

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA TRADUÇÃO**

Mylene Queiroz

INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Dissertação apresentada à banca de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Tradução, Centro de Comunicação e Expressão, Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de mestre em Estudos da Tradução.

Orientador: Prof. Dr. Markus J. Weininger

Ilha de Santa Catarina
2011

Catologação na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

Mylene Queiroz

INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de mestre em Estudos da Tradução, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos da Tradução

Florianópolis, junho de 2011

Prof^a. Dr^a Andréia Guerini
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Markus J. Weininger
PRESIDENTE

Prof. Dr. Luiz Felipe S. Nobre

Prof^a. Dr^a. Gloria Regina Loreto Sampaio

Prof. Dr. Werner Heidermann
SUPLENTE

Para Kalani

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Markus J. Weininger por ter, desde início, acreditado nesta pesquisa. Minha gratidão por suas entusiasmadas orientações e sábias sugestões no construto deste trabalho.

À minha família por todo carinho e suporte operacional que possibilitaram minha dedicação a esta pesquisa. Um agradecimento em especial ao Heron e a Ana, pelo carinho na revisão e formatação deste trabalho.

Aos Professores Werner Heidermann e Philippe Humblè presentes na ocasião da qualificação, pelos comentários e sugestões.

À Izabel Arocha e aos representantes internacionais da IMIA pelas valiosas informações sobre a situação da interpretação médica em seus respectivos países.

A todos os intérpretes e provedores de saúde que concordaram em participar desta pesquisa.

Às minhas colegas de curso Silvana, Cristiane, Lilian e Márcia pelas sugestões e pelo carinho.

Ao meu amor Benjamin, por tudo.

*Dici si con i occhi
ma no avec la bouche
ridi poi a me tocca
aihme interpretare*

*Prima era pella di oca
ma poi il cuore batte
volo con i pensieri ma no avec la chatte.*

L'interprete – Sabina Sciubba e Didi Gutman

RESUMO

A interpretação em contextos hospitalares é uma atividade em ascensão em muitos países. Os profissionais dessa área, conhecidos como intérpretes-médicos, são pessoas que auxiliam pacientes não-fluentes na língua oficial de um país a comunicar-se com provedores de serviços médicos hospitalares. Ainda que haja um perceptível aumento de pacientes com limites de fluência da língua portuguesa em hospitais brasileiros – em consequência, por exemplo, da presença de pacientes estrangeiros imigrantes ou turistas e, pacientes usuários de línguas de sinais –, a interpretação médica não existe formalmente como uma ocupação institucionalizada no Brasil. No âmbito das pesquisas acadêmicas, a interpretação médica é refletida sob o epíteto *interpretação comunitária* – tema ainda não canonizado nos Estudos da Tradução no contexto brasileiro. No Brasil, estudos sobre interpretação em contextos médicos são praticamente inexistentes. Este trabalho se propõe então, por meio de um levantamento bibliográfico, apresentar alguns dos principais pressupostos conceituais e teóricos que acerbam o tema. Ademais, apresenta elementos da situação brasileira em relação à demanda por interpretação médica qualificada – e compara ao contexto estadunidense, em que a prática da atividade é tradicional e institucionalizada. Com o pressuposto de que a qualidade da interpretação, e, por conseguinte, a qualidade do atendimento médico entre duas línguas e culturas distintas depende de profissionais treinados, o objetivo é apresentar elemento para a criação de currículos voltados à formação de profissionais intérpretes em hospitais do Brasil.

Palavras-chave: Interpretação comunitária, interpretação médica no Brasil, treinamento de intérpretes médicos, currículos.

ABSTRACT

Interpreting in hospital settings is an activity on the rise in many countries. Professionals in this area, known as medical interpreters, help patients who are non-fluent in the official language of a country to communicate with health providers. Despite the growing number of patients with limited proficiency of Portuguese in Brazilian hospitals – resulting, for example, from the presence of foreign patients, immigrants, tourists and deaf and hard of hearing patients using Brazilian Sign Language (Libras) and furthermore, the existence of national health access laws for these patients-, medical interpreting is not a formally institutionalized occupation in Brazil. Within academic research, medical interpreting is reflected under the epithet of community interpreting - a subject not yet canonized in Translation Studies in Brazil. In the country, studies on medical interpreting are practically nonexistent. Through a literature survey, this research presents conceptual and theoretical assumptions on the subject. Additionally, it offers elements of the Brazilian situation regarding the demand for qualified medical interpreters and compares it to the U.S. context, where the practice is a traditional and institutionalized professional activity. Based on the assumption that the quality of medical interpreting, and therefore the quality of healthcare outcomes with two languages and cultures involved depends on trained professionals, the goal of this study is to present elements for the development of curricula aimed at professional interpreter training for Brazilian medical settings.

Keywords: Community interpreting, medical interpreting in Brazil, medical interpreter training, curricula.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espectro conceitual da interpretação (PÖCHHACKER, 2004: 17).....	37
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Frequência de termos relacionados à interpretação médica na internet no Brasil.....	60
Quadro 2 - Frequência de termos relacionados à interpretação médica na internet nos Estados Unidos.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRATES: Associação Brasileira de Tradutores e Intérpretes
AIIC: International Association of Conference Interpreters
APIC: Associação Profissional de Intérpretes de Conferência
EMBRATUR: Empresa brasileira de turismo
FIT: International Federation of Translators
IC: Interpretação comunitária
IMIA: International Medical Interpreters Association
LEP: Limited English proficiency
Libras: Língua Brasileira de Sinais
LPP: Limite de proficiência em português
PUC: Pontifícia Universidade Católica
SINTRA: Sindicato acional de Tradutores
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIBERO: Centro Universitário Anhagera de São Paulo
UNIFRAN: Universidade de Franca
UNIGRAZ: Karl-Franzens-Universität Graz
UNIMEP: Universidade Metodista de Piracicaba
UNINOVE: Universidade Nove de Julho
UNIORP: Centro Universitário de Rio Preto
UNIP: Universidade Paulista
UNISANTOS: Universidade Católica de Santos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA.....	25
1.2	JUSTIFICATIVA.....	27
1.3	OBJETIVOS.....	29
1.3.1	Objetivos gerais.....	29
1.3.2	Objetivos específicos.....	30
1.4	ESTRUTURA DESTE TRABALHO.....	30
2	INTERPRETAÇÃO: ABORDAGENS TEÓRICAS E DEFINIÇÕES.....	32
2.1	INTERPRETAÇÃO E OS ESTUDOS DA TRADUÇÃO	32
2.2	TRAJETÓRIA DOS ESTUDOS DA INTERPRETAÇÃO	33
2.3	DEFINIÇÕES.....	36
2.3.1	Interpretação intrassocial	36
2.3.1.1	Contexto jurídico.....	38
2.3.1.2	Contexto educacional.....	40
2.3.1.3	Contexto Médico-Hospitalar.....	40
2.4	PRÁTICA DA INTERPRETAÇÃO MÉDICA.....	43
2.4.1	Desdobramentos da prática: o uso de tecnologias.....	48
2.4.2	Intérpretes treinados <i>versus</i> intérpretes <i>ad hoc</i>	50
3	COMPARAÇÃO DO ESTADO DO DESENVOLVIMENTO DA INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS....	54
3.1	O CENÁRIO BRASILEIRO.....	55
3.1.1	Pacientes não-falantes de português nos hospitais do Brasil e políticas de acesso linguístico.....	56
3.1.2	Popularidade do termo intérprete-médico (e sinônimos) no Brasil usando ferramentas de busca na internet.....	59
3.1.3	A prática da atividade no Brasil.....	60

3.1.3.1	O atendimento dos pacientes com LPP no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.....	66
3.2	O CENÁRIO ESTADUNIDENSE.....	71
3.2.1	Pacientes com limites de proficiência em inglês nos hospitais dos Estados Unidos e políticas de acesso linguístico.....	71
3.2.2	Popularidade do termo <i>medical interpreter</i> (e sinônimos) nos Estados Unidos usando ferramentas de busca na internet.....	73
3.3	A PRÁTICA DA ATIVIDADE NOS ESTADOS UNIDOS.....	75
4	NECESSIDADE DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO EM INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	79
4.1	PANORAMA MUNDIAL DA DISPONIBILIDADE DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARA INTÉRPRETES MÉDICOS.....	81
4.2	DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO DE GRADES CURRICULARES PARA PROGRAMAS DE TREINAMENTO EM INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	86
4.2.1	Sensibilização e necessidade de parcerias institucionais.....	87
4.2.2	Público-alvo e beneficiados no Brasil.....	87
4.2.3	Requisitos para admissão.....	90
4.2.4	Conteúdo curricular.....	90
4.2.4.1	Das competência necessária para atuação de um intérprete médico no Brasil	91
4.3	SUGESTÕES DE CURRÍCULOS.....	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS...	105
	REFERÊNCIAS.....	107

APÊNDICE A - Questionário A.....	126
APÊNDICE B - Questionário B.....	128
APÊNDICE C - Termo de consentimento.....	130
ANEXO 1 - Código de Ética do Tradutor - Parte integrante dos Estatutos do Sindicato Nacional dos Tradutores – SINTRA.....	132
ANEXO 2 - Código Deontológico da IMIA (adotado em 1987 e revisto em 2009).....	134

1 INTRODUÇÃO

Traços da sociedade brasileira e fenômenos recentes na sua dinâmica – em particular movimentos migratórios, internacionalização (globalização) e o aumento do turismo internacional – geraram novas necessidades, por exemplo, em relação à comunicação verbal. Nestes contextos, um grande número de pessoas precisa discutir e negociar a forma como são tratadas em novos ambientes. As pesquisas que abordam atividades de tradução, especialmente aquelas na esfera da interpretação, representam esses movimentos com bastante propriedade.

O jovem campo de pesquisa em Estudos da Tradução vem expandindo desde o final dos anos 80, quando Holmes apresentou um mapeamento do campo e as primeiras reflexões teóricas sobre o campo disciplinar em seu famoso artigo *The Name and Nature of Translation*, escrito em 1972. Desde então, vários autores contribuíram para a revisão dessas primeiras considerações, bem como para a inserção de interfaces com outras disciplinas, apontando o caráter interdisciplinar do campo (TOURY, 1995; WILLIAMS AND CHESTERMAN, 2002; HATIM & MUNDAY, 2004; TORO, 2007; VANDEPITTE, S., 2008).

Embora incluído em mais recentes propostas de mapeamento do campo disciplinar dos Estudos da Tradução, o tópico indicado no título desse trabalho não pertence, ainda, aos tópicos canonizados nas pesquisas em tradução no Brasil. Como aponta Roberts (1994:127), mesmo a interpretação comunitária (IC) – ou como é conhecida internacionalmente, *community interpreting (CI)* – sendo “a forma de interpretação mais antiga do mundo, a atividade tem sido negligenciada tanto por profissionais como por pesquisadores”.

Lambert (2009:12), em seu artigo *Globalization*, descreve como a interpretação se desenvolveu junto ao processo de internacionalização no século XX² e questiona a que ponto as pesquisas desenvolvidas no campo de estudo em tradução e interpretação têm submetido revisões de suas questões-chave frente a este processo. O autor aponta como algumas pesquisas têm gerado debates acerca dos efeitos da globalização nas interfaces dos Estudos da Tradução enquanto disciplina, a exemplo do trabalho de Snell-Hornby, em 2006: *The Turns of Translation Studies*, o qual chama atenção para novos tópicos na área dos Estudos da Tradução que surgem especialmente a partir da década

2 Ver também PÖCHHACKER (2006:196)

de 1990 como, por exemplo, comunicação não-verbal, gênero, novas modalidades de interpretação e efeitos de tecnologias e globalização. Ainda no mesmo artigo, Lambert lembra que

[...] a redefinição de interpretação como uma profissão internacional pode ser vista como uma das interessantes inovações em tradução.³ e ainda que “a revolução social na interpretação em bases comunitárias está diretamente conectada ao conhecido e, com frequência, politicamente embaraçoso fenômeno migratório mundial, o qual quase todos os políticos tendem a explicar apontando para as tendências econômicas desde o advento da globalização (p.12)³.

Frente à afirmação de Lambert, parece claro que, no mundo contemporâneo, o advento da interpretação em bases comunitárias é bastante simbólico e nos lembra claramente do fato de que a internacionalização hoje não está ligada somente às elites. A internacionalização atinge muito mais do que poucos privilegiados para tornar-se um fenômeno diário para muitas pessoas o que tem levado os serviços de tradução e interpretação a se tornarem mais democráticos e afetarem um número maior de pessoas, revelando o valor do papel do tradutor-intérprete na sociedade globalizada⁴.

1.1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA

Em alguns países, a garantia de que o acesso a certos serviços públicos não se restrinja parcial ou integralmente por motivos relacionados a limites de proficiência na(s) língua(s) oficial(is) do país é estabelecida por lei. Austrália, Brasil, Nova Zelândia, Canadá, Estados Unidos são exemplos de países que estabelecem o direito a um intérprete aos usuários de setores públicos que têm limitação para

3 “The redefinition of interpreting as an international profession may be accepted as one of the interesting innovations in translation” (...) “the social revolution in community interpreting is directly connected to the well-known and often politically embarrassing phenomenon of worldwide (and European) migration, which almost all politicians tend to explain away by pointing to economic trends since the advent of globalization”

4 A questão da democratização e o uso diário da tradução foram discutidos por algumas publicações no campo disciplinar dos Estudos da Tradução (LAMBERT, 2001).

comunicar-se na língua oficial do país. A história do desenvolvimento das leis de acesso à linguagem é distinta em cada país, já que respondem às demandas de diferentes contextos e conjunturas.

Na Austrália, movimentos étnicos a favor dos povos nativos australianos foram condutores mais decisivos no desenvolvimento de leis de acesso à linguagem, enquanto que, nos Estados Unidos, movimentos migratórios conduziram a formação de leis desse tipo. No Brasil, a lei assiste os não-falantes de português a fim de que se comuniquem em cenários jurídicos; no entanto outros cenários, tais como os educacionais (com certas exceções no par de línguas libras-português) e médico-hospitalares, ainda estão à margem das atenções tanto de iniciativas institucionais como na investigação científica sobre a temática.

No contexto internacional, trabalhos produzidos acerca do campo dos Estudos da Tradução ao longo dos últimos anos indicam como e por que a modalidade de interpretação comunitária (IC) vem ganhando espaço e se tornando uma importante interface do campo disciplinar (*cf. The translator, Meta, The Critical Link*). A interpretação comunitária enquanto prática remonta à antiguidade⁵, mas muitos autores acreditam que ela só ganhou campo enquanto disciplina acadêmica em 1995, na primeira conferência “*Critical Link*”, no Canadá. (*cf. PÖCHHACKER, 2004; RUSSO, 2004; WILLIAMS e CHESTERMAN, 2002*). No Brasil, investigações científicas sobre a interpretação feita em bases comunitárias são praticamente inexistentes – com exceção de alguns estudos sobre interpretação/tradução juramentada –; todavia tais reflexões fazem pouco uso de conceitos e definições que permeiam a bibliografia existente em interpretação comunitária.

O que se observa é que, independente das reflexões teóricas e metodológicas bem como das iniciativas político-institucionais para fomentação de práticas que visem à diminuição de impactos negativos causados por barreiras linguísticas e culturais, a interpretação em bases comunitárias acontece diariamente em vários países. O objeto de estudo desta pesquisa é então a emergência da interpretação comunitária em contextos médico-hospitalares no Brasil.

Um estudo chamado *Global Report on interpreting*, desenvolvido por Marjory Bancroft (2005), mostrou por que diversos países fazem uso das várias modalidades de interpretação. Segundo este estudo, a

5 A questão da democratização e o uso diário da tradução foram discutidos por algumas publicações no campo disciplinar dos Estudos da Tradução (LAMBERT, 2001).

Austrália é o país com os maiores avanços na prática profissional em interpretação. O país conta com o *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*, que avalia e credencia intérpretes e tradutores de várias modalidades em todo o país.

O estudo também aponta que a emergência de interpretação comunitária é, em geral, impulsionada por movimentos migratórios – em países como os Estados Unidos, o Canadá e países da Europa – e por movimentos sociais pelos direitos de povos nativos, como aconteceu a princípio na Austrália com os povos aborígenes e atualmente em países da África. Embora esse estudo aponte uma demanda por IC na América Latina – dado às suas características multiculturais e multilíngues – o campo da interpretação (tanto na prática como na pesquisa) está, em geral, concentrado em interpretação de conferências (BANCROFT, 2005). No Brasil, para fora do âmbito de pesquisas em interpretação para conferência, pesquisas na área de tradução e interpretação em línguas de sinais passaram, especialmente a partir da metade dos anos 1990, a abordar questões-chaves para o desenvolvimento de um campo de atuação profissional, como por exemplo questões relacionadas à formação de intérpretes (PEREIRA, 2010).

1.2 JUSTIFICATIVA

A necessidade de estudos sobre interpretação comunitária no Brasil pode ser facilmente identificada por meio de uma investigação nas produções bibliográficas nacionais sobre o tema. A produção de trabalhos acadêmicos sob o epíteto “interpretação comunitária”, com exceção de pouquíssimos recentes trabalhos (QUEIROZ, 2009; RODRIGUES, 2010), é inexistente.

Meu interesse pela problemática surgiu em 2007, quando de regresso ao Brasil, depois de quase uma década vivendo nos Estados Unidos. Por metade desse tempo trabalhando como intérprete-médica num hospital da região de Boston, deparei-me não só com a inexistência de intérpretes preparados para trabalhar em hospitais e com o desconhecimento público sobre a necessidade de tal serviço como a carência de reflexões sobre o tema no âmbito dos Estudos da Tradução. As sondagens iniciais que ocorreram informalmente, em conversas com provedores de saúde (médicos, enfermeiros, administradores de instituições médico-hospitais), durante a elaboração do projeto de

pesquisa que deu origem a esse trabalho, gerou a hipótese de que grande parte das instituições brasileiras ligadas à prestação de serviços da saúde ainda não está preparada para atender à demanda de pacientes não-falantes da língua portuguesa de forma competente. Estas instituições, como recorrente em muitos países, contam, na maioria das vezes, com a ajuda de funcionários bilíngues (no caso do inglês e espanhol) ou com amigos e familiares do paciente. O caso mais grave é de pacientes falantes de linguagens periféricas (cf. Linn, 2006). De Sena França e Milton (2001), apontaram que muitas vezes, é necessário convocar ajuda de representantes de consulados internacionais.

A troca de informação médica com o uso de intérpretes não-treinados é tema de muitos estudos interessados em questões relativas a barreiras linguísticas em âmbitos médico-hospitalares. Tais estudos revelam que o processo de atendimento, de afetividade médico-paciente e de tratamento ficam comprometidos podendo até mesmo colocar em risco a saúde do paciente (BOWEN, 2000; KU e FLORES, 2006; ERTL E PÖLLABAUER, 2010; SCHILLINGER, 2004; JOINT COMMISSION, 2010).

Muito embora a oferta de currículos para a formação de tradutores e intérpretes tenha sido ampliada nas últimas duas décadas, haja vista a expansão da demanda por serviços de tradução e interpretação no Brasil (cf. BARBOSA, 2004; 2009), a temática “interpretação comunitária” parece estar completamente excluída dos currículos existentes no país.

Este trabalho se justifica não só pela necessidade de abrir um campo de investigações numa das subáreas dos Estudos da Tradução no Brasil, mas pela responsabilidade que o campo de pesquisa tem de interferir em questões do mundo contemporâneo que envolvem diretamente seu objeto de estudo. A democratização da tradução já tão comentada por alguns autores (LAMBERT, 2001), assim como sua integração e valorização, depende das interconexões possíveis não apenas o plano teórico (PÖCHHACKER, 2010), mas das interconexões institucionais entre pesquisa, ensino, profissão (BARBOSA 2009:14).

O direito de acesso integral à saúde, por exemplo, um direito básico postulado no artigo 25 na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, da ONU (cf. ONU 2010) é negligenciado frequentemente no Brasil. E embora as causas estejam quase sempre ligadas a questões econômicas, o acesso integral à saúde é muitas vezes comprometido por questões de barreiras linguísticas.

Situações de encontros médico-interlinguísticos são cada vez mais rotineiras em hospitais do país. Nos últimos anos, hospitais e

clínicas das grandes capitais brasileiras tiveram um aumento significativo de pacientes estrangeiros de diversas nacionalidades (HOSPITALAR, 2010). Porém, não existe registro que revele a maneira como esses encontros que cruzam línguas e culturas distintas são intermediados: se há pessoal disponível e se são treinados para mediar encontros entre os profissionais de serviços hospitalares e pacientes com limitações para comunicar-se em português. É esperado que as situações de encontros médico-interlinguísticos ficarão ainda maiores durante os eventos internacionais de esportes, Copa do Mundo e Jogos Olímpicos, agendados para acontecerem no Brasil em 2014 e 2016 respectivamente. Segundo a EMBRATUR, a previsão é de que 8 milhões de turistas estrangeiros de diversas nacionalidades venham para o Brasil em 2014, e esse número deve ser ainda maior em 2016⁶.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivos gerais

a) Dada a carência de um campo profissional em interpretação médica no Brasil o primeiro objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento para documentar a demanda atual por intérpretes médicos e a forma como são atualmente atendidos os pacientes com limites linguísticos em alguns hospitais do país.

b) Propor diretrizes para a criação de currículos de formação em interpretação médica no Brasil. Devido à inexistência de propostas curriculares para formação de intérpretes-médicos, o segundo objetivo desta pesquisa é propor diretrizes que auxiliem a criação e implementação de currículos voltados para a formação de intérpretes médicos no Brasil. Nesse sentido, serão abordadas questões sobre a aquisição de competências necessárias para a prática da atividade.

6 <http://www.copa2014.org.br/noticias/4514/EMBRATUR+ANUNCIA+CAMPANHA+INTERNACIONAL+PARA+PROMOVER+TURISMO.html>

1.3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos desse trabalho são:

- a. Contribuir com a produção de trabalhos acadêmicos em Estudos da Tradução na subárea “interpretação comunitária”.
- b. Apresentar definições e conceitos utilizados nos atuais debates acadêmicos sobre o tema.
- c. Entrevistar instituições provedoras de serviços de saúde no Brasil.
- d. Oferecer um panorama da interpretação médica em diferentes países, em especial nos EUA, onde a atividade é institucionalizada, e comparar com a situação brasileira.
- e. Sugerir passos concretos para a institucionalização da interpretação médica no Brasil por intermédio de recomendações para a criação e fomentação de currículos para programas de treinamento de interpretação médica.

1.4 ESTRUTURA DESTE TRABALHO

Esse trabalho está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o objeto investigado e aborda a necessidade de execução de investigações sobre o tema no Brasil.

O segundo capítulo situa o objeto de estudo no grande mapa que compõe os Estudos da Tradução e, por meio da revisão da bibliografia disponível acerca do tema, apresenta os diferentes paradigmas que abordam a interpretação como atividade tradutória bem como as definições conceituais que permeiam a interpretação em contextos intrassociais. O foco logo recai para a interpretação em contextos médico-hospitalares – objeto desta pesquisa – e das situações que se impõem na rotina de um intérprete, ou seja, os elementos que estão implicados na sua prática. O tipo de serviço prestado e competências necessárias para exercer a função são questões levantadas.

O capítulo terceiro trata da situação atual no contexto brasileiro e discorre sobre elementos como a demanda e conjunturas político-sociais que promovem ou restringem o surgimento da profissão de intérpretes-médicos. Dado o limite de tempo que impõe uma dissertação de mestrado, este trabalho foca apenas na demanda dos grandes centros brasileiros. Como contraponto, o capítulo discorre sobre os elementos conjunturais que permitiram o surgimento e a atual situação da interpretação médica nos Estados Unidos. A experiência de mais de duas décadas desse país e os elementos que estimularam (ou restringiram) o surgimento de um campo para intérpretes-médicos profissionais bem como a qualificação da sua prática, sugerem questões a serem analisadas cuidadosamente durante o processo de estruturação de campo para intérpretes médicos no Brasil.

O capítulo quarto traz um panorama das principais ofertas curriculares em interpretação médica no cenário mundial e, com atenção às necessidades do contexto brasileiro, lança mão de um projeto elaborado numa parceria entre acadêmicos e profissionais de universidades e instituições de saúde europeias, que indica diretrizes para criação e implementação de currículos de treinamento em interpretação médica.

Finalmente, o quinto capítulo sumariza os resultados deste estudo e propõem sugestões para a realização de pesquisas futuras - fundamentais tanto para a inauguração de um campo de atuação profissional para intérpretes como para a integração e valorização da interpretação comunitária no âmbito dos Estudos da Tradução.

2 INTERPRETAÇÃO: ABORDAGENS TEÓRICAS E DEFINIÇÕES

Este capítulo se dedica a situar a prática de interpretação em contextos hospitalares no âmbito dos Estudos da Tradução e como ela é então definida. Para fazê-lo, discorrer-se-á sobre a trajetória da interpretação e o modo como foi abordada desde a sua formação enquanto campo disciplinar.

2.1 INTERPRETAÇÃO E OS ESTUDOS DA TRADUÇÃO

O verbo *interpretar*, do latim *interpres*, denota a ação daquele que explica o significado. Franz Pöchhacker definiu interpretação como uma “forma especial de tradução” ou ainda como “uma forma de tradução na qual a apresentação inicial e final no outro idioma é produzida na base da apresentação única de um enunciado do idioma de partida⁷” (2004:11).

Antes de debruçarmo-nos sobre esse e os demais capítulos, é importante esclarecer que esta pesquisa não se ocupará da extensa e já conhecida discussão sobre tradução *versus* interpretação⁸.

A fim de aproximar a interpretação ao âmbito dos Estudos da Tradução, parte-se de um pressuposto da *translatologia*, o qual entende a interpretação como *forma* de tradução em que o texto da linguagem-fonte é apresentado apenas uma vez e, sendo assim, com pouca chance de correção e revisão (KADE, 2009).

O estudo da *translatologia* se dedica a dar um enquadramento teórico à correlação intrínseca entre tradução e interpretação. Correia (1996: 3) descreve que:

perante a diversificação crescente e o aumento exponencial da procura de serviços nesta área, ao binômio tradutor-intérprete, institucionalizado no nível da formação e exercício profissional, vem

7“...a form of translation in which the first and final rendition in another language is produced on the basis of a one time presentation of an utterance in a source of language...”

8 Discussões sobre o tema podem ser encontradas em HOLZ-MÄNTTÄRI (1984) SCHÄFFNER (2004), KADE (2009).

juntar-se uma terceira modalidade do ‘agir translatório’⁹, representada pelo consultor para assuntos interculturais; embora não se materialize na produção de textos orais ou escritos, a sua atividade pode contribuir de forma determinante para o êxito da interação comunicativa envolvendo representantes de culturas diferentes [...]”.

Ao se partir deste pressuposto, não se está, todavia, desprezando que existem diferenças entre tradução e interpretação. Como apontado por Gile (2004:10), as disparidades entre tradução e interpretação existem (trajetória histórica, focos de pesquisa, ambiente acadêmico), mas “fenomenologicamente elas compartilham a mesma base e recentes desenvolvimentos estreitaram a lacuna entre os seus ambientes e focos¹⁰”.

