**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LETRAS MODERNAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA TRADUÇÃO**

PATRÍCIA GIMENEZ CAMARGO

Interpretação médica em (dis) curso: da prática em cenários médicos para a formação de intérpretes.

(Versão Corrigida)

São Paulo

2020

PATRÍCIA GIMENEZ CAMARGO

Interpretação médica em (dis) curso: da prática em cenários médicos para a formação de intérpretes.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Tradução do Departamento de Letras Modernas da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Letras.

(Versão Corrigida)

Prof.^a Dr.^a Claudia Sibylle Dornbusch
(orientadora)

São Paulo

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

Camargo, Patrícia Gimenez

C172i

Interpretação médica em (dis) curso: da prática em cenários médicos para a formação de intérpretes. / Patrícia Gimenez Camargo ; orientador Claudia Sibylle Dornbusch. - São Paulo, 2020.

217 f.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

Departamento de Letras Modernas. Área de concentração: Estudos da Tradução.

1. interpretação. 2. cenários médicos . 3. estudos da tradução. 4. intérpretes. 5. interpretação. I. Dornbusch, Claudia Sibylle , orient. II. Título.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE

Termo de Ciência e Concordância do (a) orientador (a)

Nome do (a) aluno (a): Patrícia Gimenez Camargo

Data da defesa: 03/04/2020

Nome do Prof. (a) orientador (a): Claudia Sibylle Dornbusch

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 25/05/2020

Claudia Sibylle Dornbusch

Dedico este trabalho à minha amada família, que não poupou esforços durante os meus momentos de ausência, de incertezas e de reclusão necessários à pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua infinita bondade, me sustentou durante a pesquisa, em meio a tantas adversidades.

À Prof.^a Dr.^a Claudia Sibylle Dornbusch, pelos ensinamentos e pelo entusiasmo em nossos encontros. Ao conhecê-la, pude perceber que tinha sido presenteada, tive receio de perdê-la ao longo da jornada, mas permanecemos juntas. Não há palavras que possam expressar meu agradecimento.

Ao Waldemar, meu amado companheiro, pelas horas de convivência roubadas. Apesar de tudo, foi quem manteve sempre cheia as muitas xícaras de café coadas com todo o amor e carinho durante a escrita da tese. Meu amor para a eternidade.

À Letícia, minha filha, mulher forte e determinada. No decorrer da escrita desta tese, Letícia concluiu sua graduação em Design de Moda, com louvor.

Aos meus pais que, mesmo sem entenderem muito bem o que era o Doutorado, me incentivaram como sempre, obrigada pelo carinho e pela dedicação. Vocês são meu maior exemplo de amor.

À minha irmã, meus sobrinhos e sobrinhas, meus cunhados e cunhadas, minha sogra, meu genro. Agora prometo que terei mais tempo para estar com vocês.

Aos amigos de jornada e de trabalho. Pessoas especiais, que auxiliaram na construção da pesquisadora que sou hoje. Agradecimentos especiais ao Elton Furlanetto e à Vera Lúcia Ramos, que foram os leitores originais do projeto de pesquisa que deu origem à tese.

À Márcia Ferreira Schlemper, pelo incentivo durante a jornada de pesquisa.

À Luciana Latarini Ginezi, pelo incentivo para a pesquisa, pelas trocas de ideias sobre interpretação e pelo tempo que compartilhamos nossas vidas profissionais.

À Patrícia Cristina Andrade Pereira, pelas orientações recebidas durante o exame de qualificação.

À Daniella Origuela, parceira de pesquisa e de trabalhos. Juntas começamos a romper as barreiras e apresentar a Interpretação Comunitária ao Brasil.

À Prof.^a Dr.^a Maria Valéria Anderson de Mello Vargas, minha orientadora do mestrado, que sempre me incentivou a continuar minha pesquisa, a me doutorar. Ao longo da escrita da tese, me indagou várias vezes do progresso. Pessoa generosa em essência.

Aos participantes da pesquisa, que me permitiram entender o mercado da interpretação médica no Brasil e no mundo. Por questões éticas da pesquisa, não poderei citar os nomes, mas vocês foram essenciais na construção da tese.

To IMIA for the superb job developed in advancing medical interpreting all over the US and abroad, and to its members for receiving me in the US several times during IMIA Conferences, when I could learn more about the professionalization of medical interpreters in the US.

Special thanks to Cris Souza, Dr. Eric Candle, Dr. Isabel Souza, Dr. Gloria Rivera Baldassari, Elena Langdon, Eliana Lobo, Flávia Lima, Marjorie Bancroft, Mylene Queiroz, Ringo Bez, who are always advocating for medical interpreting. Thank to Dr Hsieh, who sent me articles concerning medical interpreting.

Aos alunos do curso de Tradutor e Intérprete, da Universidade Nove de Julho e aos alunos do curso de Formação de Tradutores e Intérpretes e do curso de Interpretação em Cenários Médicos, da Associação Alumni de São Paulo, vocês me ensinaram muito sobre interpretação.

À Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, pela oportunidade de realização do doutorado.

Medical interpreters save lives in many
languages.

(IMIA sticker)

RESUMO

CAMARGO, Patrícia Gimenez. **Interpretação médica em (dis) curso**: da prática em cenários médicos para a formação de intérpretes. 2020. 220 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Ao longo da vida é comum que o ser humano transite por vários ambientes médicos (hospitais, clínicas, setores de emergência, atendimento à saúde mental, entre outros). O atendimento médico é um encontro comunicativo, uma vez que a consulta é sempre realizada pelo discurso. A presença de barreira linguística prejudicará, sobremaneira, a conduta médica e a adesão do paciente ao tratamento. O objetivo deste trabalho é estudar a interpretação em cenários médicos na cidade de São Paulo. Assim sendo, a tese apresenta o estado da arte da interpretação na área da saúde na cidade de São Paulo/Brasil: interpretações realizadas principalmente por funcionários dos hospitais, tanto da área administrativa quanto da área assistencial, intérpretes *ad-hoc* e familiares. A fim de mapear a interpretação da área médica na cidade de São Paulo, partimos inicialmente de entrevistas semiestruturadas com intérpretes não profissionais que atuam em cenários médicos na cidade de São Paulo, abordando, a partir das perguntas, questões de técnicas de interpretação, dificuldades encontradas durante os encontros comunicativos e soluções empregadas na prática. Após análise das entrevistas, a partir de pressupostos da AD (Análise do Discurso), para se identificar efeitos de sentido, sugerimos dois percursos formativos em interpretação em cenários médicos que visam atender às necessidades advindas da prática no atendimento linguístico. O primeiro percurso formativo visa instrumentalizar os que atuam como intérpretes, mas que não possuem formação em interpretação. O segundo percurso apresentado visa atender os intérpretes que atuam em outros modos de interpretação, mas que necessitam de formação em interpretação comunitária. O objetivo principal de qualquer um dos percursos é levar os intérpretes a entenderem a interpretação em cenários médicos como um direito do paciente. Os resultados demonstram que, além da formação inicial proposta, a formação continuada e a discussão sobre a profissionalização são temas essenciais para o desenvolvimento da profissão. O estudo é pioneiro, principalmente ao se afastar do modelo mais comumente empregados (*master apprentice model*), uma vez que discute a relação entre pesquisa, formação e prática profissional caracterizando-se como pesquisa de “*cross-fertilization*” no campo dos Estudos da Interpretação.

Palavras-chave: Estudos da Interpretação. Interpretação em Cenários Médicos. Formação de Intérpretes. Análise do Discurso.

