

**EMOÇÕES, CONCEÇÕES E AÇÕES: ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO
INTERLINGUÍSTICA E INTERCULTURAL NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE
SAÚDE**

**EMOCIONES, CONCEPCIONES Y ACCIONES: ESTRATEGIAS DE
MEDIACIÓN INTERLINGÜÍSTICA E INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO DE
LA ATENCIÓN SANITARIA.**

Francisco Raga Gimeno¹

Universitat Jaume I, Castellón, Espanha

raga@trad.uji.es

Inmaculada Barberá Rey²

Generalitat Valenciana, Espanha

barbera_inm@gva.es

RESUMO: No presente trabalho abrimos a possibilidade de as mediadoras interlinguísticas e interculturais que desenvolvem o seu trabalho nos contextos de cuidados de saúde, porem em prática diferentes estratégias comunicativas de acordo com o tipo de problemas de comunicação intercultural que enfrentam, se relacionados com as diferentes conceções de saúde e doença, ou com os diferentes padrões de interação comunicativa entre o profissional de saúde e o utente. As propostas apresentadas a este respeito são contrastadas com a análise de intervenções reais de mediadoras, incluídas no âmbito de um projeto de investigação-ação desenvolvido pelo Grupo CRIT.

¹ Professor na Universitat Jaume I, Castellón, Espanha. Tem dedicado a sua investigação ao estudo da comunicação intercultural e mediação intercultural no contexto dos cuidados de saúde. O trabalho aqui apresentado enquadra-se no último projeto de investigação desenvolvido pelo grupo CRIT. É autor da obra: *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara.*

² Professora de língua e cultura portuguesa em diferentes Escolas Oficiais de Idiomas na Comunitat Valenciana.

PALAVRAS-CHAVE: mediação intercultural, cuidados de saúde, interação profissional de saúde-utente, emoções, investigação-ação.

RESUMEN: En el presente trabajo nos planteamos la posibilidad de que las mediadoras interlingüísticas e interculturales que desarrollan su labor en el ámbito de la atención sanitaria pongan en práctica diferentes estrategias comunicativas dependiendo de que se enfrenten a problemas de comunicación intercultural relacionados con las diferentes concepciones de la salud y la enfermedad o relacionados con los diferentes patrones de interacción comunicativa entre personal sanitario y paciente. Las propuestas planteadas a este respecto se contrastan con el análisis de intervenciones reales de mediadoras, recogidas en el marco de un proyecto de investigación-acción desarrollado por el Grupo CRIT.

PALABRAS CLAVE: mediación intercultural, atención sanitaria, interacción personal sanitario-paciente, emociones, investigación-acción

1. Introdução. Os limites nas atuações das mediadoras interlinguísticas e interculturais no âmbito de cuidados de saúde

O projeto de investigação-ação desenvolvido pelo Grupo CRIT (Comunicação e Relações Interculturais e Transculturais) entre 2010 e 2014 surgiu da constatação da chamativa desconexão existente entre a realidade profissional das mediadoras interlinguísticas e interculturais no contexto de prestação de serviços de saúde (MILCS)³ e o trabalho dos formadores e investigadores neste campo. Grande parte da investigação tinha vindo a centrar-se na tentativa de determinar como é que se teriam de comportar idealmente as MILICS, ignorando em grande medida a análise das condições e fatores de todo o tipo que determinam o trabalho diário destas profissionais em hospitais e centros de saúde. De facto, esta desconexão entre realidade profissional - investigação e formação

³ Dada a esmagadora maioria de mulheres neste perfil profissional, utilizamos o feminino como género não marcado.

tinha vindo a contribuir de forma direta para manter o desconcerto dos profissionais de saúde, dos utentes e das mesmas MILICS com respeito às funções destas últimas, facto este que incidia, por sua vez, de forma determinante na situação de crise em que se tinha instalado, e continua instalada, a mediação (Raga, 2019).

Como resposta a esta situação, desenvolvemos um projeto de investigação-ação⁴ em que se viram implicados, além dos investigadores, as próprias MILICS, os coletivos de utentes, os profissionais de saúde e os responsáveis institucionais, com a finalidade, entre outras, de obter um acesso o mais direto possível à realidade do trabalho diário das mediadoras, nomeadamente através dos relatórios detalhados que estas realizavam de cada uma das suas intervenções.

Os resultados desse projeto (Grupo CRIT, 2014) concentraram-se, em termos gerais, na tentativa de estabelecer, da forma mais unívoca possível, as funções das MILICS e, em particular, na especificação de uns critérios situacionais objetivos, com base na análise de intervenções reais, que permitam às MILICS avaliar em que circunstâncias e em que medida as suas atuações devem afastar-se daquilo que é estabelecido pelos diferentes códigos deontológicos ou de boas práticas,⁵ em que circunstâncias as MILICS devem afastar-se do ideal de invisibilidade e neutralidade, de modo a desenvolverem estratégias comunicativas concretas que garantam o cumprimento dos objetivos básicos das entrevistas clínicas.

