade; comunicação na saúde; comunicação intercultural; emigração.

### 1. Interculturalidade e comunicação

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Univ. Aberta.

Na actualidade, segundo dados das Nações Unidas, uma em cada trinta e cinco pessoas é migrante internacional, tendo-se instituído, para assinalar este processo em ascensão, o *Dia Internacional dos Migrantes* (18 de Dezembro). O número de migrantes internacionais quase triplicou desde 1970, constatando-se que perto de 200 milhões de pessoas vivem actualmente fora dos seus países de origem.

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

Portugal, país tradicional de emigração (quase 5 milhões de portugueses estão em diáspora), tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração, representando os imigrantes, na actualidade, perto de 5% da população residente, e provenientes de 179 países de diferentes continentes, mas, sobretudo de África (PALOP), da América Latina (Brasil) e da Europa de Leste (Ucrânia). Com efeito, em 2005 residiam de forma legal em Portugal 415.934 cidadãos de nacionalidade estrangeira, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2006). Segundo este organismo, nasceram no nosso país em 2005 mais de nove mil crianças em que um, ou ambos os pais, eram estrangeiros, perfazendo 8,3% da totalidade dos nascimentos neste ano. São os brasileiros que contribuem com o maior número de crianças (perto de dois mil), seguidos por Angola (1.382) e Cabo-Verde (1.101).

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

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

Esta realidade faz com que as mulheres e os homens do século XXI mantenham múltiplas pertenças e redes transnacionais, desenvolvam novas formas de relações sociais e interculturais e novas práticas de cidadania, tenham conquistado novos direitos, mas conheçam, igualmente, novos conflitos e problemas de comunicação e novas formas de discriminação e de exclusão. O aumento da globalização e da multiculturalidade faz com que as sociedades e as diferentes instâncias sociais sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística e cul-

tural dos seus utentes, o que exige destas a adopção de estratégias e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade social, cultural e sanitária.

As problemáticas da diversidade cultural e da interculturalidade implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da investigação e da intervenção, nomeadamente no domínio da saúde, vindo colocar novos desafios às estratégias e às políticas do século XXI, no que diz respeito à gestão da comunicação, em particular da comunicação intercultural, das identidades e dos conflitos, bem como à gestão das interacções entre o eu e o outro, entre o universal e o singular.

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

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

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

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

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

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

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

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

- *uma perspectiva socio-política*, dado que o interculturalismo, não é somente um objectivo em si, mas é também um instrumento para promover a coesão social, o exercício da cidadania, a igualdade de oportunidades e uma integração adequada dos migrantes e das minorias étnico- culturais.

150

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

Num mundo aberto onde a diversidade cultural e as diferenças são claramente visíveis, a cultura e a comunicação tornaram-se problemáticas tão importante, como a saúde, a educação e o meio ambiente, implicando a gestão da diversidade e da alteridade.

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

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

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

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

Com efeito, as variáveis culturais afectam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não verbais.

A cultura tende a produzir percepções diferentes do mundo exterior. Os nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos

outros, a nossa organização social e política exercem influência sobre as nossas percepções. Como resultado disto, encontramos representações de saúde, de doença, crenças, práticas de protecção e de saúde que variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, grupos culturais, classes sociais, culturas e contextos de desenvolvimento. Pessoas de culturas ou sub-culturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, desentendimentos e dificuldades de comunicação. Por exemplo, cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, que transmite de geração em geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e rituais. Assim, os indivíduos e os grupos desenvolvem representações, concepções, etnoteorias sobre a saúde, a doença, as formas de curar que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados. Também nas sociedades modernas urbanizadas ocidentais, assim como, nas sociedades tradicionais, existe cada vez mais um pluralismo médico, coexistindo métodos terapêuticos, crenças e práticas de saúde, baseados em princípios e modelos originários de culturas diferentes, existindo um sistema médico oficial e outros modelos alternativos, o que poderá estar na origem de conflitos e de problemas comunicacionais em saúde (Ramos, 1993, 2001, 2004).

Uma parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional e organizacional, no âmbito da saúde, está relacionada, com efeito, com problemas de comunicação, nomeadamente, ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde e algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver, com a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do utente/doente e sobre as relações deste com o seu mundo social, cultural e comunitário.

## **2. Comunicação e cuidados de saúde**

A comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, que se produz num dado contexto físico, social e cultural, influenciando o comportamento. O contexto onde se produz a comunicação é um elemento complexo, portador de normas e de regras, constituindo um factor estruturante da comunicação.

