
Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. Uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes

Intercultural communication in health care. An exploratory approach to the interaction between social workers and immigrant patients

Hélia Bracons*



Edição electrónica

URL: <https://journals.openedition.org/cp/10968>

DOI: 10.4000/cp.10968

ISSN: 2183-2269

Editora

Escola Superior de Comunicação Social

Edição impressa

ISBN: 2183-2269

ISSN: 16461479

Referência eletrónica

Hélia Bracons*, «Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. Uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes», *Comunicação Pública* [Online], Vol.15 nº 29 | 2020, posto online no dia 15 dezembro 2020, consultado o 21 junho 2021. URL: <http://journals.openedition.org/cp/10968> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/cp.10968>

Este documento foi criado de forma automática no dia 21 junho 2021.



Comunicação Pública Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. Uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes

Intercultural communication in health care. An exploratory approach to the interaction between social workers and immigrant patients

Hélia Bracons*

NOTA DO EDITOR

Recebido: 20 de abril de 2020

Aceite para publicação: 01 de outubro de 2020

NOTA DO AUTOR

* Professora Auxiliar do Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. Doutora em Serviço Social. Diretora da Licenciatura e Coordenadora dos Estágios em Serviço Social da ULHT. Investigadora integrada do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20.

Domínios de investigação: serviço social, interculturalidade, competência cultural, supervisão pedagógica, metodologia de investigação.

Introdução

- 1 A proximidade, a interação e a comunicação entre pessoas de várias orientações e proveniências são traços fundamentais para compreender o nosso tempo. Portugal é, de forma cada vez mais visível, um lugar de encontro, onde vivem e se cruzam pessoas com uma grande variedade de percursos e de identidades, que falam línguas variadas e têm hábitos, gostos e concepções de vida e do mundo diferentes (Bracons, 2019).
- 2 A preponderância que assumem, na atualidade, as questões da diversidade cultural na nossa sociedade, cada vez mais globalizada e presente nas instituições sociais, desafia os profissionais de Serviço Social a articularem a relação e a comunicação com o *outro* e a refletirem sobre estas, em contexto institucional e societário. Este reconhecimento da diversidade e das suas especificidades é essencial, no sentido em que permite um contacto que leva à compreensão e, conseqüentemente, a uma comunicação e interação mais eficazes. Como alude Baptista (2018, p. 171), “a comunicação entre culturas diversas tornou-se recentemente uma temática incontornável” e, diria, imprescindível e inevitável enquanto desafio e reflexão, face ao contexto de globalização, quando desejamos instituir o verdadeiro diálogo intercultural.
- 3 Este trabalho tem como propósito conhecer a intervenção do Serviço Social junto de pessoas doentes provenientes de outras naturalidades; nomeadamente, conhecer os procedimentos adotados pelos profissionais para uma intervenção focada na pessoa/doente culturalmente diversa, identificar os modelos de intervenção presentes, conhecer alguns desafios e dilemas éticos que se apresentam à prática profissional e reconhecer a importância da aquisição de competências interculturais e comunicacionais no acompanhamento holístico dos doentes.

Enquadramento

- 4 A intensificação dos fluxos migratórios para Portugal, na última década, fez emergir novas dimensões e preocupações, especificamente, no que concerne à saúde e às suas implicações no que diz respeito aos serviços de cuidado a prestar aos doentes e às pessoas provenientes de outros países. O acesso aos serviços de saúde e a utilização destes, bem como uma resposta adequada e eficaz às necessidades das pessoas, tendo como propósito a integração e o bem-estar das pessoas/doentes, revelam-se verdadeiros desafios do ponto de vista das especificidades culturais, quer dos indivíduos, quer da resposta que se espera por parte dos profissionais.
- 5 Dias *et al.* (2018) referem que, embora se verifique uma evolução positiva quanto à prestação de cuidados, por parte dos profissionais, relativamente ao estado de saúde dos diferentes grupos, migrantes e não migrantes, reconhece-se, não obstante, que existem interferências tanto de fatores de natureza individual (associadas ao imigrante) como de fatores do próprio sistema de saúde que explicam o acesso aos serviços de saúde e a utilização destes pelos migrantes. Salientam, ainda, estes autores que o papel dos profissionais de saúde é crucial e determinante, mas persistem dificuldades no acesso aos serviços ou na resposta às necessidades da população migrante. Algumas dificuldades ou interferências têm que ver, por exemplo, “com dificuldades linguísticas, desconhecimento sobre os determinantes culturais que influenciam as práticas de saúde dos utentes, as atitudes dos profissionais, a ausência de competências culturais