Nesse trabalho analisámos questões como o grau de imparcialidade em situações de conflito de interesses entre os interlocutores, a delimitação de funções quanto ao resto de profissionais de saúde ou a responsabilidade sobre o controle do desenvolvimento das interações. No presente estudo vamos focar exclusivamente aqueles aspetos referentes ao tratamento dos problemas comunicativos gerados pelas diferenças culturais entre os profissionais de saúde e os pacientes de origem imigrante. Em Raga (2014) são analisados os fatores situacionais que legitimam ou aconselham a MILICS a adotar um certo protagonismo, uma certa visibilidade, na abordagem desse tipo de problemas comunicativos. O presente trabalho tenta ir mais além, pois tenta refletir sobre os diferentes tipos de iniciativas comunicativas necessárias nestas situações. No apartado 2

⁴ Na linha de projetos anteriormente desenvolvidos, como o de Angelelli (2004) ou o de Chafosky- Lewy e outros (2018).

⁵ Veja-se a análise detalhada dos códigos que aparece em Baixauli (2014). Entre os códigos deontológicos de interpretação no contexto de cuidados de saúde podemos citar o da California Healthcare Interpreters Association (CHIA) (2002). Entre os códigos deontológicos focados na mediação intercultural, podemos citar o de Verrept e Conue (2016, 2018).

incidiremos sobre os diferentes tipos de problemas de comunicação intercultural observados no contexto de cuidados de saúde, as suas consequências para o desenvolvimento das entrevistas clínicas, e as estratégias comunicativas das MILICS que melhor parecem adaptar-se aos mesmos. No apartado 3 comprovaremos, partindo da análise de intervenções reais de MILICS, o grau de adequação das propostas apresentadas.

2. Tipos de problemas de comunicação intercultural e tipos de estratégias de mediação

A reflexão acerca das diferentes estratégias que podem ser desenvolvidas pelas MILICS, no intuito da resolução de problemas de comunicação intercultural que possam surgir nas diferentes circunstâncias em que se desenvolvem as entrevistas clínicas entre o profissional da saúde autóctone e utentes de origem imigrante, passa necessariamente por algum tipo de atribuição de valores àquilo que conhecemos como cultura, sendo que não é uma tarefa simples, uma vez que aquela se manifesta em todos e cada um dos comportamentos humanos.

Em Raga (2003)⁶ é apresentada uma classificação da cultura comunicativa em dois grandes blocos: a cultura geral (na ausência de uma denominação mais exata) e os padrões de interação comunicativa (PIC). Estes últimos correspondem-se com todos aqueles aspetos dos comportamentos comunicativos que se evidenciam unicamente nas interações face a face, e que acompanham, como os instrumentos de uma orquestra, o instrumento solista da comunicação, a linguagem verbal.

Os PIC abrangem todos os aspetos referentes:

- à distribuição espacial dos interlocutores, a linguagem não verbal: contacto, distâncias, expressão facial, manual e corporal, e olhares.
- à distribuição dos tempos: sequências de conversação e ordem de intervenção.
- à paralinguagem: características sonoras sem valor fonológico, como o volume e a modulação da voz.

⁶ Esta classificação tem, obviamente, pontos em comum com propostas anteriores, como a que alude à distinção, já clássica, entre *eidos* e *ethos*. O *eidos* (ou cosmovisão) corresponde-se com a conceção, mais ou menos normativizada, que uma comunidade tem do ser humano e do mundo à sua volta. O *ethos* corresponde-se com os comportamentos, e os valores a eles associados, que definem o “carácter” de comunidade. Hernández (1999, 36) assinala que a cosmovisão é expressa através da gramática, enquanto o *ethos* é expresso através da pragmática e o resto de mecanismos que regram a função interpessoal.

- à cortesia verbal: quanto e do que falar, em que situações falar verdade ou valer-se da mentira social e quando fazer uso de expressões mais ou menos diretas, e mais ou menos formais.

Estes aspetos comunicativos relacionam-se, aliás, com o grau de distância e assimetria social que se observa entre os interlocutores.

O que denominamos como cultura geral corresponde àqueles comportamentos e objetos relacionados que se podem observar fora da conversa: maneiras de comer, de vestir, de dormir, de rezar, de trabalhar ou de curar; e que estão baseados nas diferentes conceções culturais ou cosmovisões menos explícitas.