ABSTRACT

CAMARGO, Patrícia Gimenez. **Medical Interpreting in (dis)course: from practices in medical settings to interpreters training.** 2020. 220 f. Thesis – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Human beings pass through various medical environments (hospitals, clinics, emergency departments, mental health care, among others) throughout life. Medical care is a communicative encounter since medical consultation is always carried out through discourse. The presence of a language barrier will greatly impair medical conduct and patient compliance with treatment. The objective of this work is to study interpreting occurring in medical settings in the city of São Paulo. Thus, the thesis presents the state of the art of medical interpreting in the city of São Paulo/Brazil: interpretation conducted specially by hospital employees working in administrative or health positions, ad-hoc interpreters and relatives. In order to map interpretation in medical settings in the city of São Paulo, we started with semi-structured interviews with non-professional interpreters who work in medical settings in the city of São Paulo, addressing issues of interpreting techniques, difficulties faced during communicative encounters and solutions used during practice. After analyzing the interviews, based on the assumptions of AD (Discourse Analysis), to identify effects of meaning, we suggest two formative paths in interpreting in medical settings that aim to meet the needs arising from the practice of linguistic assistance. The first formative path aims to instrumentalize employees who act as interpreters but have no formal instruction on how to perform the task. The second formative path aims to instrumentalize interpreters who work with other modes of interpretation but need background on medical interpretation. The main objective of any formative path is to provide interpreters with the understanding of interpretation in medical settings as a patient's right. Results show that, beyond the initial proposed formative paths, continuing education and discussion about professionalization are core issues to the development of the profession. The study is pioneering, especially when moving away from the most employed model (master apprentice model), since it discusses the relationship between research, training and professional practice, characterized as a "cross-fertilization" research in the field of Interpreting Studies.

Keywords: Interpreting Studies. Interpretation in Medical Settings. Interpreter Training. Discourse Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Caracterização de pacientes com LEP.....	4
Figura 2- Tipos de danos físicos em eventos adversos.....	7
Figura 3- Fases da interpretação comunitária.....	11
Figura 4- Quadro tendências do turismo médico mundial.....	16
Figura 5- Grau de envolvimento do intérprete na interpretação.....	32
Figura 6- Pagamentos aos intérpretes da área médica (diária)	36
Figura 7- Intérpretes certificados x não certificados – Recebimento.....	37
Figura 8- Refúgio em números.....	38
Figura 9- Refúgio em números.....	40
Figura 10- Mapa de atendimento a imigrantes e refugiados na cidade de SP.....	41
Figura 11- Hieróglifo Interpretação.....	49
Figura 12- Interpretação Consecutiva.....	51
Figura 13- Aparelho para interpretação via telefone.....	58
Figura 14- Vídeo monitor para interpretação.....	59
Figura 15- População que fala inglês por faixa etária e classe social.....	83
Figura 16- Nível de conhecimento declarado do idioma.....	83
Figura 17- Folheto do curso de Interpretação em Cenários Médicos da Associação Alumni.....	106
Figura 18- Imigrantes temporários.....	138
Figura 19- Imigrantes de longo termo.....	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Diferenças entre a Interpretação de Conferências e a Interpretação Comunitária.....	9
Tabela 2	Hospitais que atendem turismo médico.....	15
Tabela 3	Papel do Intérprete na área médica.....	31
Tabela 4	Resumo do papel dos intérpretes.....	32
Tabela 5	Depoimento CRS Centro.....	42
Tabela 6	Depoimento CRS Oeste	42
Tabela 7	Depoimento CRS Sul.....	43
Tabela 8	Depoimento CRS Norte.....	43
Tabela 9	Depoimento CRS Leste	45
Tabela 10	Depoimento CRS Sudeste.....	45
Tabela 11	Modos de Interpretação.....	54
Tabela 12	<i>Summarization</i>	56
Tabela 13	Métodos de Interpretação.....	57
Tabela 14	Identificação dos Resposndentes.....	64
Tabela 15	Situação mundial da interpretação da área médica.....	91
Tabela 16	Línguas de Trabalho	97
Tabela 17	Formação ou treinamento de intérpretes.....	98
Tabela 18	Obrigatoriedade de Formação ou Treinamento para atuação na área médica....	99
Tabela 19	CCHI e NBCMI – Comparação.....	101
Tabela 20	Tópicos do Teste.....	102
Tabela 21	Cronograma aulas i2B.....	107
Tabela 22	Níveis de Proficiência CEFR.....	113
Tabela 23	Aspectos qualitativos no uso da língua falada.....	116
Tabela 24	Comparação entre avaliação - CEFR e TOEFL.....	119
Tabela 25	Níveis CELPE-BRAS.....	120
Tabela 26	Comparação níveis indicados CEFR e CELPE-BRAS.....	121
Tabela 27	Módulo de Língua Inglesa- Formação de Intérpretes.....	123
Tabela 28	Módulo de Interpretação Médica- Formação de Intérpretes.....	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Pedidos de refúgio.....	39
Gráfico 2 Progressão número de refugiados.....	39
Gráfico 3 Respondentes – Faixa Etária	65
Gráfico 4 Respondentes – Profissão.....	65
Gráfico 5 Respondentes – Gênero.....	66
Gráfico 6 Você é intérprete na área médica.....	95
Gráfico 7 Local de atuação como intérprete na área médica.....	96
Gráfico 8 <i>The CEFR Levels</i> (Níveis CEFR).....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise do Discurso
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas
AIIC	Associação Internacional de Intérpretes de Conferência
ATA	<i>American Translators Association</i>
CRF	<i>Common European Framework of Reference for Languages</i>
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRS	Coordenadoria de Regiões de Saúde
CCHI	<i>Certification Commission for Healthcare Interpreters</i>
CF.	conforme
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHIA	<i>California Interpreters Association</i>
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
IMIA	International Medical Interpreters Association
IOM	Instituto Nacional de Medicina
JCI	<i>Joint Comission International</i>
LEP	<i>Limited English Proficiency</i>
LOTE	<i>Language other than English</i>
MMIA	<i>Massachusetts Medical Association</i>
NBCMI	<i>The National Board for Certification of Medical Interpreters</i>
NCIHC	<i>National Council on Interpreting in Health Care</i>
NHeLP	<i>National Health Law Program</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	São Paulo
US	United States
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DA LITERATURA EM INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA	27
1.1 A INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: A ESCOLHA DA LITERATURA – MODO DE COMPARAÇÃO	27
1.1.2 Dos primórdios da interpretação médica aos dias atuais.....	28
1.2 DE INTÉRPRETES AD HOC AOS INTÉRPRETES CERTIFICADOS: O PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.....	34
1.3 A INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA NO BRASIL.....	37
2 MODOS E MÉTODOS EM INTERPRETAÇÃO	48
2.1 MODOS DE INTERPRETAÇÃO: A INTERPRETAÇÃO CONSECUTIVA	50
2.1.1 A interpretação simultânea.....	51
2.2 MODOS E MÉTODOS NA INTERPRETAÇÃO MÉDICA	53
2.2.1 Modos na interpretação da área médica	53
2.2.2 Métodos na Interpretação Médica	57
3 PANORAMA GERAL DA PESQUISA	61
3.1 MÉTODO DE COLETA DAS ENTREVISTAS	62
3.1.1 Coleta de dados	63
3.2 PARTICIPANTES	63
3.2.1 Identificação dos Entrevistados	64
3.2.1.1 Quanto à faixa etária	65
3.2.1.2 Quanto à profissão.....	65
3.2.1.3 Quanto ao gênero	66
3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	66
3.4. CATEGORIAS DE ANÁLISE	67
4 RESULTADOS DE PESQUISA E DISCUSSÃO	68
4.1. QUANTO À ÁREA	68
4.1.1 Percepção da interpretação	68
4.1.1.2 DOMÍNIO DO IDIOMA ESTRANGEIRO	71
4.1.1.3 Valor da interpretação	74
4.2 QUANTO ÀS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA INTERPRETAÇÃO	79
4.2.1 Uso do idioma pelo paciente	79
4.3 QUESTÕES CULTURAIS.....	84
5 FORMAÇÃO DE INTÉRPRETES.....	90
5.1 PANORAMA DA INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA NO MUNDO	90