- na prestação de cuidados e saúde, desconhecimento sobre o enquadramento legal do acesso dos migrantes aos serviços” (Dias *et al.*, 2018, p. 15).
- 6 Esta problemática espelha-se também na ação dos profissionais de Serviço Social que trabalham com pessoas com especificidades culturais distintas, que precisam de saber comunicar com estas pessoas e compreender como elas vivem e experienciam o mundo e a sociedade de acolhimento nas diversas modalidades da ação profissional (ajuda, apoio, informações sobre direitos, etc.) (Bracons, 2019).
 - 7 Muita da literatura disponível sobre o assunto tem particular ênfase na área da saúde, por se tratar de um tema especialmente sensível. O encontro com outras orientações culturais e com a diferença implica novos reposicionamentos quanto ao domínio da comunicação, bem como da gestão das interações entre o *eu* e o *outro*, o que exige o desenvolvimento de competências interculturais e comunicacionais adequadas para fazer face a novas realidades, contextos, pessoas e problemáticas.
 - 8 A Organização Mundial para as Migrações (IOM, 2005) incentiva a este propósito a adoção, na Europa, de políticas de saúde “culturalmente sensíveis ou competentes”, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para uma população que é cada vez mais multicultural.
 - 9 Segundo Betancourt (2002), a competência intercultural é vista como uma maneira de aumentar o acesso ao cuidado de saúde, com qualidade, a todas as populações com mais dificuldades económicas e sociais.
 - 10 A competência intercultural é, pois, uma capacidade indispensável para a relação a criar com as pessoas de diferentes orientações culturais por forma a facilitar o diálogo, com respeito pela realidade cultural e conhecimento desta, de modo que a ação dos assistentes sociais seja efetuada com maior sucesso, eficácia e pertinência e seja mais integradora.
 - 11 No que respeita ao Serviço Social, a NASW (National Association of Social Workers) publicou, já em 2001, uma Carta de Princípios, na qual define a importância e as linhas fundamentais da competência cultural que devem possuir os assistentes sociais para o eficaz desempenho da sua ação; a NASW encoraja e promove o desenvolvimento de uma prática social culturalmente competente, uma definição de especialização e o avanço de modelos de prática que sejam relevantes para uma gama de necessidades representadas pelo público-alvo (Bracons, 2019).
 - 12 A competência intercultural implica, na linha sugerida por Cohen-Emerique (2011) e adotada por Bracons (2019), três grandes abordagens práticas: a *descentração* (consiste em fazer emergir no profissional, pela reflexividade e pela análise, os quadros de referência próprios, através dos quais percebe e descodifica a alteridade); a *descoberta do quadro de referência do outro* (o que significa entrar na racionalidade desse outro sem, porém, aceitar as suas premissas e ações, implicando obter-se sistematicamente conhecimento sobre a diferença, informar junto dos próprios utentes e solicitar a sua ajuda para aceder à sua compreensão); e a *negociação* (ou seja, uma realização comum entre o profissional e o utente, através de uma série de trocas de pontos de vista, um caminho em que cada um se aproxima do *outro*, mas vê simultaneamente respeitada a sua identidade e valores próprios).
 - 13 Evidencia-se, assim, um importante desafio para os assistentes sociais, na intervenção direta e na comunicação a ter presente com o doente e a sua família – o de saberem

olhar para a sua unicidade, valorizando cada indivíduo no seu contexto e na sua cultura específica (Abreu, 2011; Bracons, 2019).