No próximo item, abordar-se-á brevemente, então, a trajetória da interpretação enquanto disciplina acadêmica e sobre algumas abordagens/focos de pesquisa na área.

2.2 TRAJETÓRIA DOS ESTUDOS DA INTERPRETAÇÃO

Embora a interpretação seja uma prática humana antiga, a atividade não recebeu atenção científica até o início do século XX. Uma mudança significativa foi percebida quando Paul Mantoux interpretou negociações entre os líderes aliados na Conferência de Paz de Paris, em 1919, após o fim da Primeira Guerra Mundial. As primeiras iniciativas de treinamento em interpretação consecutiva e as primeiras pesquisas em interpretação e intérpretes estão associadas a este contexto (PÖCHHACKER, 2004). Face à necessidade de comunicação internacional nas décadas posteriores, novas instituições de treinamento sistemático em interpretação foram se desenvolvendo. Na década de 1950, organizações profissionais como a FIT (*International Federation of Translators*) e a AIIC (*International Association of Conference*

9 Conceito de Justa Holz-Mänttari (apud CORREIA, 1996:3), “*Constitui um aprofundamento da Skopostheorie, na base de uma teoria geral da ação, a sua proposta obedece ao intuito de redefinir e alargar o perfil do tradutor na sociedade dos nossos dias, de modo a conferir-lhe o estatuto mais amplo de especialista para a comunicação transcultural*”.

10 “...phenomenologically, they share a deep common basis and recent developments have also narrowed the gap between their environments and foci.”

Interpreter) estabeleceram-se como um corpo profissional com membros associados de várias partes do mundo (PÖCHHACKER, 2004).

Diferentemente da tradição em pesquisas sobre tradução, na qual os autores de importantes trabalhos na área eram pensadores sobre o tema e não necessariamente traduziam, os primeiros textos sobre interpretação foram produzidos por intérpretes e instrutores de interpretação. Esses primeiros textos estão vinculados, portanto, a uma necessidade didática e profissional sem intenção, num primeiro momento, de ser pensada enquanto disciplina acadêmica. Desta maneira, as contribuições teóricas e conceituais sobre tradução são mais antigas do que aquelas sobre interpretação (GILE, 2004).

Em sua obra *Introducing Interpreting Studies*, Franz Pöchhacker faz uma revisão sobre tradições de enfoques de pesquisa ou paradigmas,¹¹ que emergiram do campo dos estudos da interpretação desde os anos setenta, quando a interpretação se estabeleceu como um campo de pesquisa acadêmica. Pioneiramente, nos anos 70 e 80, Seleskovitch e Lederer, ambas da *École Supérieure d'Interprètes et Traducteurs*, postulavam a interpretação não como uma operação nas línguas e entre elas, mas como um processo de criação de sentido baseado no conhecimento, o que foi chamado pelos autores de *Interpretative Theory of Translation* ou *IT Paradigm*. Em seguida, entre o final da década de 1970 e a década de 1990, Moser-Mercer e Gile – e, logo após, Fabbrò e Gran – aspiravam outros padrões de pesquisa científica. Esses autores abordavam a interpretação com foco no processo cognitivo que a envolve e incluem conceitos e métodos de outras disciplinas, particularmente das ciências cognitivas e da neurolinguística. Pöchhacker o chamou de *Cognitive Processing and Neurolinguistic* ou *CP and NL Paradigms*.

Saindo do foco da atividade mental do intérprete, surge, no fim dos anos oitenta, um novo enfoque, preocupado em estabelecer uma análise mais sistemática do contexto situacional e sociocultural, o chamado *Target-text-oriented translational-theoretical* ou *TT Paradigm*. Vermeer e Reiss (1984/2000), inspirados no trabalho de Kade (1968), formularam a Teoria do Escopo, em alemão *Skopostheorie*. Esta abordagem funcional sugere que o tradutor/intérprete produza um texto novo que satisfaça as expectativas culturais dos receptores alvo de textos

¹¹ Pöchhacker usa a noção de paradigma de Tomas Kuhn: suposições básicas, modelos, valores e métodos compartilhados por membros de uma dada comunidade científica (cf. Pöchhacker, 2004, 2010).

e crie um texto que funciona para servir de forma consistente um determinado propósito (*skopos*), uma intenção comunicativa compatível com a do original. Assim, desde que seja fiel ao escopo do texto, o tradutor tem liberdade para produzir um texto novo e autêntico. A partir desta concepção, o tradutor não é somente um reproduzidor do texto, mas se autoriza na produção de um novo texto. Outra preocupação deste paradigma tem sido a forma como as partes comunicativas interagem a partir de suas posições socioculturais (PÖCHHACKER, 2004).

Cecile Wadensjö, “pouco satisfeita com resultados da revisão cursiva da literatura sobre teoria da tradução, dedicou-se em superar a visão predominantemente ‘monológica’ do ‘texto’ e propôs então uma perspectiva no discurso orientado pela interação (*DI paradigm*), com ênfase na função do contexto e dinâmicas de interatividade e comunicação cara a cara” (PÖCHHACKER, 2004: 79). Wadensjö influenciou os estudos da tradução ao apresentar este novo paradigma centrado no discurso dialógico baseado na interação.

Embora este paradigma se inspire num discurso sociológico e sociolinguístico ele compartilha com a abordagem teórica de tradução orientada para o texto alvo (TT) o interesse dos funcionalistas com a (inter) ação e mediação, e o interesse por normas translacionais como manifestadas no discurso e em fontes extratextuais tais como o código de ética da profissão¹². (PÖCHHACKER, 2004:79).

A inspiração para o surgimento das pesquisas em interações dialógicas a partir da década de 80 está ligada às novas necessidades sociais criadas pela ampliação do fluxo de imigrantes em países em desenvolvimento e do aumento do reconhecimento dos direitos de povos falantes de línguas minoritárias que encontravam dificuldade para acessar serviços públicos e barganhar direitos. Foi neste contexto que, em alguns países, a interpretação comunitária ganhou visibilidade.

A demanda por serviço de interpretações no nível dialógico está em ascensão em vários países (BANCROFT, 2005). Ainda assim, se comparado ao caso da interpretação de conferência, a profissionalização e reconhecimento do intérprete comunitário é muito menos evidente,

¹² Although it takes its inspiration from sociological and sociolinguistic discourse studies rather than translation theory, the DI paradigm shares with the TT both the functionalists’ concern with (inter) action and mediation, and interest in translational norms as manifested in actual discourse and extra-textual source such as professional codes of ethics.

mesmo nos dias de hoje. Como se poderá ver, a interpretação dialógica, diferente da interpretação em conferências internacionais, ocorre no nível local, comunitário, intrassocial, na definição de PÖCHHACKER (2004).

2.3 DEFINIÇÕES

Existem muitas controvérsias acerca da definição do tipo de interpretação que ocorre no nível intrassocial. Diferentes terminologias revelam como cada contexto usa e entende a modalidade. Neste subitem, descrever-se-á como a interpretação intrassocial é definida nos trabalhos produzidos no campo dos Estudos da Tradução e situar-se-á uma de suas subcategorias, que é objeto de estudo desta pesquisa: a interpretação médica.

2.3.1 Interpretação intrassocial

O tipo de interpretação que ocorre nos cenários intrassociais difere do de conferência em contexto, situação social dos participantes envolvidos no diálogo, propósito do encontro, etc. (NISKA, 2002; PÖCHHACKER, 2004).

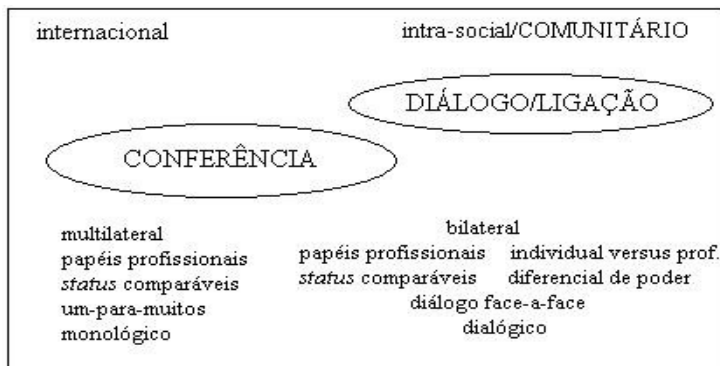


Figura 1 - Espectro conceitual da interpretação¹³

¹³ Conceptual spectrum of interpreting (Pöchhacker, 2004:17, figure 1.2)

A figura de PÖCHHACKER (2004) sugere algumas diferenças do espectro conceitual da interpretação intrassocial e internacional. Interpretação comunitária, social, cultural, de ligação, ou ainda de serviço público são alguns dos termos usados para alcinhar a atividade dos intérpretes que atuam em interações de diálogos intrassociais, especialmente os que ocorrem em encontros em que os participantes negociam direitos e deveres. Cada uma das terminologias, como sugere Urpi, (2009), Bavlay *et al*, (2007) tem suas próprias conotações, e atendem as perspectiva que cada sociedade tem sobre o papel do intérprete.

Segundo a definição de Shackman (*apud* BOWEN, 2000), o *intérprete comunitário* é responsável em facilitar a comunicação entre profissional e cliente, com diferentes *backgrounds* e percepções, numa relação desigual de poder e conhecimento.

Outras definições para este modo de interpretação são encontradas na bibliografia disponível: interpretação de serviço público é usada no Reino Unido (CORSELLIS, 2005), enquanto que, no Canadá, dá-se preferência ao termo interpretação cultural (ABRAHAM & ODA, 1998). Na Itália, segundo RUSSO (2004), um “*mediatore (inter)culturale*”, é um imigrante treinado que já reside no país por bastante tempo.

Na definição de ROBERTS (1998:2), um intérprete comunitário se diferencia dos demais tipos de intérpretes porque:

I) intérpretes comunitários servem primeiramente para assegurar o acesso a serviços públicos, e é então provável que seu trabalho esteja ligado a contextos institucionais; II) eles estão mais aptos para interpretar interações de diálogos do que discursos; III) rotineiramente interpretam ‘de’ e ‘para’ ambas ou mais línguas faladas no âmbito de trabalho; IV) a presença do intérprete fica muito mais evidente no processo de comunicação do que as interpretações de conferência; V) um número de línguas, sendo muitas delas línguas minoritárias, que não são a língua o em nenhum país, são interpretadas no nível comunitário, diferentemente do número limitado de línguas falado em trâmites do comércio e diplomacia internacional feita por intermédio do intérprete acompanhante ou de conferência; e VI) o

intérprete comunitário é frequentemente mencionado como um “advogado” ou “mediador” cultural, função esta que vai além do tradicional papel neutro do intérprete.

Em geral, as análises sobre interpretação se dão em três diferentes contextos: jurídico, educacional e médico-hospitalar.

2.3.1.1 Contexto jurídico

Entre os cenários institucionais em que há necessidade do trabalho de um intérprete comunitário o cenário jurídico seja talvez o mais conhecido (PÖCHAHAKER, 2004:36). A classificação de interpretação em âmbitos jurídicos como uma das categorias da interpretação comunitária é um tema ainda controverso e divide opiniões de pesquisadores da área (HREHOVČÍK 2009; ROBERTS, 2002).

No Brasil, pode-se dizer que a interpretação que acontece em âmbito de atividades legais e comerciais por meio de um tradutor público comercial, também chamado de tradutor juramentado, é a que mais se aproxima da definição intérprete comunitário (DE SENA FRANÇA E MILTON, 2001). A obrigatoriedade da tradução juramentada em nosso país está prevista pelo artigo 18 do Decreto nº. 13.609, de 21/10/19432. A literatura brasileira sobre traduções jurídicas não é muito vasta, mas importantes trabalhos foram publicados por autores como Aubert *et al.* (2005:1). Entende-se por tradução juramentada:

[...] a tradução de texto – de qualquer espécie – que resulte em um texto traduzido legalmente reconhecido como uma reprodução fiel do original (com fé pública). Esta característica de fidelidade, por sua vez, significa que, por meio de tal tradução, o texto original, expresso em um idioma estrangeiro, torna-se capaz de produzir efeitos legais no país da língua de chegada e, ainda, que tal tradução é correta, precisa, exaustiva e semanticamente invariante em relação ao original (obviamente, dentro dos limites dos meios de expressão disponíveis nas respectivas

língua/culturas que se confrontam no ato tradutório específico).

Convém lembrar que o texto muitas vezes é um enunciado verbal como sugere a alínea *c* do artigo 17 da regulamentação da profissão no país:

[...] interpretar e verter verbalmente em língua vulgar, quando também para isso forem nomeados judicialmente, as respostas ou depoimentos dados em juízo por estrangeiros que não falarem o idioma do País e no mesmo juízo tenham de ser interrogados como interessados, como testemunhas ou informantes, bem assim, no foro extrajudicial, repartições públicas federais, estaduais ou municipais [...].

Segundo NOBILE (2006:11), a tradução jurídica “não possui uma teoria própria pacificamente estabelecida”. E citando Šarcevic complementa que:

[...] no passado, tanto linguistas quanto advogados tentavam aplicar teorias de tradução geral a textos jurídicos, dentre as quais a Teoria de Equivalência de Situação de Catford, a Teoria de Correspondência Formal de Nida, e mais recentemente, a Teoria do Escopo de Vermeer.

Mais recentemente, o trabalho de Novaes Neto (2011), aborda conceitos como linguagem e cultura e o papel do intérprete em contextos jurídicos brasileiros.

Vale lembrar que no Brasil, embora reconhecido como tradutor e intérprete juramentado, o conteúdo da prova do concurso nacional para recrutar profissionais avalia somente aptidões linguísticas conforme estabelece o artigo 5º que obedece à Lei 13.609/43, regulamentada na Instrução Normativa nº. 84/2000 do Departamento Nacional de Registro do Comércio – NRC. Não há indicação da necessidade de habilidades em técnicas em interpretação, frequentemente necessárias em interpretação em âmbitos jurídicos.

Com exceção do código de ética profissional do tradutor criado pelo SINTRA (ver anexo 2), não há no Brasil um código de ética com

especificações para a atividade em contextos jurídicos, tornando o documento passível de ambiguidade e arbitrariedades.

2.3.1.2 Contexto educacional

A demanda por serviço de interpretação comunitária é comum também em contextos educacionais. Neste âmbito, a interpretação de língua de sinais se mostra como uma das mais significantes na esfera da interpretação comunitária (PÖCHHACKER, 2004: 14).

No Brasil, é no par de línguas libras-português que a presença do intérprete em contextos educacionais é mais expressiva. A demanda por intérpretes de LIBRAS ocorreu posterior a 2002, quando foi sancionada a Lei Federal nº. 10.436 que garante o acesso dos usuários de libras ao uso integral a serviços públicos.

Além disso, de acordo com o censo escolar, entre 2007 e 2009, estudantes imigrantes de várias nacionalidades totalizaram de 38 mil somente na rede pública (Revista Escola, 2010). O acesso à comunicação é um desafio não somente para alunos que precisam se adaptar a um novo idioma e com as configurações socioculturais nas escolas, mas para os pais que acabam se distanciando da vida escolar dos filhos. Não há, todavia, nenhum indicador de que instituições de ensino no Brasil façam uso de serviços de intérpretes para línguas estrangeiras.

2.3.1.3 Contexto Médico-Hospitalar

Depois de instituições legais e educacionais, a maior demanda por intérpretes comunitários vem das instituições médico-hospitalares (PÖCHHACKER, 2004). Como sugere uma coletânea de trabalhos editados por Whaley (2000), existe muita complexidade no encontro entre profissionais da saúde e pacientes (que, como lembra o autor, “somos todos nós”), em comunicar e entender uma explicação sobre doença – e essa complexidade se intensifica nos casos em que há barreiras linguísticas. Nesses casos, é necessário então a presença de um terceiro que media a comunicação. Em muitos contextos, esse mediador é chamado de *intérprete-médico*.

Dentre os vários cenários institucionais nos quais o intérprete comunitário atua, as instituições médico-hospitalares são de fundamental importância. Na literatura, termos tais como intérprete de cuidados da saúde, intérprete de hospital e intérprete-médico são encontrados. O termo intérprete médico (*medical interpreter*) é mais utilizado.

Os intérpretes-médicos, já bastante conhecidos em países como os Estados Unidos e Austrália, são indivíduos que acompanham o paciente no hospital e participam das interações entre esses e os provedores da saúde. Essas interações se dão tanto em departamentos clínicos – tais como consultórios, salas de exames, salas cirúrgicas como em ambientes administrativos como os setores de cadastro, serviço social, financeiro, etc. O intérprete precisa estar seguro então para interpretar desde questões que envolvem terminologia médica (científicas e técnicas) em suas diversas especificidades, questões de ordem administrativa que envolvem padrões de atendimento de um sistema de saúde, até as questões pessoais que envolvem a confidencialidade do atendimento.

Foram os intérpretes médicos que, no final dos anos 80, formaram a primeira organização profissional de interpretes comunitários fora do domínio judicial (*cf.* PÖCHHACKER, 2004; PÖCHHACKER E SHLESINGER, 2007).

Com base na revisão bibliográfica, pode-se afirmar que o trabalho seminal em interpretação médica no campo dos Estudos da Tradução é o de Cecília Wadensjö, de 1992, no qual a autora relata os resultados de uma pesquisa sobre o papel do intérprete em encontros médicos entre representantes de instituições públicas suecas e seus clientes russos. Desde então, muitos trabalhos sobre o tema têm sido abordados por pesquisadores da área em diferentes periódicos acadêmicos (*Critical link*, *Meta*, *The translator*).

A comunicação interlinguística em encontros médicos também foi levantada em alguns trabalhos realizados na literatura biomédica. Yvan Lanza (2007), em seu artigo *Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers*, indica como muitos estudos nessa área se preocupam em observar de que maneira as barreiras linguísticas e culturais ameaçam na funcionalidade do processo de atendimento e procedimentos médicos em termos de tempo e custos, (como também sugere HAMPERS *et al*, 1999), na aderência e continuidade ao tratamento médico e até mesmo em erros de diagnóstico.

Grande maioria das pesquisas realizadas sobre o tema concorda que a prática da interpretação comunitária em cenários médico-hospitalares vai além da mera função de tradução linguística para auxiliar profissionais da saúde e pacientes a lidar com diversas questões de diferenças culturais e institucionais (ANGELELLI, 2004). Dados empíricos resultantes de uma investigação liderada por Pöchhacker e Kadric (1999) apontam que profissionais da saúde de alguns hospitais de Viena esperam que o intérprete faça mais do que traduzir. A expectativa de que o intérprete auxilie para além das palavras surge tanto do lado do paciente quanto do provedor de saúde. Ambos os lados esperam que o intérprete explicita, por exemplo, questões culturais e de políticas institucionais. Destarte, o processo de comunicação faz uso não somente de componentes orais, escritos e visuais, como também sociais e culturais (crenças e valores).

Clarificar diferenças culturais e administrativas não depende somente das habilidades bilíngues do intérprete. O enfoque conceitual da *translatologia*, segundo o qual a “operação tradutiva deixa de ser vista principalmente como uma transcodificação linguística e passa a ser valorizada na qualidade de interação complexa, cujo objetivo último está em assegurar a comunicação entre indivíduos ou grupos culturalmente diversificados” (CORREIA, 1996:1) é, em grande amplitude, compatível com as características da mediação entre pacientes e provedores de saúde.

Ainda que as ponderações feitas por pesquisas acadêmicas acerca do papel do intérprete em bases comunitárias sejam ainda bastante controversas (dado especialmente à diversidade de variáveis que estão envolvidas: relação de poder, visibilidade, neutralidade, ética, conjunturas políticas, administrativas, sociais), o papel do intérprete comunitário tem sido desenhado independente dessas ponderações, por meio, por exemplo, de associações profissionais, que criam códigos de ética e conduta e documentos com sugestões de padrões de prática que são passadas para aspirantes de intérpretes por meio de programas de treinamento.

A multiplicidade dessas variáveis também dificulta a elaboração de currículos e mesmo a receptividade do conteúdo curricular pelos aspirantes a intérpretes. Boa parte dos primeiros intérpretes a serem recrutados para trabalhar em hospitais dos Estados Unidos, por exemplo, foram imigrantes, residentes do país por certo período de tempo que passaram a auxiliar pacientes, geralmente de seu mesmo grupo étnico. Nesse sentido, o trabalho de associações profissionais, como a IMIA nos

Estados Unidos, foi e tem sido decisivo para a definição de requisitos e qualificações educacionais para intérpretes-médicos nos EUA.

A minha experiência prática como intérprete-médica nos Estados Unidos e, desde 2009, como representante da IMIA no Brasil me permite olhar de uma posição privilegiada e ousar abrir um campo de reflexão sobre a problemática no Brasil.

Na próxima seção, discorre-se sobre as questões acerca da prática em interpretação médica.

2.4 PRÁTICA DA INTERPRETAÇÃO MÉDICA

Para alcançar o segundo objetivo geral dessa pesquisa, ou seja, propor um currículo para formar intérpretes que atendam à demanda brasileira, é necessário entender os aspectos que se impõem na atuação do intérprete, sejam eles de ordem técnica (proficiência linguística, por exemplo), sociopolítica (os fatores legais envolvidos em cada país) ou cultural (a concepção de medicina para cada povo). Como veremos, incidem tanto fatores linguísticos, como situacionais/ambientais, inter- e intrapessoais (cf. Dean & Pollard, 2001:5). Mais adiante, a análise da prática no contexto estadunidense servirá como parâmetro para entender o contexto brasileiro e contribuir para possíveis soluções.

É necessário salientar que o uso do termo “prática” não se refere aqui ao conceito de *prática* (*práxis*) como utilizado, por exemplo, pela sociologia, pela antropologia cultural ou pela pedagogia. O termo, neste trabalho, refere-se meramente ao exercício de uma função que pode, ou não, ser institucionalizada.

CAMBRIDGE (2004: 49) sinalizou algumas situações que se apresentam na rotina da prática da interpretação comunitária: as configurações do cenário, as dificuldades de prever o montante de trabalho, a baixa remuneração e as dificuldades de ordem linguística.

Diferente de outras ramificações da atividade de interpretação, os intérpretes-médicos precisam lidar rotineiramente com atmosferas carregadas de emoção e linguagens emocionais como brincadeiras, linguagens dúbias, piadas, humor negro, ironias. São detalhes que, em contextos de saúde, são definitivamente tanto do interesse do provedor de saúde – por serem indicadores do estado físico e mental do paciente – como do paciente, que também deve ter acesso ao que acontece na interação da qual participa. Nesse sentido, a participação ativa e as

estratégias de gerenciamento do fluxo de comunicação (*turn-taking*) por parte do intérprete são essenciais (BAHADIR, 2009:31). Ademais, intérpretes-médicos precisam estar atentos a comunicações não-verbais emitidas pelas partes que são igualmente importantes no processo comunicativo (FELGNER, 2009: 45)

Algumas atmosferas podem oscilar bastante dependendo do local onde se passa a interação. Em consultórios, as interações podem ser mais brandas, no sentido emocional, do que em salas de emergência ou unidades de tratamento intensivo.

As situações que envolvem saúde mental, por exemplo, são bastante comuns na rotina hospitalar e podem se tornar um desafio ainda maior para alguns intérpretes, tanto pela atmosfera emocional em torno da consulta, como no uso de técnicas de interpretação: pacientes em surto psicótico, por exemplo, têm dificuldade de organizar o tempo e o sentido de enunciados. Nesse caso, a técnica de interpretação usada pelo intérprete-médico precisa ser praticamente simultânea.(RID, 2007; NEWLAND, 2002)

Intérpretes comunitários geralmente não podem prever o montante de trabalho que lhes espera. Muitos trabalham durante a noite e aos fins de semana e, com muita frequência, precisam atender chamados urgentes em que o tempo de deslocamento e o caráter urgente da chamada dificultam a possibilidade de qualquer planejamento e investigação prévia.

A baixa remuneração e a falta de suporte institucional, especialmente em contextos nos quais o campo profissional ainda não está definido (PÖCHHACKER, 2004: 163), constroem não apenas o ingresso de novos intérpretes, mas o interesse de intérpretes que já estão em atividade em tomar parte em pesquisas e participar de eventos.

Do ponto de vista linguístico, Cambridge (2004) relembra que as interações entre provedores de saúde e clientes de *backgrounds* muito diferentes são permeadas de constantes mudanças de registro, e o uso de dialetos e linguagens idiossincráticas podem colocar intérpretes em situações constrangedoras. Mediar em contextos culturais totalmente diferentes significa transmitir enunciados que são ou podem parecer rudes.

Questões de gênero também podem se tornar um desconforto tanto para pacientes (Joint Commission, 2005:26) como para intérpretes. Para as intérpretes mulheres de alguns *backgrounds* culturais, consultas que envolvem estupro ou abuso infantil podem ser especialmente desafiadoras (CAMBRIDGE, 2004). Além disso, pode ser uma ameaça

para alguns intérpretes mediar uma consulta íntima em que o paciente é do sexo oposto ao seu.

Administrar o fluxo da interação, advertir as partes (nesse caso provedores de saúde e pacientes) sobre como proceder e arranjar a configuração espacial da interação também faz parte da rotina da interpretação em organizações da saúde. Embora seja necessário que todas as partes assumam responsabilidades para que se alcance sucesso em interações interpretadas como aponta Ozolins e Hale (2009), muitos provedores não estão treinados para trabalhar com intérpretes, tendendo a colocar todo o foco no intérprete e diminuir a afetividade com o paciente. A inexperiência de provedores em interações interpretadas é tema que tem sido gradativamente incluído em pesquisas científicas. Provedores que desconhecem diferenças culturais podem desprezar importantes implicações médicas para o paciente (ROBERTS, LW. At al, 2008; VALERO-GARCÉS, 2010).

Para ilustrar peculiaridades da prática de interpretação em encontros médicos descrevo algumas situações que fizeram parte da minha rotina enquanto intérprete médica no par de línguas português-inglês num hospital do Estado de Massachusetts.