Na comunicação existe uma multiplicidade de canais, o verbal e o não verbal associando-se para produzir uma comunicação total e dar um sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso e às mensagens não verbais,

transmitidas através dos gestos, das mímicas e das posturas (Cosnier *et al.*, 1984, Ekman *et al.*, 1972, Marc *et al.*, 1996).

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

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

- uma "*função de comunicação*", na medida em que numerosos sinais corporais são utilizados para dar informações ou transmitir estados emocionais (exemplo, sorrir para exprimir simpatia ou dar uma boa notícia);
- uma "*função relacional e reguladora*", que permite a estruturação das trocas (exemplo, olhar o interlocutor para manifestar atenção e interesse);
- uma "*função simbólica*", a qual é assegurada por sinais que têm sentido apenas no interior de um ritual (exemplo, levantar-se à chegada de um convidado).

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

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

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

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

consultas mais longas, apresentavam mais sentido de humor e facilitavam a participação dos doentes.

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

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

Também uma investigação realizada por Thom *et al.* (2002) com doentes e médicos de família, sobre a satisfação do doente com os cuidados prestados, revela que o maior preditor de satisfação é a confiança no médico, estando esta associada a certas atitudes, nomeadamente, confortar, cuidar, encorajar, responder às questões do doente e a competência técnica.

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

Numerosos trabalhos evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os técnicos de saúde e o doente no estado de saúde geral do doente, na sua capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação (Kaplan *et al.* 1989, Street, *et al.*, 1997, Young *et al.*, 1996, Stewart *et al.* 1997, Coulter *et al.* 1999, Chau & Leng, 2004). Iguualmente, vários estudos (Fallowfield *et al.* 1990, Emanuel *et al.* 1992, Levine *et al.* 1992, Vessey, 2002) mostram que fornecer informação aos doentes, envolvê-los, comunicar com eles satisfaz várias necessidades:

- ao nível médico-legal, permite o consentimento informado;
- ao nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o

stresse e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente;

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

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

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

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

Uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente, insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, em geral. Também são cada vez mais os profissionais, nomeadamente técnicos de saúde, muito em particular os que trabalham em contextos multiculturais com utentes e doentes originários de outras culturas ou minorias, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação intercultural (Ramos, 1993, 2001, 2004, 2006).

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

- aumenta o sofrimento, a ansiedade, o stresse, a insegurança, dificultando a adaptação psicológica à doença;

- aumenta os efeitos negativos da ansiedade pré-operatória, da dor e da recuperação do doente operado;
- origina insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento profissional dos técnicos de saúde;
- aumenta as dificuldades e/ou erros de avaliação/diagnóstico;
- diminui a adesão a comportamentos preventivos, a medidas protectoras de saúde e a tratamentos medicamentosos ou de reabilitação;
- aumenta a possibilidade de abandono e/ou negligência na procura de cuidados, de procura de cuidados noutros serviços ou ao nível de outros sectores, de recurso às medicinas alternativas, a mudança de profissional para profissional, de serviço para serviço (Meadow, 1968, 1980, Schone, 1977, Zuckman, 1979, Cunningham *et al.* 1985 in Ramos, 1987, Ferreira, 2003, Ramos, 2004).

Ao nível da comunicação organizacional em saúde, os utentes identificam, frequentemente, dificuldades de articulação, nomeadamente, dificuldades burocrático/administrativas de circulação entre os diferentes serviços, desconhecimento e falta de compreensão dos modelos organizacionais dos serviços de saúde e das referências normativas e culturais que regulam o seu estatuto como doentes.

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

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

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

A empatia é uma competência muito importante na comunicação relacional, nomeadamente em saúde, implicando partilha emocional, capacidade em colocar-se no lugar do outro, em manifestar interesse genuíno e em tentar compreender a sua experiência subjectiva (Roger, 1968, Levinson *et al.* 1992, Cosnier, 1994, Hakansson *et al.* 2003, Stern, 2004). Para além da empatia, Roger (1968) acentua outra competência individual muito importante para a comunicação e relação

interpessoal, a que chama congruência. Esta implica a adequação entre o que o indivíduo sente, a consciência que tem dos seus sentimentos e a maneira como se exprime.

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

### 3. Comunicação em contexto intercultural e de saúde

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

Os aspectos sociais e culturais podem constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde, por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde e, por outro lado, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente, ao nível linguístico e cultural. O encontro com a “diferença cultural” nos cuidados de saúde pode levar a fortes reacções emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da interculturalidade.

Uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a este explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protectoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão.

O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua e da cultura do país de acolhimento (no caso dos migrantes) originam dificuldades comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio e com os profissionais de saúde,

tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando medo e vergonha por não conseguirem comunicar, assim como, desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços, nomeadamente, ao Serviço Nacional de Saúde. Esta situação, as barreiras culturais e linguísticas, geram grandes problemas, não só aos imigrantes, como aos próprios profissionais.

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

Na maior parte dos países, a principal estrutura institucional de medicina científica é o hospital, com as suas regras de funcionamento específicas, rituais, códigos sociais e culturais. O hospital tem uma cultura própria, médica, tecnológica, hierárquica, social, em relação à qual não está habituada a maioria dos utentes/doentes, sendo maiores as dificuldades no caso dos migrantes, dos indivíduos originários de outras culturas ou de minorias étnicas. Muitos imigrantes nunca beneficiaram de cuidados de saúde em instituições de saúde de tipo ocidental, reagindo com desconfiança e estranheza à abordagem ocidental da doença e do tratamento.

No caso de hospitalização de um doente originário de outra cultura e possuidor de outra língua, muitas dificuldades se levantam, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, relativamente à comunicação, como ao próprio diagnóstico. Se a doença, a hospitalização é, por si só, sinónimo de mau estar, ansiedade e stresse esta situação é ainda maior quando o doente é confrontado com um código linguístico e cultural diferente, com um sistema cultural e simbólico desconhecido, com um referencial diferente do seu meio de origem. As próprias interpretações feitas pelos doentes em relação ao que lhes é dito pelos profissionais de saúde, são influenciadas pelas suas crenças e tradições, pelo nível de proximidade com a sociedade de acolhimento e pelo grau de familiaridade com a medicina ocidental.

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

tudo isto influenciar, em maior ou menor grau, os problemas e dificuldades comunicacionais e a adesão à terapêutica.

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

Em geral, devido a vários condicionalismos, por exemplo, por falta de tempo, falta de formação adequada para os problemas da diversidade e da multiculturalidade, o principal centro de interesse dos profissionais de saúde não é saber o que a família ou o doente pensa sobre a causa ou a cura da doença, não é interessar-se pelos factores sócio culturais subjacentes aos comportamentos de saúde/doença, mas, sobretudo, o que lhe interessa saber é a etapa que decorre do aparecimento dos primeiros sintomas ao recurso ao centro de saúde ou aos cuidados médicos (Breton, 1989).

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

A primeira dificuldade do doente migrante ou de minorias étnicas, no hospital, verifica-se logo no acolhimento face às diligências administrativas, a regras que não domina, ao desconhecimento ou falta de documentos necessários, ao não domínio ou insuficiente conhecimento da língua do país de acolhimento e ao analfabetismo. Muitos imigrantes (principalmente, os que vêm de países em desenvolvimento e sociedades tradicionais e as mulheres) não sabem ler, nem

escrever. Se alguns hospitais ou outras instituições de saúde conseguem ultrapassar, de alguma forma, este problema, fazendo apelo a intérpretes/tradutores, permanentes ou temporários, ou pessoal falando a mesma língua do doente, de modo a favorecer a comunicação com a instituição e os técnicos, nalguns casos, isto não é possível. O papel do tradutor ou de um substituto favorece o acolhimento do doente e dá-lhe alguma segurança, fazendo-o sentir compreendido, e aos técnicos de saúde que, por vezes, descobrem, compreendem que por detrás de um comportamento considerado anormal, inadequado, estranho, está um comportamento, um ritual, obedecendo a uma lógica cultural ou religiosa.

Com efeito, o desconhecimento das representações sociais e culturais às quais os utentes/doentes fazem recurso pode conduzir a erros de diagnóstico. A título de exemplo, um discurso organizado em torno de “feitiçaria” pode ser tomado como sintoma psiquiátrico, indicador de situação de psicose, sem que o funcionamento psíquico e cultural do doente seja explorado (Fernando, 1995).