5.2 A CERTIFICAÇÃO DE INTÉRPRETES MÉDICOS NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	100
5.3 OS CURSOS DE FORMAÇÃO DE INTÉRPRETES EM CENÁRIOS MÉDICOS	105
5.4 O ensino da interpretação em cenários médicos	108
5.4.1 Desenvolvendo um currículo de formação do intérprete comunitário em cenários médicos	109
5.4.2 PERCURSOS FORMATIVOS	111
5.4.3 PERCURSO FORMATIVO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	112
5.4.4 Organização Curricular.....	122
5.4.4.1 Módulo de Língua Inglesa	122
5.4.4.2 Módulo de Interpretação	124
5.4.4.3 Idiomas e a Formação de Intérpretes Comunitários em Cenários Médicos.....	126
5.4.4.4 As modalidades do curso de formação de interpretação em cenários médicos	130
5.4.4.5 Professores e Formadores de Intérpretes em cenários médicos	131
5.5 CERTIFICAÇÃO INTERNACIONAL E CERTIFICAÇÃO NACIONAL.....	134
5.5.1 Por um código de ética local – o caso Brasil	136
5.6 Ampliando os horizontes da formação inicial - a formação continuada.....	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXO I - SCRIPT DAS ENTREVISTAS CONDUZIDAS	152
ANEXO II – IMIA STICKER	217

INTRODUÇÃO

A área dos Estudos da Tradução cresce a cada dia, mundialmente e no Brasil. Inúmeras pesquisas exploram os mais diversos aspectos da tradução. Holmes, em seu célebre ensaio *The Name and Nature of Translation Studies* (1972), já demonstrou que todas as formas de comunicação interlinguísticas escritas ou orais estão incluídas no termo *Translation Studies*. Portanto, as investigações sobre interpretação encontram-se aninhadas no grande guarda-chuva desses estudos. Há, no entanto, diferenças entre a tradução e a interpretação.

A interpretação, tomada por uma acepção técnica da palavra, a de traduzir oralmente de uma língua para outra, deve ser estudada de forma mais profunda, uma vez que a literatura existente é infinitamente menor se comparada à da tradução.

Dessa forma, os Estudos da Interpretação (termo utilizado por analogia a “Estudos da Tradução”) apresentam forte tendência à expansão. Pöchhacker (2004, p. 11)¹ afirma:

Outro pressuposto básico é o de que a interpretação é uma forma de tradução, no seu sentido amplo, e que os Estudos da Interpretação como disciplina, mesmo que abertos a uma variedade de abordagens interdisciplinares, têm um lugar no amplo campo dos Estudos da Tradução.²

Venuti (2000, p.1), ao apresentar *The Translation Studies Reader*, cujo objetivo é oferecer um material que “represente as principais abordagens dos Estudos da Tradução desenvolvidas durante o século 20, focando principalmente nos últimos 30 anos”³, afirma que a interpretação, apesar de sua importância para os Estudos da Tradução, carece de uma cobertura em separado, devido à sua especificidade.

Apesar da necessidade dessa ampliação, é notória a dificuldade relatada por vários

¹ As citações serão apresentadas em português com minha tradução, salvo quando o tradutor for indicado.

² Another basic assumption here is that interpreting is a form of translation, in the wider sense, and that interpreting studies as a discipline, though open to a variety of interdisciplinary approaches, has a place in the broader field of translation studies.

³ Represent many of the main approaches to the study of translation developed during the twentieth century, focusing particularly on the past thirty years

autores em se estudar a interpretação, principalmente nos meios acadêmicos. Cronin (2002, p.45) afirma que “[...] os estudos da interpretação ainda atraem menor interesse nos estudos acadêmicos em geral e nos estudos da tradução em particular”. Mesmo quando disponíveis, as pesquisas tratam de um modo particular de interpretação, a simultânea. Gile (1995, p. 2008) fortalece essa ideia a partir da constatação de que a pesquisa na área é amplamente dominada pelas investigações em interpretação de conferência⁴. Ainda em 1997, Baker (1997, p.111) escreveu: “Embora haja trabalhos recentes sobre interpretação consecutiva, [...] a pesquisa em interpretação ainda é altamente influenciada pela prioridade que tradicionalmente se dá à interpretação de conferência.”⁵ O estudo da interpretação, em relação ao ensino em meio acadêmico, parece não se distanciar de tal dominação, conforme reitera Queiroz (2014, p. 209)

Uma análise da estrutura curricular dos cursos em níveis de graduação e pós-graduação em estudos translatórios no país revela que a oferta de disciplinas que se propõem a refletir sobre aspectos teóricos e práticos da tradução é essencialmente mais expressiva do que aquelas voltadas para os aspectos da interpretação.

Propor, portanto, um estudo que se distancie da interpretação de conferência é um desafio tanto prático quanto metodológico, mas apoiamo-nos em Pöchhacker (2004), que afirma uma necessidade de pesquisa, principalmente na forma de *action research*. O autor define esse tipo de pesquisa como aquela em que o pesquisador analisa o fenômeno em contextos reais.

É evidente que a interpretação ocorra nos mais variados cenários, desde os formais (tribunais, órgãos governamentais, hospitais e escolas), até os mais informais (interpretação em eventos de menor relevância, para grupo de amigos, entre outros). A interpretação é uma prática muito antiga, conforme afirma Pagura (2010, p. 10) “A interpretação, enquanto intermediação linguística oral entre falantes de idiomas diferentes, existe há milhares de anos, sendo, certamente, anterior à tradução escrita,

⁴ Interpretation studies remain very much a minority interest in academic studies in general and in translation in particular.

⁵ Although some recent work has been done on consecutive interpreting, (...) research on interpreting is still heavily influenced by the priority which has traditionally given to simultaneous conference interpreting.

uma vez que a escrita é muito posterior à linguagem oral”. Apesar da grande abrangência na sociedade, devido à sua característica oral, muitas vezes não há registros de sua realização. Maior destaque se dá à interpretação, ou à falta dela, quando problemas sérios são ocasionados, como é o caso da interpretação no tribunal e na área médica.

BARREIRAS LINGUÍSTICAS E A INTERPRETAÇÃO MÉDICA

A interpretação na área médica, discutida e estudada no escopo desta pesquisa, suscita problemas de políticas públicas e de atendimento na área da saúde.

No contexto sanitário, tanto a informação quanto a comunicação devem ocorrer de um modo simples, com caráter aproximativo, inteligível, leal e, principalmente, respeitoso às diferenças intelectuais, culturais e às particularidades emocionais apresentadas no momento do encontro – é o médico quem carrega o conhecimento das aflições e angústias que envolvem um momento de dor. (FORTES, 2010).

Geralmente o primeiro atendimento acontece ao nascer, e é comum que o ser humano transite por vários ambientes médicos (hospitais, clínicas, setores de emergência, atendimento à saúde mental etc.) no decorrer de sua vida. O contato entre médico e paciente é um encontro comunicativo, pois a consulta e o atendimento são sempre realizados pelo discurso ou pelo uso de língua de sinais. No entanto, a comunicação fica extremamente prejudicada quando há uma barreira linguística imposta aos participantes desses eventos devido ao uso de línguas diferentes.

Para Hsieh (2016, p. 9) “os encontros comunicativos mediados por intérpretes representam uma área interdisciplinar de pesquisa, uma vez que acentua a intersecção entre línguas, culturas e medicina, cada qual envolvendo valores e normas distintas.”