Aplicada ao contexto dos problemas de comunicação intercultural, no âmbito dos cuidados de saúde, esta distinção corresponder-se-ia, como assinalam Raga e Sales (2010), por um lado, com aqueles problemas que têm a ver com uma diferente conceção cultural do funcionamento do corpo humano, da saúde, da doença e do processo curativo; e por outro lado, com os problemas relacionados com os diferentes modos de desenvolvimento da interação comunicativa entre o profissional e o utente, com os PIC próprios dos diferentes tipos de entrevistas clínicas.

A questão que colocamos no presente trabalho é se estes dois tipos de problemas de comunicação intercultural podem gerar diferentes consequências para o desenvolvimento das entrevistas clínicas e, principalmente, se devem ser abordados com diferentes estratégias comunicativas por parte das MILCS.

Em princípio, e de maneira geral, importa salientar que, no caso dos cuidados de saúde, os problemas de comunicação intercultural costumam ter origem num comportamento físico ou verbal de algum dos interlocutores, que afetará negativamente o desenvolvimento da ação e a consecução dos objetivos da mesma: o estabelecimento de um diagnóstico e tratamento adequados. Em relação às consequências dos diferentes problemas de comunicação intercultural, é bem conhecida a proposta de Wiseman (2002, p. 209) que afirma que estas podem afetar ou a eficácia ou a adequação da interação, ou ambas. Uma interação comunicativa efetiva é aquela em que são atingidos os efeitos práticos esperáveis. Uma interação comunicativa é considerada adequada quando, para atingir ditos resultados, se faz uso de uns meios expressivos que não afetam negativamente a imagem social dos interlocutores.⁷

⁷ Grande parte dos estudos acerca das consequências dos problemas de comunicação intercultural tem focado o modo como estes geram conflitos interpessoais que afetam a relação dos interlocutores, a imagem social e a identidade. Um exemplo paradigmático neste sentido seria o trabalho de Ting-Toomey (1999).

2.1. Problemas relacionados com as diferentes concepções de saúde e doença

Os problemas relacionados com as diferentes concepções culturais de saúde e doença costumam gerar incompreensão, isto é, parecem exigir um porquê. É verdade que as culturas apresentam um alto grau de universalidade, que são muito mais acessíveis ou inteligíveis entre si do que as línguas. Por exemplo, a nossa perplexidade perante o facto de algumas culturas as pessoas comerem com as mãos, vê-se imediatamente atenuada, relativizada, no momento em que nos apercebemos de que também na nossa cultura consumimos alguns alimentos com as mãos. Porém, existem certos âmbitos, como o referido às diferentes concepções do funcionamento do corpo, nos quais o conhecimento recíproco natural é mais limitado, âmbitos que parecem exigir um conhecimento explícito de determinadas concepções culturais específicas. Por exemplo, um paciente de origem chinesa pode negar-se a que lhe seja realizada uma extração de sangue devido a que a medicina tradicional chinesa considera que a perda de sangue enfraquece enormemente o corpo, já que o sangue, junto com outros fluidos, é o encarregado de que a energia vital, *qi* (pronunciada *chi*), se comunique corretamente entre os diferentes órgãos do corpo (Grupo CRIT, 2009). Neste caso, o trabalho da MILICS deve consistir em explicar ao profissional de saúde e ao utente a concepção cultural em cuidados de saúde dos seus interlocutores com respeito à extração de sangue.

Encontramo-nos, por conseguinte, perante um problema de comunicação intercultural relacionado com diferentes concepções de saúde e doença, que gera uma incompreensão mútua, e que parece exigir uma explicitação dessas diferenças por parte da MILICS. Neste caso, o trabalho desta profissional não difere significativamente da dos profissionais que se enfrentam, por exemplo, à tradução de um romance que trata uma cultura afastada da dos leitores alvo, tendo de introduzir esclarecimentos em notas de rodapé. Isto é, neste caso, podemos falar de mecanismos pragmáticos de transferência informativa, já plenamente assumidos pelos teóricos da tradução.⁸

Contudo, no caso das entrevistas clínicas, uma vez conhecidas as diferentes concepções do utente e do profissional de saúde, pode ainda colocar-se a questão de como enfrentar essa diferença, quem tem de adaptar-se às condições culturais do outro. Noutras

⁸ Veja-se, por exemplo, Vidal (2007) ou Katan (1999).

palavras, além de uma tradução de concepções, pode dar-se mais um passo: o desenvolvimento de ações de aproximação entre ambas as posturas. Estas ações devem ser negociadas e levadas a efeito pelos próprios interlocutores, e o papel das MILICS tem de limitar-se a facilitar o diálogo e, nalgumas ocasiões, propor possíveis vias de solução (Giménez, 2018, pp. 323-328).