As diferenças de ordem sociocultural junto às características da estrutura sociojurídica que determinam a conduta médica do país, expressas pelo código de ética médica, são as mais desafiadoras, pois, se por um lado, o intérprete é visto como mediador cultural, por outro, ele deve seguir os preceitos legislativos estabelecidos pelo país onde atua. Como mera ilustração da complexidade de uma situação corriqueira de interpretação médica, descrevo, a seguir, duas das situações que me ocorreram quando iniciei minha atuação como intérprete médica que incluem alguns desafios citados anteriormente.

a) Internação involuntária: Recebi uma chamada para interpretar o atendimento de uma jovem cabo-verdiana que falava muito pouco inglês e havia se apresentado pouco antes no departamento de triagem do hospital. A responsável pelo atendimento médico pronunciou que a paciente seria encaminhada para internação no departamento psiquiátrico. Ao interpretar o enunciado, a paciente ficou espantada e falou que algo estava errado, pois havia vindo ao hospital apenas para tratar de uma dor de cabeça. Continuei transmitindo os enunciados entre a pessoa responsável pela consulta e a paciente. Pouco depois de algum tempo entendi que a paciente havia comentado durante a triagem que, visto que sua dor de cabeça estava muito forte, havia ingerido cerca de dez analgésicos. Para a legislação do estado de Massachusetts, o relato

da paciente sobre quantidade de analgésico ingerido em conjunto com a resposta positiva da paciente diante da tradicional pergunta feita em muitas consultas em hospitais americanos – “alguma vez em sua vida você já pensou em se matar?” – foi o suficiente para decretar a sua internação involuntária. Ao enfim entender que por lei ela não poderia voltar para sua casa onde a esperava sua mãe idosa totalmente dependente, a paciente tornou-se inconsolável e hostil. Os gritos da paciente dificultavam ainda mais a interação e, por mais que eu tentasse clarificar as circunstâncias ou mesmo advogar pela paciente, a lei estava imposta e nada iria mudar os fatos até que todos os procedimentos fossem tomados. Esse encontro foi marcado por desafios de ordem técnica e emocional. A atmosfera conturbada de ruídos hostis e a constante permuta de registros entre paciente e corpo médico precisavam ser transmitidas quase simultaneamente. O esclarecimento ao paciente sobre as questões jurídico-administrativas que estavam decidindo a situação foram pronunciadas por diversos funcionários, ainda que muitas vezes de maneira hostil e não direta: “*she lives in this country she should know how things work around here*”. Para quem foi esse enunciado em terceira pessoa, para mim ou para a paciente?

b) A forma da honestidade: a chamada foi para interpretar uma consulta de retorno entre um oncologista e uma brasileira. Esta consulta estava sendo custeada por meio de um programa de saúde pública e se limitava a cobrir apenas os custos de diagnóstico. Custos e marcação de quaisquer consultas de tratamento que pudessem surgir posteriormente ao diagnóstico não faziam parte dessa consulta. Coincidentemente eu havia acompanhado as primeiras consultas da paciente: seu histórico era um nódulo que precisava ser avaliado.

Contato entre intérpretes e pacientes antes da consulta deve ser evitado, mas a disposição espacial do consultório não me dava escolhas senão sentar próximo à paciente na sala de espera. Durante esse tempo, a paciente fazia comentários sobre sua vida e seu estado psicológico. Ela comentou que estava em depressão devido ao retorno da filha ao Brasil e à falta de dinheiro decorrente da demissão do seu esposo.

Pouco depois a paciente foi chamada para a consulta que iria avaliar os resultados dos exames de imagens feitos para diagnosticar o tipo de nódulo. Em menos de cinco minutos, o médico olhou todos os exames e concluiu friamente: “seu nódulo se trata de uma neoplasia maligna já bastante desenvolvida. Seu tratamento deve começar imediatamente, então eu recomendo que marquemos uma cirurgia e sessões de quimioterapia o mais rápido possível. A senhora pode ir para

casa pensar, mas não é bom que se espere muito para tomar uma decisão”. A paciente esperava atenta por minha voz. Depois de segundos de silêncio e criada uma atmosfera de apreensão tomei fôlego para reformular não o conteúdo, mas a forma como eu iria entregar o diagnóstico para a paciente. Arbitrariamente eu pensava que o registro do médico precisava ser mudado e se fosse possível eu escolheria alertar a um membro da família antes de passar os resultados para a paciente, como sugere o artigo 59 do capítulo V do código de ética médica do Brasil. No entanto estávamos nos Estados Unidos, e o código de ética a ser cumprido era o americano, o qual expressa a honestidade e a privacidade do diagnóstico. A menos que pacientes tenham assinado anteriormente um consentimento autorizando que informações a respeito da sua saúde fossem entregues a um representante, informações médicas são protegidas por lei federal naquele país, por isso dadas de forma clara, direta e honesta diretamente para o paciente.

Escolher entre cumprir com a premissa de honestidade prevista no código de ética médica americana sem sentir que iria deixar a paciente ainda pior em seu estado emocional foi intensamente desafiador. Como delimitar o meu trabalho de intérprete nesse momento, que me parecia mais do que interpretar um diagnóstico? Além disso, como alertá-la sobre os custos (nada baixos para alguém sem seguro de saúde) que ela iria enfrentar a partir de qualquer procedimento de tratamento? Essa questão não iria ser abordada pelo médico por que não é esse seu papel.

Embora intérpretes comunitários em geral sejam frequentemente apontados como mediadores, a pesquisa de Bolden (2000) aponta para a possibilidade de o intérprete colocar em risco a qualidade do tratamento médico quando assume o papel de mediador entre médicos e pacientes. No entanto, seria possível passar uma mensagem completa e com precisão sem transmitir o tom emocional do conteúdo da mensagem, sem de alguma maneira, implicar meus princípios pessoais? Deve o intérprete, diante de algumas situações, tornar-se efetivamente visível e advogar pelas partes?

Esses exemplos mostram claramente que a atividade de interpretação médica exige, para além de uma simples decodificação linguística, um preparo formal capaz de instruir competências e técnicas profissionais.

Para essa pesquisa, a exposição da dinâmica de interpretação serve para apresentar o quão multifacetada pode vir a ser a tarefa de um intérprete num cenário hospitalar onde exatidão e bom-senso tornam-se premissas que se chocam constantemente.

Avery (2001:11) relembra que “o papel do intérprete médico envolve um conjunto de habilidades e expectativas complexas praticadas num cenário que é social, cultural e politicamente complexo – tanto no nível interpessoal como no institucional”. Definir o papel do intérprete não é tarefa fácil, pois envolvem conceitos complexos centrais nos Estudos da Tradução: neutralidade e visibilidade.

Embora esses conceitos evoquem uma reflexão extremamente importante na viabilização da profissão, não há espaço nessa pesquisa para abordar o tema com devida extensão. Discussões sobre o tema em interpretação médica podem ser encontradas em Metzger, 1999; Angelelli, 2004 (a) (b), Kaugert e O’neil, 1990; Rudvin, 2003; Anderson, 2007; Pöchhacker, 2004; Leanza, 2008.

Pouco a pouco outras técnicas e modos vão sendo incorporados à prática de interpretação exigindo ainda mais habilidades do intérprete. Competência no uso de ferramentas tecnológicas é atualmente essencial para a atuação de intérpretes em cenários médico-hospitalares.

2.4.1 Desdobramentos da prática: o uso de tecnologias

Outro aspecto importante da prática de interpretação tem a ver com a natureza da situação comunicativa. O uso de tecnologia de comunicação (telefone, vídeo, etc.) proporcionou a prática da interpretação remota (PÖCHHACKER, 2004: 21; ANDRES e FALK, 2009: 9, NISKA, 2005: 56). Ou seja, o interprete não mais necessariamente deve atuar no mesmo ambiente onde ocorre o encontro.

O uso de tecnologias de comunicação em serviços de interpretação é utilizado desde antes da década de 70. Em 1973, a Austrália disponibilizou serviços de interpretação gratuita via telefone em duas de suas cidades: Sidney e Melbourne. Na década de 80, o programa se estendeu a outras cidades e atualmente atende todo território australiano (KELLY, 2008).

Nos EUA, os serviços de interpretação via telefone iniciaram na década de 80. A partir dos anos 90, o aumento de imigrantes no país, a baixa de preços de ligações de longa distância e o acesso a serviço de ligações gratuitas (*toll-free*) favoreceram a ascensão de um grande número de empresas interessadas no ramo.

Serviços de interpretação remota por telefone auxiliam, por exemplo, a demanda de hospitais com extensas áreas físicas implicando,

às vezes, o tempo de mobilidade do intérprete. Auxiliam também eventuais demandas por intérpretes de idiomas raros, aqueles que o hospital não mantém no seu quadro de funcionários.

Além disso, há significantes vantagens financeiras do ponto de vista do provedor e do cliente: os custos de serviços de interpretação via telefone são bem menores em relação aos custos implicados em manter funcionários intérpretes em turnos integrais. (WADENSJÖ, 1999: 2; ANDRES e FALK, 2009)

Kelly (2008: 83) menciona a existência de uma ampla discussão na comunidade de intérpretes a respeito da efetividade da qualidade da interpretação feita por meio de telefone. Na opinião de Wadensjö (1999), a presença física do intérprete não decide sobre qualidade da interpretação em termos da adequação e exatidão da tradução, já que independente do modo de interpretação utilizado. Esses aspectos estão relacionados à habilidade do intérprete em trabalhar com línguas e a certo conhecimento do assunto.

Baseado em trabalhos anteriores que enfatizam a necessidade das partes prejudicadas (clientes) por uma audiência atenta, o trabalho de Wadensjö (1999) questiona como essa necessidade pode ser atendida na interpretação local e na remota via telefone. Em suas entrevistas com envolvidos em encontros interpretados, três aspectos foram colocados em questão com respeito à interpretação remota: confidencialidade, sentimento de exclusão ou, ao contrário, de envolvimento em relação ao evento compartilhado e comunicação não-verbal.

Os aspectos confidencialidade e envolvimento na interpretação remota por telefone são vistos tanto como uma vantagem, quando clientes preferem que os intérpretes não os vejam; como desvantagem, quando há preocupação do cliente de que o intérprete pode reconhecê-lo, enquanto eles, por sua vez, não podem identificar o intérprete.

O sentimento de exclusão foi ilustrado por Wadensjö (1999) com o exemplo de um encontro entre provedores médicos psiquiatras e refugiados traumatizados em que a intérprete se recusou a trabalhar via telefone por conta do seu próprio bem-estar. Ela se sentia desolada ao desligar o telefone depois de escutar os depoimentos traumáticos. Para ela, estar incluída no local do evento, junto aos médicos, facilitava lidar com seus próprios sentimentos de desamparo.

A ausência da parte não-verbal da comunicação (como postura, gestos, olhares) é apontada como uma desvantagem quando se trata da interpretação via telefone – especialmente para compreender o que se fala em baixa voz, ou com um sotaque distinto. Quando a fala é

desarticulada, e intérpretes não podem visualizar gestos e movimentos das outras partes, isso também pode causar confusões forçando intérprete a pedir por repetição e conseqüentemente gerar interrupção do fluxo da conversa. Por outro lado, um interlocutor atento (nesse caso o médico ou provedor de saúde) pode compensar essas desvantagens informando o intérprete quando há comunicação não-verbal significativa.

Com o desenvolvimento de novas pesquisas e novas tecnologias de informação é provável que o uso do telefone seja pouco a pouco substituído pelo uso de tecnologias de vídeo. Um monitor de imagem possibilita a interação visual, inexistente no encontro via telefone. Além disso, essa opção possibilita benefícios financeiros por proporcionar baixos custos, como divulga o departamento americano de saúde e serviços humanos (HHS).

As particularidades que fazem a prática da interpretação médica uma atividade multifacetada exige que o intérprete esteja preparado para enfrentar multitarefas e impõem a necessidade do uso de intérpretes treinados.

As reflexões acerca da definição da profissionalização da prática de interpretação médica estão quase sempre ligadas a distinções feitas em mediações realizadas por um intérprete treinado e àquela realizada por um intérprete *ad hoc* (MIKKELSON, 2004), ou seja, um mediador bilíngue (membro familiar, amigo, profissional da saúde, voluntários e até mesmo crianças) que interpretam o diálogo entre paciente e provedor de saúde.

2.4.2 Intérpretes treinados *versus* intérpretes *ad hoc*

O termo treinamento, utilizado nesta pesquisa, é tradução do termo *training*, amplamente utilizado nas pesquisas em estudos da interpretação. Portanto não se limita ao termo ‘treinamento’, utilizado na gestão de recursos humanos, definido como “um processo educacional de curto prazo, aplicado de maneira sistemática e organizada, em que as pessoas adquirem conhecimentos, atitudes e habilidades em função de objetivos definidos” (CHIAVENATO, 1997:523), já que, como será visto posteriormente, os treinamentos em interpretação médica variam em tempo, intensidade e objetivos.

Um considerável número de artigos científicos e institucionais chama a atenção para importância do uso de um intérprete treinado nos encontros médicos como forma de evitar a troca de informação equivocada entre as partes, o que poderia acarretar riscos à saúde do paciente (SCHLEMMER e MASH, 2006; ANGELELLI, 2004 (a) (b), BISCHOFF, 2003; FLORES, 2003; ERTL E PÖLLABAUER, 2010, PÖCHHACKER & KADRIC, 1999). A seção anterior, que tratou da prática da interpretação, ilustrou situações recorrentes durante encontros médicos em que se cruzam diferenças linguísticas e culturais e dado a sua natureza complexa necessitam do domínio de certas competências. Habilidades consideradas necessárias para profissionais intérpretes foram enumeradas com detalhamento em pesquisas de análise de função feita nos Estados Unidos (PSI, 2010; CCHI, 2010). Niska (2005: 59) lembra que além de competências linguísticas e educacionais, as tarefas implicadas na prática de interpretação comunitária exigem competências “socioculturais e psicológicas relacionadas ao contexto da interpretação, *status* dos participantes, propósito do encontro, normas sociais e regras relacionadas ao comportamento do intérprete, ética profissional, etc.”

Além disso, o uso de ferramentas tecnológicas como interpretação remota, banco de dados, coleta de informação (GORJANC, 2009; JURKO, 2009) adicionam novas facetas na prática de interpretação.

Programas de treinamento, com objetivo de qualificar profissionais, devem então considerar esses fatores em seus currículos.

Embora o uso de intérpretes treinados seja frequentemente associado à qualidade do atendimento ao paciente com barreiras linguísticas, fatores como falta de legislação, custos, conscientização, inexistência de programas de treinamento e de código de prática e ética forçam muitas instituições de saúde a utilizarem intérpretes *ad hoc*, i.e., sem treinamento específico.

Bischoff and Hudelson (2010) apontam um número de países que ainda usam intérpretes sem treinamento entre eles Áustria, Alemanha, Noruega, Reino Unido, Irlanda, Austrália, Estados Unidos, Canadá e África do Sul.

Segue um exemplo utilizado por Flores (2006:2) para ilustrar comunicação equivocada dado ao uso de intérpretes *ad hoc*:

Um residente que auxiliava o atendimento de uma criança de dois anos com a clavícula quebrada, e seu irmão que haviam caído de um triciclo interpretou as palavras em espanhol *se pegó* (se machucou) como *a girl was hit by someone else* (alguém bateu na garota). A interpretação equivocada levantou a suspeita de abuso, e os dois

pacientes foram mantidos por 48 horas na custódia de proteção a crianças.

Em outro artigo, Flores (2006: 1) ilustra o caso de um paciente latino de 12 anos acompanhado de sua mãe (que não falava inglês) atendido na emergência de um hospital americano onde o médico, que falava um pouco de espanhol, resolveu conduzir o diálogo com a mãe e o atendimento ao garoto sem o uso de um intérprete. A mãe descreveu os sintomas do filho usando a palavra “*mareado*” (em espanhol) para indicar que o filho estava tonto. O médico voltou ao paciente e pediu confirmação de que a mãe estava dizendo que ele estava amarelo (confundindo-se com *amarillo*, em espanhol). O garoto recorreu à mãe para também confirmar a informação: “é verdade que eu estava amarelo?” (*¿Es que si me vi amarillo?*). A mãe responde: Estavas parecendo tonto, pálido (*Estaba como mareado, como pálido.*). O paciente interpretou de volta ao médico: “Eu estava como paralisado, algo assim” (*Like I was like paralyzed, something like that.*).

Exemplos como esses evidenciam como interpretações equivocadas podem resultar num atendimento médico sem qualidade e em última instância verdadeiras tragédias. Outros exemplos de encontros médicos interlinguísticos mediados por intérpretes *ad hoc*, podem ser encontrados em Meyer 1998, Pöchhacker e Kadric, 1999.

Para definir intérpretes *ad hoc*, serão utilizadas quatro categorias. As três primeiras categorias foram sugeridas por Bischoff and Hudelson (2010: 3): a) funcionários bilíngues, b) amigos e familiares do paciente, c) intérpretes voluntários sem treinamento e d) intérpretes contratados (por exemplo, como *freelancer*), como os chamados *medical concierge*, que não possuem treinamento específico.

No caso, com relação ao uso dos tipos a, c e d, há mais possibilidade de que haja algum tipo de familiaridade com terminologia médica, conhecimento do sistema administrativo e alguma percepção de diferenças culturais – que de qualquer forma não garantem a qualidade da interação como ilustrado nos exemplos usados por Flores (2006). Na categorização do tipo b, ou seja, membros da família e amigos do paciente, além da possibilidade de conhecimento em terminologias médicas diminuir, existe o fator da afetividade entre paciente e intérprete. Pacientes tendem a ocultar sintomas e preocupações na presença da família (MARTÍR e WILLIS, 2004). O contrário acontece quando a família precisa interpretar alguns diagnósticos para pacientes (GILBERT, 2005).

Diferentemente dos treinamentos dirigidos à interpretação de conferência e consecutiva em cenários internacionais que existem desde o início do século 20 e que estão em grande número envolvidos com ensino superior desde os anos 80, há pouca disponibilidade de cursos formadores de intérpretes comunitários, especialmente no caso de idiomas minoritários.

A disponibilidade de cursos é ainda menor quando se trata de formar intérpretes para atuarem em contextos médico-hospitalares (ANGELELLI, 2004 (a), AROCHA, 2009; PÖCHHACKER, 2004; ERTL e PÖLLABAUER, 2010, BANCROFT, 2005).

Os cursos de treinamento para intérpretes-médicos são, em geral, oferecidos por agências que também contratam serviços de interpretação médica ou pelas próprias organizações usuárias de intérpretes (hospitais) (ROBERTS, 1998). Em alguns contextos, treinamentos voltados para interpretação comunitária estão articulados com ensino superior, contudo, questões ligadas aos requisitos para admissão de alunos e o conteúdo ainda são bastante controversas. (HAMERIK e MARTINSEN, 1998; RUSSO 2004; DE SENA FRANÇA e MILTON , 2001; HREHOVČÍK, 2009).

As dificuldades para promover e padronizar currículos tem a ver entre outros fatores com a complexidade da função.

A preocupação com riscos envolvidos no uso de interpretação *ad hoc* incita, ainda que embrionariamente, o surgimento de um corpo de investigações no campo de Estudos Tradutológicos, interessados por questões pedagógicas que envolvem a formação de intérpretes comunitários (DE PEDRO, 2010).

O próximo capítulo aborda características da situação atual da interpretação comunitária nos contextos brasileiro e americano: aspectos da conjuntura social e política de cada contexto, que contribuem para o aumento da demanda por serviços de interpretação comunitária em instituições médico-hospitalares, e como estes aspectos influenciam na profissionalização da atividade e impulsionam cursos de treinamento bem como o desenvolvimento de pesquisas na área.

3 COMPARAÇÃO DO ESTADO DO DESENVOLVIMENTO DA INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS

A demanda por intérpretes comunitários é intensa em todo o mundo. Movimentos migratórios de trabalhadores e refugiados, políticas de inclusão de grupos minoritários são elementos que contribuem para o aumento dessa demanda até mesmo em países onde não há tradição de serviços de interpretação comunitária (NISKA 2005: 59; BANCROFT, 2005).

No entanto, na maioria dos países, há ainda muita dificuldade de profissionalização. Isso ocorre, em parte, por falta de legislações linguísticas, códigos nacionais de ética e normas de conduta para orientar a prática e disponibilidade de programas de treinamento para intérpretes médicos, mas principalmente por falta de conscientização dos riscos implicados no uso de interpretação não-qualificada em encontros médicos (PÖCHHACKER, 2004).

Enquanto em alguns países, como Estados Unidos e Austrália, a prática da interpretação médica já é institucionalizada; em outros, a prática é ainda um mero ato de auxílio, muitas vezes voluntário, desencadeado por uma necessidade de comunicação. Nos países sul-americanos, por exemplo, a atividade é embrionária, sua institucionalização inexistente e desconhece-se, até o momento, qualquer alternativa curricular para a formação de intérpretes comunitários.

A institucionalização da prática de interpretação em contextos comunitários depende do grau de evolução da profissão em cada país, que, por sua vez, depende de mecanismos político-legais que respaldam certos direitos, como políticas linguísticas e de inclusão social.

O próximo item discorre sobre a situação brasileira em relação à demanda por intérpretes em contextos médico-hospitalares e aos aspectos sociojurídicos do país que respondem a essa demanda.

A situação atual da prática da atividade nesses contextos foi analisada por meio de dados divulgados por instituições de saúde na mídia nacional e estadunidense. Também foram utilizados relatos anedóticos de representantes de algumas instituições que entraram em contato por meio de *e-mails*. Além disso, uma pesquisa executada com a aplicação de questionários a funcionários do Hospital Universitário

revela como se procede no atendimento a pacientes com limites de proficiência em português (LPP).

3.1 O CENÁRIO BRASILEIRO

Os traços culturais e sociais do Brasil foram e são delineados por estrangeiros que imigram para cá desde o século XVIII. Com menos impacto demográfico do que o imigrante do século XX, muitos imigrantes ainda escolhem o Brasil para montar suas residências. Ao mudar de país, o acesso à língua seja talvez uma das grandes barreiras a ser vencida, já que direitos e deveres são negociados por meio da comunicação.

O acesso à língua é também fundamental para outros tantos cidadãos brasileiros que dependem de outras línguas para se comunicar. Algumas comunidades indígenas e usuários de libras são exemplo desses cidadãos. No entanto, fala-se muito pouco sobre como pessoas que não falam português acessam serviços públicos e privados oferecidos essencialmente em português.

Diferente de outros países onde a atividade de interpretação médica já está estabelecida formalmente, ela ainda não existe de forma constitucionalizada e reconhecida no Brasil (DE SENA FRANÇA E MILTON, 1999, PAGANO, 2010). O número de pesquisas que abordam a interpretação comunitária em geral no Brasil, como definida pela bibliografia em que essa pesquisa se apoia, é reduzido se comparado com aquelas que abordam a interpretação de conferência.

Ainda que, como veremos nos próximos itens, aspectos da atual conjuntura social e política do Brasil apontam para uma demanda contida por serviços de interpretação comunitária em geral, pouquíssimo se sabe sobre questões ligadas à restrição parcial ou total ao acesso a serviços públicos e privados dado a barreiras linguísticas. Nesse contexto, a interpretação comunitária poderia realizar um papel social, como ferramenta que possibilita a interação dialógica para indivíduos com LPP.

3.1.1 Pacientes não-falantes de português nos hospitais do Brasil e políticas de acesso linguístico

Mesmo insistindo numa tradição monolíngue, a realidade multilíngue do país tem ganhado visibilidade nas últimas décadas por meio, especialmente, de movimentos sociais que chamam atenção sobre questões como etnia, regionalismo, fronteirismo e cultura – revelando que o Brasil é um país com mais de 200 comunidades linguísticas (OLIVEIRA, 2005).

O país não possui dados oficiais sobre o número de idiomas falados por residentes do país. A inserção inédita de uma questão no Censo do IBGE de 2010, com objetivo de mapear o número de línguas faladas no país, evidencia a pouca atenção dada até aqui às questões linguísticas nacionais, e, por conseguinte, a necessidade de políticas que garantam o acesso integral a serviços básicos, como saúde, justiça e educação, para indivíduos que não falam português.

No rol dos brasileiros não-falantes de português estão também os mais de 5 milhões de surdos e deficientes auditivos. Assim como a respeito das outras línguas orais faladas no país, ainda se esperam dados oficiais sistematizados que revelem a quantidade de usuários de LIBRAS no país.

Atualmente existem duas leis e um decreto de lei que respaldam direitos a deficientes auditivos. A Lei 10436, de 24 de abril de 2002, reconhece LIBRAS como forma legal de comunicação e expressão no país. A Lei 10098, de 19 de dezembro de 2002, diz respeito a acessibilidade de deficientes auditivos por meio do uso de intérpretes. O Decreto 5626, de 22 de dezembro de 2005, regulamenta essas duas leis e, no seu artigo 25, inciso IX, esclarece o direito de:

[...] atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS ou para sua tradução e interpretação.

Embora a lei seja clara sobre o uso de intérpretes como forma de acesso de serviços de saúde aos usuários de LIBRAS, não consta na descrição da lei sugestões sobre a criação de recursos financeiros para

implementar um quadro de funcionários intérpretes em instituições de saúde.

Pesquisas desenvolvidas por CHAVEIRO E BARBOSA (2005), COSTA et al (2009), SANTOS e SHIRATORI (2004), CARDOSO et al (2006) trazem relatos de pacientes com deficiência auditiva sobre a falta de intérpretes em hospitais. Cinco anos depois do decreto que regularizou a LIBRAS no país, muitos hospitais declaram não estar preparados para atender pacientes em LIBRAS¹⁴.

Além dos nascidos brasileiros não-falantes de português, há também os imigrantes de diversas nacionalidades que escolheram o Brasil como residência. Os dados sobre imigrantes no Brasil são esparsos e pouco sistematizados. Ainda assim, alguns trabalhos indicam que, embora em menor escala, se comparado aos séculos anteriores, o movimento migratório continua ativo no Brasil (PATARRA, 2002; SZYMANSKI E BÓGUS, 2005).

Bolivianos, peruanos, paraguaios, argentinos, coreanos e chineses fazem parte da recente onda migratória no Brasil. Um estudo da ONU, em 2009, já apontava que o crescimento socioeconômico do Brasil estimularia a imigração para o país revelando que o fluxo deveria aumentar a partir de 2010.

A Lei de Anistia 11.961, de 2 de julho de 2009, que está regularizando provisoriamente cerca de 50 mil estrangeiros de várias nacionalidades que vivem irregularmente no Brasil e são legíveis aos requisitos propostos pela lei, é um outro exemplo de política de inserção. Segundo dados do Ministério da Justiça, a lei tem como objetivo garantir a liberdade de circulação no território nacional, acesso ao trabalho remunerado, à educação, à saúde pública e à Justiça. Atualmente, cerca de um milhão de estrangeiros vivem legalmente no Brasil. No entanto, outros muitos estrangeiros vivem de forma ilegal, pois não se encaixam em nenhuma das opções para legalização disponíveis no país.

Ainda que a legislação brasileira conste de normas de acessibilidade linguísticas, as ferramentas e os recursos financeiros para aplicação de tais leis não estão claras. A carência de uma ação complementar que garanta a existência de auxílio oral e escrito para imigrantes por meio de intérpretes qualificados pode significar que esses

14 <http://www.metodista.br/rroonline/ciencia-e-saude/pasta-3/hospitais-do-abc-nao-estao-preparados-para-atender-surdos-1>;
http://faped.org/noticias.php?id_texto=120

indivíduos terão menos chances de entender o exercício dos seus deveres e direitos, e, portanto, menos capacidade de promover sua autonomia social e financeira.

Há também a demanda gerada pelo turismo internacional. Em 2010, a entrada de turistas estrangeiros no Brasil foi praticamente o dobro da média mundial (OMT, 2010). De acordo com dados do Ministério do Turismo, mais de 920 milhões de turistas estrangeiros, de diversas nacionalidades, visitaram o Brasil em 2008. Com dois dos maiores eventos esportivos internacionais – Copa do Mundo e Olimpíadas, agendados para acontecer no Brasil nos anos de 2014 e 2016, respectivamente –, a EMBRATUR (Empresa Brasileira de Turismo) estima que haja um sensível aumento de visitantes estrangeiros já nos anos que antecedem os eventos. A estimativa do Ministério do Turismo é de que a chegada de turistas internacionais ao Brasil em 2020 chegue a 1,6 bilhões.