Angelelli (2004, p. 3) defende que “para falantes de línguas não societais, o acesso ao serviço e à informação depende exclusivamente de intérpretes”⁶. No entanto, temos

⁶ For speakers of non-societal languages, access to service and information depends entirely on interpreters.

diferentes intérpretes atuando: *ad hoc*, certificados ou simplesmente membros da família ou amigos, o que poderá ser um complicador para o paciente, causando problemas sérios de saúde que podem, em casos extremos, evoluir para óbito.

Nos Estados Unidos da América, as leis obrigam a atuação de intérpretes em cenários médicos para pacientes *com LEP (Limited English Proficiency)*. O Instituto Nacional de Medicina (IOM, 2009) desenvolveu uma pesquisa sobre proficiência de pacientes estrangeiros e apresentou uma definição para o termo *LEP* (cf. figura abaixo).

Figura 1- Caracterização de pacientes com LEP

Fonte: IOM, 2009.

O estudo foi necessário devido à grande quantidade de imigrantes de diferentes línguas. Ortman (2011, p. 12) relata a importância de intérpretes que atuem em diferentes línguas, ao explicar o aumento de pacientes que falam outro idioma que não o inglês:

As projeções por nós produzidas demonstram que o uso de LOTE (outra Língua que não o inglês) tende a aumentar nos próximos dez anos. A população que fala espanhol, bem como português, russo, hindi, chinês, vietnamita, tagalog e árabe tende a aumentar.⁷

Os intérpretes da área da saúde são a ligação mais próxima entre a equipe de atendimento à saúde e os pacientes. Tumulty, em 1970, escreveu: "Nós, médicos,

⁷ The projections we produced show that the use of LOTE (Language Other Than English) is projected to increase over the next ten years. The population speaking Spanish as well as the population speaking Portuguese, Russian, Hindi, Chinese, Vietnamese, Tagalog and Arabic are projected to increase.

somos melhor educados e mais científicos do que nunca, mas temos uma grande falha: às vezes não nos comunicamos de forma eficaz com nossos pacientes e suas famílias.”⁸, referindo-se à situação do médico no atendimento com o uso de um único idioma; o que dizer então do atendimento em língua estrangeira? Estudos mencionados por Garret (2008) e Seidelman (2010) demonstram que o não uso de intérpretes médicos afeta a relação médico-paciente quando há a tentativa de transpor as barreiras linguísticas. Ainda, Angelelli (2004, p.3) afirma que “esses intérpretes são poderosos ao auxiliarem falantes de línguas minoritárias a alcançar seus objetivos comunicativos.”⁹

Esteves (2014, p. 287) chama a atenção para esse tipo de trabalho com a seguinte afirmação:

Na área da saúde, por exemplo, a pessoa que precisa de um tradutor também precisa de assistência médica, e provavelmente está sentindo algum tipo de dor ou desconforto. Além do mais, pode haver grandes diferenças culturais relacionadas a padrões morais, religiosos e políticos divergentes.

O Departamento de Saúde de Minnesota também evidencia a importância do intérprete da área médica:

A necessidade de clareza e de entendimento é muito importante em qualquer cenário onde as pessoas busquem serviços. Mas em um hospital ou clínica, decisões de vida ou morte dependem de uma comunicação precisa e imediata. As consequências de uma comunicação deficitária podem ser devastadoras. Anamnese inexata, exames desnecessários e diagnósticos errados são apenas alguns dos riscos.¹⁰

A obrigação do oferecimento de interpretação médica em cenários hospitalares

⁸ We clinicians are better educated and more scientific than ever before, but we have a great failing: we sometimes do not communicate effectively with our patients or with their families.

⁹ These interpreters are powerful parties in helping speakers of minority languages accomplish their communicative goals.

¹⁰The need for clarity and understanding is paramount in any setting where people seek services. But in a hospital or clinic, life-and-death-decisions hinge on immediate, accurate communication. The consequences of poor communication can be devastating. Inaccurate history-taking, unnecessary testing, and misdiagnosis are just a few of the risks.

americanos resguarda o direito à saúde. No cenário brasileiro, sabemos da existência de poucos intérpretes ou de poucas políticas públicas que mantenham tal obrigação, o que resulta em uma negação aos direitos do paciente. Queiroz (2014, p.194) afirma:

O acesso igualitário à saúde e cuidados médicos é um direito fundamental do ser humano, pautado no artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O exercício da medicina e a eficácia de seu objetivo dependem sobremaneira da relação médico-paciente.

Assim, a falta de políticas públicas não permite que os pacientes de outra língua, que não o português, sejam atendidos em seu idioma materno nos serviços públicos e, em grande parte, nos particulares no Brasil.

Por outro lado, acredita-se que intérpretes *ad hoc* possam solucionar a escassez em cenários médicos. O grande complicador é a falta de conhecimento ou treinamento, conforme indica Pagura (2003) ao definir um intérprete *ad hoc* como uma “pessoa que fala as duas línguas, via de regra sem qualquer treino em interpretação.”

Roat (2010, p.13) escreve: “o tribunal do júri e a sala de emergência não são lugares para treinar interpretação, uma vez que as consequências dos mal-entendidos podem ser severas.”¹¹ Avery (2001, p. 4) relata que essa comunicação em línguas diferentes entre pacientes e médicos é de longa data, mas de forma *ad hoc*, com a utilização desde membros da família (inclusive crianças) até intérpretes sem formação. Essa prática, observada muito comumente no Brasil, pode levar a sérios problemas para o paciente, às vezes evoluindo para a morte. Angelelli (2004, p. 21) discute que a falta de interpretação adequada na área médica “aumenta a probabilidade de os médicos não compreenderem a descrição que os pacientes fazem dos sintomas, e diminui a probabilidade de os pacientes aderirem às recomendações médicas”¹². O estudo analisando a proficiência no idioma e eventos adversos a partir da comparação entre pacientes nativos e com proficiência reduzida no idioma demonstrou a quais tipos de adversidades ambos os grupos estão expostos.

¹¹ The courtroom and the emergency room, where the potential consequences of misunderstanding can be very serious, are not the places to be practicing.

¹² Increases the likelihood of physicians misunderstanding patients' descriptions of their symptoms and decreases the probability that patients will adhere to physicians' recommendations.

Figura 2 – Tipos de danos físicos em eventos adversos

Fonte: Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, et al. (2007)

Polasek (2013, p. 4), ao discutir a questão na área médica, pondera: “A interpretação médica é um campo especializado que requer anos de treinamento e de aprendizado contínuo.”¹³ Gentile et al. (1996) definem a interpretação médica como parte do que os autores convencionaram chamar de *liaison interpreting* (interpretação de acompanhamento). Para eles, esse tipo de profissão está intimamente ligado ao bem-estar do cliente.

Ao referirem-se à interpretação médica dentro do contexto de *liaison interpreting*, os autores utilizam a palavra *profissão*, o que nos leva a crer na concepção do intérprete com formação adequada para as interpretações a serem desenvolvidas. Hale (2007, p. 35) postula que

intérpretes profissionais têm a responsabilidade de adquirir o idioma e as habilidades para interpretação, aprender sobre as áreas nas quais trabalham e suas necessidades, sobre os propósitos para os quais o idioma é utilizado em cada uma dessas áreas, e agir de acordo com um código de ética.¹⁴

¹³ Medical Interpreting is a specialized field that requires years of training and continuous learning.

¹⁴ Professional interpreters have a responsibility to acquire the necessary language and interpreting skills, to gain an understanding of the settings in which they work and their requirements, of the purposes for which language is used in each of the settings, and to abide **by a code of ethics.