No caso de não se resolver o problema da comunicação, os objetivos práticos da entrevista clínica, a sua eficácia, poderia ver-se gravemente afetada. Por outro lado, como veremos mais adiante, todo o problema de comunicação intercultural costuma ter também alguma consequência de tipo emocional. Mas o certo é que nestas situações relacionadas com as diferentes concepções de saúde e doença, as consequências emocionais tendem a ser de desconcerto perante um facto incompreensível, e de constrangimento pelas consequências que possam provocar. Isto é, não costumam implicar um ataque à imagem social dos interlocutores, não é habitual que uma das partes se sinta ofendida pelo comportamento da outra. Por exemplo, se um utente de origem senegalesa a quem se vai realizar uma radiografia se nega a tirar uma pulseira do pulso,⁹ o profissional de saúde poderá considerar que o paciente é desconfiado, mas o seu comportamento não afeta a imagem social dos profissionais de saúde.

2.2. Problemas relacionados com os diferentes padrões de interação comunicativa entre o profissional de saúde e o utente

Os problemas de comunicação intercultural relacionados com os PIC entre o profissional de saúde e o utente de origem imigrante provocam consequências significativamente diferentes às analisadas até aqui. Em primeiro lugar, a homogeneidade ou acessibilidade intercultural a que fazíamos referência anteriormente é significativamente maior nos PIC que a que se observa a respeito das concepções de saúde e doença. Devemos ter em conta que aquilo que diferencia os PIC de diferentes culturas é simplesmente uma questão de graus (Raga, 2005): os interlocutores de uma cultura A costumam posicionar-se uns centímetros mais distantes que os da cultura B, os interlocutores de uma cultura A mantêm mais segundos o olhar que os da cultura B, os da

⁹ Em certas culturas subsarianas é considerado que certos amuletos (*gri-gri*) têm uma influência determinante na saúde de aqueles que os levam, e que não devem deixar de estar em contacto com a pele, nem serem tocados por outras pessoas (Grupo CRIT, 2009; Galanti, 2004).

cultura A fazem silêncios algo mais curtos nas tomadas de vez das interações que os da cultura B, os da cultura A empregam menos mentiras sociais que os da cultura B, etc. Por outro lado, em cada cultura são empregados diferentes PIC, dependendo das características psicológicas dos interlocutores e do tipo de situação social na qual se desenrola a interação; quer dizer, que numa mesma cultura A podem-se observar os mais diversos tipos de PIC. De facto, ao contrário do que acontece relativamente às questões de cultura geral, referentes às diferentes maneiras de comer ou trabalhar, os interlocutores não costumam ser conscientes de que também os PIC diferem de uma cultura para a outra, pois cada cultura adequa de modo diferente estes comportamentos comunicativos (Raga, 2003, pp. 37-43).

Todos estes fatores fazem com que quando, por exemplo, um médico percebe no doente de origem imigrante um trejeito que lhe é estranho, uma interrupção inesperada, um tom de voz exagerado, uma mentira social estranha ou uma rejeição a tratar um determinado assunto, o médico não percebe isto como algo inexplicável, algo que exige um porquê, mas como comportamentos que o incomodam, e até o ofendem, do mesmo modo que lhe seriam incómodos ou ofensivos, se estes fossem realizados por um utente autóctone. Isto é, um determinado PIC problemático, não exige um porquê, um esclarecimento, mas gera diretamente uma emoção negativa, percebe-se como um ataque à própria imagem social. Produz-se, em definitivo, um problema de adequação, que afetará de um modo mais ou menos grave a relação entre médico e utente, e que pode afetar de maneira indireta, a médio ou longo prazo, a eficiência dos cuidados de saúde. Por outro lado, estes problemas de comunicação intercultural relacionados com os PIC podem afetar de maneira imediata a eficácia da entrevista clínica. Por exemplo, um utente de origem chinesa pode mentir ao médico quando este lhe pergunta se ele e a sua família já tomaram a medicação preventiva para a tuberculose, e isto porque na sua cultura de origem, é inaceitável que o doente contradiga o médico. Se o médico detetar a mentira do doente pode interpretá-la como uma ofensa pessoal, e se não for detetada, pode causar graves consequências para a saúde dos doentes e até para a saúde pública (Grupo CRIT, 2009).

Como já foi dito, a principal questão que tentamos abordar no presente trabalho é sobre qual deve ser a estratégia comunicativa que terão de desenvolver as MILICS, ao perceberem que uma determinada diferença cultural a respeito dos PIC pode estar a gerar algum grave problema de comunicação intercultural. A resposta lógica, a das explicações culturais, como no caso das diferentes conceções de saúde e doença, gera agora algumas

dúvidas. Por um lado, estes problemas não são interpretados pelos interlocutores como uma questão de incompreensão, como algo que precise de um esclarecimento. As explicações interculturais acerca dos PIC podem se consideradas pelos interlocutores totalmente desnecessárias, podem perceber-se como um excesso de didatismo por parte das MILCS. É assim que estes problemas de comunicação intercultural afetam diretamente o componente emocional, a imagem social própria que se viu agredida. Nestes casos, como diz Hernández (1999, pp. 164-168), uma explicação racional pode ter um efeito mínimo ou nulo sobre o impacto emocional recebido. Voltando ao exemplo anterior, o facto de o médico ficar esclarecido sobre a mentira social empregada pelo doente com respeito ao seguimento do tratamento, devido a que na sua cultura questionar as decisões do médico seria uma desfeita inaceitável, pode não diminuir de maneira nenhuma a rejeição do médico perante o comportamento do doente e inclusivamente fazê-lo extensivo ao conjunto de compatriotas deste.