- 14 A este propósito, Leigh (1998) refere que o assistente social culturalmente competente tem de adquirir técnicas de comunicação com o *outro*, promovendo o respeito e uma relação positiva para assim fazer uma avaliação congruente no âmbito cultural e definir um plano de ação eficaz. Esta preocupação é indispensável para que o diálogo efetivo tenha lugar.
- 15 A competência cultural está estreitamente ligada à questão da comunicação. Para se conseguir uma comunicação intercultural é necessário ter presente uma vertente cognitiva e emotiva na interação com as pessoas. E para se estabelecer uma comunicação intercultural é fundamental ter um mínimo de conhecimento do *outro*, culturalmente diferente (Alsina, 1997). Segundo Alsina (1999), a comunicação intercultural refere-se à troca de informações entre indivíduos de diferentes culturas, nas quais são apresentadas perceções e simbologias distintas num ato comunicativo. A comunicação intercultural implica a habilidade de se estar consciente de como as diferenças culturais influenciam o processo de comunicação e os seus resultados. É necessário que tanto os profissionais como os indivíduos de uma certa identidade cultural saibam comunicar e interagir no meio e no contexto em que se encontram, no intuito de promoverem mutuamente uma boa intervenção do profissional.
- 16 Esta é uma das dimensões constituintes da competência intercultural. De acordo com Alsina (1997), a competência intercultural tem três dimensões fundamentais:
- 17 1.^a *cognitiva*: que exige o aumento do conhecimento que temos acerca do *outro* mas também sobre nós mesmos; este conhecimento, para além da sua dimensão cultural, incorpora também a posição estrutural que os indivíduos em relação ocupam; e para se estabelecer uma comunicação intercultural tem de se ter o mínimo de conhecimento sobre as outras culturas e os seus processos de comunicação.
- 18 O conhecimento mais profundo do *outro* serve para superar os preconceitos e obriga a procurar interpretações alternativas às dos lugares comuns. Para adquirir uma certa competência cognitiva intercultural, é necessário colocar em prática processos metacomunicativos – ser capaz de explicar o que se quer dizer. Para Alsina (1997), é evidente que um grande conhecimento de outra cultura permitirá uma comunicação intercultural mais eficaz.
- 19 2.^a *afetiva*: que se desenvolve fundamentalmente através da empatia, que nos permite compreender melhor o ponto de vista do *outro*, mas que também exige o desenvolvimento da capacidade de manifestar emoções positivas do *outro*. A competência intercultural afetiva/emotiva produz-se “(...) quando as pessoas são capazes de projectar e de receber as respostas emocionais positivas antes, durante e depois das interações interculturais” (Chen & Starosta, 1996, pp. 358-359, citado por Alsina, 1997, p. 18).
- 20 3.^a *comportamental*: quando a competência intercultural proporciona habilidades para adequar o comportamento individual ao contexto em que este se desenrola. Nesta dimensão é muito importante a comunicação verbal e não verbal.
- 21 Para Ramos (2012), para pensar a comunicação em tempos de globalização e diversidade cultural em contexto de saúde, é fundamental a aquisição e/ou o

desenvolvimento de competências no *domínio intercultural da saúde e na comunicação entre indivíduos, grupos e culturas*. A considerar:

- competências individuais que permitam interações sociais harmoniosas e que promovam uma atitude de descentração;
 - competências interculturais, sobretudo linguísticas, comunicacionais, sociais e pedagógicas, que, por um lado, facilitem a comunicação intercultural, a consciencialização cultural e a luta contra os preconceitos e os estereótipos e que, por outro, promovam atitudes e práticas culturalmente competentes e inclusivas e profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados;
 - competências tecnológicas, nomeadamente no que toca ao domínio e à utilização das técnicas audiovisuais e das novas tecnologias de informação e comunicação;
 - competências de cidadania que tornem possível o funcionamento democrático das sociedades e das instituições.
- 22 Ainda de acordo com Ramos (2012), a comunicação com indivíduos e grupos de diferentes culturas torna 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;
 - estabelecer as condições de diálogo, tendo em conta que não só a língua, mas também a cultura, os gestos, a entonação e os rituais têm importância na comunicação;
 - tomar consciência do grau de determinismo cultural dos comportamentos, desenvolver a consciencialização cultural;
 - evitar julgamentos rápidos e superficiais, estereótipos, preconceitos e atitudes etnocêntricas, o que lhe permitirá colocar-se no lugar do *outro*, de forma a tentar compreender as coisas do seu ponto de vista, e favorecerá a descentração;
 - desenvolver a empatia, o que implica a capacidade de se colocar no lugar do *outro*, no campo emocional, de manifestar um 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 a língua poderá exigir mais tempo que um nacional; também alguns doentes necessitam de mais tempo relacional);
 - estar atento às mensagens silenciosas da comunicação não verbal, assim como aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios de cada indivíduo e de cada cultura;
 - ter em conta a distância proxémica, atendendo às diferentes necessidades de espaço relacional que certas culturas privilegiam;
 - 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 para interpretar a realidade a partir dos nossos próprios critérios e modelos culturais.
- 23 Porém, os profissionais de saúde, particularmente os assistentes sociais, 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” (Ramos, 2012, p. 11).