Com o objetivo de preparar serviços públicos para receber turistas nos eventos, o governo federal brasileiro, numa parceria com a Fundação Roberto Marinho, criou o programa “*Olá, Turista*”. Esse programa tem como objetivo oferecer cursos *online* de inglês e espanhol para pessoas que trabalham diretamente com o turista. Hospitais fazem parte do público alvo do programa. O curso é generalista e padrão para trabalhadores de várias instâncias. Não há indicações de um curso específico para profissionais da saúde.

Uma modalidade de turismo já muito conhecida em outros países, que recentemente vem ganhando força no Brasil é o turismo médico ou turismo de saúde (MINISTÉRIO DO TURISMO, 2010). Esse tipo de turismo colabora diretamente para o aumento de pacientes com limitações na língua portuguesa em hospitais brasileiros.

Devido à boa qualidade e ao baixo custo de tratamentos médicos, nos últimos anos, o Brasil entrou na rota dos países mais procurados por estrangeiros em busca de tratamentos e cirurgias. O Hospital do Coração, em São Paulo, registrou em 2008 um aumento de 83% no número de pacientes estrangeiros em relação a 2007. A receita do Hospital Sírio-Libanês, também em São Paulo, proveniente de pacientes estrangeiros cresceu 168% nos primeiros meses de 2008, em relação ao mesmo período do ano anterior. Segundo a revista CQH15, cirurgias oncológicas, cardiológicas e cosméticas e tratamento contra a AIDS são as especialidades mais procuradas. Entre as nacionalidades, o destaque fica para os norte-americanos, angolanos, paraguaios e franceses.

O aumento de estrangeiros em hospitais tem chamado a atenção da imprensa brasileira. Já em 2006, a revista *Veja* publicou um artigo sob o título “O turismo do bisturi”, por Ruth Costas, divulgando que mais de 30.000 turistas naquele ano vieram ao país para fazer tratamento médico. O número dobrava ao considerar turistas que unem férias convencionais a tratamentos de saúde.

Em 2009, o número subiu para 50.000 somente na cidade de São Paulo como divulgado pela revista *Veja* de São Paulo de maio de 2010¹⁵.

Outro artigo, publicado em agosto de 2010, pelo jornal *Folha de São Paulo*, chama atenção para o aumento do fluxo de estrangeiros em hospitais de São Paulo. Muitos hospitais de ponta estão fazendo investimentos em equipes profissionais bilíngues. O hospital Israelita Albert Einstein recebe anualmente cerca de 4.800 pessoas de outros países, grande parte latino-americanos, norte-americanos e angolanos. Segundo a presidência da instituição, o número cresce 15% ao ano. Entre 2006 e 2009, o número de pacientes estrangeiros no Hospital Sírio-Libanês aumentou em cinco vezes. O Hospital do Coração disse registrar 100 pacientes estrangeiros mensalmente no ano de 2009 e estimava de um aumento de 50% em 2010. Pacientes internacionais representam 1% dos pacientes do hospital Oswaldo Cruz e 3% no Hospital Samaritano.

Ainda assim, pouco se sabe no país sobre a necessidade do serviço de interpretação médica como nos sugerem os resultados de uma pesquisa com ferramentas de busca da internet exibidos no próximo item.

3.1.2 Popularidade do termo intérprete-médico (e sinônimos) no Brasil usando ferramentas de busca na internet

Os dados a seguir são resultados de uma pesquisa usando ferramentas de busca da internet para apurar a frequência e onde aparecem termos como *intérprete-médico*, *intérprete de saúde* ou *intérprete de hospital*. Optamos pelo uso dos mecanismos de *busca globais*¹⁶ mais usados mundialmente: Google, Yahoo, MSN. Usamos a

15 <http://vejasp.abril.com.br/revista/edicao-2166/estrangeiros-hospitais-clinicas-capital>

16 Segundo a Wikipédia, são buscadores que pesquisam todos os documentos na rede, e a apresentação do resultado é aleatória, dependendo do ranking de acessos aos *sites*. As informações podem referir-se a qualquer tema. Google e Yahoo são os buscadores globais mais

opção de pesquisa avançada em todas as ferramentas com os seguintes critérios: a) “com a expressão:”, b) “idioma: português”, e c) “com o domínio:.br”.

Ferramenta	Termo	Ocorrência	Localização
Google	Intérprete médico	335	Currículos profissionais
	Intérprete de saúde	0	
	Intérprete de hospital	0	
Yahoo	Intérprete médico	26	Currículos profissionais
	Intérprete de saúde	0	
	Intérprete de hospital	0	

Quadro 1 - Frequência de termos relacionados à interpretação médica na internet no Brasil.

Observa-se, no quadro acima, ocorrências apenas quando usado o termo “intérprete médico”. As ocorrências foram observadas em currículos profissionais, indicando que alguns indivíduos tinham experiência internacional na área. Não houve nenhuma ocorrência de oferta, requisição, treinamento ou pesquisas utilizando tais termos em *sites* brasileiros.

A inexistência do uso de uma terminologia que caracterize o serviço de um terceiro que media o diálogo interlinguístico nas instituições de saúde no Brasil não exclui a possibilidade da existência da prática – ainda que não esteja institucionalizada. O próximo subitem expõe com que prática se atende a demanda brasileira.

3.1.3 A prática da atividade no Brasil

O Brasil conta com algumas instituições representantes da categoria de profissionais em tradução e interpretação no país. A Associação Brasileira de Tradutores e Intérpretes (ABRATES), a Associação Profissional de Intérpretes de Conferência (APIC) e o

Sindicato Nacional de Tradutores (SINTRA) são as instituições mais conhecidas.

Há também a Federação Brasileira das Associações dos Profissionais Tradutores, Intérpretes e Guiaintérpretes de Língua de Sinais - FEBRAPILS -, composta de 14 associações estaduais de tradutores e intérpretes de LIBRAS.

Não foram localizadas, em nenhuma das instituições profissionais relacionadas a tradução e interpretação, indicações claras sobre um campo de atuação de intérpretes em contextos hospitalares no Brasil.

A prova de credenciamento tanto da ABRATES quanto do PRÓ-LIBRAS (avaliação nacional de proficiência em língua de sinais brasileira) não consta de avaliações para comprovar a competência de intérpretes para atuarem em âmbitos médico-hospitalares.

A alheação sobre interpretação médica no país por parte instituições representativas de profissionais intérpretes antecipa que as interações linguísticas entre provedores de saúde e pacientes com LPP são feitas por intérpretes cuja a competência para realizar a atividade em diferentes cenários não foi avaliada e não é credenciada por nenhuma das associações representativas no Brasil.

Em 2009, sob convite da IMIA e com objetivo de disseminar a importância da atividade no Brasil, fui nomeada para representar a instituição no país. No mesmo ano, na cidade de Cambridge, apresentei os primeiros resultados dessa pesquisa na *International Conference on Medical Interpreting: Global Perspectives on Professional Medical Interpreters*.

O trabalho da IMIA no Brasil ainda é bastante embrionário e conta com não mais de 20 associados. Um dos principais objetivos no momento é encontrar parcerias para a realização de eventos que envolvam tanto as universidades como representantes instituições públicas e privadas para refletir sobre a importância do uso de intérpretes profissionais treinados e a institucionalização da profissão no país.

Atualmente 25 instituições de saúde no Brasil são acreditadas pela *Joint Commission International*, uma das mais importantes certificadoras de saúde do mundo. No seu programa de credenciamento, a instituição sugere o uso de intérpretes qualificados por meio de treinamento e adverte aos credenciados a importância de identificação das necessidades de comunicação do paciente como forma de facilitar a troca de informação durante o processo de atendimento médico.

Há pouca disponibilidade de dados sobre intermediações em interações médicas interlinguísticas. Um único trabalho desenvolvido por De Sena França e Milton (2001: 3) relata que, em algumas instituições de saúde localizadas em áreas de classe média e alta do estado de São Paulo, a interpretação é feita com a ajuda de funcionários do hospital ou mesmo voluntários. Esses voluntários, no caso da língua inglesa, são basicamente mulheres envolvidas com trabalhos de caridade que viajam para o exterior com frequência e falam inglês.

Há também o relato de Shirley Vilhalva, uma professora surda que produziu um vídeo do seu próprio parto para sensibilizar sobre a necessidade de intérpretes entre pacientes surdas e seus médicos (VILHALVA, 2009).

Na falta de dados sistematizados, um levantamento em fontes midiáticas nacionais e por meio de contatos com representantes de algumas instituições médica e intérpretes aponta para como são atendidos pacientes com LPP em instituições de saúde no Brasil.

A gerência do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo, por exemplo, informou que 5% dos pacientes atendidos anualmente são estrangeiros e que a instituição conta com uma equipe especializada para auxiliar pacientes falantes de outros idiomas. O hospital investiu, entre os anos de 2006 e 2007, cerca de 1 milhão de reais em projetos para recepcionar pacientes internacionais, capacitando funcionários por meio de cursos de inglês. A gerência de operações internacionais relata, no entanto, que nenhum funcionário recebeu treinamento específico em interpretação médica¹⁷.

Em grandes capitais como São Paulo, um serviço chama a atenção: agências de turismo de saúde que oferecem acompanhantes para auxiliar pacientes durante a estada no país. Entre outras atividade, os acompanhantes mediam a comunicação durante o tratamento. Esses profissionais são chamados de *medical concierge*.

De acordo com uma prestadora de serviço do ramo, um intérprete italiano, por exemplo, custa em média 300 reais por hora. Não há indicação se estes intérpretes possuem treinamento em interpretação médica ou se são associados a alguma instituição profissional de intérpretes¹⁸. A empresa Prime Concierge divulga que, embora pacientes estrangeiros encontrem no país uma boa estrutura, a experiência deles

17 GALLETTA, S . *Atendimento a paciente estrangeiros no Brasil*[mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <myleneq@gmail.com> 23 de novembro de 2010.

18 *Informações. Prime medical concierge SP* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <mylaqui@hotmail.com > 27 de setembro de 2009.

vai para além do que é atualmente oferecido e indica que serviços de interpretação fazem parte das expectativas de pacientes internacionais motivados pelo turismo de saúde. O acesso à comunicação é entendido como uma das desvantagens para o setor de turismo médico como aponta um pesquisa sobre o comportamento dessa atividade turística no Brasil¹⁹.

Há uma variedade de artigos publicitários relacionados ao turismo de saúde que apontam para a emergência da demanda serviços de interpretação nessa área.²⁰

Os dados expostos ilustram como o problema de barreira linguística é resolvido em hospitais de ponta que contam com departamentos de assuntos internacionais, credenciados por instituições internacionais nas quais possivelmente grande parte dos pacientes com LPP são turistas estrangeiros vinculados ao turismo de saúde e podem arcar com gastos extras para serviços de interpretação como aqueles oferecidos por agências de turismo médico internacional.

Esses dados não expressam, todavia, como o problema é abordado em instituições hospitalares de menor porte e com menos recursos (como muitas instituições públicas) onde são atendidos pacientes com LPP que não podem arcar com as despesas de serviços de intérpretes.

Segundo o secretário da pastoral do migrante em São Paulo, os estrangeiros residentes da cidade procuram instituição de saúde da rede pública na própria comunidade em que residem. Os bairros do Brás, Belém, Liberdade e Aclimação são exemplos de bairros onde comunidades de imigrantes se estabeleceram. Um artigo publicado por um jornal eletrônico aponta como o Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros em São Paulo ampara gestantes bolivianas. O número de gestantes bolivianas atendidas chega a 30% do total de mulheres inscritas no programa de pré-natal do hospital. “Diante disso, os médicos, a equipe de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e voluntários foram submetidos a aulas de espanhol. Alguns passaram até mesmo a estudar o aymara, um dos três dialetos falados na Bolívia, para

19 http://www.britcham.com.br/download/mariana_palha_160908.pdf

20 <http://saude.ig.com.br/plastica+e+odontologia+sao+areas+que+mais+atraem+estrangeiros/1237762114790.html>; http://rrc-okinawa.com/prt/index.php?page=shop.browse&category_id=20&option=com_virtuemart&Itemid=55&vmcchk=1&Itemid=55; <http://www.medicaltourismassociation.com/en/destination-healthcare-guide.html>; <http://www.fernandaalves.com.br/turismo-medico-no-brasil/>

viabilizar a comunicação em casos de pacientes que sequer falam o espanhol” (ROMANELLI, 2010)²¹

O depoimento de um intérprete de LIBRAS que atua em Brasília também contribui para ilustrar a prática de interpretação médica²². Segundo esse intérprete, que trabalhou por oito meses numa central de atendimento na qual surdos podiam agendar serviços de interpretação, uma das grandes dificuldades para interpretar em instituições de saúde é a

inexistência de um glossário eficiente que sirva de código para a utilização nas traduções; desconhecimento da anatomia e fisiologia humana por parte dos intérpretes e dos surdos; dificuldade dos surdos em relatar os sintomas por eles vivenciados; lacuna na formação médica para atendimento aos surdos.

Além disso,

as costumeiras desatenções médicas como: não olhar para o paciente, ultrapassar a média de tempo da frequente pausa para tirar dúvidas acerca da surdez, tradução e curiosidades relacionados ao tema e a falta de credibilidade no profissional que esta facilitando a consulta são equivocados, bem recorrentes, cometidos por profissionais da área de saúde.

Sobre os riscos envolvidos em encontros médicos dessa natureza, o intérprete adiciona que “alguns dos surdos cujo atendimento traduzi informaram-me que seus familiares, em vários momentos, fizeram traduções equivocadas, o que acarretou em piora do quadro clínico e desenvolvimento de outros males”. Sobre a necessidade de treinamento, o intérprete relata que, em um dos cursos de que participou em interpretação de língua de sinais havia um módulo de 8 horas que abordava interpretação em contextos médico-hospitalares. Segundo ele, o módulo abordou as demandas enfrentadas por surdos nesses contextos.

21 Embora tenha sido classificada nesse artigo como dialeto, o Ayamara, na verdade, é uma língua autóctone andina.

22 SOARES, V. *Questões sobre interpretação médica* [mensagem pessoal]. Recebida por myleneq@gmail.com em 4 de abril de 2011.

Para este intérprete, existe a necessidade de currículos que propiciem conhecimento técnico-teórico a fim de que preparem intérpretes a atuarem em contextos de saúde. Na sua opinião, a criação de currículos dessa natureza depende, entre outras coisas, da falta de ações humanizadoras, e acredita que “este processo já deveria estar ocorrendo, caso a parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação estivesse mais desenvolvida e se a Política Nacional de Humanização tivesse influenciado, de maneira mais positiva, as universidades.”

O projeto que deu início a essa pesquisa inicialmente se propunha a coletar dados de dez instituições hospitalares localizadas nos estados de Santa Catarina e São Paulo, por meio da aplicação de questionários a funcionários clínicos e de representantes de suas diretorias. Tais dados proporcionariam a descrição mais detalhada da demanda por interpretação médica e como cada uma das instituições entende e trata a demanda. No entanto, os procedimentos legais para a coleta desses dados (consentimento das instituições avaliadas pelo Comitê de Ética Humana) excediam o tempo determinado para a conclusão da pesquisa e sondagens iniciais revelaram que os resultados em outros hospitais não iriam divergir muito do quadro encontrado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, onde foi aplicado o questionário.

Foram utilizados, desta forma, os resultados obtidos na coleta piloto realizada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis.

Junto a isso, o parecer de mais algumas instituições que se propuseram a ceder informações via *e-mail* e de intérpretes ligados ao departamento de intérpretes de LIBRAS da UFSC.

Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina. Embora não seja a cidade mais representativa demograficamente no país, mais de 7.400 imigrantes escolheram a cidade para fixar residência. De acordo com Iha (2008), este número é inexpressivo, uma vez que não contabiliza os imigrantes não-documentados que vivem na cidade, a qual também é destino para muitos turistas. De acordo com os dados da SANTUR, somente nos meses de alta temporada de 2009 a cidade recebeu 146.400 turistas estrangeiros. O Ministério do Turismo apontou que a cidade está entre as líderes de competitividade do setor turístico no país. Desta forma, não é raro que turistas internacionais necessitem utilizar serviços médicos especialmente durante a temporada de férias.

Numa entrevista concedida à mídia local, o Hospital de Caridade, um dos mais antigos da cidade de Florianópolis, afirma que são funcionários bilíngues que intervêm como intérpretes nas interações médicas. Uma das funcionárias relatou ter sido chamada para auxiliar uma interação com paciente italiano. No Hospital Nereu Ramos, uma técnica de enfermagem relatou já ter auxiliado pacientes estrangeiros. No mesmo artigo, o responsável pela superintendência dos hospitais públicos de Santa Catarina afirma que a função de intérprete é inexistente em hospitais do estado e declara que a situação está sob controle, já que muitos médicos falam outro idioma, e que em 95% dos casos o paciente vem acompanhado de um guia ou de um membro da família.

O diretor da UPA-Sul (Unidade de Pronto Atendimento) de Florianópolis afirma que a unidade não tem mensurados dados sobre atendimento a pacientes com LPP. Também afirma que na unidade não há um protocolo de atendimento diferenciado nem tão pouco funcionários treinados para receberem esses pacientes. Segundo o diretor, são funcionários que falam inglês e espanhol que auxiliam em consultas e tratamentos com pacientes com LPP. Embora relate que nunca precisou fazer transferência de pacientes por razões relacionadas a limites linguísticos, entende que “a dificuldade na identificação dos sintomas, das medicações em uso, das alergias pode dificultar o diagnóstico ou mesmo ser causa de iatrogenia. Assim como a dificuldade em explicar os procedimentos necessários pode trazer uma quebra da relação médico-paciente²³”

Ainda que se compreenda os limites dessa análise, os resultados obtidos servem de exemplo de como se resolvem problemas de barreiras linguística no trato com os pacientes com LPP.

3.1.3.1 O atendimento dos pacientes com LPP no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

O Hospital Universitário (HU) é o único totalmente público no estado de Santa Catarina e conta com 270 leitos. Além dos pacientes atendidos nos ambulatórios e clínicas do hospital, são vistos cerca de

23 VIANA, A. *Atendimento a pacientes estrangeiros nas UPAs* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <myleneq@gmail.com> 5 de março de 2011.

400 pacientes diariamente no departamento de emergência. A aplicação dos questionários utilizado nesta pesquisa começou em março de 2010. A funcionária que se propôs a mediar os questionários (entregas e recolhimentos) só podia começar a fazê-lo no mês de abril e não poderia garantir que esse processo aconteceria em tempo hábil, dado a exigências de sua rotina de trabalho. Resolveu-se então abordar diretamente os funcionários do hospital durante suas escalas de trabalho. Ou seja, pacientes, familiares e outros funcionários tramitavam enquanto era feita a abordagem. Sempre foi necessária uma rápida explicação sobre de que se tratava a pesquisa, uma vez que o termo “interpretação médica” não foi compreendido por nenhum dos respondentes.

Previa-se a participação de 36 funcionários, mas foi possível acessar apenas 1/3 do esperado. Houve a participação de 12 deles. Dois questionários modelo *A*, nove questionários modelo *B* e um questionário modelo *C* (ver apêndices A e B).

Os dois respondentes do questionário modelo *A* (apêndice A) trabalham no cadastramento de pacientes. Ambos indicam não ter conhecimento em nenhuma língua e que não utilizam nenhum mecanismo para identificar o idioma do paciente, além de não terem acesso a nenhum departamento no hospital para pedir auxílio a fim de dar continuidade à entrevista cadastral do paciente. Um dos respondentes assume ter que pedir socorro aos médicos bilíngues para ajudar e que, na falta de um ajudante, “reza para dar certo”, e adiciona que, na maioria as vezes, “reconhece o sintoma só olhando para o paciente”.

Dos nove respondentes do questionário modelo *B*, dois afirmam ter fluência (falar, ouvir, ler e escrever) no idioma inglês, dois em espanhol e um no idioma alemão. Os outros respondentes oscilam entre pouco e razoável nas respectivas habilidades na língua espanhola.

Com exceção de um respondente, todos afirmam não ter tido treinamento para atender pacientes com limitações de proficiência em português. O respondente que afirma ter tido treinamento não comenta que tipo de treinamento teve e afirma não ter formação em interpretação médica. Nenhum respondente do questionário *A* afirmou ter treinamento em interpretação médica, e, portanto, nenhum possui certificação. Oitenta por cento dos respondentes afirmam não poder identificar, no formulário feito anteriormente, na seção de cadastro, qual o idioma falado pelo paciente. Os respondentes afirmam unanimemente que não acontece ou é raro acontecer de ele ou de o colega estarem aptos para dar atendimento integral ao paciente com LPP, e dois dos respondentes adicionam nos questionários que, em geral, atendem pacientes por meio da comunica-

ção gestual, ou seja, da linguagem do corporal. Segundo todos os respondentes desse questionário, nunca aconteceu de um paciente ser transferido por razões ligadas à barreira linguística. Oitenta por cento dos respondentes acreditam que a comunicação ineficaz dada a diferenças linguísticas não interfere no tratamento ou coloca em risco a saúde do paciente. Os outros vinte por cento afirmam já ter acontecido, mas é raro. Os respondentes também afirmam nunca ter tido a necessidade de se deslocar para ajudar um paciente que fala a língua na qual ele tem total ou certa fluência. Todos responderam não haver na instituição um departamento específico que possa ser acionado para atender a questões de barreiras linguísticas. Cinco respondentes dizem não dar continuidade ao tratamento quando não conseguem se comunicar. Um deles comenta que chama os médicos quando isso acontece. Dois respondentes afirmam que acontece com raridade ter de continuar os procedimentos mesmo sem comunicação, e um dos respondentes afirma sempre acontecer ter de dar continuidade mesmo sem comunicação entre ele e o paciente. Noventa por cento dos respondentes afirmam que, com muita frequência ou quase sempre, a mediação é feita por amigos ou membros da família do paciente. Seis dos nove respondentes afirmam que nunca comentam com colegas problemas que ocorrem, dado a questões ligadas à barreira linguística. Um afirma acontecer com raridade e adiciona ao questionário o seguinte comentário: “já atendi pacientes de língua inglesa, alemã, espanhola e até indígenas, mas sempre houve comunicação por meio de gestos. É preciso compensar muitas coisas no setor público, geralmente falta de materiais e em relação às condições do paciente”.

O questionário *C*, respondido por um representante da diretoria da instituição, indica que o domínio de outra língua não é um pré-requisito para contratação de nenhum funcionário do hospital. Também não há um protocolo diferenciado para atendimento de pacientes com LPP. Segundo a mesma respondente, nunca acontece de a instituição terceirizar serviços de interpretação para auxiliar pacientes com LPP, e, nos comentários, acrescenta “nos casos em que tomei conhecimento foram envolvidos amigos e parentes residentes no Brasil”. A representante da diretoria diz que os pacientes com LPP são identificados no prontuário feito no cadastro, no entanto diz não saber informar a percentagem anual desses pacientes. A respondente afirma achar importante estar preparado para atender pacientes com LPP e se diz sem preparo para atender à demanda de pacientes estrangeiros durante os eventos internacionais esportivos agendados para acontecer no Brasil na próxima década.

Além do questionário aplicado no HU, foi contactado o departamento de intérpretes de LIBRAS da UFSC, que frequentemente atende a chamadas para interpretar para pacientes com deficiência auditiva no mesmo hospital. Segundo a coordenação da equipe de intérpretes, não há um treinamento específico para a atuação do intérprete em hospitais.

Foi obtido o depoimento de uma ex-intérprete de LIBRAS com experiência de cinco anos em interpretação para contextos educacionais de nível superior e atuação em encontros médicos no Hospital Universitário que ajuda a entender a situação. Segundo o depoimento, ela diz ter sido chamada algumas vezes para acompanhar pacientes a consultas e emergências no Hospital Universitário e elencou como as maiores dificuldades encontradas para fazer o atendimento: I) terminologia, II) a falta de experiência dos provedores da saúde em lidar com intérpretes, III) o nível de proficiência do paciente em LIBRAS – que alguns casos usa sinais *caseiros*, não padrão, ou seja, outra linguagem – e IV) o ato de referência: o uso da primeira ou terceira pessoa, o que segundo a depoente, confunde muito os médicos e trabalhadores da saúde envolvidos no encontro.

A ex-intérprete, que afirma não ter tido nenhum tipo de treinamento específico em interpretação médica, diz entender os riscos envolvidos no trabalho de interpretação em hospitais quando não se está qualificado para o contexto. No entanto, lembra que, por lei, negar o chamado do hospital ou do paciente pode ser considerado crime de negligência ou omissão de socorro. E acrescenta que o ideal é que houvesse treinamento específico para a atuação de intérpretes de língua de sinais em hospitais, e que o treinamento deveria ser voltado também aos provedores que estão envolvidos no encontro.

Segue a descrição da intérprete²⁴ de um dos encontros em que precisou atuar como intérprete no HU:

Uma vez fui chamada para interpretar uma paciente surda que estava com hemorragia. No entanto, além de não ter formação na área médica, eu não gosto de interpretar neste cenário, pois prefiro a área legal. Tenho desconforto ao ver sangue, mas não neguei a interpretação. Fui ao hospital, só que pedi o

24 Anônimo. *Depoimento sobre interpretação no HU* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <myleneq@gmail.com> 15 de março de 2011.

auxílio de uma professora surda que me acompanhou até o local. Tal estratégia, também, foi escolhida caso a paciente pudesse não utilizar língua de sinais. Essa vez me chocou bastante, porque a paciente surda estava mal e desmaiou. Ao desmaiar, ela fechou os olhos. E agora? Como estabelecer contato, uma vez que a língua de sinais é visual? Senti-me de mãos atadas. Creio que devam existir orientações neste sentido, mas pela falta de experiência e formação, naquele determinado momento, eu não sabia como agir.

Com base nas respostas dos funcionários e da diretoria do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, verifica-se que o atendimento de pacientes com LPP é feito por meio de interpretação *ad hoc*. A comunicação é feita por funcionários bilíngues da instituição e acompanhantes do paciente, membros da família ou amigos.

Os funcionários também dizem contar com gestos e linguagem corporal para atender pacientes com LPP. Vale lembrar que a linguagem corporal não é universal e difere em muitos sentidos entre diferentes culturas. Contar apenas com esse tipo de comunicação pode aumentar os riscos de uma comunicação errônea e, portanto criar riscos evitáveis para a saúde do paciente.

Não sabemos a que ponto a comunicação feita por intérpretes *ad hoc* no Hospital Universitário compromete a troca de informação médica e eventualmente o tratamento. Essas questões poderiam futuramente ser abordadas no contexto dessa instituição com pesquisas empíricas que se propusessem a analisar os resultados de interações de diálogo entre provedor da saúde e pacientes com LPP.

Embora o uso de interpretação *ad hoc* em encontros médicos possa restringir a qualidade do encontro médico interlinguístico, muitos países ainda dependem desse tipo de interpretação para atender seus pacientes com limites linguísticos.