A solução alternativa, que exploraremos no seguinte apartado, passa por a MILIC omitir os esclarecimentos (culturais) e pôr em prática, no seu papel de ponte comunicativa, ações que evitem ou minimizem o impacto das diferenças culturais a respeito dos PIC, ações que consistiriam em adaptar o seus próprios PIC ou em tentar alterar os PIC dos interlocutores.

Resumindo o tratado neste apartado, podemos dizer que os problemas de comunicação intercultural relacionados com as diferentes conceções de saúde e doença afetam fundamentalmente a eficácia da entrevista clínica, e exigem que a MILICS ponha em prática estratégias comunicativas apoiadas na explicitação cultural. Os problemas de comunicação intercultural relacionados com os diferentes PIC entre o profissional de saúde e o utente podem gerar graves problemas de eficácia, mas, sobretudo, afetam de maneira direta a adequação social, as emoções dos interlocutores, a sua imagem social, e a relação presente e futura entre os mesmos. Neste último caso, consideramos a possibilidade de que a MILICS empregue estratégias comunicativas alternativas à explicação cultural, estratégias consistentes em ações comunicativas relativas aos PIC, que minimizem ou evitem os efeitos das diferenças culturais dos mesmos. No seguinte apartado, partindo da análise de intervenções reais de MILICS, vamos estudar em que casos se podem empregar estas estratégias comunicativas, e com que limitações.

3. Intervenções em casos reais

Os casos de intervenções de MILICS registados parecem confirmar a ideia de que os problemas de comunicação intercultural relacionados com as diferentes concepções de saúde e doença têm consequências que afetam a eficácia e têm de ser abordados mediante processos de explicação cultural, como se observa no seguinte caso:

Caso 1.¹⁰ Os pais, de origem marroquina, de um recém-nascido, internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, querem levá-lo para casa, perante a incompreensão dos pediatras. A situação fica esclarecida, quando a MILICS explica que o que os pais não querem é que a criança seja alimentada com as doações do banco de leite materno, porque não sabem quem são as dadoras, e, num futuro, a criança poderia cometer o grave pecado de se casar com uma irmã de leite.

No entanto, como já dissemos no apartado anterior, é habitual que, além disso, se observem de forma secundária certos efeitos emocionais, embora não afetem diretamente a imagem social própria dos interlocutores, como se aprecia no seguinte caso:

Caso 2. Uma doente, de origem guineense, que está já há vários dias num quarto do hospital, recusa-se a tomar banho depois de dar à luz. A MILICS percebe que se trata de um tabu pós-parto de carácter cultural, esclarece o facto às enfermeiras, e também explica à doente as práticas próprias da cultura de acolhimento. Finalmente a doente consente em tomar banho.

Este problema podia ter afetado de modos diversos a efetividade da interação, a situação hospitalar da doente e, direta ou indiretamente, a sua saúde e a do seu filho recém-nascido. Também afeta a opinião das enfermeiras sobre a higiene e o civismo da doente.

Relativamente aos problemas de comunicação intercultural relacionados com os PIC entre os profissionais de saúde e os doentes, estes geram consequências que afetam fundamentalmente a imagem social própria dos interlocutores e, portanto, a relação social que se estabelece entre estes. Mas, como se observa no seguinte caso, estas consequências podem também afetar a efetividade da interação:

Caso 3. De cada vez que o ortopedista tenta destapar o doente, de origem argelina, para lhe explicar como tem de colocar a prótese, este volta a tapar-se. A MILICS percebe que o problema consiste no doente não querer ser visto nu por ela. A MILICS decide

¹⁰ Oferecemos uma versão muito reduzida dos relatórios realizados pelas MILICS, limitando-nos aos dados que ilustram de maneira mais relevante o aspeto tratado em cada caso.

afastar-se, até ficar quase fora da sala, e pede ao médico que fale um pouco mais alto para poder continuar com a interpretação. A interação desenvolve-se satisfatoriamente e o doente agradece o gesto.