- 24 Na realidade, pelo olhar de Baptista (2018, p. 176), “a compreensão é um acontecimento cultural, que consiste na capacidade de apresentar/desvelar/reconhecer um novo modo de olhar o mundo, independentemente da intenção mental ou situação histórica do seu criador; ora, este é o fundamento principal de toda a comunicação cultural (intra ou intercultural)”.
- 25 Em contextos de saúde, a adoção de um clima de confiança, de abertura, de atitude empática e de compreensão entre o doente e o assistente social passa, muitas vezes, por pequenos gestos, atitudes simples, pelo diálogo e pela comunicação aberta, clara e acessível com o *outro*, mas igualmente pela disponibilidade, respeito, conhecimento e sensibilidade cultural pela parte dos profissionais em relação às dimensões culturais dos indivíduos e suas situações. Nesta linha de pensamento, e de acordo com Almeida (2019), o modelo de comunicação de Schramm, que tem em conta o conhecimento, a experiência e os antecedentes culturais, é crucial para uma interação eficaz, assertiva e conhecedora das pessoas e seus contextos. A assertividade, a clareza e a positividade são elementos-chave, facilitadores da comunicação com a pessoa, que permitem criar pontes de entendimento e de confiança. Na perspetiva de Carvalho (2012), os profissionais de saúde orientam a sua ação em função da doença das pessoas; o conhecimento e a intervenção desenvolvem-se na relação e a relação constrói-se nas redes sociais: indivíduo, família e instituições.

Procedimento metodológico

- 26 Este trabalho tem como propósito conhecer a intervenção do Serviço Social com pessoas doentes provenientes de outras naturalidades, tendo como objetivos conhecer os procedimentos adotados pelos profissionais para uma intervenção focada na pessoa doente culturalmente diversa, identificar os modelos de intervenção presentes, conhecer alguns desafios e dilemas éticos que se apresentam à prática profissional e reconhecer a importância da aquisição de competências interculturais e comunicacionais no acompanhamento holístico dos doentes.
- 27 Adotamos como técnica principal de pesquisa a entrevista de guião focalizada (Moreira, 2007). Trata-se de um tipo de entrevista centrada no conteúdo (e não tanto na forma, isto é, no tipo de estruturação) e caracterizada por alguns elementos distintivos: parte de um propósito explícito; pressupõe um processo de aprendizagem mútua em que o diálogo mantido entre o entrevistador e o informante é assimétrico. O painel de entrevistados é composto por três assistentes sociais, cuja escolha resultou de um conjunto de critérios: estarem em contato diário com população imigrante, em contexto hospitalar, em Lisboa e terem manifestado interesse e disponibilidade para participar no presente estudo. As entrevistas foram realizadas em maio de 2019. Posteriormente, pretende-se desenvolver um estudo mais aprofundado sobre as dimensões trabalhadas. Como mencionámos, foram entrevistados três assistentes sociais, que referiremos como Assistente Social 1 (F; 35 anos; 10 anos de tempo de carreira), Assistente Social 2 (F; 65 anos; 31 anos de tempo de carreira) e Assistente Social 3 (F; 39 anos; 15 anos de tempo de carreira), abreviadamente AS 1, AS 2 e AS 3.