O desenvolvimento da profissão nos Estados Unidos, onde houve um rápido processo de profissionalização da atividade e esforços mais tardios de treinamento e certificação, pode sugerir passos para o Brasil. A próxima seção decorre então sobre as conjunturas daquele país que deram suporte à evolução gradativa da atividade.

3.2 O CENÁRIO ESTADUNIDENSE

Entre 1990 e 2000, os EUA sofreram um aumento populacional de 13%, tornando-se ainda mais diversificados em termos étnicos e raciais (U.S. Census Bureau, 2002). Atualmente mais de 19% da população (54.8 milhões de pessoas) nos EUA fala em casa outro idioma que não seja o inglês²⁵; mais de 21 milhões de pessoas declararam no censo de 2003 que sua habilidade para falar inglês era inferior a “boa”. Estes indivíduos apresentam limitação no uso da língua inglesa (a sigla em inglês é LEP, *limited English proficience*); em contextos médicos e legais, é considerado LEP “um indivíduo que seja incapaz de falar, ler, escrever ou entender a linguagem inglesa num nível que permita que ele/ela interaja efetivamente com agências e provedores de serviços sociais e de saúde” (US Office of Civil Rights, 2002).

A emergência da interpretação comunitária no país foi impulsionada por movimentos imigratórios. Diferentemente do cenário brasileiro, os Estados Unidos possuem leis mais específicas que garantem a acessibilidade das minorias aos serviços sociais e de saúde.

3.2.1 Pacientes com limites de proficiência em inglês nos hospitais dos Estados Unidos e políticas de acesso linguístico

A pesquisa de análise de função do NCHI, que copilou dados de mais de 2.500 intérpretes médicos no país, apresentou em seus resultados que intérpretes- médicos atendem a demanda de 141 diferentes idiomas. Tal demanda evidencia a diversidade étnica e multicultural do país, produto da forte imigração no país.

Além das línguas estrangeiras faladas em território estadunidense, há também aqueles que utilizam língua de sinais americana (ASL) para se comunicar. Um artigo de MITCHELL *at al* (2006) aponta para a necessidade de atualizar os dados sobre a demografia de usuários de línguas de sinais nos EUA devido a estimativas equivocadas.

Em nível federal, a base legal que dá direito a serviços de linguagem a indivíduos com limite de proficiência na língua inglesa

²⁵ *Language Spoken at Home*, 2006 American Community Survey, U.S. Census Bureau.

(LEP) já existe nos EUA desde 1964 (Título VI, dos Direitos Civis). Em agosto de 2000, o Presidente Bill Clinton reiterou essa lei por meio de um decreto de lei, aplicado a todas as agências federais, que previa a otimização do acesso a serviços de linguagem por parte de pessoas com proficiência limitada em inglês (U.S. Department of Justice, 2000).

A legislação americana, que garante direitos aos LEP, é vasta. A parte que garante a esses indivíduos o acesso a serviços médico-hospitalares via informação traduzida ou auxílio oral via intérprete está descrito no *Public Health Service Act*, 42 U.S.C. § 254b(b)(1)(A)(i)(III).

De maneira interessante, há uma discussão acerca da questão de se essa legislação para indivíduos LEP cobre ou não os usuários de ASL. De acordo com o artigo de MITCHELL *at al* (2006), a ASL é mencionada como língua inglesa nas pesquisas do census americano.

Os direitos de acesso a usuários de ASL ficam mais claros no ato civil ADA (*American Disabilities Act*), que garante a indivíduos incapacitados (como usuários da língua de sinais americana) adaptações necessárias para que haja acesso, entre outras coisas, à comunicação. Os títulos 2 e 3 desta Lei fazem referência à disponibilidade de intérpretes qualificados em contextos públicos estaduais como os de saúde, educação (privada e pública), contextos jurídicos, prisões, agências ligadas ao trabalho, etc. Em nível federal, a seção 504 do Ato de Reabilitação de 1973 (Section 504 of the Rehab Act) proíbe a discriminação à deficiência e garante o acesso à comunicação ativa como um direito civil.

Nesse sentido, a disposição da legislação americana em relação ao acesso de deficientes auditivos confirma a colocação de MITCHELL (2006: 7), de que, nos Estados Unidos, a surdez é predominantemente tratada como uma questão de política de saúde e bem-estar social, e não primariamente, como um fenômeno social linguístico na população em geral²⁶.

A nível estadual, com relação a acessibilidade de indivíduos (imigrantes/estrangeiros), todos os 50 estados americanos têm algum tipo de lei de acesso a linguagem. O departamento de saúde e serviços humanos (HHS) do país, por meio do programa CLAS (*Culturally and Linguistically Appropriate Service*) estabeleceu normas dirigidas a organizações de cuidados da saúde.

26 "...deafness is predominantly treated as a matter of public health and social welfare policy in the United States, not primarily as a social and linguistic phenomenon within the general population".

O aumento da necessidade de serviços de acesso a linguagem fez com que muitos estados criassem planos de reembolso para hospitais por meio de fundos de planos de saúde do governo federal e estaduais como o State Children's Health Insurance Program (SCHIP) e Medicaid. Estados com diferentes demandas têm diferentes percentagem de reembolso para gastos com serviços de interpretação (NAPHHS, 2007).

Os direitos de acesso a linguagem também é proeminente no âmbito das novas normas adotada pela *Joint Commission*, o mais importante órgão certificador de padrões de qualidade das organizações de saúde em nível internacional.

A diversificação populacional dos Estados Unidos e o conjunto de leis e iniciativas criadas para assegurar direitos de acessibilidade a essa população estimulou a emergência de um campo de atuação para interpretação médica. Intérpretes-médicos se tornaram ao longo das últimas duas décadas figuras conhecidas pela sociedade americana.

Diferente do Brasil, as legislações estadunidenses de acessibilidade linguística são mais claras em relação aos instrumentos necessários para garantir a acessibilidade, como por exemplo o uso de intérpretes em hospitais. Ademais, há o favorecimento financeiro por parte de reembolso da administração pública.

3.2.2 Popularidade do termo *medical interpreter* (e sinônimos) nos Estados Unidos usando ferramentas de busca na internet

O mesmo recurso de procura na internet para identificar a popularidade da interpretação médica no Brasil foi usado para o contexto estadunidense. Os critérios de busca foram adaptados, no entanto, para limites de busca em sites daquele país.

Ferramenta	Termo	Ocorrência	Localização
Google	<i>Medical interpreter</i>	198 mil	Sites de empresas públicas e privadas; artigos científicos
	<i>Healthcare interpreter</i>	34,4 mil	Sites de empresas públicas e privadas; artigos científicos

	<i>Hospital interpreter</i>	24,9 mil	Sites de empresas públicas e privadas; artigos científicos
Yahoo	<i>Medical interpreter</i>	8,21 milhões	Sites de empresas públicas e privadas; artigos científicos
	<i>Healthcare interpreter</i>	8,64 milhões	Sites de empresas públicas e privadas; artigos científicos
	<i>Hospital interpreter</i>	8,27 milhões	Sites de empresas públicas e privadas; artigos científicos

Quadro 2 - Frequência de termos relacionados à interpretação médica na internet nos Estados Unidos²⁷.

A frequência do uso do termo *medical interpreter* e sinônimos evidencia a alta popularidade e a existência de um campo de atuação nessa área no cenário estadunidense.

Há uma variedade de opiniões a respeito do número de intérpretes médicos trabalhando no país. Os dados publicados pelo ministério do trabalho americano (*US Department of Labor*), por meio de seu gabinete de estatística, mostram que intérpretes e tradutores ocupam cerca de quase 60.000 vagas de trabalho no país sem incluir as vagas temporárias. Desse número, 13% são vagas para intérpretes em organizações de saúde e serviço social, grande parte em hospitais.

Segundo KELLY (2009), entre 15.000 a 17.000 pessoas praticam interpretação médica nos EUA. Esse número não inclui, no entanto, intérpretes de língua de sinais. A atual presidente da *International Medical Interpreting Association* – IMIA –, Izabel Arocha²⁸, acredita que esse número não representa a verdadeira quantidade já que, segundo ela, somente os membros associados à LLS (*Language Line Service*) e IMIA perfazem um total de 10.000. A instituição propôs aos representantes espalhados em diversos estados americanos a criação de um censo em interpretação médica em 2010 para que houvesse apuração formal de dados que apontem a demografia da prática de interpretação.

27 As diferenças nas frequências dos termos no Yahoo e Google tem haver o mecanismo de filtragem de cada empresa. Para mais informações ver: <http://www.webconfs.com/optimizing-for-yahoo-article-10.php>

28 AROCHA, I. *Medical interpreting in the U.S* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <mylaqui@hotmail.com > 23 de novembro de 2009.

Ainda que tradicionalmente a interpretação médica ocorra no local, o uso de interpretação remota tem sido gradualmente incorporada à prática. Em uma pesquisa desenvolvida pela CCHI, 14% dos respondentes afirmam trabalhar via telefone; e 2%, usando tecnologias de vídeo.

3.3 A PRÁTICA DA ATIVIDADE NOS ESTADOS UNIDOS

As configurações da prática e o conjunto de leis e regulações que dão suporte aos direitos do paciente estimulam a atuação de intérpretes-médicos nos Estados Unidos.

Inicialmente houve resoluções pragmáticas, ou seja, a interpretação era feita em geral por meio de intérpretes *ad hoc* (MILKKESON, 2004: 9). A conscientização da necessidade de treinamento e qualificação para exercer as diversas competências da interpretação médica é posterior à institucionalização da prática. Esta surgiu a partir de preocupações com a proteção de pacientes, provedores e, inclusive o próprio intérprete, diante da complexidade legislativa acerca do sistema de saúde americano. Assim, por meio de esforços de indivíduos que exerciam a atividade, foram criadas as primeiras associações profissionais. A atual IMIA (até 2008, *Massachusetts Medical Interpreting Association* – MMIA) é a mais antiga associação de profissionais intérpretes-médicos do mundo e conta atualmente com mais de 2.000 membros.

Em 1987, a associação adotou um código deontológico que estabeleceu princípios e regras de conduta para intérpretes-médicos associados. A partir desse documento, foi formulado então, em 1995, um código de ética e conduta profissional. Este documento está organizado em três grandes áreas: interpretação, interface cultural e comportamento ético, e tem o objetivo de servir como uma ferramenta de avaliação aqueles indivíduos ingressando na área.

Segundo a organização, o documento precisa de revisões, e entende-se que é necessário continuar as investigações, especialmente no que tange às diferenças culturais das diversas comunidades usuárias de serviços hospitalares para que retificações sejam feitas.

A exposição do código deontológico da IMIA (anexo 3) evidencia a institucionalização da prática por meio do estabelecimento de normas e convenções que são acolhidas por membros da associação. Ao

confrontar as premissas do código com situações assinaladas por Cambridge (2004) e aos meus dois relatos, pode-se observar que o código adverte sobre condutas a serem tomadas diante dos desafios que se apresentam na prática.

Ainda que haja um esforço para disseminar o documento e um número de instituições hospitalares utilizando-o, a organização acredita que muitos indivíduos que ingressam na profissão não são familiarizados com o documento.

Além da IMIA, associações profissionais como a CHIA e NCIHC²⁹ têm atuado amplamente para promover a profissão no país e também formularam seus códigos de ética. Em comum, esses códigos se apresentam como diretrizes a serem consideradas em programas de treinamentos, contratação e avaliação de desempenho.

Não há registro dos primeiros cursos de treinamento em interpretação médica. De acordo com Izabel Arocha (2010)³⁰, os primeiros cursos surgiram depois da constituição das associações e eram ministrados por intérpretes com alguma experiência. Atualmente existem inúmeros programas de treinamento nos Estados Unidos.

Embora ainda se faça uso de intérpretes *ad hoc* nos EUA, grande parte das instituições, estimuladas por orientações do US Department of Health and Human Services, exigem algum tipo de treinamento. Resultados da pesquisa de função do CCHI aponta que 9% dos respondentes afirmam não ter nenhum tipo de treinamento. No entanto, grande parte deles possuem mais do que 40 horas de treinamento em interpretação médica.

A utilização do código de ética e treinamento básico passaram a ser requisito para garantir a qualidade interpretação médica na maioria das instituições de saúde dos EUA.

Atualmente há um movimento de sensibilização sobre a necessidade de intérpretes-médicos treinados e qualificados que alimenta a formação de alianças para a implementação de certificação nacional em interpretação médica.

No contexto americano, como aponta Mikkelson (2004: 9) ainda há esforços a serem feitos em relação ao reconhecimento da profissão, à sua qualificação, bem como à remuneração de intérpretes comunitários. A autora utiliza o conceito de desordem de mercado – que Joseph Tseng

29 International Medical Interpreters Association, California Healthcare Interpreters Association, National Council on Interpreting in Health Care.

30 AROCHA, I. *Medical interpreting in the U.S* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <mylaqui@hotmail.com > 20 de março 2010.

utilizou para caracterizar o mercado de intérpretes em Taiwan –, para descrever o mercado de intérpretes comunitários nos Estados Unidos, onde, segundo a autora, ainda não é possível que clientes avaliem se estão ou não usando um intérprete qualificado.

Segundo a autora, a situação de *desordem* pode ser invertida por meio um programa de certificação o qual permitirá que clientes identifiquem a competência dos intérpretes.

Há, no momento, duas equipes de profissionais envolvidas com certificação nos Estados Unidos: *The National Board of Certification for Medical Interpreters* (NBCMI), formada pela IMIA e a LLS, e a *The Certification Commission for Healthcare Interpreters* (CCHI), que conta com 28 patrocinadores, entre eles a Associação Médica Americana (*American Medical Association*), a Associação Americana de Hospitais, (*American Hospitals Association*) e a Associação Americana de Tradutores (*American Translators Association*) – (KELLY, 2010).

Atualmente os requisitos para receber o credenciamento básico em interpretação médica pela CCHI são: ter no mínimo 18 anos de idade, certificado de *high school* (correspondente ao ensino médio no Brasil), ter recebido treinamento, no mínimo de 40 horas em interpretação médica, proficiência oral em inglês. Até maio de 2011, serão legíveis à certificação intérpretes médicos com experiência de pelo menos um ano. Esse credenciamento básico, chamado *Associate Health Interpreting* (AHI) é pré-requisito para o teste de certificação.

O processo de certificação, diferente do credenciamento, tem exigências mais precisas, elaboradas por meio de pesquisas de análise de função feita com profissionais da área em nível nacional.

Duas pesquisas de análise de função foram conduzidas por grupos de peritos nos Estados Unidos com o objetivo de confirmar a relevância de requisitos para interpretação médica e aplicá-las como diretrizes a serem representadas num exame de certificação (cf. PSI, 2010; CCHI, 2010).

Com base nos resultados da pesquisa, as exigências de conhecimento para certificação foram divididas em noções básicas de interpretação médica e performance oral incluindo interpretação consecutiva, simultânea, tradução à prima vista e tradução. Atualmente, o CCHI oferece certificação apenas para o par de línguas espanhol-inglês e está ainda em processo de formulação de um teste que avalie os candidatos a certificação em outros idiomas.

É de se esperar também que, com a criação da certificação nacional nos EUA, venha a haver futuramente, padronização de propostas curriculares nos programas de treinamentos.

A CCHI ainda não propõe a certificação de intérpretes médicos para ASL e indica o RDI (*Registry of Interpreters for the Deaf*) para interessados em certificação; no entanto, até o momento, essa instituição se limita à certificação generalista para intérpretes de ASL e outra específica para contextos jurídicos.

Em contraste aos esforços institucionais profissionalizantes, é ainda embrionária a reflexão teórica sobre o tema nas universidades do país. Grande parte dos programas de pós-graduação em estudos translitológicos não oferece linhas de pesquisas em interpretação comunitária em âmbitos médico-hospitalares.

Os esforços que permitiram a implementação de um campo para intérprete-médicos nos Estados Unidos são notáveis, especialmente em relação a criação de legislações que garantem acessibilidade a pacientes LEP e pacientes com deficiência auditiva. No entanto, a tardia sensibilização da necessidade de treinamento de competências específicas e certificação atrasou o processo de reconhecimento profissional e bases salariais.

A experiência americana alerta para a importância de conexões entre a prática e reflexões acerca de formação de currículos que antecipem a diversidade de variáveis envolvidas na prática da interpretação médica. Nos Estados Unidos, apenas recentemente, essas questões passaram a ser problematizadas por meio da participação conjunta de acadêmicos e profissionais em interpretação e saúde, em, por exemplo, movimentos para a certificação nacional de intérpretes-médicos. Há ainda uma lacuna em relação ao treinamento e certificação em interpretação médica em língua de sinais. Curiosamente os intérpretes de língua de sinais parecem estar deslocados do movimento de profissionalização da interpretação em cenários médicos. Moore e Swabey (2007) apontam para a escassez de estudos na interface interpretação médica e interpretação de língua de sinais.

4 NECESSIDADE DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO EM INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Embora o Brasil conte com legislações que preveem o direito de acesso ao uso de serviços da saúde para imigrantes e deficientes auditivos, ainda são escassas as ferramentas que garantam a comunicação ativa desses indivíduos – como por exemplo a disponibilidade de intérpretes qualificados em contextos de saúde.

Parte disso se dá devido à falta de sensibilização do público em geral, de decisores políticos e administrativos e também de carência de reflexões a atividades acadêmicas sobre a necessidade de intérpretes qualificados.

Presentemente, por falta de qualquer treinamento, são diferentes categorias de intérpretes *ad hoc* que atuam em clínicas e hospitais brasileiros. Pacientes com condições financeiras privilegiadas, em geral aqueles que utilizam um pacote de turismo médico, utilizam intérpretes *ad hoc* nas categorias *a* e *d*, ou seja, funcionários do hospital ou *medical concierge*. Em hospitais populares, pacientes com LPP dependem da disponibilidade de intérpretes *ad hoc* nas categorias *a*, *b* e *c*.

Esses resultados apontam que em instituições de saúde brasileiras, assim como em vários países, dá-se preferência ao uso de intérpretes *ad hoc*, destarte, pondo em risco todo o processo de atendimento médico e, por conseguinte, o bem-estar e a saúde do paciente.

Um currículo de treinamento de intérpretes apresenta-se como solução para qualificar o atendimento de pacientes com LPP no Brasil. Se comparado com outros cursos acadêmicos e técnicos no Brasil não há um número representativo de cursos tradutológicos.

Um levantamento sobre os principais cursos de tradução e interpretação revela que a maior parte dos cursos se concentra na cidade de São Paulo. A ênfase ainda é tradução textual e, no caso da interpretação, os cursos normalmente enfatizam a interpretação para conferências no par de línguas português-inglês. É o caso dos cursos de bacharelado nas seguintes instituições:

- UNINOVE: Bacharelado em Tradução e Interpretação (português-inglês)
- UNISANTOS: Bacharelado em Tradução e Interpretação (português-inglês)

- Universidade Metodista de São Paulo: Bacharelado em Tradução e Interpretação na língua inglesa.
- Universidade do Sagrado Coração de Jesus, São Paulo: Bacharel em Tradução
- PUC Rio de Janeiro: Especialização *Lato Sensu* em Tradução Português-Inglês
- PUC São Paulo: Curso Sequencial Intérprete Língua Inglesa.
- UFRGS: Bacharelado em Letras com Habilitação em Tradução.
- UNIFRAN: Bacharelado em letras com Habilitação em Tradutor e Intérprete da Língua Inglesa
- UNIORP: Bacharelado em letras, tradução e interpretação.
- UNIP: Bacharelado em Tradução: (Línguas Portuguesa e Espanhola / Línguas Portuguesa e Inglesa)

Além dos cursos em nível de graduação, foram identificadas as seguintes pós-graduações e especializações:

- UFSC: Mestrado e Doutorado em Estudos da Tradução.
- PUC/Rio: Especialização (lato sensu) em Interpretação de Conferência (Português-Inglês)
- Universidades Gama Filho: Especialização On-line em Tradução (Português, Espanhol, Inglês, Italiano)
- UNIMEP: Pós-Graduação em Língua Inglesa e Tradução.

Até o momento, não se observa qualquer grade curricular que se propõe a treinar profissionais para trabalhar em contextos médico-hospitalares ou mesmo nenhuma disciplina que se proponha a fazer uma abordagem teórica sobre a modalidade de interpretação intrassocial como abordada nessa pesquisa³¹.

Em 2001, um artigo de autoria de John Milton e Lúcia Helena De Sena França, intitulado *The Selection and Training of Interpreters in the Community at the Catholic University of São Paulo* (PUC-SP), na *International Conference Critical Link 3*, em Quebec, descreve a proposta do curso sequencial “Intérprete Língua Inglesa” criado na PUC em 1999.

31 Um panorama sobre a formação de intérpretes no Brasil pode ser encontrada em PAGURA, 2010.

Frente à demanda por intérpretes em contextos comunitários de São Paulo, tais como prisões e hospitais, o curso sequencial tinha um projeto que objetivava prestar serviços de interpretação comunitária por meio de uma parceria com o departamento de serviços pastorais, sediado na própria PUC, e com os serviços pastorais da cidade de São Paulo (DE SENA FRANÇA E MILTON, 2001: 3). Os alunos do curso poderiam estagiar profissionalmente nesses contextos que, em geral, utilizavam a ajuda de um intérprete *ad hoc*.

Embora o curso sequencial em língua inglesa tenha sucedido a proposta de prestar serviços em interpretação comunitária, não foi implantado devido a questões burocráticas internas da instituição³². Atualmente o *site* que promove o curso *Sequencial Intérprete Língua Inglesa* da PUC não menciona na sua proposta qualquer abordagem à interpretação comunitária.

Com o objetivo de elaborar diretrizes que balizem a criação e a implementação de currículos voltados para formar intérpretes médicos no Brasil a próxima seção fornece, dentro das possibilidades dessa pesquisa, um panorama do que há disponível internacionalmente em treinamento, tanto nos países onde a atividade é reconhecida como profissão como naqueles onde a atividade está emergindo.

4.1 PANORAMA MUNDIAL DA DISPONIBILIDADE DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

No âmbito internacional os cursos que se propõem a preparar intérpretes para trabalhar em contextos médicos variam em nível, duração e intensidade do curso e de contexto em relação às instituições que oferecem cursos e aos requisitos exigidos aos aspirantes.

A Austrália e os Estados Unidos, países pioneiros na profissionalização da interpretação médica, contam com um vasto número de programas de treinamento (cf. IMIA, NAATI).

No site da IMIA, estão listados mais de uma centena de cursos de interpretação médica espalhados por todo o país. Alguns poucos são cursos universitários de dois anos, conhecidos nos EUA como *associates*

32 FRANÇA, M. L. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <mylaqui@hotmail.com > 11 de janeiro de 2009.

degree (equivalente no Brasil a um diploma de tecnólogo), que são voltados para interpretação comunitária com disciplinas optativas em interpretação médica. Na grande maioria, são cursos sequenciais ou vocacionais que por vezes se formam junto a agências de profissionais ou junto às instituições com duração de 40 a 70 horas. Os currículos abordam questões como anatomia, terminologia médica, linguagem e cultura de comunidades específicas, o papel do intérprete no contexto médico, utilização do código de ética, etc., com mais ou menos profundidade, dependendo do tempo do curso.

A NAATI, na Austrália, também sugere em seu *site* uma diversidade de cursos credenciados. Diferentes dos cursos indicados pela IMIA, os cursos indicados pela NAATI são em geral cursos de interpretação comunitária com especificações em interpretação médica. O curso de interpretação TAFE NSW – Sydney Institute –, por exemplo, oferecido em faculdades australianas, se propõem a preparar candidatos para o teste de certificação da NAATI e para trabalhar em diversos cenários comunitários. A estrutura do curso parece bastante generalista e aborda questões gerais como interpretação de diálogo, integração de aspectos culturais no comportamento e no processo de comunicação, eficácia de comunicação entre clientes, profissionais e colegas, práticas de eficácia na gestão do discurso³³.

No Canadá, onde acesso à comunicação também é garantida por legislação nacional, embora provedores de serviços nem sempre consigam responder às demandas, algumas universidades na província de Toronto passaram a oferecer cursos certificadores em interpretação comunitária, incluindo interpretação médica. A *Healthcare Interpretation Network*, uma organização sem fins lucrativos, formada por indivíduos e organizações canadenses preocupados com o acesso à comunicação de pacientes com limites em inglês, elaborou um programa de treinamento de 180 horas que foi incorporado por algumas universidades de Toronto. O programa aborda interpretação comunitária em geral com especificidades em diferentes contextos. Para intérpretes interessados em atuar em contextos médico-hospitalares, há uma combinação de treinamento e terminologia médica³⁴.

Na Europa, a Suécia implementa cursos de interpretação desde o final dos anos sessenta e atualmente disponibiliza cursos básicos em in-

33 A grade curricular pode ser acessada em http://www.sit.nsw.edu.au/pdf/course_sheet_pdf.php?Select=22947

34 A grade curricular pode ser acessada em: <http://healthcareinterpretation.homestead.com/Training.html>

interpretação comunitária em mais de 100 idiomas nas chamadas universidades populares³⁵, além de currículos acadêmicos em algumas universidades tradicionais (PÖCHHACKER, 2004, NORSTRÖM, 2010; ERTL E PÖLLABAUER, 2010).

Na Suíça, muitos dos serviços de interpretação são feitos por intérpretes *ad hoc*. Uma pesquisa feita em 1999 mostrou que apenas 17% dos entrevistados tiveram acesso a intérpretes treinados (BISCHOFF E HUDELSON, 2010). Desde então, a *Association Suisse pour l'interprétariat Communautaire et la Médiation Culturelle – INTERPRET* –, desenvolveu um programa de certificação e reconheceu oficialmente cursos e programas de treinamento em interpretação comunitária em dois módulos que abordam em seu conteúdo alguns aspectos em interpretação médica. O certificado emitido pela associação não está focado apenas em interpretação médica. Segundo Patrícia Hudelson, existe a possibilidade de iniciativa do Geneva University Hospitals na criação de um curso de treinamento específico para intérpretes-médicos³⁶.

Na Espanha, a Universidade de Jaume oferece um mestrado *online* em interpretação médica. O curso é composto de sessenta créditos de trinta horas cada. O mestrado é designado para pessoas que possuem diploma de bacharel em tradução, interpretação, letras; bem como graduados em medicina, biologia, enfermagem e outras ciências afins.

No Reino Unido, são oferecidos programas de treinamento em interpretação de serviço público (*PSI - Public Service Interpreting*) com especificações em interpretação médica.

Na Dinamarca, programas de treinamento para intérpretes em geral surgiram na década de oitenta na Copenhagen Business School. A partir de 1996, foram estabelecidos currículos abrangendo com mais especificidade treinamento em interpretação comunitária, inclusive interpretação médica.

Em outros países europeus, as oportunidades de treinamento são escassas (PÖCHHACKER, 2004; DE PEDRO, 2010). Segundo o representante da IMIA da Itália, Maurizio Fresco, o país não conta com uma legislação que garanta serviços de interpretação em hospitais, também não possui cursos oficializados para intérpretes-médicos³⁷.