Este problema podia ter tido, de forma secundária, consequências para a efetividade da interação, já que o comportamento do doente não permitia o trabalho de exploração e explicação do médico. Deparamo-nos principalmente com um comportamento relacionado com a linguagem não verbal, com a nudez, que afeta muito negativamente a imagem social própria do doente. Neste caso, seguindo as propostas apresentadas no apartado anterior, a MILICS opta por evitar a estratégia comunicativa da explicitação cultural, que até podia ter ofendido ainda mais o doente, e enceta uma estratégia comunicativa ativa, baseada em alterar significativamente a sua própria linguagem não verbal, assim como alguns aspetos da paralinguagem, nomeadamente o volume de voz.

Nos seguintes dois casos observam-se situações similares, às quais a MILICS responde também com adaptações dos seus próprios PIC:

Caso 4. O médico emprega palavras que aludem a questões sexuais que, no caso de serem traduzidas ao árabe literalmente, vão perturbar a doente, de origem argelina. A MILIC opta pelo uso de termos eufemísticos em árabe.

Caso 5. A doente, de origem marroquina, encontra-se numa situação muito desconfortável, já que tem de ser examinada pelo ginecologista. A MILICS oferece-se para permanecer ao pé dela durante o exame médico, facto que faz com que a doente se sinta mais sossegada.

No caso 4, relacionado com a cortesia verbal, a MILICS opta por empregar com a doente uma linguagem mais indireta do que aquela empregada pelo médico. No caso 5, relacionado com a linguagem não verbal, com o contacto entre pessoas de diferente sexo, a MILICS oferece-se como participante direta no processo de exploração médica.

Porém, ao contrário do apresentado no apartado anterior, vemos que em determinadas situações as MILICS não podem desenvolver estratégias comunicativas apoiadas em ações comunicativas, em adaptações dos seus próprios PIC, e têm de optar por mecanismos de explicitação intercultural, como se observa no seguinte caso, relacionado com a mentira social, constituinte da cortesia verbal:

Caso 6. a MILICS descobre que o motivo pelo qual o doente, de origem marroquina, não toma os remédios receitados, indispensáveis para a sua próxima intervenção cirúrgica, é que anda a tomar remédios tradicionais do seu país de origem e não quer contar aos médicos por medo à sua reação. A MILICS explica-lhe que a relação entre médico e

doente na cultura de acolhimento não se estabelece nesses termos e que a sua atitude não implicará consequências negativas. Após explicar a situação ao médico, o doente aceita deixar os remédios tradicionais e começa a tomar a medicação receitada.

Trata-se aqui de um problema de comunicação intercultural relacionado com os PIC, que afeta a adequação, a imagem social dos interlocutores, mas que, sobretudo, pode ter consequências dramáticas relativamente a efetividade terapêutica. Neste caso parece evidente que à MILICS só lhe resta valer-se da explicitação de informação. Consideremos mais 2 casos nesta linha, relacionados respetivamente com o conteúdo (componente da cortesia verbal) e com a paralinguagem:

Caso 7. À saída da consulta médica, a doente, de origem marroquina, começa a fazer perguntas à MILICS sobre a sua situação médica, já que, por respeito, não quis perguntar ao médico. A MILICS responde-lhe que ela não está capacitada para responder a estas questões, explica-lhe que na cultura de acolhimento não se considera que as perguntas questionem a autoridade do médico, e contacta com este para tentar que as volte a receber na consulta.

Caso 8. Uma doente de origem chinesa está na sala de partos, e apesar de o seu rosto deixar transparecer a dor, não profere nenhum tipo de gemido, e inicialmente rejeita a injeção epidural. A MILICS explica à médica que na cultura chinesa é considerado desonroso queixar-se durante o parto, e explica à paciente a atitude da cultura de acolhimento relativamente à expressão da dor, e a respeito da injeção epidural. Finalmente, a doente reconhece e exprime abertamente a sua dor e recebe a injeção.¹¹

No caso 7 podemos observar uma dupla estratégia, por um lado a MILICS explica à doente como se gerem os conteúdos, a informação médica, na cultura de acolhimento, e propicia, mediante uma ação comunicativa, que se restitua o diálogo entre os interlocutores. No caso 8 a única estratégia comunicativa disponível para a MILICS é a de um esclarecimento intercultural bilateral.

Assim sendo, deparamo-nos com casos, como (3), (4) e (5), em que a MILICS tem a possibilidade real de atuar sobre os seus próprios PIC, de forma a evitar, ou minimizar, o possível efeito negativo sobre a imagem social do doente, e com casos, como (6), (7) e (8), cujas circunstâncias não permitem esta ação direta das MILICS, e cuja intervenção, sobretudo visando evitar problemas de eficácia, passa por explicar a informação relativa

¹¹ As estatísticas oficiais indicam que as mulheres estrangeiras recebem uma percentagem significativamente menor de injeções epidurais do que as mães nativas (Raga, 2013).

às diferenças entre os PIC dos interlocutores, para que um deles altere algum elemento do comportamento comunicativo.