Alguns resultados para reflexão

1. Procedimentos adotados e modelos de intervenção focados na pessoa/doente

- 29 Quando questionados sobre os procedimentos adotados e os modelos de intervenção presentes focados na pessoa/doente culturalmente diversa, todos os nossos entrevistados manifestam um discurso concordante quanto ao facto de que a realidade social atual exige que a intervenção do assistente social seja uma prática profissional comprometida com as políticas públicas, indo ao encontro das novas exigências sociais. Salientam que na intervenção social têm em conta a dimensão da pessoa/doente no seu todo, atendendo às questões relacionadas com a educação, as práticas religiosas, os costumes e os hábitos. Consideram ainda que os procedimentos adotados na sua atuação estão de acordo com as situações, considerando os múltiplos indicadores e dimensões que a pessoa/doente apresenta. Alegam também que o acompanhamento tem como foco a singularidade de cada indivíduo e é realizado em articulação com a comunidade envolvente.
- 30 Tendo em conta o quadro clínico da pessoa, são acionados diversos procedimentos (tendo em conta múltiplos indicadores, como estágio da doença, o suporte informal (família), a existência de recursos financeiros), como a articulação intra-hospitalar e a comunidade envolvente (como os serviços do ISS, CNAI, autarquia e centro de saúde, Serviço Jesuíta aos Refugiados, embaixadas ou consulados). (AS 1)
- 31 A realidade social exige que a intervenção do assistente social seja uma prática profissional comprometida com as políticas públicas (...). No Serviço de Pediatria, não tratamos só do cancro da criança mas sim da criança com cancro, (...) a criança e a família são tratadas/cuidadas nas diferentes dimensões: física; social; psicológica e espiritual. Neste contexto de doença crónica complexa é muito importante que o Serviço Social possa apoiar crianças e famílias a terem uma esperança realista, isto é, que possam atingir um equilíbrio adequado entre a esperança para a cura (ausência de doença) e/ou a aceitação das limitações impostas pela doença e tratamentos. (AS 2)
- 32 Acompanhamos muitos doentes oriundos de outros países e em diversos contextos. Temos doentes que vêm propositadamente para tratamento médico, provenientes dos PALOP; doentes que já são residentes e doentes em trânsito internacional. Estes acompanhamentos são feitos em diferentes áreas assistenciais, como: internamento, ambulatório e urgência, o que exige uma adequação das práticas e do tipo de intervenção. (AS 3)
- 33 O modelo psicossocial, o ecológico, o de intervenção em rede, o modelo clínico e o modelo humanista ganham novos focos de atenção e de atuação face às especificidades culturais da pessoa doente. É também referido que, de acordo com a pessoa/doente e a sua situação social, clínica, psicológica e cultural, é acionado o modelo ou modelos de intervenção mais vocacionados, tendo como preocupação primordial o quadro deontológico e ético da profissão.
- 34 Todos os assistentes sociais devem atuar em conformidade com o seu quadro deontológico e ético, para melhor se posicionar face à pessoa que se defronta com um constrangimento e que possui um quadro cultural distinto do país que o acolheu, tendo as suas próprias normas e valores. Na intervenção social tem-se em conta a dimensão

da educação, da prática religiosa e dos costumes das pessoas. Tenho presente, na minha atuação, uma conjugação de modelos: intervenção em rede, o modelo clínico e o modelo em crise. (AS 1)

- 35 A intervenção do assistente social implica sempre: o diagnóstico social; o planeamento integrado e a fase da intervenção. Na minha intervenção, de acordo com a especificidade da pessoa e situação, tenho presente o modelo psicossocial, o ecológico, o sistémico e o humanista, indo sempre ao encontro do outro e respeitando todas as especificidades culturais, desde que elas não interfiram ou prejudiquem o interesse da pessoa. (AS 2)
- 36 Os modelos utilizados não são em nada diferentes dos que adotamos para toda a nossa população-alvo. No entanto, as especificidades das diferentes culturas são obviamente respeitadas na relação interpessoal. (AS 3)

2. Desafios e dilemas éticos que se apresentam à prática profissional no trabalho com pessoas culturalmente diversificadas