35 *Folk High School*

36 HUDELSON, P. Medical interpreting training in Switzerland [mensagem pessoal].

Mensagem recebida por <myleneq@gmail.com> 21 de fevereiro de 2011.

37 FRESCO, M. Training Programs [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por

<myleneq@gmail.com> 9 de janeiro de 2011.

Uma experiência interessante de formação de currículo para interpretação médica surgiu de uma parceria entre universidades da Alemanha, Finlândia, Áustria e Eslovênia, num projeto realizado entre 2007 e 2009 chamado MedInt. A descrição do projeto, que teve como objetivo promover a qualidade da interpretação médica nesses países, foi abordada num artigo de Ertl e Pöllabauer (2010: 14). O currículo foi planejado para ser facilmente adaptado para contextos além daqueles envolvidos na formação do projeto. Outro objetivo desse currículo foi aumentar a conscientização por parte dos usuários de intérpretes (médicos e pacientes) e responsáveis públicos sobre a importância do uso de intérpretes qualificados..

Nos países asiáticos, também é escassa a oferta de programas em interpretação comunitária em geral. Segundo o representante da IMIA em Beijing, Lin Zhang, não existem até o momento programas para formação de intérpretes médicos na China. Já a representante da associação em Hong Kong, Ester Leung, afirma ter recebido do governo concessão financeira para executar uma pesquisa sobre interpretação médica no país e implementar um programa de treinamento que deverá ser colocado em prática ainda em 2011. No Japão, segundo a representante da associação, Kazumi Takesako, dado a esforços em divulgação da profissão no país por meio da Associação Japonesa de Interpretação Médica – JAMI –, começou a haver conscientização da necessidade de treinamento. Em 2009, uma empresa privada de serviços tradutológicos passou a oferecer cursos em cinco localidades do país. Com apoio do ministério de indústria e economia do país, uma das universidades ofereceu em 2010 um curso de 10 sessões em inglês, chinês e russo. Uma outra universidade irá dar início a um curso de treinamento com a colaboração da faculdade de medicina, enfermagem e farmácia para alunos de mestrado e doutorado.

Devido à urgência de treinamento no Brasil, especialmente dado aos limites de tempo para preparar instituições para atender à demanda dos próximos eventos internacionais da Copa do Mundo e das Olimpíadas que ocorrerão em 2014 e 2016, respectivamente, os itens seguintes se ocuparão de analisar mais de perto as propostas curriculares específicas em interpretação médica. Portanto, neste momento não serão utilizadas na análise as propostas que abrangem a interpretação comunitária como um todo, nem cursos de pós-graduação, como o caso do programa da Universidade de Jaume, da Espanha.

Os programas oferecidos nos Estados Unidos e a proposta do projeto MedInt na Europa são, neste momento, os mais interessantes e

adaptáveis à situação brasileira, uma vez que são totalmente específicos em interpretação médica e beneficiam especialmente intérpretes *ad hoc*, ou seja, candidatos que já fazem serviço de interpretação, mas não possuem treinamento formal para contextos médico.

Nos Estados Unidos, os programas para intérpretes-médicos surgiram junto com a emergência da atividade e da formação de associações de profissionais. Os programas são bastante variados em tempo (de 40 a 70 horas) em conteúdo e de início eram oferecidos por instituições que contratavam intérpretes (agências e hospitais). Os requisitos para o ingresso são em geral ensino médio completo e proficiência na segunda língua. Os testes de proficiência para ingresso no curso não são padronizados, portanto, não há um nível de proficiência ideal para ingresso nos cursos. A situação deve mudar com a institucionalização da certificação nacional, tornando os programas mais padronizados.

Programas mais longos oferecem laboratórios e horas de estágios. O programa de 231 horas da *Forsyth Technical Community College* do Estado de Carolina do Norte, por exemplo, oferece créditos em: código nacional (24h), habilidades profissionais e práticas éticas para intérpretes (12h), terminologia médica em inglês/espanhol (75h), laboratórios em estudos de caso Case (36h), laboratório em estudos da tradução (24h), estágio (60h).

Há alguns poucos programas de curta duração, na maioria cursos virtuais, de educação continuada. Esses programas abordam diferentes modos de interpretação (via telefone, via vídeo), situações e contextos (saúde mental, saúde da mulher, eventos de epilepsia, terminologia, anatomia e fisiologia, etc).

As propostas curriculares nos EUA ainda não contemplam de forma consistente todos as competências necessária na prática da interpretação médica como revelam as pesquisas de análise de função (CCHI, 2010; PSI 2010). Modos e estratégias de, por exemplo, noções de interpretação simultânea e uso de tecnologias, não estão incluídos na maioria dos programas.

O projeto MedInt, realizado entre 2007 e 2009, ao contrário disso, surge de aspirações acadêmicas, no entanto num contexto em que a profissão não está tão organizada e desenvolvida quanto nos EUA.

O projeto contou com parceria de especialistas e acadêmicos em tradução/interpretação, imigração e saúde e se propôs a determinar os objetivos e competências de treinamento de intérpretes médicos e conscientizar instituições de saúde e decisores políticos sobre a necessidade do uso de interpretação qualificada em encontros médicos. Outro objeti-

vo desse projeto era de tornar as diretrizes do currículos adaptáveis para outros países de Europa. Por restrições de tempo, o currículo não foi posto em teste, mas espera-se que isso aconteça brevemente numa segunda fase do projeto. Todavia, a qualidade do projeto foi avaliada durante seu desenvolvimento por especialistas externos ao projeto.

4.2 DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO DE GRADES CURRICULARES PARA PROGRAMAS DE TREINAMENTO EM INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A qualidade do atendimento médico a pacientes com LPP no Brasil depende da implementação de programas de treinamento em interpretação médica. Além disso, a criação e implementação de currículos estimula a criação de um campo de atuação para uma modalidade de intérpretes profissionais, ainda não explorada no contexto nacional.

Aspectos do contexto brasileiro, assim como as experiências internacionais, apresentados neste trabalho, indicam elementos importantes a serem considerados na elaboração de diretrizes curriculares.

Embora os Estados Unidos contem com mais de duas décadas de experiência no campo, ainda há pouco envolvimento da academia nos projetos de formação. Angelelli (2004: 139) apontou que, naquele contexto, os currículos são de natureza pragmática: em geral, são voltados para treinamento de especificidades (como terminologia, processamento de informação, etc) e pouco preocupados com a educação integral de intérpretes, o que, segundo a autora, depende de abordagens em temáticas como comunicação intercultural, relações interpessoais, problematização da co-construção de sentido.

Os programas de treinamento para intérpretes-médicos oferecidos atualmente no Estados Unidos não exploram de forma abrangente algumas competências necessárias para garantir a qualidade da interpretação em contextos médico-hospitalares. Parte disso, como já mencionado, tem a ver com as dificuldade de se estabelecer o *papel* do intérprete-médico (AVERY, 2001; BOLDEN, 2000).

Embora a execução do Projeto MedInt tenha sido delongada para uma segunda etapa, há elementos no projeto que o tornam interessante para a realidade brasileira. O projeto tem uma abordagem interdisciplinar, na qual houve a participação ativa (na construção e

avaliação crítica) de especialistas e acadêmicos tanto na área da interpretação como da saúde. Além disso, o projeto é voltado para a sensibilização de provedores de saúde e decisores administrativos e políticos e do público em geral. Esta etapa é fundamental no contexto brasileiro, que não tem tradição no campo da atividade e até o momento é alheio em relação à necessidade real desse tipo de serviço. Além disso, um dos principais objetivos do projeto foi torná-lo adaptável a diferentes contextos do continente europeu.

Nesse sentido, com a devida atenção às diferenças relevantes entre as configurações do contexto europeu e o contexto brasileiro, o projeto MedInt pode ser também utilizado como base de diretrizes de propostas curriculares não só para o Brasil como para os países da América Latina.

Uma das diferenças é a sensibilidade europeia para as variações multilíngues e multiculturais, tradicionais naquele continente. No Brasil, demograficamente, há muito menos variedade de culturas e línguas, e as especificidades culturais são mais sutis, especialmente em relação às diferentes culturas de origem hispânica. Embora sejam variadas, dificilmente se fazem distinções no Brasil em relação às peculiaridades culturais e linguísticas de cada país vizinho de língua espanhola.

Outra diferença relevante é que o Projeto MedInt foi criado para um contexto em que o sistema de saúde é largamente público com pouca expressão do setor privado. No caso do Brasil, o setor privado é a alternativa para as carências do setor público e é, como relatado anteriormente, bastante procurado por algumas classes de pacientes com LPP. As etapas de sensibilização devem ter em mente as especificidades desses dois setores. Um exemplo é a necessidade de sensibilização do papel social da interpretação médica no setor privado: os serviços oferecidos, como os de *medical concierge*, que atendem pacientes de hospitais privados no Brasil, tem mais características de interpretação de negócios (*business interpreting*) do que interpretação comunitária.

4.2.1 Sensibilização e necessidade de parcerias institucionais

No Brasil, dado à inexistência de atuação de intérpretes-médicos treinados, carência de criação de legislações que garantam a qualidade de intermediações interculturais, bem como o não-cumprimento das leis

existentes, é imprescindível que haja um mecanismo para sensibilizar o público em geral, decisores políticos e administrações responsáveis pela saúde pública e privada, a respeito dos riscos implicados no uso de intérpretes *ad hoc* e da necessidade de intérpretes qualificados para mediar encontros médicos com pacientes com LPP.

Embora o Brasil não conte com uma legislação complexa em relação a acesso linguístico-culturais, como acontece nos Estados Unidos, por exemplo, as diligências das leis de anistia, de LIBRAS e as proposições pautadas pela declaração dos direitos humanos e também pelas proposições da *Joint Commission* (para os casos de hospitais credenciados pela entidade) contribuem como elementos não só para a conscientização, mas para a exigência de serviços de interpretação médica qualificada.

Tendo em mente as restrições econômicas do setor público, é necessário divulgar e sensibilizar provedores e decisores sobre o uso de tecnologias de interpretação remota. Devido à realidade econômica nos hospitais públicos do Brasil, é pouco provável que haja viabilidade de recursos financeiros em alguns hospitais públicos para manter um intérprete por tempo integral no seu quadro de funcionários.

As tecnologias de vídeo são especialmente viáveis para a interpretação em língua de sinais. A Prefeitura de São Paulo, por meio do Projeto de Lei nº. 256/07, criou, em 2009, uma central de intérpretes de LIBRAS e guias-intérpretes que, por meio de câmeras ligadas à internet (*webcams*), instaladas em vários pontos públicos municipais. O objetivo é implantar nos próximos anos pontos de atendimento em 14 hospitais, 17 pronto-socorros e 406 unidades básicas de saúde da prefeitura. Esse projeto notável precisa ser sensibilizado para a qualificação dos intérpretes que atenderão em instituições de saúde.

Mecanismos de sensibilização a respeito da necessidade de interpretação médica qualificada, tais como reuniões, discussões em grupo, apresentações de projetos, também fizeram parte dos objetivos do projeto MedInt. Naquele caso, no entanto, havia uma equipe de profissionais envolvidos no projeto, comprometidos a apresentar propostas a decisores políticos e representantes de instituições médicas.

No Brasil, as universidades que oferecem programas de formação para intérpretes e tradutores e ciências da saúde, bem como instituições representantes da profissão (ABRATES, SINTRA, APIC, FEBRAPILS, IMIA/Brasil), são parcerias potenciais para colaborar com essa etapa – decisiva para a implementação e continuidade de programas de treinamento. Além disso, relatórios envolvendo a participação de

organizações envolvidas com imigrantes no país, como por exemplo, as pastorais de migrantes, Ministério da Justiça e consulados estrangeiros, poderiam organizar informações mais detalhadas sobre as necessidades ligadas à questões de saúde de imigrantes no Brasil.

Uma experiência piloto poderia iniciar no âmbito da própria UFSC, que dispõe de departamentos de línguas (DLLE) e de ciências da saúde (CCS), além do próprio Hospital Universitário, que pode oferecer um espaço de estágio para estudantes de interpretação médica.

Outro mecanismo de sensibilização e difusão da necessidade de intérpretes-médicos treinados é pelo incentivo de linhas de pesquisa nessa área, que, como apontado já no início deste trabalho, está fora dos tópicos canonizados nos Estudos da Tradução/Interpretação no Brasil.

4.2.2 Público-alvo e beneficiados no Brasil

Um programa de treinamento para intérpretes-médicos deve considerar diferentes públicos. Como mostra o capítulo 3, são funcionários bilíngues de instituição de saúde e intérpretes com experiência em outras áreas que têm atuado como mediadores em encontros médicos interlinguísticos. O uso de funcionário bilíngues pode ser oportuno uma vez treinados para exercer tal função (MARTÍR e WILLIS, 2001). A curto prazo, um modelo de currículo deve ser adaptado para beneficiar os dois públicos que já atuam na área sem o devido treinamento.

A longo prazo, o modelo deve beneficiar outros interessados como alunos de curso de línguas, de tradução e interpretação e de ciências da saúde, bem como imigrantes residentes no país. O Projeto MedInt, relembra que a experiência educacional de imigrantes nem sempre tem reconhecimento no país anfitrião. Dessa forma, um nível de formação em interpretação médica poderia beneficiar e valorizar a experiência linguística e cultural de imigrantes no Brasil.

Os beneficiados seriam pacientes com LPP que teriam acesso qualificado aos serviços de saúde no Brasil (imigrantes, deficientes auditivos usuários de LIBRAS, turistas estrangeiros) e instituições de saúde que passarão a utilizarem serviços especializados para acessar e atender seus pacientes com limites linguísticos.

4.2.3 Requisitos para admissão

Proficiência linguística é um requisito indispensável para admissão como aluno de qualquer programa de interpretação. A comprovação de um nível de proficiência linguística oral e escrita na língua-fonte e alvo deve ser, portanto, requisito para a inserção do interessado no programa.

Há diversos programas de avaliação de proficiência de idiomas. Para imigrantes interessados na atividade, por exemplo, o Governo Brasileiro, por meio do Ministério de Educação, oferece o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras). No caso de outras línguas, há instituições reconhecidas que oferecem avaliações de nivelamento de proficiência, como por exemplo o Instituto Cervantes (para espanhol), Chinese Bridge (para chinês), Topik (para coreano), TOEFEL, ILETS, CPE (para inglês), Pró-libras (para LIBRAS). É preciso identificar o nível de proficiência ideal na língua-alvo e língua-fonte, por meio de parcerias de peritos na área.

É possível que parte do público interessado em treinamento não tenha formação de nível superior, como por exemplo, alguns funcionários de hospitais, intérpretes de LIBRAS e imigrantes residentes no país. Num primeiro momento, a formação em ensino médio deverá ser requisito suficiente para ingresso de interessados na profissão.

4.2.4 Conteúdo curricular

Um dos objetivos deste trabalho é de apontar diretrizes para criação de currículos de treinamento em interpretação médica. Logo, o conteúdo curricular, metodologia e material didático são tópicos a serem avaliados e adaptados posteriormente com base nas especificidades de cada contexto (idiomas, tipos de instituição, modo de interpretação – remota ou não –, etc).

Em relação às competências³⁸ necessárias para o exercício da prática de interpretação em contextos médico-hospitalares, toma-se como base as seis competências, e várias subcompetências, apontadas pelo Projeto MedInt, a serem oferecidas e adquiridas num currículo que poderia ser adaptado a diferentes contextos (ERTL e PÖLLABAUER 2010: 16; UNIGRAZ: 2008).

Por competência, o projeto entende “a combinação de aptidões, comportamento, conhecimento e *know-how* necessário para o desempenho de uma dada tarefa sob determinadas condições” (POKORN 2008:4). O Projeto sugere que a criação de um currículo e a oferta de treinamento em certas competências deve levar em conta os objetivos do treinamento e as condições de cada situação, levando em consideração as limitações e potencialidades de recursos humanos, sociais, financeiros e técnicos de cada contexto.

A próxima seção expõe as competências e as subcompetências sugeridas pelo MedInt com comentários necessários para a sua adaptação no contexto brasileiro.

4.2.4.1 Das competências necessária para atuação de um intérprete médico no Brasil

Essa seção trata das competências, ou seja, das habilidades necessárias para a atividade de interpretação médica considerando a atual situação do contexto brasileiro: tipo de demanda, recursos humanos, sociais, técnicos e financeiros. Tais competências devem ser introduzidas em forma de conteúdo de modelos de currículos, e cada uma delas, trabalhada com diferentes níveis de ênfase dependendo dos objetivos do treinamento.

I) Competências em prestação de serviços de interpretação (incluindo habilidades operacionais, éticas e de comunicação interpessoal): O intérprete deve ser capaz de identificar as necessidades do seu cliente e oferecer a interpretação adequada às

38 O projeto teve como base as competência criadas por peritos da Direção Geral de Tradutores (*Directorate-General for Translation*) da Comissão Europeia de Tradução (*European Translation Commission*) para o Mestrado Europeu em tradução (*European Masters in Translation*).

suas necessidades. Sendo assim, é importante que o intérprete tenha um certo domínio das diferentes técnicas de interpretação: consecutiva, simultânea, cochichada, remota. Os casos de saúde mental por exemplo, exigem técnicas de interpretação diferentes de outras especialidades médicas – como por exemplo interpretação simultânea e técnicas de anotação.

O intérprete também precisa ter habilidades para detectar problemas de interpretação e encontrar soluções por meio de escolhas. Em relação a isso, é importante que o intérprete domine a metalinguagem apropriada para justificar tais escolhas.

Devido à inexistência de serviços de interpretação médica formalizada no Brasil e, por conseguinte, a inexperiência de provedores para trabalhar com intérpretes, é necessário que o intérprete tenha habilidades de gerenciamento da comunicação, ou seja, alertar pacientes e provedores sobre os turnos da fala, posicionamento e contato visual. Muitos provedores e pacientes, durante encontros com o uso de intérpretes, se comunicam fazendo contato visual apenas com o intérprete, causando muitas vezes confusões para entender de onde veio o enunciado bem como dificuldades para o estabelecimento de uma relação de afetividade entre provedor e paciente.

É importante também que o intérprete reconheça seu papel social. No cenário brasileiro, onde informações sobre o sistema de saúde e sobre as necessidades médicas de outras culturas que aqui residem não são sistematizadas, o intérprete precisa ter a habilidade de manter-se em formação contínua quanto às especificidades culturais de seus clientes, bem como as administrativas, jurídicas, éticas que envolvem o contexto em que exerce sua função.

Habilidades para lidar com questões éticas são chaves para o exercício da função. Comportamentos éticos e normas de conduta são essenciais para manter a integridade de pacientes e instituições de saúde (respeitando, por exemplo, informações do paciente sobre sua saúde, códigos administrativos da instituição, etc) e a proteção do próprio intérprete. O intérprete deve ter a habilidade de, em qualquer situação, deixar claro o seu papel e lembrar que fará a interpretação do que for dito durante o encontro. A habilidade de apresentação de suas tarefas o protege de possíveis situações de jogos de poder durante o encontro.

O Brasil, como citado anteriormente, não possui um código de ética e normas de conduta para intérpretes-médicos. A divisão brasileira da IMIA oferece uma versão em português do seu código de ética, que, embora tenha sido criado para as necessidades do contexto estadunidense, pode servir de inspiração para a formulação um código de ética e padrões conduta para intérpretes-médicos no Brasil. Um documento de conduta e ética profissional é essencial para intérpretes e provedores, e sua criação no Brasil dependerá da evolução e organização profissional da atividade.

Dado à inexistência de um código, é ainda mais necessário que o intérprete esteja atento à sua prática com habilidades para fazer autoavaliação do seu trabalho – detectando seus limites físicos e mentais no exercício de suas atividades. O estabelecimento de uma rede de contatos interpessoais com outros intérpretes, associações, peritos na área de interpretação e de saúde, pode auxiliar por meio de aconselhamentos quando necessário.

O projeto MedIt sugere que intérpretes-médicos desenvolvam habilidades para negociar e definir orçamentos e prazos com seus clientes. Em relação às questões de carga horária e condições gerais de trabalho, é essencial que haja no contexto brasileiro o envolvimento do SINTRA, que já consta de uma tabela de preços para tradutores e intérpretes. A organização de trabalhadores por meio de sindicatos e associações é imprescindível para garantir direitos trabalhistas a intérpretes-médicos, que, em vários contextos, ainda lutam por melhores condições salariais e de trabalho (MIKKELSON, 2004:9).

II) Competência Linguística: O intérprete deverá desenvolver capacidades para compreender e utilizar estruturas gramaticais, lexicais idiomáticas da L1 e L2. O nível de proficiência da L1 e L2 deverá ser analisado junto a escolha de um programa de avaliação de proficiência linguística.

III) Competência Intercultural: As concepções de saúde e doença variam nas diferentes culturas. O conhecimento sobre a forma com que cada cultura institucionaliza e regulamenta a prática médica é essencial para que o intérprete medie os encontros médicos interculturais. O intérprete deve ter a

capacidade de reconhecer as diferentes funções e significados nas variações de linguagem (social, geográfica, histórica e estilística). No Brasil, onde há uma grande incidência de pacientes latino-americanos, há, por exemplo, recorrência das muitas variações de idioma e cultura hispânica, devido à presença de imigrantes de diferentes países da América Latina. É essencial que o intérprete esteja alerta para poder identificar e utilizar regras e padrões de interação (verbais e não-verbais) referentes às culturas envolvidas no encontro, bem como domínio para reconhecer elementos adequados às práticas das culturas envolvidas no encontro. É igualmente importante que o intérprete possua habilidades para formular a interpretação levando em consideração as convenções de gênero e os padrões retóricos.

No caso de limites para compreender alguns desses elementos o intérprete deve estar apto a desenvolver estratégias para resolver problemas de compreensão.

IV) Competência Tecnológica (incluindo domínio de ferramentas): O Brasil é um país extenso, onde se espalha uma diversidade de culturas e línguas. O uso de interpretação remota é uma solução para atender comunidades mais distantes. Ademais, não há no país uma tradição de investimentos para suprir custos com interpretação em hospitais. Em algumas instituições, a demanda pode ser sazonal ou não tão recorrente, que seja possível apenas manter contratos com intérpretes que prestem serviços via interpretação remota.

Embora a interpretação médica via telefone ou tecnologias de vídeo se apresente como solução levando em conta o aspecto custo-benefício, é necessário que o intérprete domine ainda mais algumas habilidades. As questões implicadas na interpretação remota foram sugeridas por Wandensjö apontadas no capítulo terceiro. Para que a interpretação médica feita remotamente não perca a qualidade é necessário que intérpretes estejam capacitados para utilizar certas ferramentas além de estar ainda mais atento no domínio de competências operacionais (gerenciamento do encontro) e interculturais (o intérprete precisa estar mais atento, uma vez que, ao fazer uso de certas tecnologias, como telefone, o contato visual é inexistente).

Também é importante que o intérprete esteja apto a utilizar de maneira rápida e eficaz *softwares* para auxiliar na pesquisa terminológica e documental. (cf. GORJANC, 2009; JURKO, 2009)

V) Competência em coleta de informação: Uma das características da interpretação médica é a inconstância das situações e a variedades de especificidades não só da prática médica (cardiológica, oncológica, pediátrica, etc) como dos arranjos administrativos e legais que a engloba. Um intérprete-médico não pode prever exatamente que tipo de situação encontrará e que tipo de informação permeará o seu próximo encontro. Nesse sentido, é importante que o intérprete desenvolva capacidades para identificar o nível do seu domínio de informações . Frente à carência de informações é necessário que esteja apto a desenvolver estratégias de investigação documentária e terminológica importantes para a prática de sua atividade. O domínio do uso de tecnologias de banco de dados pode facilitar a coleta de informação (GORJANC, 2009; JURKO, 2009). Além disso, a coleta pode ser efetuada por meio de interações com peritos da área à qual busca coletar informações.

VI) Competência temática: Para que o intérprete exerça sua função técnica e social integralmente, é necessário que haja conhecimento do campo em que atua. O protocolo de atendimento em hospitais do Brasil não é padronizado, logo é necessário que o intérprete desenvolva habilidades para compreender de forma ágil e rápida a forma como funciona as instituições onde irá prestar serviço. Também é necessário que haja compreensão das políticas legislativas que regem o sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado (por exemplo, direitos e deveres de pacientes e provedores de saúde). Ademais, é necessário que tenha desenvolvidas as suas competências de coleta de informação para dominar a compreender o discurso médico e a prática da medicina (procedimentos médicos, terminologias, sistemas de conceitos, métodos de raciocínio, etc.) essenciais para fazer esclarecimentos necessários entre paciente e provedores.

4.3 SUGESTÕES DE CURRÍCULOS

Ainda que um dos objetivos deste trabalho não seja o de oferecer um currículo pronto e sim diretrizes para criação de currículos, apresentam-se duas sugestões de modelos curriculares que podem trabalhar as competências necessárias para a prática da interpretação médica.

A carga horária dos módulos deve ser adaptada às necessidades do contexto institucional e do público alvo. Assume-se que programas de treinamento voltados para intérpretes com experiência em outras áreas e sem experiência em contextos médicos possivelmente teriam mais horas de curso em terminologia médica e introdução ao sistema de saúde, do que para funcionários bilíngues de instituições médico-hospitalares que já estão familiarizados com a dinâmica do contexto.

O contrário acontece em relação a técnicas de interpretação. Funcionários bilíngues de instituições médico-hospitalares, sem experiência em interpretação, necessitam de mais horas de treinamento em técnicas de interpretação e gerenciamento do fluxo comunicativo.

Os modelos curriculares foram inspirados no modelo sugerido pelo projeto MedInt.

Dado à inexistência da institucionalização de departamento de interpretação-médica em hospitais, não seria possível, num primeiro momento, oferecer longos estágios com tutorias e supervisores (como sugerido pelo MedInt). No lugar disso, propõem-se apenas avaliações de interpretações médicas em situações simuladas.

O currículo modelo B, além da avaliação, pode oferecer visitas agendadas a instituições de saúde como forma de familiarização do aspirante com o contexto médico.

O projeto MedInt aborda num dos seus módulos interpretação para contextos de saúde mental. Por se tratar de um contexto complexo, especialmente em relação ao fluxo da comunicação e à recorrência de situações emocionalmente complexas, é recomendável que se pense num currículo separado, voltado para intérpretes que já tenham concluído essa primeira etapa.

Os modelos de currículos abaixo são somente exemplos resumidos de possíveis adaptações e do que pode ser criado a partir da compreensão das necessidades de aquisição de certas habilidades para o exercício da interpretação médica que criei a partir dos vários currículos

analisados e apresentados nas seções anteriores, em especial do Projeto MedInt, e com base na minha experiência profissional com intérprete-médica.

•**Modelo A:** Proposta curricular para treinar interessados bilíngues já funcionários de instituições médicas ou com formação em ciências da saúde, como por exemplo, enfermagem, medicina, saúde pública, etc.