E segue dizendo que “existem poucas oportunidades de treinamento na área¹⁵.” Tal escassez faz com que indivíduos sem nenhum conhecimento ou treinamento formal atuem como intérpretes, muitas vezes colocando a saúde e a vida do paciente em risco.

A PESQUISA EM INTERPRETAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: O QUE JÁ ACONTECE?

A pesquisa em interpretação médica no Brasil é quase inexistente, uma vez que não temos o profissional intérprete da área médica atuando nos ambientes hospitalares ou em serviços auxiliares de saúde. Tal questão agrava-se com a falta de programas de formação de intérpretes dedicados à área. Os programas de formação de intérpretes espalhados pelo Brasil, em sua maioria não acadêmicos, preocupam-se muito mais com a formação de intérpretes de conferência, o que pode ser facilmente verificável nos sites de algumas das instituições que oferecem os programas. Em alguns deles, há a palavra *conferência* expressa no título dos cursos ofertados.

No entanto, os intérpretes que atuam em outras áreas são comumente chamados de intérpretes comunitários (*Community Interpreters*, em inglês).

Queiroz (2014, p. 196) corrobora a afirmação acima ao constatar que:

A prática interpretativa que ocorre em contextos da saúde é compreendida no campo dos Estudos da Tradução e Interpretação como Interpretação Comunitária, definição utilizada para distinguir esta prática da interpretação de conferência.

A pesquisa relacionada à interpretação em LIBRAS é muito mais desenvolvida do que a interpretação de línguas oralizadas no Brasil. Um dos fatores essenciais é a regulamentação através de leis, tais como a Lei nº 10.098/2000 que versa sobre a acessibilidade, e a Lei 10.436/2002, regulamentada pelo Decreto nº 5626 de 22/12/2005.

O campo da interpretação médica de línguas oralizadas carece de pesquisas no

¹⁵ Few training opportunities exist.

Brasil, bem como de formação de intérpretes a partir de um currículo mais adequado à formação de intérpretes comunitários. Hale (2004, p. 26), ao discutir a interpretação comunitária, afirma:

Ela [a interpretação comunitária] não acontece em negociações a respeito das grandes decisões da política internacional ou em conferências a respeito das mais recentes descobertas científicas; acontece onde as questões mais íntimas e significativas do dia a dia dos seres humanos são discutidas: um consultório médico, um escritório de um advogado ou serviço social, uma penitenciária, uma delegacia ou um tribunal.¹⁶

O intérprete comunitário atua de forma bem diferente daquela de um intérprete de conferências; logo inferimos que a sua formação também deverá ser específica para a área em questão. Se considerarmos as especificidades dos dois modos de interpretação, conforme tabela abaixo sugerida por Hale, podemos avançar na discussão das necessidades intrínsecas da formação.

Tabela 1 – Diferenças entre a Interpretação de Conferências e a Interpretação Comunitária (continua)

	Interpretação de Conferência	Interpretação Comunitária
Registro	Geralmente formal, embora seja comum o registro informal, principalmente em piadas e brincadeiras.	Varia desde o extremamente formal até o informal

¹⁶ It does not take place at negotiations about major international political decisions or conferences on recent scientific discoveries; it takes place in settings where the most intimate and significant issues of everyday individuals are discussed: a doctor's office, a social worker's or lawyer's office, a gaol, a police station or courtroom.

Tabela 1 – Diferenças entre a Interpretação de Conferências e a Interpretação Comunitária (conclusão)

Direção do par linguístico	Normalmente em uma única direção	Bidirecional
Proxêmica ¹⁷	Geralmente isolado em uma cabine, longe do palestrante	Proximidade com os falantes, o que permite uma maior interação
Modo	Geralmente simultâneo com o auxílio de equipamento, algumas vezes, o modo consecutivo é utilizado	Consecutiva intermitente (diálogo), consecutiva mais longa, simultânea (<i>whispering</i>), <i>sight translation</i>
Riscos da entrega não exata da mensagem	Médio	Alto
Nível de fidelidade	Médio	Alto
Participantes	Com o mesmo status profissional	Geralmente de status profissional diferente
Número de intérpretes	Dois (trabalhando em equipe)	Um (trabalhando sozinho)

Traduzida de Hale, 2007, p. 32

É evidente que existem diferenças entre os dois profissionais. No entanto, a não profissionalização leva ao fato de amigos, familiares e pessoas que falam o idioma de forma rudimentar atuarem como intérpretes na área médica. Ainda, indivíduos bilíngues também atuam como intérpretes em cenários médicos sem qualquer tipo de treinamento. Hale (2004, p. 36) discute a questão da profissionalização de intérpretes a partir de uma comparação entre o trabalho do cirurgião e do enfermeiro

É difícil imaginar alguém sugerir que o trabalho dos cirurgiões seja realizado por enfermeiros a fim de economizar recursos, uma vez que é evidente que para operar, há a necessidade de treinamento. No

¹⁷ Estudo do espaço de proximidade ou distância entre indivíduos, notadamente do ponto de vista comportamental, cultural ou social. (Dicionário Priberam, *online*)

entanto, não está claro que para interpretar adequadamente, também há necessidade de treinamento.¹⁸

Em 2000, Ozolins desenha um espectro das fases da interpretação comunitária, que reproduzimos abaixo:

Figura 3 – Fases da interpretação comunitária

Fonte: (Ozolins, 2000)

No Brasil, na área médica, estamos no segundo momento da interpretação (*ad hoc*). Os pacientes são atendidos com ajuda de pessoas que falam o idioma ou por meio de mímicas e linguagem gestual, o que pode conduzir a eventos adversos.

Uma pesquisa realizada pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2014) afirma que 83% dos médicos no Brasil não falam inglês; portanto, o médico não teria condições de atender o paciente neste segundo idioma, sendo por essas razões a atuação do intérprete altamente recomendada.

O atendimento em língua não nacional foi objeto do Parecer-Consulta nº 76.300/2014 (CREMESP, 2014c); o documento versa sobre o atendimento quando o paciente não entende a língua portuguesa; em seu teor discute e indica a conduta apropriada do médico ao ser confrontado com a barreira da língua.

¹⁸ It is difficult to imagine anyone suggesting that the work of surgeons should be performed by nurses to save on limited resources, because it is clear that in order to perform surgery, specialist training is required. However, it is not clear that in order to interpret adequately, training is also required.

O médico é responsável por seus atos, e as consequências destes, portanto, em caso de “eventuais ocorrências desfavoráveis ou sem sucesso”, deverão ser respondidas por ele legalmente. A vida humana, como bem maior do cidadão, deve ser preservada e protegida acima de quaisquer outros fundamentos e situações. Assim sendo, quando o paciente está em risco iminente de morte ou de lesão corporal grave, o médico deve agir, independentemente do contexto, com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, recorrendo quando possível à ajuda de tradutor, principalmente naquelas situações em que a anamnese é fundamental a um diagnóstico adequado. Não se pode esquecer que a compreensão das orientações quanto a condutas e prescrição médica é indispensável para que o resultado clínico se efetive, seja na emergência, seja no ambulatório.

O referido parecer-consulta esclarece a função do “tradutor” (intérprete) e valida sua importância no atendimento integral ao paciente. Apesar de o documento relatar a necessidade, inclusive em situações específicas, percebemos que, de fato, não é o que acontece normalmente durante os eventos comunicativos.

Há menção, no documento, aos problemas causados quando da falta do intérprete. É mister notar a responsabilidade que poderá ser imputada ao médico.

Logicamente, a ausência de um tradutor constituirá obstáculo para a segurança do médico em caso de insucesso ou dano irreparável provocado no paciente, o que poderá levá-lo a responder ética, penal, civil e funcionalmente. Ele também poderá responder por omissão, caso não atenda o paciente em situação de emergência ou urgência.