- 37 Os profissionais descrevem um conjunto de dificuldades que enfrentam no atendimento e no acompanhamento de pessoas doentes. Salientam que, na intervenção junto de doentes imigrantes, a maior barreira existente é a situação legal da pessoa, uma vez que as situações de irregularidade conduzem ao atraso dos procedimentos clínicos e, conseqüentemente, o período de internamento é superior ao desejável e ao pré-estabelecido.
- 38 Alegam que as questões familiares são outro desafio, pois o referencial de ligação familiar, na prática, das pessoas migrantes corresponde pouco ao “nosso”, isto é, as suas ligações afetivas, de conjugalidade e/ou maternidade/paternidade frequentemente assumem um carácter muito frágil. As dificuldades de comunicação, o abandono por parte de algumas embaixadas, o medo da doença e dos tratamentos e as dificuldades económicas para a aquisição de bens essenciais foram apontados pelos assistentes sociais como os principais problemas e desafios presentes.
- 39 Outro grande desafio que se impõe à prática do Assistente Social consiste na função que aquele profissional assume no enquadramento do fenómeno da aculturação da pessoa e da família migrante, uma vez que há um quadro de normas, leis e valores que são transversais a todos os cidadãos do país. Ao desenvolver-se este fenómeno, no seio da pessoa imigrante, irá conduzir a uma confrontação do quadro de valores, normas, hábitos anteriormente adquiridos e transmitidos pelo agente de socialização Família. No fundo, o assistente social assume o papel de mediador para com a pessoa, o sistema hospitalar e a sociedade. (AS 1)
- 40 Ao trabalhar em contexto de saúde, com crianças/famílias de culturas diferentes, estamos sempre atentos aos aspetos éticos, à conduta humana, assumimos a defesa dos direitos humanos nas suas diferentes dimensões. Reconhecendo-o como um fim em si mesmo, o humano nunca poderá ser “coisificado”, isto é, ser visto como um meio para atingir um fim. (AS 2)
- 41 Um dos principais desafios que encontramos, em relação aos doentes provenientes especificamente para tratamento médico, está diretamente relacionado com as expectativas que têm em relação aos seus direitos/benefícios. A maioria traz a ideia de que no nosso país tudo é mais fácil do que no seu de origem e que, como tal,

rapidamente terão acesso à Saúde, mas também a benefícios económicos e à Habitação. As questões familiares, nestes doentes, são outro desafio. De facto, o seu referencial de ligação familiar, na prática corresponde pouco ao “nosso”, isto é, as suas ligações afetivas, de conjugalidade e/ou maternidade/paternidade frequentemente assumem um carácter muito frágil. (AS 3)

- 42 Consideram, ainda, que a comunicação a estabelecer com a pessoa doente nem sempre é compreensível e que esta gera, muitas vezes, barreiras na intervenção profissional e na relação a criar entre pessoa/doente e profissional. No entanto, verifica-se um esforço para uma melhor compreensão e entendimento mútuos.
- 43 A questão da língua, por vezes, é uma barreira imensa na comunicação, mas tentamos tudo para que consigamos entender o que a pessoa nos diz. (AS 1)
- 44 Também temos alguns problemas de comunicação, sobretudo devido às diferenças linguísticas, mas, com paciência e respeito, vamos entendendo. (AS 2)
- 45 Também a questão do diálogo nem sempre é fácil, mas vamos arranjando estratégias de entendimento mútuo. (AS 3)