Nome/unidade do curso	Carga horária
<p>Terminologia médica e concepções de medicina nas línguas fonte e alvo</p> <p>Tendo em vista que o público alvo desse curso tem conhecimento nas especificidades da área médica, esse modulo trabalha de forma básica a terminologia médica nas duas línguas.</p> <p>O foco deste módulo recai nas diferentes concepções e expressões de saúde e doença, nas diferenças de estruturas médico-administrativas das culturas envolvidas.</p> <p>O objetivo desse modulo é preparar o intérprete para estar alerta a diferenças culturais, que podem aparecer em expressões não-verbais, importantes na troca de informação médica e que possam inclusive ser fontes de conflitos entre as partes do encontro.</p>	<p>X horas³⁹</p>
<p>Introdução à ética profissional Ética e profissional e padrões de conduta Enquadramento legislativo do setor médico brasileiro O papel do social do intérprete-médico</p> <p>O objetivo deste módulo é apresentar noções básicas de ética e a relação de ética e padrões de conduta na profissão de interpretação médica.</p> <p>Dado à informalidade da atuação de intérpretes-médicos,</p>	

39 A carga horária de cada módulo deverá ser estipulada de acordo com as necessidades e objetivos do curso.

<p>o Brasil não possui de uma organização profissional na área. Esse módulo apresenta códigos de conduta e ética para profissionais intérpretes de outros países (IMIA, CHIA, NCHIC). O objetivo é que aspirantes intérpretes identifiquem questões de ética relacionadas ao exercício de suas profissão.</p> <p>Esse módulo também deve abordar os enquadramentos legais da atividade médica no Brasil por meio de exposições de noções básicas sobre o código de ética médica brasileira, direitos e deveres de pacientes e instituições de saúde.</p> <p>Devido ao fato de que prática de interpretação médica não tem tradição no Brasil, o módulo deve alertar e sensibilizar o intérprete para o seu papel social. Conceitos como neutralidade, visibilidade, advocacia cultural, precisão e adequação serão apresentados e trabalhados criticamente com os participantes.</p>	X horas
<p>Habilidades em coleta de informações e terminologia. Recursos tecnológicos</p> <p>O objetivo desse módulo é apresentar recursos tecnológicos, como por exemplo, banco de dados terminológicos, dicionários eletrônicos bilíngue e monolíngue para auxiliar coleta informações e terminologias pertinentes ao seu trabalho. Além disso apresentar como o uso de recursos da internet como fóruns e grupo de discussões podem ser úteis para a formação continuada do intérprete.</p> <p>Ademais, o módulo apresenta tecnologias VOIP e de telefonia que podem ser usados para interpretação remota. Simulações de atendimento remoto podem ocorrer no decorrer do módulo.</p>	X horas
Treinamento em interpretação	

O módulo tem por objetivo desenvolver técnicas de interpretação: consecutiva, sussurrada, simultânea, técnicas de anotação e interpretação a primeira vista aplicadas à interpretação médica. As técnicas de interpretação podem ser praticadas em simulações de situações recorrentes no cenário médico-hospitalar.	X horas
Avaliação: interpretação de um exame médico Ao final do módulo o intérprete deve ser avaliado por meio de uma simulação que exija que se ponha em prática as habilidades adquiridas durante o curso.	X horas
TOTAL:	X horas

•**Modelo B** : Proposta curricular para treinar intérpretes com experiência em outras áreas ou sem formação específica em interpretação médica, como por exemplo, intérpretes de LIBRAS que já atendem hospitais, mas que não possuem formação específica.

Nome/unidade do curso
Introdução ao sistema de saúde brasileiro e estrutura legislativa
O módulo tem como objetivo apresentar a estrutura do sistema de saúde brasileiro: legislação, estrutura administrativa, seguradoras, legislação do SUS (sistema único de saúde), etc. X horas As políticas de seguradores e do SUS é especialmente importante para imigrantes indocumentados no país. O intérprete deve ter habilidades para alertar clientes sobre os recursos disponíveis no país.

<p>Terminologia e noções de medicina nas línguas fonte e alvo</p>	X horas
<p>O objetivo desse módulo é familiarizar o aspirante interprete com noções e terminologias que circundam anatomia, fisiologia, patologias, terapias, tecnologias e procedimento médicos.</p> <p>Além disso, abordar as diferentes concepções e expressões de saúde e doença nas diferenças de estruturas médico-administrativas das culturas envolvidas.</p> <p>O objetivo desse modulo é preparar o intérprete para estar alerta à diferenças culturais, que podem aparecer em expressões não-verbais, importantes na troca de informação médica e que possam inclusive ser fontes de conflitos entre as partes do encontro.</p>	
<p>Introdução à ética profissional Ética profissional e padrões de conduta Enquadramento legislativo do setor médico brasileiro O papel social do intérprete-médico</p>	X horas
(como no modelo A)	
<p>Habilidades em coleta de informações e terminologia. Recursos tecnológicos</p>	X horas
(como no modelo A)	
<p>Treinamento em interpretação</p> <p>Para esse modelo, oferecido para intérpretes profissionais de outra área, sugere-se fazer um levantamento prévio das aptidões de técnicas dos membros do grupo. O objetivo é mostrar como e em que situações as técnicas já conhecidas por intérpretes de outras áreas podem ser aplicadas na interpretação médica.</p>	X horas
<p>Visitas a instituições médicas</p> <p>As visitas a hospitais e centros de saúde têm como objetivo dar noções da estrutura e do protocolo de atendimento de algumas instituições de saúde.</p>	X horas

Avaliação: interpretação de um exame médico (como no modelo A)	X horas
TOTAL:	X horas

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado, realizada entre os anos 2009 e 2011, para a Universidade Federal de Santa Catarina, teve dois objetivos gerais. O primeiro, o de fazer a documentação, ainda inexistente, da demanda por serviços de interpretação médica no Brasil. E, por meio desta documentação, entender a forma como são atualmente atendidos pacientes com LPP em instituições de saúde no país. Tal objetivo foi orientado pela hipótese de que o Brasil estaria entre tantos outros países (OZOLINS 2000) que não oferecem serviços de interpretação adequados, desprezando os riscos da interpretação *ad hoc*.

A partir desta mesma hipótese, o segundo objetivo geral desta pesquisa foi o de propor diretrizes para a criação de currículos de formação em interpretação médica no Brasil com vistas à inauguração de um campo de atuação profissional para intérpretes.

Dentro dos limites e do recorte com que se comprometeu esta pesquisa, considera-se que estes objetivos foram plenamente atingidos.

A demanda por serviços de acessibilidade linguístico-cultural nas instituições de saúde decorre da presença de pacientes falantes de línguas estrangeiras (imigrantes, turistas estrangeiros) e brasileiros, como por exemplo, falantes de línguas indígenas, e, em maior escala, surdos usuários de LIBRAS.

Resultados revelam que estes pacientes dependem na maioria dos casos de interpretação *ad hoc*. Em nenhuma das instituições abordadas por esta pesquisa foi identificado a presença de intérpretes-médicos treinados. Embora haja no país legislações de acessibilidade tanto para imigrantes como para pacientes deficientes auditivos usuários de libras o sistema de saúde no país ainda não está preparado para atender integralmente pacientes com LPP.

Não podem ser identificados trabalhos na interface interpretação e contextos médicos, nem por parte de associações profissionais em interpretação e tradução, nem por parte de instituições educacionais. São in-existentes até o momento cursos ou disciplinas dentro ou fora do âmbito acadêmico preocupados com a formação de profissionais intérpretes-médicos.

A análise do desenvolvimento da atividade nos Estados Unidos sugeriu passos estratégicos para a situação brasileira. Naquele país, houve um rápido desenvolvimento profissional da atividade influenciado sobretudo por legislações de acessibilidade a indivíduos com LEP aos ser-

viços de saúde. Foi apenas após a criação de associações profissionais que exerciam serviços de interpretação em contextos de saúde que se deu atenção à necessidade de treinamento específico para para intérpretes-médicos. Os primeiros programas de treinamento nos Estados Unidos foram implantados pelos próprios intérpretes e, até muito recentemente, estiveram fora do alcance de revisões críticas por peritos dos Estudos da Interpretação e de ciências médicas. Essa distância estabeleceu um estado de *desordem de mercado* – como sugere Milkkeson (2004) – caracterizado pela ausência de mecanismos de avaliação de qualidade como, por exemplo, uma certificação reconhecida. Essa situação tem sido pouco a pouco reparada por meio de esforços recentes no lançamento de uma certificação nacional para intérpretes-médicos naquele país e o envolvimento interdisciplinar de peritos em interpretação e saúde. É esperado que com o estabelecimento da certificação, programas de treinamento nos Estados Unidos tornem-se mais críticos em relação às competências necessárias para o exercício da prática de interpretação médica. Há uma lacuna nos Estados Unidos em relação a treinamento e certificação de intérpretes-médicos em língua de sinais. Todo o movimento que acelerou a profissionalização da interpretação médica no país esteve ligado às línguas orais. O número de programas de treinamento para intérpretes ASL é sensivelmente menor ao número de programas para intérpretes de línguas orais⁴⁰. Os Estados Unidos constam de inúmeros programas de treinamento específicos para interpretação médica. No entanto, como visto, os programas foram se constituindo sem o envolvimento de reflexões teórico-metodológicas necessárias para a avaliação integral do conjunto competências e habilidades necessárias para o exercício da atividade diante das particularidades da atividade.

Um olhar próximo no desenvolvimento histórico da atividade nos Estados Unidos sugere a necessidade antecipada de parcerias para a criação e implementação de currículos de treinamento para intérpretes-médicos no Brasil bem como para a sensibilização das esferas sociais e políticas em relação ao treinamento como forma de garantir o acesso qualificado à saúde aos pacientes com LPP no Brasil, sejam eles de línguas orais ou de sinais.

Idealizado por um grupo de peritos em interpretação e ciências da saúde de diferentes países europeus, o Projeto MedInt de diretrizes para criação de currículos em interpretação médica apresentou-se em grande extensão compatível com as necessidades no Brasil, já que foi elaborado

40 <http://www.imiaweb.org/education/trainingnotices.asp>

para ser flexível às singularidades de diferentes contextos. Dessa forma, com adaptações necessárias, foram feitas propostas de diretrizes curriculares para o Brasil. Tais diretrizes trazem um conjunto de competências e habilidades a serem adquiridas por intérpretes, a fim de oferecer um serviço de qualidade, beneficiando pacientes e provedores, e de inaugurar um campo profissional para intérpretes-médicos no país. Devido à complexidade da prática, é indispensável que a elaboração e implementação de currículos conte com o participação ativa das várias áreas envolvidas, como por exemplo, ministérios e secretarias responsáveis pela acessibilidade à saúde e instituições de ensino (tanto aquelas que oferecem ensino em interpretação e tradução como as da área de saúde).

Embora o objetivo desta pesquisa tenha se limitado a apresentar elementos de diretrizes para elaboração curricular ousou-se apresentar dois modelos curriculares (também inspirado pelos modelos apresentados no Projeto MedInt) adaptados para dois diferentes públicos: funcionários bilíngues de instituições de saúde e intérpretes interessados na prática em contextos médico-hospitalares.

Além disso, a pesquisa teve como objetivos operacionais os seguintes pontos: contribuir com a produção de trabalhos acadêmicos em Estudos da Tradução na subárea “interpretação comunitária”; apresentar definições e conceitos utilizados nos atuais debates acadêmicos sobre o tema; entrevistar instituições provedoras de serviços de saúde no Brasil; oferecer um panorama da interpretação médica em diferentes países, em especial nos EUA, onde a atividade é institucionalizada, num contraponto com a situação brasileira e, sugerir passos concretos para a institucionalização da interpretação médica no Brasil por intermédio de recomendações para a criação e fomentação de currículos para programas de treinamento de interpretação médica.

Considera-se que os objetivos operacionais desta dissertação de mestrado foram alcançados. A apresentação de conceitos e definições traz ganhos para a área e para a subárea de pesquisa adotadas, além de contribuir para a inauguração de investigações acerca da interpretação comunitária ainda incipiente no país. Nesse sentido, ficou claro, ao longo desta pesquisa, haver esforços práticos e teóricos de pesquisas elaboradas na interface interpretação–língua de sinais no Brasil despontando como uma subárea fértil para reflexões acerca da interpretação comunitária. O decreto de lei de libras mencionado nesta pesquisa viabiliza possibilidades legais de formação para intérpretes em diferentes contextos. Há também as centrais de atendimento como é o caso do departamento de intérpretes de LIBRAS da UFSC e o projeto Celig da prefeit-

ra de São Paulo. No âmbito das reflexões teóricas, o volume 2 número 26 (2010) da revista *Cadernos de Tradução da UFSC*, por exemplo, deu destaque a interpretação de língua de sinais por meio da publicação de artigos abordando questões de interpretação comunitária (cf. METZGER, 2010). Conexões entre interpretação comunitária e língua de sinais também foram feitas em 2010, durante o II Congresso Nacional de Pesquisa em Tradução e Interpretação de Língua de Sinais Brasileira (Cf. RODRIGUES, 2010).

Entendendo as limitações desta pesquisa, conclui-se que a inauguração de um campo de atuação profissional em interpretação médica no país, assim como as outras dimensões da interpretação comunitária, depende substancialmente de conexões entre pesquisa e prática como explorado por Pöchhacker (2010). Vale enfatizar novamente que as sugestões diretivas para treinamento de intérpretes-médicos, dispostas nesta dissertação, supõem o envolvimento de peritos e de representantes da sociedade, tanto na fase de criação quanto de implementação curricular, por meio de avaliações sistemáticas baseadas em reflexões teóricas e metodológicas.

Por fim, espera-se ter demonstrado que a demanda urgente por intérpretes-médicos profissionais, até então pouco conhecida no Brasil, deve inaugurar e estabelecer um campo de pesquisa ainda embrionário no país, desempenhando, desta forma, um papel fundamental na evolução das pesquisas em interpretação no bojo dos Estudos da Tradução e na sua democratização.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Dado aos limites temporais impostos a esta pesquisa de mestrado recomenda-se alguns tópicos para futuras pesquisas. É primordial que as investigações acadêmicas estejam conectadas a todo processo de profissionalização da interpretação comunitária no país. Em função da problematização do intérprete-médico no Brasil, é necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre o papel e as funções do intérprete na sociedade brasileira, visto tanto da ótica do intérprete como de provedores de saúde e pacientes. Ademais, é necessário que sejam levantadas as demandas e necessidades de outros contextos comunitários no Brasil, como os educacionais e jurídicos.

Em pesquisas de relevância teórica, conceitos como visibilidade, neutralidade e fidelidade em interpretação comunitária no Brasil devem ser amplamente discutidos.

Pesquisas de cunho didático-metodológico serão necessárias para avaliar a implementação de currículos no país. Faz-se então necessário investigações no ensino de técnicas de interpretação em contextos comunitários, bem como sobre a função do intérprete em cada contexto. Esses estudos, como sugerido por Schäffner (2004: 27), podem ser observacionais com foco no aluno (seu progresso e dificuldades), na avaliação de procedimentos de ensino e ferramentas de avaliação.

A qualidade da comunicação e os riscos envolvidos em encontros interlinguísticos com o uso do intérpretes podem ser exploradas por meio de estudos de análise de discurso entre intérpretes, provedores e pacientes (cf. ARANGURI *et al*, 2006).

A democratização do produto dos Estudos da Tradução e Interpretação precisa ser também analisada em países vizinhos da América do Sul, por meio de um levantamento de como fatores geopolíticos, linguísticos e institucionais influenciam o desenvolvimento de diferentes modalidades de interpretação.

Por fim, é indispensável a sensibilização e motivação de alunos por meio da inclusão de linhas de pesquisa em interpretação comunitária nas diversas instituições de ensino citadas nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, D.; ODA, M. **The cultural/community interpreter in the domestic violence court: a pilot project.** *In:* ROBERTS, R.P. *et al.* (Eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the community.* Amsterdam: John Benjamins, 1998.

ANDERSON, R. B. **Perspectives on the role of the interpreter.** *In:* PÖCHHACKER, F., SHLESINGER, M. *Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction.* Philadelphia: John Benjamins, 2007.

ANDRES, D. & FALK, S. Remote and Telephone Interpreting. In D. Andres & S. Pöllabauer (Eds.), **Spürst Du wie der Bauch rauf runter?/Is everything all topsy turvy in your tummy?** - Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich/Health Care Interpreting. München: Martin Meidenbauer, 9-27, 2009.

ANGELELLI, C. **Medical Interpreting and Cross-cultural Communication.** UK: Cambridge, 2004 (a).

_____. **Revisiting the interpreter's role:** a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States. Amsterdam: John Benjamins, 2004 (b).

ARANGURI C., et al. **Patterns of Communication through Interpreters:** A Detailed Sociolinguistic Analysis. *Jornal Gen Intern Med.* 2006 June; 21(6): p. 623–629. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924629/>. Acesso em: 12 fev. 2011.

AROCHA, I. **“Medical interpreter certification. A new global credential for a new specialization”.** *In:* Baur *et al.* (Eds.) *Übersetzen in die Zukunft. Herausforderungen der Globalisierung für Dolmetscher und*

Übersetzer. Berlin: Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer, p. 381-389, 2009.

AUBERT, F. H.; BARROS, L.; CAMARGO, D. C. Aspectos textuais e lexicais de um conjunto de traduções juramentadas na direção inglês/português. **Estudos Lingüísticos**, São Paulo, v. 34, p. 474-479, 2005.

AVERY, M. **The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue**. The National Council on Interpreting in Health Care: Working Paper Series, April 2001. Disponível em: http://www.a2hc.org/articles/The%20role_of_health_care_interpreter.pdf. Acesso em: 25 setembro 2010.

BANCROFT, M. **The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters**. In: NCIHC (Ed.), *The California Endowment*, 2005

BAHADIR, Ş. **Body-and-Enactment-Centred Interpreting Pedagogy: Preliminary Thoughts on a Train-the-Trainers Concept for (Medical) Interpreting** In: Andres, D.; Pöllabauer S. (Hg.) . Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy turvy in your tummy? Healthcare Interpreting. München: Meidenbauer, p. 29-4, 2009.

BAVLAY, A. *et al.* **Ad hoc Interpreting in health care**. In: Project: BiCom – Promoting bilingual and intercultural competencies in public health. Socrates Grundtvig 2: Learning Partnerships. Ancona, Hamburg, London, Utrecht, 2007

BARBOSA, H. **A formação do tradutor/intérprete e sua inserção no mercado**. Trabalho apresentado na mesa-redonda sobre o tema “Perspectivas para o Ensino da Tradução”, no IX Encontro Nacional de Tra-

dutores e III Encontro Internacional de Tradutores, ABRAPT, Fortaleza, CE, 2004. Não publicado.

_____. Caminhos e descaminhos dos estudos da tradução e interpretação no Brasil. **Revista Trama**. Paraná, v., n. 9, 2009. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/trama/search/titles?searchPage=3>. Acesso em: 15 jan. 2011

BISCHOFF, A. **Caring for migrant and minority patients**. In: Forum for Migration and Population Studies, Neuchâtel the Institute of Nursing Science European hospitals: A review of effective interventions. Swiss: University of Basel, 2003.

BISCHOFF, A.; HUDELSON, P. Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go? **International Journal of Environmental Research and Public Health** 2010. Disponível em: www.mdpi.com/journal/ijerph Acesso em: 15 jan. 2011.

BOLDEN, G. Toward understanding practice of medical interpreting: interpretes' involvement in history taking. **Discourse Studies**, California. v. 2, p. 387-419, 2000. Disponível em: <http://www.russianca.org/publications/bolden2000.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2008.

BOWEN, M. **Community Interpreting**. In: AICC. Legal and court Interpreting. 2000, Disponível em: http://aiic.net/ViewPage.cfm/page234.htm#P5_365. Acesso em: 11 jun. 2010

BRASIL. Ministério do Turismo. Estudo da Competitividade dos 65 Destinos Indutores do Desenvolvimento Turístico Regional – Relatório Brasil 2009/ Luiz m. Barbosa (org.). Brasília: Ministério do Turismo, 2000.

BRASIL. Conselho Federal De Medicina. Código De Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246/88, DE 08.01.88. (D.O.U 26.01.88). Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822. Acesso em 10 out. 2010.

CAMBRIDGE, J. **Public Service Interpreting: Practice and Scope for Research**. In: Schäffner, Christina (ed) Clevedon: *Multilingual Matters: Translation Research and Interpreting Research. Traditions, Gaps and Synergies*, 49-51 2004

CARDOSO, A. *et al.* Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento a saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, 2006.

CARS, S. *et al.* **The critical link:** Interpreters in the community. Papers from the 1st International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995. Amsterdam, Philadelphia: John postsas.

CCHI. **Job Task Analysis and Results**. 2010. Disponível em: <http://www.healthcareinterpretercertification.org/about-us/commissioners/106.html>. Acesso em 14 ago. 2010.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 4, 2005.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos** (edição compacta), 6. ed. São Paulo:Atlas. 1997.

CORREIA, R. **Translatologia** - uma ciência alemã? *In:* IRIARTE R. (coord.), *Ensaio de literatura e cultura alemã*, Coimbra: Minerva, p. 317-2. 1996.

CORSELLINS, A. **Training interpreters to work in the public services**. *In:* TENNENT, M. (ed.) *Training for a new millennium: pedagogies for translation and interpreting*. Amsterdam: John Benjamins, 2005.

COSTA, L. S. M. *et al.* O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas *In: Rev Bras Clin Med*, v. 7 (3): 166-170, 2009. Disponível em: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/651_04_atendimento_RBCM_v7_n3.pdf. Acesso em: 9 jul. 2010.

DE PEDRO RICOY, R **Training Public Service Interpreters in the UK: A fine balancing act**. *In:* *The Journal of Specialised Translation*. n. 14, 100:120 July 2010. Disponível em: http://www.jostrans.org/issue14/art_dep Pedro.php. Acesso em: 10 dez. 2010.

DE SENA FRANÇA, L.; MILTON, J., **Interpreting in the Community: the Complexity of the Profession**. International Conference Critical Link 3. Quebec, Canada, p. 1-5, mai. 2001.

DEAN, R.; POLLARD Jr., R. Application of Demand-Control Theory to Sign Language Interpreting: Implications for Stress and Interpreter Training. **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, v6 n1 p1-14 Win, 2001.

DOWNING, B.; TILLERY, K. **Professional Training for Community Interpreters. A report on models of interpreter training and the value of training**. Minneapolis: Center for Urban and Regional Affairs, 1992.

ERTL, A., PÖLLABAUER, S. Training (Medical) Interpreters—the Key to Good Practice. *MedInt: A Joint European Training Perspective*. **JosTrans**, n. 14 Department of Translation Studies, University of Graz. 2010. Disponível em: http://www.jostrans.org/issue14/art_ertl.php. Acesso em 02/03/2011.

FELGNER, L. **Zur bedeutung der nonverbalen kommunikation im gegolmetshten gespräch**. In: Andres, D. & Pöllabauer S. (Hg.). *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy turvy in your tummy? Healthcare Interpreting*. München: Meidenbauer, p. 45-70, 2009.

FLORES, G.. *et al.* Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences Pediatric Encounters. **Pediatrics** v. 111 n. 1, p. 6-14, jan. 2003. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/1/6>. Acesso em: 10 jan. 2010.

FLORES, G. Cases From AHRQ WebM&M: Language Barriers Are More Than an Inconvenience. Patient Errors Range From simple Miscommunication to Life-Threatening. **MedScape Education**, 2006. Disponível em: http://www.medscape.com/viewprogram/5533_pnt. Acesso em: 20 jan. 2010.

GILE, D. **Translation Research versus Interpreting Research: Kinship, Differences and Prospects for Partnership** In: SHAFFNER, C. *Translation Research and Interpreting Research Traditions, Gaps and Synergies*. Clevedon/Buffalo/Toronto. p. 10-34, 2004.

GILBERT, M. **The Case Against Using Family, Friends, and Minors as Interpreters in Health and Mental Health Care Settings**. In: *Process of Inquiry— Communicating in a Multicultural Environment. From the Curricula Enhancement Modul Series*. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development. 2005 Disponível em:

<http://www.ncccurricula.info/communication/D15.html>. Acesso em: 10 jan. 2011

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

GORJANC, V. **Terminology resources ans terminological data management for medical interpreters**. In: Andres, D. & Pöllabauer S. (Hg.) . Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy turvy in your tummy? Healthcare Interpreting. München: Meidenbauer, p. 85-95, 2009.

HABLAMOS JUNTOS, **Interpreting training courses**. Disponível em: http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/INTERPRETER_TRAINING_PROGRAMS.PDF Acesso em: 10 jul. 2010.

HATIM, B.; MONDAY, J. **Translation: An Advance Resource book**. London: Routledge, 2004.

HAMPERS, L. *et al.* Language Barriers and Resource Utilization in a Pediatric. **Emergency Department Pediatrics**. v. 103, p. 1253-1256, 1999. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/103/6/1253>. Acesso em: 16 mar. 2010.

HAMERIK, N.; MARTINSEN, B. **Community Interpreter Training Programme in Denmark**. In: CARR, S et al. *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. (eds). Amsterdam: John Benjamins, 1998.

HOFER, G. **Professionals and their interpreters in multilingual societies.** Zurich University of Applied Sciences Centre for Continuing Professional Education. Disponível em:

http://eulita.eu/sites/default/files/Professionals%20and%20their%20interpreters%20in%20multilingual%20societies_0.pdf. Acesso em: 11 fev. 2011.

HOLZ-MÄNTTÄRI, J. **Translatorisches Handeln. Theorie und Methode.** Helsinki: Academia Scientiarum Fennica, 1984.

HOMES, J. S. **The name and nature of translations studies.** *In:* VENUTTI, L. *The translation studies reader.* 2. ed. Routledge, 2000.

HOSPITALAR. Hospital do coração amplia atendimentos de estrangeiros em busca de tratamento. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/index.php>. Acesso em: 23 mar. 2010.

HREHOVČÍK, T. Teaching Community Interpreting: A New Challenge? *In:* FERENČÍK M, HORVÁTH J (eds.) *Language, Literature and Culture in a Changing Transatlantic World. International conference proceedings.* p. 22-23, 2009. Disponível em: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Ferencik2/pdf_dci Acesso em: 25 fev. 2010.

HSIEH, E. Understanding medical interpreters: reconceptualizing bilingual health communication. **Health Communication**, v. 20, p. 177–186, sep. 2006.

IHA, N. **Imigrantes internacionais do século XXI: a busca da cidadania na ilha de Santa Catarina.** (Dissertação) Mestrado Profissional em Planejamento Territorial e desenvolvimento sócio-ambiental – Universidade do Estado de Santa Catarina, 2008.

JOINT COMMISSION. **Providing Culturally and Linguistically Competent Health Care**. USA: 2005.

_____. **Patient-Centered Communication Standards & EPs -- Hospital Accreditation Program**. Issue 1. USA: 2011.

Disponível em:

<http://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3%20Report%20Issue%201%2020111.PDF>. Acesso em: 20 mar. 2011.

JURKO, P. **Medical Interpreter: the question for word**. In: Andres, D. & Pöllabauer S. (Hg.) . Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy turvy in your tummy? Healthcare Interpreting. München: Meidenbauer, p. 97-113, 2009.