A perfeita comunicação entre médico e paciente é vista como prática indispensável pelo CREMESP. Importante salientar que o documento segue com orientações aos médicos de como podem proceder para garantir um atendimento eficaz. Leiamos a determinação aos médicos, que consta no Parecer-Consulta nº 76.300/2014 (CREMESP, 2014c):

(...) em situações de urgência e emergência, cabe ao gestor do serviço (secretário de saúde, diretor técnico) prover os recursos necessários – ou seja, disponibilizar um tradutor para o paciente. Cabe ao médico comunicar por escrito àquela autoridade, ou a quem a represente, a ocorrência dos fatos e a necessidade do aporte do serviço de tradução, notificando os riscos a que estão sujeitos os pacientes. Esgotada a via administrativa, em caso de desatenção ou demora no

atendimento da requisição por parte dos responsáveis pelo serviço, deve o médico denunciar os fatos a seu Conselho Regional, de acordo com o capítulo “Direitos dos médicos”, incisos III, IV e V, do Código de Ética Médica (CFM, 2009).

As situações de urgência e de emergência são mais polarizadas nos estudos, pois são momentos em que o paciente se encontra mais vulnerável devido ao risco de morte. Um estudo realizado por Chubaci e Merighi (2002) com imigrantes japoneses relatou os reflexos negativos gerados no tratamento, no entendimento da doença e do diagnóstico devido à barreira linguística.

O agravamento da barreira linguística é relato comum nos escritos da área. Guerra e Ventura (2017, p.126) reforçam tal ponto a partir da seguinte afirmação:

A barreira do idioma ainda é agravada quando a doença é mais grave, devido à maior utilização pelos profissionais de termos técnicos para esclarecê-la, além da dificuldade de compreensão das instruções durante os procedimentos que dependem da colaboração dos pacientes para serem realizados.

É sabido que o Brasil recebe um grande número de imigrantes e refugiados, que sem exceção, adentra o país com pouco ou nenhum conhecimento do idioma. Dessa forma, a comunicação se torna penosa - especialmente nos serviços de saúde. Os imigrantes têm tendência a não procurar os serviços médicos, uma das indicações da falta de procura pelos serviços é a barreira linguística, conforme mencionado nos poucos trabalhos de pesquisa redigidos em português. Silva (1997) estudou o acesso dos bolivianos ao serviço de saúde na cidade de São Paulo e afirma ser o idioma o maior limitador de procura por atendimento médico.

Martes e Faleiros (2011, p. 15) apontam um fato curioso no atendimento desse público em relação ao idioma:

É curioso observar que a língua aparece como um fator dificultador, nos estudos sobre saúde e migração, mas no caso dos bolivianos, a situação é ambígua. Por um lado, a semelhança entre o português e o espanhol é um ponto francamente facilitador, se comparado às barreiras linguísticas que um imigrante brasileiro sofre nos Estados Unidos, caso não tenha domínio do inglês, apenas para citar um exemplo. Por outro, nas situações difíceis -- como aquelas pelas quais

peessoas doentes passam, dificuldades para expressar sintomas e sentimentos com exatidão, passam a ser um grande problema de comunicação e integração.

Entendemos que a proximidade dos idiomas neste caso não auxilia o paciente e a equipe médica, uma vez que tratamos de uso de terminologia, do uso dos falsos cognatos, de embate cultural e de diferentes níveis de entendimento da doença e da situação comunicativa em si.

Apesar da pouca pesquisa existente e da dificuldade do uso eficiente de uma segunda língua nas consultas e atendimentos médicos, o Brasil é conhecido pelo Turismo de Saúde, que, para o Ministério da Saúde, se define como atividades turísticas decorrentes da utilização de meios e serviços para fins médicos, terapêuticos e estéticos” (BRASIL, 2010, p. 53).

A metrópole de São Paulo é procurada devido aos altos investimentos em saúde por parte de redes privadas. Para Carvalho (2011, p. 61), a cidade é:

centro da medicina brasileira e um dos principais polos de produção de ciência, tecnologia e atendimento médico da América Latina. O turismo médico é um dos segmentos da economia paulistana que oferecem as melhores oportunidades para novos investimentos, tendo em vista o retorno no curto prazo.

O documento *Healthcare Tourism*, lançado pela Prefeitura de São Paulo com apresentação do então prefeito Gilberto Kassab, de setembro de 2007 (em conjunto com o *São Paulo Salud*, em espanhol), começa apresentando a cidade de São Paulo como o maior centro de saúde do país e como polo de turismo médico (ou turismo de saúde). A posição do Brasil em relação ao turismo de saúde, é assim definida no guia:

O Brasil desponta como uma ilha de excelência no setor de saúde e nas mais diversas especialidades. Dentro deste contexto, a cidade de São Paulo destaca-se como uma *avant-garde* e como geradora de tendências. A maior metrópole da América Latina tornou-se também um dos centros de saúde mais importantes do mundo.

A revista apresenta os hospitais que atendem o turismo médico; além disso, traz propagandas de alguns hospitais da cidade (cf. tabela abaixo):

Tabela 2 – Hospitais que atendem turismo médico
Produzido com informações de São Paulo Saúde

Nome do Hospital	Hospital com Propaganda no guia
Hospital Oswaldo Cruz	sim
Hospital Santa Catarina	sim
Hospital Santa Paula	sim
Hospital São Camilo	sim
Beneficência Portuguesa de São Paulo	não
Hospital HCor	não
Hospital Samaritano	não
Hospital São Luiz	não
Hospital Sírio-Libanês	não
Hospital Bandeirantes and Leforte	não

Há, ainda, a apresentação de um hospital de Recife – Real Hospital Português de Beneficência, sendo o único serviço de fora de São Paulo.

Além dos hospitais, há o anúncio de um serviço de *conciierge* médico, que tem por objetivo fornecer suporte ao paciente durante todo o tratamento. Vale ressaltar que por tratamento entende-se tanto um simples procedimento estético quanto uma cirurgia de grande porte.

O texto do material está todo redigido em língua inglesa, apesar de não haver nenhuma menção ao trabalho de tradutores e intérpretes. Ao lermos a revista, temos a impressão de que a língua inglesa é amplamente difundida e falada nos serviços anunciados. Dessa forma, um paciente que tomasse contato com o material ficaria tranquilo quanto ao atendimento médico e ao oferecimento de suporte linguístico, o

que sabemos não se configurar como prática cotidiana dos serviços de saúde em São Paulo.

O turismo médico ou turismo de saúde parece ser uma área que só cresce. O relatório produzido pela Visa e pela *Oxford Economics* apresenta as tendências do Turismo Médico em 2016, que contou com 4.348 respondentes, sendo assim resumida:

- Gênero: 51% do sexo feminino e 49% do sexo masculino;
- Idade: 12,1% dos respondentes tinham entre 18-24 anos, 17,7% entre 25-34 anos, 17,9% entre 35-44 anos, 18,5% entre 45-54 anos, 17,1% entre 55-64 anos e 16,7% tinha mais de 65 anos de idade;
- Etnia: 66,1% se definiam como brancos, 12,1% como hispanos ou latinos, 13,9% como negros ou afro-americanos, 6,7% como nativos americanos e 1,2% como asiático;
- Estado Civil: 31,7% solteiros, 52,2% casados e 16,1% divorciados ou viúvos;

Os cinco países que mais receberam turismo para fins médicos foram: Canadá, Reino Unido, Israel, Singapura e Índia (cf. figura abaixo). Podemos perceber que a intenção dos respondentes muda de acordo com o que buscam. Além disso, o relatório apresenta um ranking por país e por continente:

Figura 4- Quadro tendências do turismo médico mundial (continua)

Figura 4- Quadro tendências do turismo médico mundial (conclusão)