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

As dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os técnicos de saúde a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente. Também a dificuldade do migrante em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos aumenta os preconceitos e as dificuldades de comunicação com os técnicos de saúde e a ansiedade e angústia do doente migrante. Do mesmo modo, as dificuldades de compreensão linguística do indivíduo migrante no caso, por exemplo, de dificuldades em compreender a medicação a longo prazo ou as medidas de prevenção, poderão conduzir a uma ineficácia dos cuidados, a uma recusa ou confusão na administração dos medicamentos, a níveis baixos de adesão a comportamentos preventivos, à realização de exames médicos e a medidas protectoras de saúde. Para os técnicos de saúde o próprio diagnóstico torna-se difícil, dada a dificuldade do doente originário de outra cultura, em verbalizar os sintomas e descrever os seus males e queixas. Assim, as dificuldades dos técnicos em compreenderem as queixas e as crenças do doente, os problemas comunicacionais e linguísticos podem originar dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do doente. A falta de intérprete/tradutor e de compreensão das queixas do doente originário de outra cultura, poderá fazer com

que este seja privado de cuidados e objecto de cuidados inadequados, já que não foi possível detectar ou compreender a sua queixa ou sofrimento ou, ainda, ser hospitalizado devido à angústia e à ansiedade que a sua diferença origina nos intervenientes (Breton, 1989, Ramos, 1993, 2004, 2006, Fernando, 1995).

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

Igualmente, muitos doentes, autóctones, migrantes ou de minorias étnicas vêm de sociedades tradicionais ou de meios rurais, onde predomina a solidariedade familiar e comunitária, onde a saúde é um problema colectivo e o sofrimento é tido em conta por toda a sociedade, pelo que tentam perpetuar essas redes comunitárias, nomeadamente, nas visitas ao hospital. O meio do doente, por exemplo, migrante ou cigano vem frequentemente em grupo (instalando-se, por vezes, nas imediações das instituições de saúde), com o objectivo de trazer ao doente conforto e solidariedade, podendo gerar-se tensões e conflitos entre os migrantes, as minorias, os profissionais de saúde e a instituição de saúde. Este tipo de apoio colectivo e caloroso corresponde a um modo de vida e a costumes enraizados e desempenha uma função social e psicológica importante no sentido da identidade do indivíduo doente e na sua segurança. Estas visitas em grupo, colectivas, parecendo-nos insólitas, são, no entanto, importantes para diminuir o medo e a angústia do doente e para reforçar laços comunitários. É, assim, importante que as equipas de cuidados tenham em conta a diferente inserção cultural e social do doente e adaptem a sua relação com o doente nestas circunstâncias.

Também certos rituais religiosos, certos elementos considerados como impuros, certas práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, certos hábitos alimentares, podem ser fonte de incompreensão e de problemas de comunicação entre doentes e técnicos de saúde. No que toca à alimentação, por exemplo, esta inscreve-se num complexo bio-psico-sócio-cultural, reenvia a uma memória individual e colectiva e veicula, simboliza interdições, tabus, valores e sentidos (Lévi-Strauss, 1964, Counihan *et al.* 1975, Garine, 1979). A alimentação “familiar” trazida pelos familiares desempenha um papel de grande reconforto moral para o doente. Por exemplo, para um doente muçulmano ou judeu, há certos interditos alimentares. Para os muçulmanos vinho, álcool e porco são interditos, enquanto que para o doente judeu são interditos alimentos como o porco, a mistura de

alimentos lácteos em outros alimentos, como a carne, exigência de certas condições de preparação dos alimentos (só consomem alimentos considerados puros - *alimentos kosher*), conduzindo alguns doentes a solicitarem alimentação exterior preparada pelas famílias, segundo certas regras e rituais culturais e religiosos (Breton, 1989).

A relação com o corpo é outro elemento que causa, muitas vezes, mal entendidos e dificuldades comunicacionais entre o utente/doente e os técnicos de saúde. A gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas. Por exemplo, na cultura ocidental, o corpo do doente, a nudez em contexto hospitalar não tem o carácter de tabu e pudor que tem para certos doentes, por exemplo de cultura muçulmana, muito em particular, para as mulheres muçulmanas. Frequentemente, o doente muçulmano recusa ou aceita dificilmente os cuidados médicos ou de enfermagem praticados por membros de outro sexo. A mulher muçulmana, mesmo em contexto migratório, cobre geralmente o corpo, os cabelos, o rosto, as pernas com calças ou vestuário longo, tudo fazendo para esconder o corpo e manter a sua identidade.

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

as mulheres não migrantes, com frequência não recebem cuidados pré-natais ou recebem cuidados pré-natais inadequados, utilizam menos contraceptivos, registam mais gravidezes indesejadas e taxas mais elevadas de nascidos-mortos ou de mortalidade infantil (Ramos, 1993, Bollini, 2000, Mora, 2003).