4. Conclusões e discussão

Os problemas de comunicação intercultural relacionados com as diferenças nas concepções de saúde e doença são, no fundo, problemas ligados ao processo de interpretação linguística, implicam mecanismos pragmáticos de transmissão informativa que consistem em fornecer ao leitor, ou ao interlocutor, aquelas informações contextuais, neste caso de carácter cultural sanitário, cuja carência pode conduzir a um processo inferencial falido (Sperber e Wilson, 1994). Trata-se de estratégias que, embora precisem de habilidades especiais e atitudes comunicativas, estão ligadas, desde um ponto de vista formativo, fundamentalmente à componente do conhecimento. Como já mencionámos, os autênticos desafios neste sentido surgem naquelas situações em que os interlocutores se fecham nos comportamentos próprios das suas concepções de saúde e doença, e é necessário um processo de negociação. Este tipo de situações é menos habitual.

Porém, os dados das intervenções reais apresentados no apartado 3 parecem validar só parcialmente as propostas apresentadas no apartado 2 com relação aos tipos de iniciativas comunicativas que as MILICS devem pôr em prática de modo a abordar os problemas de comunicação intercultural relacionados com os diferentes PIC entre o profissional da saúde e o utente. As intervenções analisadas indicam que este tipo de problemas, que afeta tanto a efetividade como a adequação da interação, costuma ser abordado pelas MILICS mediante uma ação comunicativa que passa pela adaptação dos seus próprios PIC. No entanto, nos casos em que a efetividade da entrevista clínica se vê especialmente afetada, e naqueles em que os PIC dos interlocutores devem ser necessariamente adaptados, o papel das MILICS deve consistir, como no caso dos problemas relacionados com as diferentes concepções de saúde e doença, em explicitar de maneira bilateral as diferenças relativas aos PIC, em ambas as culturas.

Para finalizar, colocamos duas questões relacionadas com o tratamento dos PIC por parte das MILICS que, em futuros estudos, deveriam ser incluídas nas discussões abertas no presente trabalho.

Já vimos que por vezes os problemas de comunicação intercultural gerados por uma desarmonia entre os PIC dos profissionais de saúde e os dos utentes não podem ser

resolvidos ou minimizados mediante uma intervenção ativa, uma adaptação dos seus próprios PIC por parte das MILICS. Quer isto dizer que nestas situações, além dos processos de explicitação cultural, no seu processo de interpretação, a MILIC deve reproduzir todos os detalhes dos PIC dos seus interlocutores? Esta é uma questão especialmente polémica no que diz respeito aos aspetos da linguagem não verbal e à paralinguagem. Alguns códigos deontológicos (Baixauli, 2014) assinalam que, efetivamente, se um interlocutor estiver muito alterado e falar muito alto e com um ritmo muito acelerado, e com uma gesticulação facial, manual e corporal muito enfática, agressiva até, a MILICS deverá reproduzir esta mesma linguagem não verbal e esta paralinguagem enquanto estiver a interpretar as palavras do interlocutor. Segundo o nosso parecer, e em termos gerais, parece não ser recomendável que nestes casos a MILICS contribua com os seus gestos e a sua voz para o clima de tensão que já se está a gerar; gestos e vozes que, por outro lado, os interlocutores percebem diretamente, sem precisar da sua reprodução por parte da MILICS.

Um caso diferente seria o das entrevistas clínicas no contexto dos cuidados de saúde mental, nas quais estes aspetos físicos da comunicação recebem uma especial relevância, e até é aconselhável, nalgumas ocasiões, que o doente perceba mostras de empatia por parte da MILICS. Em qualquer caso, inclusivamente nestas situações, se a MILICS reproduzir elementos extremos da linguagem não verbal e da paralinguagem do doente, é aconselhável que o faça de um modo moderado, evitando tanto a ênfase exagerada como a absoluta neutralidade.

A segunda, e última questão que colocamos para futuros debates tem a ver com aquelas situações em que a MILICS se encontra tanto perante a possibilidade de explicitar as diferenças quanto aos PIC dos utentes, como a de adaptação dos seus próprios PIC. Qual destas duas possibilidades será a melhor opção? Das duas estratégias, qual será a que melhor se adequa aos princípios propostos pelos códigos deontológicos?

Imaginemos a situação, habitual, em que a MILICS realiza uma interpretação entre a língua do doente e a do médico, e este último emprega uma terminologia que a MILICS constata não estar ao alcance do nível educativo do doente. Deve optar por uma ação comunicativa direta e proceder ela própria a introduzir um processo de desterminologização ao mesmo tempo que interpreta para a língua do utente? Ou deve explicar ao médico que a terminologia que está a empregar, se for traduzida à letra, não vai ser percebida pelo utente, sendo conveniente o emprego de uma linguagem mais simples?