2016 MTI Overall Ranking					
1. Canada	76.62	15. Dominican Republic	67.58	29. Mexico	60.70
2. UK	74.87	16. Dubai	67.54	30. Qatar	60.07
3. Israel	73.91	17. Jamaica	67.17	31. Morocco	59.77
4. Singapore	73.56	18. Thailand	66.60	32. Turkey	59.49
5. India	72.10	19. Philippines	66.40	33. Jordan	57.02
6. Germany	71.90	20. Taiwan	66.28	34. Russia	57.01
7. France	71.22	21. Argentina	65.37	35. Oman	56.90
8. South Korea	70.16	22. Brazil	65.22	36. Tunisia	56.78
9. Italy	69.50	23. China	64.78	37. Kuwait	52.69
10. Colombia	69.48	24. Poland	63.79	38. Saudi Arabia	52.43
11. Spain	68.29	25. Abu Dhabi	63.65	39. Bahrain	51.99
12. Japan	68.00	26. Malta	62.97	40. Lebanon	49.92
13. Panama	67.93	27. South Africa	62.20	41. Iran	36.00
14. Costa Rica	67.67	28. Egypt	60.92		

Americas
Europe
Asia
Middle East / Africa

Fonte: Medical Tourism Index

O Brasil é apresentado como o vigésimo segundo país em procura pelos serviços. No entanto, índices apontam para o crescimento na procura de tratamentos no país. Percebemos que há busca de tratamentos em, pelo menos, quatro continentes, conforme aponta a pesquisa. Wadensjö (1998, p. 48) afirma que tal fato se dá “em parte devido à mobilidade de migrantes e de refugiados, a nação homogênea linguisticamente quase não existe mais (se é que um dia existiu)”¹⁹

O CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) lançou alguns artigos em seu site (<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=522>), que debatem a questão do turismo médico. Entre eles, cumpre salientarmos o trecho que discute a barreira linguística imposta aos médicos-pacientes:

Outra questão que devemos analisar é a relação médico-paciente estabelecida entre pessoas que falam idiomas diferentes. Em casos de complicações cirúrgicas, a barreira da língua pode potencializar os riscos. Esses tipos de exemplos evidenciam que o “turismo médico” pode ferir também os artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico:

- Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte;

¹⁹ Partly due to increased mobility of migrants and refugees, the linguistically homogeneous nation hardly exists any longer (if it ever did).

- Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. A qualidade do atendimento é uma das prerrogativas dos serviços médicos.

Outro ponto importante ao se discutir o turismo médico é a qualidade dos hospitais e serviços; a JCI (*Joint Commission International*) mede a excelência de hospitais e serviços de saúde no mundo inteiro através da acreditação. A acreditação é um “processo segundo o qual uma entidade, normalmente não governamental e independente, avalia uma organização de saúde de forma a determinar se esta satisfaz um conjunto de requisitos destinados a melhorar a qualidade dos cuidados.” (Bento, JCI, on-line). Uma rápida pesquisa em seu site lista os hospitais brasileiros que possuem o selo de acreditação. Vale ressaltar que a lista abaixo foi reproduzida da mesma forma em que aparece no site da instituição, pois o objetivo principal do site é a apresentação feita ao paciente que procura pelo serviço.

Associação do Sanatório Sírio - Hospital do Coração

Programa de hospital Desde 11 November 2006
 Programa de enfarte agudo do miocárdio (AMI) Desde 12 May 2012
 Programa de insuficiência cardíaca Desde 10 May 2012
LOCAL
 São Paulo
 Brasil

Hospital 9 de Julho

Programa de hospital Desde 24 March 2012
LOCAL
 São Paulo
 Brasil

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Programa de hospital- Desde 07 August 2009
LOCAL
 São Paulo
 Brasil

Hospital Alvorada

Programa de hospital- Desde 11 May 2013
LOCAL
 São Paulo
 Brasil

Hospital Copa D'OR

Programa de hospital Desde 08 November 2007

LOCAL

Rio de Janeiro
Brasil

Hospital da Criança Santo Antonio - ISCMPA

Programa de hospital- Desistiu voluntariamente da acreditação em 20 April 2015

LOCAL

Porto Alegre
Brasil

Hospital Dona Helena

Programa de hospital- Desde 15 March 2014

LOCAL

Joinville
Brasil

Hospital Infantil Sabará

Programa de hospital- Desde 27 July 2013

LOCAL

São Paulo
Brasil

Hospital Mãe de Deus

Programa de hospital- Desde 18 August 2012

LOCAL

Porto Alegre
Brasil

Hospital Memorial São José Ltda

Programa de hospital- Desde 21 January 2012

LOCAL

Recife, Pernambuco,
Brasil

Hospital Paulistano

Programa de hospital- Desde 19 June 2010

Programa de cuidados paliativos- Desde 09 October 2013

Programa de acidente vascular encefálico primário- Desde 11 October 2013

LOCAL

São Paulo
Brasil

Hospital Pro Matre Paulista

Programa de hospital-Desde 28 March 2015

LOCAL

São Paulo
Brasil

Hospital Pro-Cardíaco

Programa de hospital-Desde 01 August 2015

LOCAL

Rio de Janeiro

Brasil

Hospital Rios D'OR

Programa de hospital-Desde 15 May 2014

LOCAL

Rio de Janeiro

Brasil

Até 2017, eram 14 os hospitais que passaram pela acreditação. Se levarmos em consideração os números apresentados na Revista *Healthcare Tourism*, podemos ver um crescimento importante desse tipo de instituição. No entanto, pouco ou nada se fala do desenvolvimento dos profissionais intérpretes, médicos e/ou paramédicos em relação ao componente linguístico.

PERGUNTAS E RESPOSTAS DA PESQUISA, OU SOBRE PERGUNTAS E MAIS PERGUNTAS

A presente pesquisa tem por objetivo estudar a interpretação médica levando em consideração a situação da interpretação em São Paulo/Capital. O estudo busca discutir possibilidades de estabelecer relações entre pesquisa, formação e prática profissional conforme preconiza Hale (2007), ao propor uma fertilização cruzada (*cross-fertilization*) no campo dos Estudos da Interpretação.

A fertilização cruzada (*cross-fertilization*) reúne pesquisa, treinamento ou formação de intérpretes e prática profissional. A prática profissional gerará perguntas de pesquisa, com a pesquisa respondendo às perguntas e incorporando as respostas ao treinamento ou formação de intérpretes, assim as diversas áreas: formação, pesquisa e prática profissional se fertilizam mutuamente e interagem entre elas.

Para que essas relações sejam estabelecidas, apresentamos os objetivos gerais e específicos de nossa pesquisa. Como objetivos gerais, elencamos:

- ✓ Estudar a interpretação em ambientes hospitalares como prática profissional a

partir da fertilização cruzada (*cross-fertilization*) entre pesquisa, prática profissional e formação;

- ✓ Apresentar um currículo de curso de formação de intérpretes médicos que se afastem do modelo *master apprentice model*;

A partir da exploração dos objetivos gerais, apresentamos os objetivos específicos:

- ✓ Estudar, por meio de entrevistas semiestruturadas, a concepção do intérprete em ambientes hospitalares a partir dos discursos produzidos pelos ‘sujeitos-intérpretes’ em sua prática diária;
- ✓ Desenvolver um curso de formação na área médica que se afaste do modelo de *master apprentice* (uma vez que este modelo privilegia a formação a partir de conhecimentos práticos, onde um “mestre” ensina a um “aprendiz” como fazer) e que utilize os resultados dos discursos dos ‘sujeitos-intérpretes’ como insumo para a sua estruturação;

Ao propormos uma pesquisa, devemos apresentar uma metodologia de pesquisa condizente com os objetivos propostos. Assim, a metodologia a ser empregada na pesquisa visa à realização necessária entre o discurso dos intérpretes, a prática da interpretação médica e a formação de intérpretes médicos.