#### 4. Considerações finais

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

É indispensável, para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso existente entre modelos explicativos e culturais diferentes, para um melhor acolhimento e compreensão das concepções e práticas de saúde e doença das populações a quem prestam cuidados, uma formação psico-socio-cultural dos profissionais de saúde. Desta forma, as representações e hipóteses explicativas do indivíduo, da família, dos utentes e os comportamentos adoptados poderão ser melhor compreendidas e não serem reduzidos apenas a superstições, a ideias ultrapassadas, à falta de informação, mas integrados na cultura, em teorias, num sistema de crenças e de práticas que, embora por vezes muito afastados da medicina ocidental, possuem a sua estrutura lógica, a sua lógica cultural e social e têm uma função adaptativa e psicológica importante que passa muitas vezes despercebida e/ou não é valorizada.

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

Para ajudar uma comunidade a melhorar a sua saúde, migrante ou autóctone, temos, não só, de promover a equidade e a articulação entre centros de saúde e unidades hospitalares como é, igualmente, necessário conhecer e compreender as formas de viver, de pensar, de comunicar e de agir dos indivíduos que a compõem, os cuidados, a intervenção em saúde exigindo tomar em consideração a sua visão do mundo e os seus modos de vida e de pensamento. A integração de conhecimentos psicológicos, antropológicos e sociológicos, na formação dos médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde, podem ajudar a melhorar a comunicação e a combater os estigmas e os estereótipos, evidenciando e ajudando na compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos, segundo as idades, as gerações, os sexos, os estatutos e as culturas. Assim, é necessário que os profissionais de saúde, tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade de factores explicativos e intervenientes nos comportamentos de saúde e no recurso aos cuidados, os quais não são unicamente de ordem individual, mas relevam de um conjunto indissociável de factores culturais, sociais, económicos, psicológicos, ambientais e políticos. Por exemplo, no caso dos imigrantes, é importante conhecer as experiências antes da migração e após migração, o contexto social, cultural e familiar e as relações com os cuidados de saúde, relativamente ao país de origem e ao país de acolhimento, de modo a prevenir e a identificar adequadamente o tipo de cuidados de saúde necessários. É necessário ter em conta que no seio da população imigrante existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente, os imigrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento, os que nunca tiveram contacto com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e exclusão. É, igualmente, importante ter em conta que os imigrantes adoptam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo só aos médicos e hospitais em caso de emergência ou em estado avançado de doença, e que uma grande parte das doenças graves a que estão mais expostos (por exemplo, doenças infecciosas como a tuberculose, a hepatite B e C, o HIV- SIDA) podem ser prevenidas ou tratadas (Ramos, 1993, 2004, 2006).

É indispensável, desenvolver estratégias e intervenções psico-sócio-educativas, para que profissionais e cidadãos possam situar-se e fazer face de uma forma responsável e reflectida, às diversidades individuais e culturais que encontram no seio da sociedade e das instituições, assim como aos problemas complexos que coloca a comunicação com indivíduos com referências culturais diferentes, desenvolvendo em todos, uma maior compreensão da sua própria cultura e das outras culturas, assim como uma maior capacidade de comunicação com os membros da sua cultura ou pertencentes a outros grupos e culturas. A formação

em comunicação, nomeadamente em situação intercultural, é fundamental ao conjunto da população, cidadãos ou intervenientes sanitários, sociais, educativos, políticos e dos média.

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

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

É necessário integrar a problemática multi/intercultural nas suas vertentes social, psico/educativa, clínica e comunicacional, na formação dos agentes sociais, sanitários, educativos, seja dos que trabalham nas sociedades industrializadas confrontadas com um crescente aumento de famílias e crianças provenientes de outras culturas e de minorias, seja dos que trabalham em países em vias de desenvolvimento ou, ainda, os que trabalham ao nível da cooperação internacional, em acções humanitárias ou outras.

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

Uma sociedade multi/intercultural e um mundo globalmente interdependente

necessitam de uma nova abordagem de cidadania para as populações autóctones, migrantes e de minorias étnicas, que incorpore a dinâmica da mudança, da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos, em estratégias e políticas que promovam o desenvolvimento humano, a inclusão, a saúde, a igualdade de oportunidades e o pleno acesso à cidadania de todos os indivíduos.