É certo que a primeira opção torna invisível o trabalho das MILICS e agiliza o desenvolvimento da interação, além de evitar um excesso de didatismo. Porém, embora deixemos a questão aberta à discussão, os argumentos que apoiam a segunda hipótese parecem ser mais sólidos. Em primeiro lugar, trata-se de processos informativos muito breves, habituais noutras situações, que praticamente não interferem no desenrolar da interação; em segundo lugar, esta segunda opção coloca a responsabilidade da interação sobre aqueles que devem ser os protagonistas da mesma; finalmente, estas intervenções podem servir para precaver o profissional de saúde perante futuras situações similares.

Concluindo, parece que uma das chaves para a evolução no estudo das MILICS se encontra em como abordar os problemas de comunicação relacionados com os PIC. Trata-se de uma questão que precisa de mais investigações práticas, baseadas na análise de intervenções reais, mas também de uma maior reflexão teórica de carácter semiótico acerca do quê e de como comunicam os PIC, do quê e como comunica a cultura.

Referências bibliográficas

- Angelelli, C. V. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baixauli, L. (2014). Los códigos hablan... pero nosotros decidimos. Aportaciones a la práctica de la MILICS desde la deontología profesional. Em Grupo CRIT: *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (pp. 13-49). Granada: Comares.
- California Healthcare Interpreters Association (CHIA) e California Endowment (2002). *California standards for healthcare interpreters: Ethical principles, protocols and guidance on roles and intervention*. Retirado de: http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf
- Chafosky-Lewy, B.; Graham, E.A.; Huong, J.; Wongelemengist, Y.; Lundgreen, K.; Magaña, L.; Mayorga, J.; Abdullahi, A. e Jackson, J.C. (2018). Nosotros somos los puentes: el programa Community House Calls: veinte años de mediación cultural y orientación para refugiados e inmigrantes en un complejo sistema sanitario. Em R. Mendoza, E. Gualda y M. Spinatsch (Eds.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas. Modelos, estudios, programas*

- y práctica profesional. Una visión internacional* (pp. 235-255). Madrid, Díaz de Santos.
- Galanti, Geri-Ann (2004). *Caring for patients from different cultures*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Giménez Romero, C. (2018). Comunidades locales, interculturalismo y potencial de la mediación: la experiencia de un proyecto de convivencia en territorios de alta diversidad. Em A. Mora Castro (Ed.), *Mediación intercultural y gestión de la diversidad. Instrumentos para la promoción de una convivencia pacífica* (pp. 277-235). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Grupo CRIT (2009). *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona, Octaedro.
- Grupo CRIT (2014). *La práctica de la comunicación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares.
- Hernández, C. (1999). *Culturas y acción comunicativa. Introducción a la pragmática intercultural*. Barcelona: Octaedro.
- Katan, D. (1999). *Translating cultures: an introduction for translators, interpreters and mediators*. Manchester: St. Jerome
- Raga, F. (2003). Para un análisis empírico de las interacciones comunicativas interculturales. Em Grupo CRIT: *Claves para la comunicación intercultural. Análisis de interacciones comunicativas con inmigrantes* (pp. 37-87). Castellón: Universitat Jaume I.
- . (2005). *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*. Frankfurt: Vervuert.
- . (2013). Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 3, no 1, pp. 5-17.
- . (2014). Contextualización cultural en mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. Em Grupo CRIT: *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (pp. 91-132). Granada: Comares.
- . (2019). Interlinguistic and intercultural mediation at a standstill: causes and effects. Em E. Di Maria (Ed.), *Health right across the Mediterranean* (pp. 69-82). Génova: Università degli studi di Genova.

- Raga, F, e Sales, D. (2010). El componente cultural en la formación para la interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario. Em M. Carreras e M. E. Pérez (Eds.), *La mediación lingüística y cultural y su didáctica. Un nuevo reto para la Universidad* (pp. 165-192). Bolonia: Bolonia University Press.
- Sperber, D. e D. Wilson (1994). *La relevancia*. Madrid: Visor, 1986.
- Ting-Toomey, S. (1999). *Communicating across cultures*. Nueva York: The Guilford Press.
- Verrept, H. e Coune, I. (2016). *Guide for intercultural mediation in health care*. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Retirado de: <http://www.intercult.be>
- Verrept, H. e Coune, I. (2018). Desarrollo de una guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria en Bélgica. Em R. Mendoza, E. Gualda e M. Spinatsch (Eds.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas. Modelos, estudios, programas y práctica profesional. Una visión internacional* (pp. 5-29). Madrid, Díaz de Santos.
- Vidal Claramonte, M. C. A. (2007). *Traducir entre culturas*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Wiseman, R. L. (2002). Intercultural communication competence. Em W. B. Gudykunst e B. Moody (Eds.), *Handbook of international and intercultural communication* (pp. 207-224). Thousand Oaks: Sage, 2ª ed.