3. Importância da aquisição de competências interculturais e comunicacionais no acompanhamento dos doentes

- 46 A este respeito, os assistentes sociais consideram muito relevante o conhecimento mais aprofundado das práticas e orientações culturais dos seus doentes. Este cuidado possibilitará uma maior proximidade e sensibilidade cultural. No entanto, mencionam que nem sempre existe tempo para fazerem um trabalho desta natureza, pois muitas situações são tão emergentes que não dão lugar a esta inquietação.
- 47 Os entrevistados evidenciam que as diferenças culturais interferem no processo e no diagnóstico de algumas situações e que o desconhecimento de algumas práticas culturais e religiosas das pessoas doentes que acompanham pode constituir uma dificuldade na prestação de cuidados e na capacidade de resposta a adotar e criar situações de desigualdade e injustiça.
- 48 Tenho tido a preocupação de ir mais além do que a pessoa/doente me traz, ou seja, tento conhecer melhor quem ela é, a sua cultura. (AS 1)
- 49 Procuo conhecer e ter presente, na minha intervenção, as especificidades culturais das pessoas doentes que acompanho, pois considero que isso é determinante na compreensão e na resolução das situações problema, no entanto admito que preciso de ter maior disponibilidade e abertura relativamente a algumas práticas culturais que vão contra os nossos valores. (AS 2)
- 50 Relativamente ao conhecimento sobre as práticas culturais dos meus doentes, considero que é essencial fazer este trabalho de descoberta, de procura e de questionamento. Estou convicta que o desconhecimento pode gerar situações de injustiça e de desigualdade. No entanto, muitas situações são tão problemáticas, do ponto de vista social e clínico, que não resta tempo para aprofundar as dimensões culturais como eu desejava. (AS 3)
- 51 De acordo com os entrevistados, o cuidar da pessoa em situação de doença requer uma visão holística e aprofundada e impõe uma abordagem multidisciplinar e em rede, que permita um modo de atuação articulado e fundamentado no entendimento e na

definição da solução, face à situação social e de doença. Só assim é possível uma análise de acordo com as múltiplas dimensões da pessoa e da sua situação concreta.

- 52 Considero, ainda, que a intervenção multidisciplinar e em rede permite que o modo de atuação não seja fundamentado num único ponto de entendimento e a definição da solução face à situação social seja analisada de acordo com múltiplas dimensões da pessoa e da sua situação. (AS 1)
- 53 É muito importante obter conhecimento aprofundado sobre as dimensões culturais e religiosas dos doentes que acompanho. O cuidar de uma pessoa em situação de doença requer uma visão holística, maior conhecimento e impõe uma abordagem multidisciplinar. (AS 2)
- 54 A aquisição de conhecimento cultural sobre o *outro* é essencial, pois permite uma maior abertura e confiança. Na minha intervenção tenho presente uma abordagem multidisciplinar e em rede. (AS 3)
- 55 Os dados empíricos recolhidos permitem verificar que o conhecimento das dimensões culturais pelos profissionais é essencial para que se possa proporcionar cuidados de qualidade e ir ao encontro das reais necessidades da pessoa/doente. Por sua vez, a aquisição de competências interculturais e comunicacionais no desenvolvimento da prática profissional, no contexto de saúde, torna-se crucial, pois permite uma intervenção mais integrada, mais colaborativa, mais próxima e holística (Bracons, 2019).