KADE, O. **Casualidade e regularidade na tradução** Tradução: Maurício Mendonça Cardozo. In: CARDOZO, M.; HEIDERMANN, W.; WEININGER, M. J. (eds.) A escola tradutológica de Leipzig. Frankfurt: Peter Lang, 2009.

KAUGERT, J.; O'NEIL, J. **Biomedical rituals and informed consent: native Canadians and the negotiation of clinical trust**. In: WEISZ, G. (ed) Social science perspectives on medical ethics. Kluwer Academic Publishers: Netherlands, 1990.

KAYOKO, T. What interpreting teachers can learn from students: A case study. **Translation & Interpreting**. v. 2, n. 1. Monterey Institute of International Studies: 2010. Disponível em: <http://www.trans-int.org/index.php/transint/article/view/88/67>. Acesso em: 10 jan. 2011.

KELLY, N. **The marketing for medical interpreting certification**. In: the Global Watchtower. Out. 2009. Disponível em: www.globalwatchtower.com/2009/10/13/certification-market/ Acesso em: 13 abr. 2010.

_____. **Telephone Interpreting:** a comprehensive guide to the profession. USA: Trafford, 2008.

KROLL, J. J. Linguistic Competence and the Law. How nurses and hospitals that serve limited-English-speaking patients can protect themselves from translation liability. **Minority Nurse**. 2010. Disponível em: <http://www.minoritynurse.com/cultural-competency/linguistic-competence-and-law>. Acesso em: 26 mar. 2011.

KU, L.; FLORES, G. Pay Now Or Pay Later: Providing Interpreter Services In Health Care. *Health Affairs*, v. 24, n. 2. p. 435-444, 2005.

LAGIEWSKI, R. *et al.* **Medical Tourism:** perspectives and applications for destination development. EuroCHRIE. 2008. Disponível em: <https://ritdml.rit.edu/dspace/handle/1850/7334>. acesso em: 29 nov. 2009.

LAMBERT, J.; VAN GORP, H. **On describing Translations.** In: HERMANS, T. (ed.) *The Manipulations of Literature. Studies in Literary Translation.* Croom Helm: London, p. 42-53, 1985.

LAMBERT, J. **Globalization.** Disponível em: <http://groups.google.com.br/group/traduction-dynamique/files?hl=pt-BR>. Acesso em: 10 nov. 2009.

_____. La traduction dans le sociétés monolingues (The occurrence of translation in monolingual societies) In: Kittel, H. *et al.* (eds.). *Übersetzung – Translation. Traduction. Ein internationales Handbuch zur bersetzungsforschung.* An international encyclopedia of translation studies. **Encyclopédie internationale de la recherche sur la traduction** (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft). v. 1. Berlin / New York: De Gruyter. 2004.

_____. **Lenguaje y retos sociales del mañana:** Interrogantes, estrategias y programas. Tonos Digital, 2001. Disponível em <http://www.um.es/tonosdigital/znum2/estudios/Lambert2Tono.2.htm>. Acesso em: 12 out. 2009.

_____. **Language and Translation as management problems: a new task for education.** *In:* Teaching Translation and Interpreting 3 Amsterdam, 1996.

LEANZA, Y. **Roles of community interpreters in pediatrics, as seen by interpreters, physicians, and researchers.** *In:* Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction, USA: John Benjamins, 2007.

LINN, S. Trends in Translation of a Minority Language: The Case of **Dutch**. *In:* Pym, A., Shlesinger, M e Zuzana I. (eds). Sociocultural Aspects of Translating and Interpreting. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, p. 27-40, 2006.

MARTÍR, J.; WILLIS, D. **Using bilingual staff as interpreters.** Family Practice Management. Disponível em: <http://www.aafp.org/fpm/2004/0700/p34.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

MITCHELL, R. Et al. "How Many People Use ASL in the United States? Why Estimates Need Updating." **Sign Language Studies**, Vol. 6, No. 3, 2006

MIKKELSON, H. **The Professionalization of Community Interpreting.** Monterey Institute of International Studies. 2004. Disponível em: <http://www.acebo.com/papers/profslzn.htm> Acesso em: 05 ago. 2008.

MEYER, B. . Interpreter-mediated doctor-patient communication: the performance of non-trained community interpreters. *In:* Second

International Conference in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, B.C., Canada (Critical Link Two), 1998.

METZGER, M. **Sign language interpreting: deconstructing the myth of neutrality**. Gallaudet University Press: Washington, DC, 1999.

_____. Os destaques das pesquisas sobre interpretação de língua de sinais no contexto acadêmico da interpretação comunitária. **Cadernos de Tradução**, Santa Catarina, vol. 2. n. 26, 2010.

MOORE, J.; SWABEY L. **Medical Interpreting: A Review of the Literature**. CATIE, College of St. Catherine/NCIEC, 2007. Disponível em: <http://www.medicalinterpreting.org/PDF/DRAFTLitReview.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2011

NAPHHS - NATIONAL ASSOCIATION OF PUBLIC HOSPITALS AND HEALTH SYSTEMS. **Medicaid and Schip Funding for Language Services**. Washington, DC, 2007.

NEWLAND, J. **Working with interpreter within services for people with learn disabilities**. In: TRIBE, R.; RAVAL, H. Working with interpreters in mental health. Brunner-Routledge: New York, p. 168-180, 2002.

NISKA, H. **Community interpreter training: Past, present, future**. In: GARZONE, G.; VIEZZI, M. (eds.), *Interpreting in the 21st Century*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, p. 133-144, 2002.

_____. **Training interpreters: programmes, curricula and practices**. In: TENNENT, M. (ed): *Training for the new millennium*. John Benjamins: Amesterdam, p. 35-64, 2005.

NOBILE, M. **Tradução e Lexicografia Jurídica no Brasil** – Análise de dois Dicionários Jurídicos Português-Ingês brasileiros, considerando a diversidade dos diferentes sistemas jurídicos: Common Law e Civil Law. *In*: Scientia Traductioni Santa Catarina, Brasil, n. 3, nov. 2006.

NORSTRÖM, E. Community interpreting in Sweden and its significance to guaranteeing legal and medical security. **Sens Public**, 2010. Disponível em: <http://www.sens-public.org/article.php3?id> Acesso em: 15 jan. 2011.

NOVAES NETO, L. **O intérprete de tribunal: um mero intérprete?** Ceará: Editora CRV. 2011.

OLIVEIRA, G.. **Brasileiro fala português: monolinguismo e preconceito.** 2005. Disponível em: www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=8516. Acesso em: 10 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório de Desenvolvimento Humano 2010.** Ultrapassar Barreiras: Mobilidade e desenvolvimento humanos. New York. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf. Acesso em: 17 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO TURISMO (OMT). **Barômetro Mundial do Turismo.** Vol. 8, n. 1, 2010.

OZOLINS, U. **Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: the International Spectrum of Response.** Roberts, Roda P. *et al.* (ed.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community.* Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins, p. 21-34, 2000.

OZOLIN, U., HALE, S., STERN, L. (Eds) **Quality in Interpreting: a shared responsibility.** Critical Link 5, John Benjamin's, Amsterdam: 2009.

PAGURA, R. J. **A interpretação de Conferências no Brasil: história de sua prática profissional e formação de intérpretes brasileiros.** 2010. 231f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 2010.

PATARRA, N. **Migrações internacionais e integração econômica no cone Sul:** notas para discussão. In: SALES, T.; SALLES, M. do R. R. (orgs). Políticas migratórias: América Latina, Brasil e brasileiros no exterior. São Carlos – SP. EdUFSCar: Editora Sumaré, 2002.

PEREIRA, M. C. Produções Acadêmicas sobre Interpretação de Língua de Sinais: dissertações e teses como vestígios históricos. **Cadernos de Tradução** Santa Catarina, Brasil, vol. 3, n. 26, 2010.

PÖCHHACKER, F.; SHLESINGER, M. **Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction.** Amsterdam: John Benjamins, 2007.

PÖCHHACKER, F.; KADRIC, M. The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. **The Translator**, v. 5, n. 2, p. 161-178, 1999.

PÖCHHACKER, F. **Introducing Interpreting Studies**, London and New York: Routledge, 2004.

_____. Conexões Fundamentais: Afinidade e Convergência nos Estudos da Interpretação. Trad. Mylene Queiroz. **Scientia Traductionis**, n. 7, UFSC, Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/scientia/article/view/13946>. Acesso em: 20 nov. 2010.

POKORN, N. K. **MedInt: Development of a Curriculum for Medical Interpreters.** Summary Reports: Workpackage 6, 2008. Disponível em: http://www.unigraz.at/wp6_curriculum_final.pdf. Acesso em: 01 dez. 2010

PSI SERVICES LLC. **Development and Validation of Oral and Written Examinations for Medical Interpreter Certification.** Technical Report, 2010. Disponível em: http://www.diversityrxconference.org/SiteData/docs/Oral%20and%20Written%20MedicalInterpreterTechnical%20Report_final_NB042810/19e960bfb64cc0f189b9e5a13125b1d6/Oral%20and%20Written%20MedicalInterpreterTechnical%20Report_final_NB042810.pdf. Acesso em: 10 jun. 2010.

QUEIROZ, M. Community-based Interpreting in Brazilian Medical Settings. In: **2009 IMIA International Conference on Medical Interpreting.** *Global Perspectives on Professional Medical Interpreters* . p. 9-11, - Cambridge, oct. 2009.

RID - Registry of Interpreters for the Deaf, Inc. Written by the Professional Standards Committee. **Interpreting for mental health settings.** 1997-1999. REV5/00. Updated 2007. Disponível em: http://www.pepnet.org/training/train080225/Mental_Health_SPP.pdf Acesso em: 10 jun. 2010.

ROBERTS, L. W. *et al.* When providers and patients come from different backgrounds: perceived value of additional training on ethical care practices. **Transcult Psychiatry.** 2008 . Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19091725>. Acesso em: 03 mar. 2011.

ROBERTS, R. P. **Community Interpreting Today and Tomorrow.** In: KRAWUTSCHKE, P. (ed). Proceedings of the 35th Annual Conference of the American Translators Association. Medford, NJ: Learned Information, p. 127-138, 1994.

_____. **Community Interpreting:** A Profession in Search of Its Identity. In : HUNG, E. (ed.) Teaching Translation and

Interpreting 4 Building Bridges. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, p.157-175, 2002.

RODRIGUES, C. **Da interpretação comunitária à interpretação de conferência: desafios para formação de intérpretes de língua de sinais.** In: Congresso Nacional de Pesquisa em Tradução e Interpretação de Língua de Sinais Brasileira, 2, 2010, Florianópolis. Disponível em: <http://www.congressotils.cce.ufsc.br/trabalhos.php>. Acesso em: 02 mai. 2011.

ROMANELLI, T. Longe de casa, mães bolivianas recebem amparo em hospital de São Paulo. **Opera Mundi.** Disponível em: http://operamundi.uol.com.br/noticias_ver.php?idConteudo=4004. Acesso em: 10 dez.2010.

RUDVIN, M. **Negotiating linguistic and cultural identities in interpreter-mediated communication for public health services.** In: PYM, A. *et al.* Social Aspects of Translation and Interpreting. Philadelphia: John Benjamins, 2003.

RUSSO, M. **Community Interpreter, Liaison interpreter, ad hoc interpreter, Intercultural Mediator.** What kind of curriculum for such multifaceted profession? In: Professionalization of interpreting in the community. International Conference Critical Link 4. Stockholm, Sweden, p. 1-9, 2004.

SANTOS, E.; SHIRATORI, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br> Acesso em: 02 mai. 2011.

SCHILLINGER, D., CHEN, A.H. Literacy and language: disentangling measures of access, utilization, and quality. **Journal of General Internal Medicine**, n. 19, v. 3, p. 288-90, 2004.

SCHAFFNER, C. (Ed.) **Translation Research and Interpreting Research: Traditions, Gaps and Synergies**. Clevedon: Multilingual Matters Ltd, 2004

SZYMANSKI, H.; BÓGUS, L. **Brazil**. *In*: GIBNEY, M.; HANSEY, R. *Immigration and asylum: from 1900 to the present*. Califórnia: ABC-CLIO, 2005.

TORO, C. *Translation Studies: an overview*. *In*: **Cadernos de Tradução**, v. 2, n. 20, Florianópolis:UFSC, 2007.

TOURY, G. **Descriptive Translation Studies and Beyond**. Amstredam: John Benjamins, 1995.

URPI, M. **La interpretación social. Estat de La questió. El càs Del col lectiu xinès: especificitats reptes**. Dissertação de mestrado apresentada na Programa Oficial de Postgrau de Tradució i interpretació i els seus contextos socioculturals. Univeritat attonoma de Barcelona. Barcelona, 2009.

US CENSUS BUREAU, 2002. Disponível em: <http://www.census.gov>. Acesso em: 9 nov. 2010.

US Department of Justice. **Executive Order 13166**: Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency. 2000. Disponível em: <http://www.justice.gov/crt/cor/13166.php> Acesso em: 5 set. 2010

US Department of Health and Human Rights. **Video Medical Interpretation: Preventing Health from Getting Lost in Translation**. Sandra Bechan. Disponível em:

<http://minorityhealth.hhs.gov/templates/content.aspx?ID=4927>. Acesso em: 20 dez. 2010.

VALERO-GARCÉS, C. Challenging communication in doctor / non-native patient encounters. Two perspectives, three types of interaction and some proposals. **The Journal of Specialised Translation**. Issue 14 p. 229, 2010.

VANDEPITTE, S. “Remapping Translation Studies: Towards a Translation Studies Ontology” IN *Meta: journal des traducteurs / Meta: Translators’ Journal*. Vol, 53, n° 3, 2008, pp. 569-588

VILHALVA, S. **Mapeamento das línguas de sinais emergentes: um estudo sobre as comunidades linguísticas Indígenas de Mato Grosso do Sul**. Florianópolis: UFSC, 2009. Dissertação (mestrado) 137 p. Pós-Graduação em Linguística, do Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina – CCE/UFSC, Florianópolis, 2009.

WADENSJÖ, C. **Community Interpreting**. In: Baker M. (ed.) Routledge Encyclopedia of Translation Studies. London/New York: Routledge, p. 33-37, 2008.

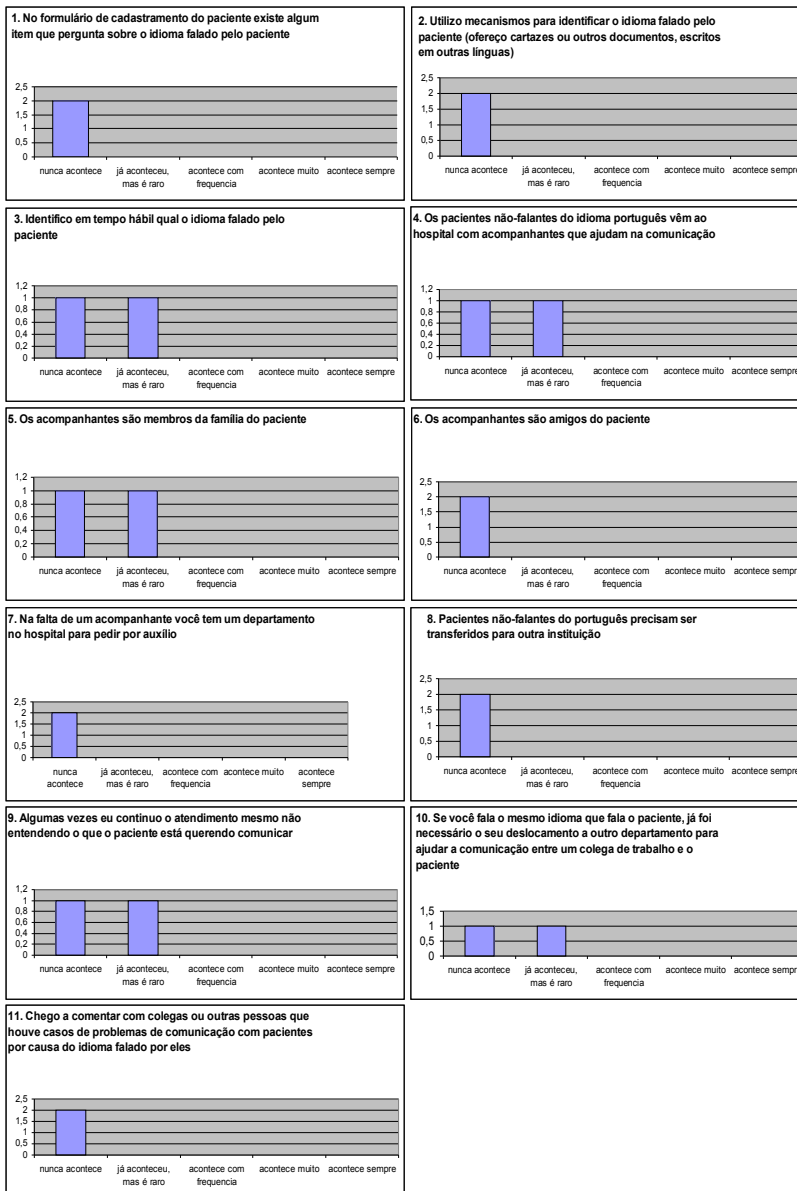
_____. Telephone Interpreting and the Synchronisation of Talk in Social Interaction. **The Translator**. v. 5, n.2. Edição especial. Dialogue Interpreting, p. 247-264, 1999.

WHALEY, B. **Explaining illness: research, theory, and strategies**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

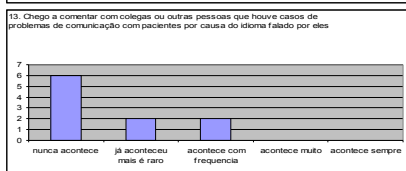
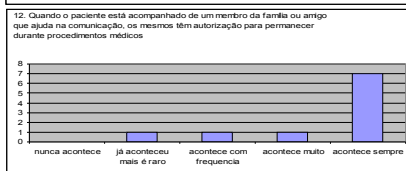
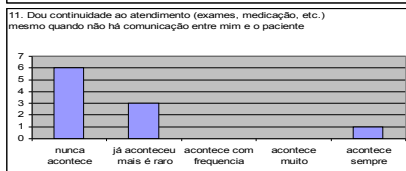
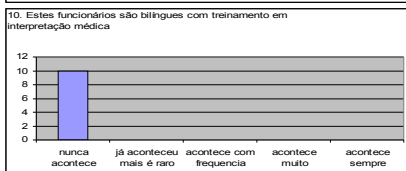
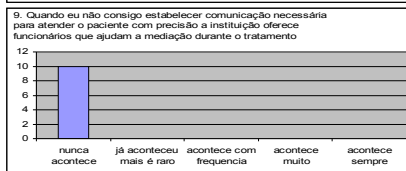
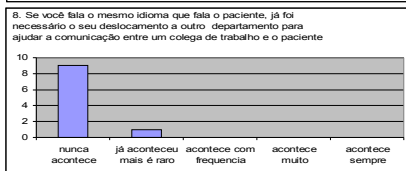
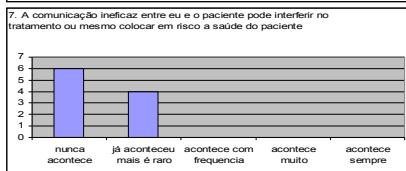
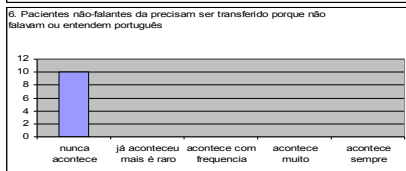
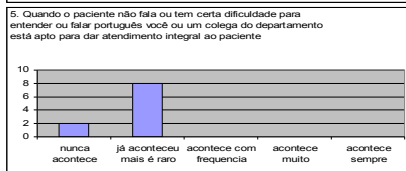
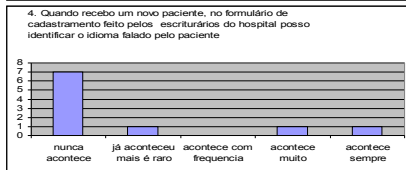
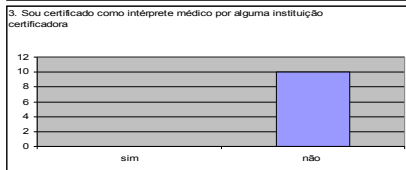
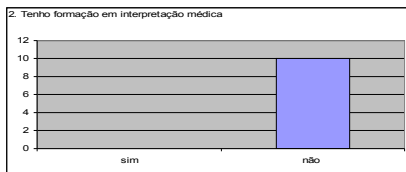
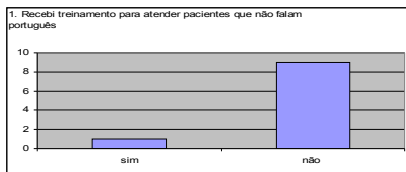
WILLIAMS, J.; CHESTERMAN, A. **The Map A Beginner’s Guide to Doing Research in Translation Studies**, UK: St. Jeroneme, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients' Rights**. Disponível em: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> Acesso em: 13 mar. 2010.

APÊNDICE A - Questionário A



APÊNDICE B - Questionário B



APÊNDICE C – Termo de consentimento

Título do estudo:

Padrões de treinamento e prática da atividade de interpretação comunitária em cenários médico-hospitalares: uma comparação entre estados de Santa Catarina e São Paulo no Brasil e o estado de Massachusetts, EUA.

Pesquisador responsável: Mylene Queiroz

Orientador: Dr. Markus Weininger

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós-graduação em Estudos da Tradução - DLLLE

Telefone para contato: (48) 9965-74-16

Local da coleta de dados: hospitais selecionados em cidades de Santa Catarina e São Paulo

Prezado(a) Senhor(a):

³⁵/₁₇ Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.

³⁵/₁₇ Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

³⁵/₁₇ Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.

³⁵/₁₇ Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Efetuar um levantamento sobre o campo de atuação para intérpretes médicos e sobre a prática existente em relação à interpretação em âmbito hospitalar em relação a seus aspectos institucionais de treinamento e prática no Estado de Santa Catarina e São Paulo. Acreditamos que o estabelecimento da atividade nos hospitais brasileiros trará melhorias no atendimento médico para pacientes não-falantes do idioma português.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física, moral ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Assinatura _____ do _____ sujeito _____ da _____
pesquisa _____ data _____

Assinatura _____ do _____
orientador _____ data _____

Assinatura _____ do _____
pesquisador _____ data _____

ANEXO 1 - Código de Ética do Tradutor - Parte integrante dos Estatutos do Sindicato Nacional dos Tradutores – SINTRA

CÓDIGO DE ÉTICA DO TRADUTOR

Parte integrante dos Estatutos do Sindicato Nacional dos Tradutores -
SINTRA

* Aprovado em Assembleia Geral em 19 de fevereiro de 1991

CAPÍTULO I

Princípios Fundamentais

Art.1º - São deveres fundamentais do tradutor:

§1º respeitar os textos ou outros materiais cuja tradução lhe seja confiada, não utilizando seus conhecimentos para desfigurá-los ou alterá-los;

§2º exercer sua atividade com consciência e dignidade, de modo a elevar o conceito de sua categoria profissional;

§ 3º Utilizar todos os conhecimentos lingüísticos, técnicos, científicos ou outros a seu alcance, para o melhor desempenho de sua função;

§4º empenhar-se em participar da tomada de decisões do seu órgão de classe e em vê-las acatadas, em particular no que se refere à remuneração justa, às condições de trabalho e ao respeito aos direitos do tradutor;

§5º solidarizar-se com as iniciativas em favor dos interesses de sua categoria profissional, ainda que não lhe tragam benefício direto.

CAPÍTULO II

Relações com os Colegas

Art. 2º - O tradutor deve tratar os colegas com lealdade, respeito e solidariedade.

Art. 3º - O tradutor deve abster-se de qualquer ato que signifique concorrência desleal a outros tradutores ou exploração do trabalho de colegas, seja em sentido comercial ou outro.

CAPÍTULO III

Relações com o Contratante do Serviço

Art. 4º - O tradutor deve servir lealmente ao interesse de quem lhe contratou o serviço.

Art 5º. - O tradutor deve empenhar-se em lavrar previamente por escrito, com o contratante do serviço, as obrigações recíprocas concernentes ao trabalho em causa.

CAPÍTULO IV

Do Segredo Profissional

Art. 6º - O tradutor é obrigado a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por tê-los visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, a menos que impliquem delito previsto em lei ou que possam gerar graves conseqüências ilícitas para terceiros.

CAPÍTULO V

Responsabilidade Profissional

Art. 7º - O tradutor é responsável civil e penalmente por atos profissionais lesivos ao interesse do contratante de seus serviços, cometidos por imperícia, imprudência, negligência ou infrações éticas.

CAPÍTULO VI

Aplicação deste Código

Art. 8º - Cabe ao Sindicato Nacional dos Tradutores - SINTRA a apuração de faltas cometidas contra este Código de Ética, a aplicação das penalidades previstas nos Estatutos do SINTRA e, quando cabível, o encaminhamento do caso aos órgãos competentes.

Art. 9º - Com discricção e fundamento, o tradutor dará conhecimento ao SINTRA dos fatos que constituam infração às normas deste Código.

ANEXO 2 - Código Deontológico da IMIA (adotado em 1987 e revisto em 2009)

Código Deontológico da IMIA (adotado em 1987 e revisto em 2009)

A IMIA foi a primeira organização a adotar um código deontológico direcionado especificamente para os intérpretes médicos. Desde então, vários códigos deontológicos foram criados. O código deontológico é necessário para permitir aos intérpretes médicos manter padrões que possam ser seguidos por todos os membros da sua profissão. O seu objetivo é gerar responsabilização, sentido de dever e preservar a confiança dos indivíduos servidos por esta profissão.

1. Os intérpretes manterão a confidencialidade de todas as informações relacionadas com o seu trabalho.
2. Os intérpretes selecionarão a língua e o modo de interpretação que transmitam com maior exatidão o teor e o espírito das mensagens dos seus clientes.
3. Os intérpretes se absterão de aceitar trabalhos que estejam para além das suas capacidades profissionais, fluência linguística ou nível de formação.
4. Os intérpretes se absterão de aceitar um trabalho se a sua imparcialidade puder ser afetada por relações familiares ou pessoais.
5. Os intérpretes não interporão opiniões pessoais nem aconselharão os pacientes.
6. Os intérpretes não oferecerão serviços de interpretação relativos a questões diversas da prestação de serviços de saúde, salvo se estiverem habilitados a fazê-lo.
7. Os intérpretes se envolverão no apoio aos pacientes e na função de mediação intercultural de explicação dos hábitos e diferenças culturais aos prestadores de serviços de saúde e aos pacientes apenas quando for adequado e necessário para fins comunicacionais, empregando critérios profissionais.
8. Os intérpretes intervirão de forma discreta e hábil, de modo a não interferir com o fluxo comunicacional numa situação médica triádica.
9. Os intérpretes se manterão atualizados sobre a evolução das suas línguas e da terminologia médica.
10. Os intérpretes participarão em programas de formação contínua, caso existam.

11. Os intérpretes procurarão manter laços com organizações profissionais relevantes, de modo a manterem-se atualizados relativamente aos padrões profissionais e protocolos mais recentes.

12. Os intérpretes se absterão de utilizar a sua posição para obter favores de clientes.