Estes objectivos estão no centro das preocupações da Comissão Europeia, a qual designou 2007, como o “Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos”, como parte de um esforço concertado que visa promover a não discriminação na União Europeia, favorecer o debate sobre as formas de aumentar a participação de grupos sub representados ou em exclusão na sociedade, acolher a diversidade cultural e promover, em suma, uma sociedade mais justa, coesa e solidária.

Como destaca a UNESCO (2001) na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, art. 2: “Em sociedades cada vez mais diversificadas, torna-se indispensável garantir uma interacção harmoniosa entre pessoas e grupos com identidades culturais plurais, variadas e dinâmicas, assim como, a sua vontade de conviver. As políticas que favoreçam a inclusão e a participação de todos os cidadãos, garantem a coesão social, a vitalidade da sociedade civil e a paz”.

## Bibliografia

- Abdalah, M., Porcher, L. (1986). *Éducation et communication interculturelle*. Paris: P.U.F.
- Ambady, N. et al. (2002). Surgeons’ tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*, 132, p. 5-9.
- Anderson, J. (1996). *Communication theory: Epistemological foundations*. New York: Guilford Press.
- Attallah, P. (1991). *Théories de la communication. Sens, sujets, savoirs*. Québec: Presses de l’Université du Québec.
- Augé, M., Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal*. Paris: Ed. des Archives Contemporains.
- Barry, C. et al. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53, p. 478-505.
- Bateson, G. et al. (1981). *La nouvelle communication*. Paris: Seuil.
- Bateson, G., Ruech, J. (1988). *Communication et Société*. Paris: Seuil.
- Beaudichon, J. (1999). *La communication. Processus, formes et applications*. Paris: Seuil.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32, p. 1301-1310.
- Bertman, S., Wertheimer, M., Wheeler, H. (1986). Humanities in surgery, a life threatening situation: communicating the diagnosis. *Death Stud.*, 10, 5, p. 431-439.

- Ramos, N. (2001) Comunicação, Cultura e Interculturalidade : Para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (35, 2), p. 155-178.
- Ramos, N. (2002). Communication, éducation et interculturalité. Vers une éducation à la tolérance. *Dialogos*, (5), p. 68-75.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas - Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (1,2,3, 36), p.463-487.
- Ramos, N. (2003). *Interculturalité, Communication et éducation*. Bucareste : Milena Press.
- Ramos, N. (2004) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.
- Richards, J., McDonald, P. (1985). Doctor-patient communication in surgery. *J.R. Soc. Medicine*. 78, 11, p. 922-924.
- Rodrigues, A. (1997) *Estratégias da Comunicação*. Lisboa: Presença.
- Rodrigues, A. (1999) *Comunicação e Cultura*. Lisboa: Presença.
- Roth, K. (2001). Material culture and intercultural communication. *International Journal of Intercultural Relations*. 25,5, p. 563-580
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Taguieff, P. (1988). *La force du préjugé. Essai sur le racisme et ses doubles*. Paris: La Découverte.
- Thom, D. et al. (2002). Patient trust in the physician: relationship patient requests. *Familiar Practice*.19, p. 476-483.
- Vessey, W. (2002). Informed consent in patients with acute abdominal pain. *British Journal of Surgery*. 85, p. 1278-1280.
- Zempléni, A. (1985). La maladie et ses causes- Introduction. *L'ethnographie*, 2, p. 13-44.
- Warnier, J.P. (2002). *A mundialização da cultura*. Lisboa: Notícias Editorial.
- Winkin, Y. (1996). *Anthropologie de la communication*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Wolton, D. (1999). *Pensar a Comunicação*. Miraflores: Difel.
- Wolton, D. (2006). *É preciso salvar a comunicação*. Casal de Cambra: Ed. Caleidoscópio.

### **Communication et Interculturalité dans le domaine des soins de santé**

Cette étude présente quelques principes théoriques et pratiques, ainsi que quelques résultats de recherches, concernant l'approche de la communication, dans une perspective interculturelle et de santé. Elle souligne le caractère actuel et l'importance de cette approche de la communication dans le domaine de la santé, tant pour la recherche, que pour l'intervention.

**MOTS-CLÉS:** Communication; Santé; Interculturalité; Communication dans le domaine de la Santé; Communication Interculturelle; Immigration.

## Communication and interculturalism in health care

This study presents some theoretical and practical principles and the results from research on communication from an intercultural and health care point of view. We equally highlight the current relevance and the significance of communication from a healthcare and intercultural perspective in research and intervention in this field.

**KEYWORDS:** communication; health; interculturalism; health communication; intercultural communication; migration.