Conclusão

- 56 Este estudo permite verificar que a intervenção do assistente social é determinante na ajuda e no apoio aos doentes imigrantes, procurando ter presente as particularidades culturais de cada pessoa e assumindo a defesa e a preservação dos direitos humanos nas suas diferentes dimensões. Quanto aos procedimentos adotados e aos modelos de intervenção focados na pessoa/doente, os nossos entrevistados referem que a realidade social atual exige, cada vez mais, uma intervenção profissional comprometida com as políticas públicas tendo presentes as singularidades de cada pessoa. Os profissionais descrevem, por sua vez, um conjunto de dificuldades e desafios que enfrentam no atendimento e no acompanhamento de pessoas doentes, nomeadamente no que respeita à comunicação, às dificuldades económicas, à falta de apoio familiar e ao abandono por parte de algumas embaixadas. Consideram muito relevante o conhecimento mais aprofundado das práticas e orientações culturais dos seus doentes, pois este cuidado e a ajuda prestada possibilitarão uma maior proximidade, compreensão e sensibilidade cultural.
- 57 Pelas razões apresentadas, a intervenção passa, porém, por uma imprescindível tomada de atenção aos vários condicionalismos culturais, os quais podem influenciar as práticas de saúde e, nomeadamente, podem facilitar e/ou dificultar quer a interação, quer a comunicação com os doentes. Uma relação próxima e uma comunicação clara, assertiva e conhecedora das especificidades culturais de cada pessoa é crucial para o bom desempenho, cujo objetivo é a garantia da continuidade dos direitos da pessoa/doente.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2ª ed.) Coimbra, Portugal: Formasau.
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] Disponível em: <http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica>
- Alsina, R, M. (1997). Elementos para una comunicaci3n intercultural. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, 36, 11- 21.
- Alsina, M. R. (1999). *Comunicaci3n intercultural*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Baptista, M. M. (2017). S3mbolo, met3fora e mito da comunica33o intercultural. In R. Cabecinhas. & L. Cunha (Eds.), *Comunica33o intercultural, perspectivas, dilemas e desafios* (pp. 171-177). Vila Nova de Famali33o: Edi33es H3mus.
- Betancourt, J. (2002). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. The Commonwealth Fund.
- Bracons, H. (2019). *Conhecer para intervir: Compet3ncia cultural no servi3o social*. Lisboa: Editorial C3ritas.
- Bracons, H., & Mata, A. R. (2015). Servi3o social com fam3lias imigrantes. In M. C. Carvalho (Org.), *Servi3o social com fam3lias* (pp. 225-237). Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I. (2012). *Servi3o social na sa3de*. Lisboa: Pactor.
- Cohen-3m3rique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social*. Paris: Presses de L`EHESP.
- Deardoff, D. (Ed). (2009). *The Sage handbook of intercultural competence*. Thousand Oaks: Sage.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A.C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M.R. (2018). *Atitudes e representa33es face 3 sa3de, doen3a e acesso aos cuidados de sa3de nas popula33es imigrantes*. Lisboa: Alto Comissariado para as Migra33es.
- Hammer, M. R. (1989). *Handbook of international and intercultural communication*. Londres: Sage.
- Legault, G. (2000). *L`intervention interculturelle*. Montreal: Ga3tan Morin.
- Leigh, J. (1998). *Communicating for cultural competence*. Boston: Allyn & Bacon.
- Moreira, C. D. (2007). *Teoria e pr3tica da investiga33o social*. Lisboa: ISCSP.
- National Association of Social Workers (2001). *NASW standards for cultural competence in social work practice*. Disponível em: <http://www.socialworkers.org>
- Ramos, M. N. P. (2012). Comunica33o em sa3de e interculturalidade: Perspectivas te3ricas, metodol3gicas e pr3ticas”. *RECIIS – Revista Eletr3nica de Comunica33o, Informa33o e Inova33o em Sa3de*. 6(4).

RESUMOS

Neste texto propomos uma reflexão sobre a intervenção do Serviço Social junto de pessoas doentes provenientes de outras nacionalidades e pretendemos conhecer as dimensões culturais presente na atuação dos profissionais, particularmente a dimensão comunicacional. Os dados foram recolhidos através de entrevista focalizada a três assistentes sociais que trabalham em contexto hospitalar em Lisboa e procurou-se conhecer quais os procedimentos adotados para uma intervenção focalizada na pessoa doente, identificar os modelos de intervenção presentes, conhecer e sinalizar alguns desafios e dilemas éticos que se apresentam à prática profissional no trabalho com pessoas culturalmente diversas e reconhecer a importância da aquisição de competências culturais e comunicacionais no acompanhamento holístico dos doentes. Os resultados permitem verificar que a intervenção do assistente social é fundamental e determinante na ajuda e no apoio aos doentes, tendo presente uma relação próxima e uma comunicação clara, assertiva e conhecedora das especificidades culturais de cada pessoa.

In this text we propose a reflection on the intervention of Social Work among sick people from other nationalities and we intend to know the cultural dimensions present in the performance of professionals, particularly the communication dimension. The data were collected through a focused interview with three social workers working in a hospital context in Lisbon and we sought to know which procedures were adopted for an intervention focused on the sick person, identify the intervention models present, know and signal some ethical challenges and dilemmas that present themselves to professional practice in working with culturally diverse people and recognize the importance of acquiring cultural and communicational skills in holistic monitoring of patients. The results allow us to verify that the intervention of the social worker is fundamental and decisive in helping and supporting patients, bearing in mind a close relationship and a clear, assertive and knowledgeable communication of the cultural specificities of each person.

ÍNDICE

Keywords: intercultural communication, health, social work

Palavras-chave: comunicação intercultural, saúde, serviço social

AUTOR

HÉLIA BRACONS*

Instituto de Serviço Social,
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Campo Grande, 376
1749-024 Lisboa
helia.bracons@ulusofona.pt