Para a pesquisa, conduzir-se-ão entrevistas gravadas (áudio) com pessoas que atuam como intérpretes (ainda que não profissionalmente, mas que representam a prática cotidiana nos centros médicos) nesses ambientes hospitalares, uma vez que o objetivo principal é entender como esses profissionais enxergam a profissão, a formação e sua prática. Os entrevistados serão selecionados com a técnica de *network* ou *snowballing*. Hale e Napier (2013, p. 73) explicam seu uso. “É uma técnica comum de pesquisa em Interpretação. O pesquisador identifica uma rede profissional com as características necessárias à pesquisa.”²⁰ Após a identificação de uma pessoa que atue no lugar do intérprete em um hospital (vale ressaltar que a chancela de “intérprete” é conferida pela própria instituição), obtém-se o primeiro entrevistado

²⁰ This is a common sampling technique for research into Interpreting. The researcher identifies a professional network within the characteristics needed for the research question.

(seed)²¹, que irá auxiliar o pesquisador indicando outros possíveis entrevistados, criando-se o efeito “*snowballing*.” [bola de neve]

As entrevistas serão semiestruturadas e conduzidas como “prática social”, a partir da caracterização de Talmy (2011). Nesse tipo de entrevista, as informações são construídas socialmente e representam fatos, atitudes e crenças dos respondentes. Como afirma Seidman (2006, p. 9), “na raiz das entrevistas há um interesse em se entender as experiências vividas por outras pessoas e o sentido que essas experiências têm para elas.”²²

Cumpram ainda lembrar que as entrevistas semiestruturadas são compostas por tópicos pré-determinados. Hadziabdic (2011, p. 27) explica: “Elas [entrevistas semiestruturadas] possuem tópicos pré-determinados e perguntas abertas [...]”²³. Nas entrevistas semiestruturadas as perguntas abertas surgem ao longo do processo como inerentes às circunstâncias da entrevista. Portanto, as entrevistas serão compostas das seguintes perguntas, que serão feitas a todos os entrevistados:

- ✓ Como você começou a interpretar?
- ✓ Quais são as dificuldades ao se interpretar?
- ✓ Quais são as dificuldades na relação médico-paciente ao se interpretar?
- ✓ Quais problemas ou dificuldades são mais comuns na interpretação?

As entrevistas serão gravadas com o uso de dois dispositivos para gravação de voz, a fim de garantir a coleta adequada de áudio para transcrição. Após a gravação, o material será transcrito de acordo com os pressupostos teóricos da História Oral, método em que o entrevistado recebe a transcrição da entrevista com possibilidade de edição, acréscimo ou exclusão de trechos.

As análises serão conduzidas pelo viés da Análise de Discurso (doravante AD). Hale e Napier (2013, p. 119) definem a AD como “uma análise sistemática da língua em

²¹ Na técnica de snowballing, *seed* representa o primeiro entrevistado, a “semente”, que fornecerá elementos para a continuidade da pesquisa.

²² In the root of in-depth interviewing is an interest in understanding the lived experience of other people and the meaning they make of that experience.

²³ They have predetermined topics and open-ended questions [...]

uso através da aplicação de uma variedade de diferentes métodos, teorias e abordagens”.²⁴ Independentemente da teoria ou abordagem da AD escolhida, há uma rejeição da neutralidade da linguagem, conforme pontua Gill (2002, p. 244): “rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social”. Para que o uso da AD seja possível, há três características citadas por Stubbs (1993), que devem ser levadas em consideração: (a) os dados devem ser autênticos; (b) devem estar além do nível da sentença e (c) a análise deve levar o contexto em consideração. Acreditamos que a partir das entrevistas semiestruturadas, teremos a formação de um *corpus* discursivo consistente de pesquisa.

A partir do uso da AD, pretende-se identificar efeitos de sentido relacionados ao discurso dos entrevistados que possam ser estudados com o intuito de analisar o papel da formação técnica em interpretação, as dificuldades encontradas no trabalho e os dilemas éticos. Após a análise detalhada das entrevistas, os resultados obtidos levarão ao estudo da formação de intérpretes para atuarem na área médica profissionalmente. Pretendemos propor um currículo que permita a formação desses profissionais e que contemple as principais questões relacionadas ao ambiente real de atuação.

Para justificar a viabilidade da pesquisa e a contribuição para os Estudos da Interpretação, apoiamo-nos em Hale (2007), que propõe uma “*cross-fertilization*” entre pesquisa, formação e prática profissional, com a prática profissional gerando perguntas a que a pesquisa tentará responder, sendo as respostas aplicadas à formação. Segundo Stern (2012, p. 332), tal estudo faz-se necessário, pois “a prova de fogo da eficácia do treinamento é se ele cumpre o objetivo de equipar os intérpretes com a competência necessária para interpretar com sucesso no mercado contemporâneo de trabalho.”²⁵ Além disso, Inghilleri (2006, p. 58) chama a atenção para o fato de que “nas pesquisas dos estudos de interpretação, pouca atenção é dada ao desenvolvimento de modelos informados sociologicamente em relação às

²⁴ A systematic analysis of language in use, through the application of a variety of different methods, theories and approaches.

²⁵ The ultimate test of the effectiveness of training is whether it fulfils the aim of equipping interpreters with the competence necessary to interpret successfully in the contemporary market.

atividades profissionais. ”²⁶

Vale ressaltar que a literatura teórica que discute a formação de intérpretes, por ter sido desenvolvida para e a partir de estudos da interpretação de conferência ou de atuação em tribunais, pressupõe um modelo com especificações técnicas de atuação, mas que dificilmente leva em consideração cenários diferentes daqueles da cabine de interpretação ou dos tribunais do júri. Os modelos são baseados no mito da neutralidade discursiva, o que nem sempre será possível na área médica. Hsieh (2002, p. 309) corrobora tal ideia, admitindo que

Tradicionalmente, o desenvolvimento das teorias de tradução criou uma ideologia tradutória com foco na fidelidade e na precisão dos textos de chegada ao representar os textos de partida, encorajando tradutores e intérpretes a se tornarem um condutor neutro no processo de transferência linguística.²⁷

A base para tais modelos reside na teoria clássica da comunicação, excluindo, dessa forma, o intérprete como agente participativo no evento comunicativo. Esses modelos ainda são amplamente promovidos por associações profissionais e serviços de interpretação que treinam seus intérpretes, com explícita referência em seus códigos de ética. Tal referência encontra-se no código de ética de um serviço de interpretação (Language Solutions), conforme o trecho abaixo:

Os intérpretes devem ser imparciais e devem se abster de condutas que possam parecer tendenciosas. Eles não devem permitir que crenças e opiniões interfiram em suas tarefas nem devem acrescentar comentários quando não forem solicitados ou oferecer recomendações, exceto para auxiliar na comunicação.²⁸

²⁶ In interpreting studies research, very little attention has been paid to the development of sociologically informed models of professional activity.

²⁷ Traditionally, the development in translation theory has created a translation ideology that has focused on the faithfulness and the accuracy of target texts in representing the source texts, encouraging translators and interpreters to become neutral conduits in the language-transferring process.

²⁸ Interpreters shall be impartial and shall abstain from conduct that may appear to be biased. They shall not allow beliefs or opinions to interfere with their duties nor add unsolicited comments or make recommendations except to assist communication. Disponível em: em: <<http://www.languagetranslation.com/interpretation/code-of-ethics.html>>.

Na formação de intérpretes, essa concepção também se faz presente, disseminando, ainda nos dias de hoje, o papel do intérprete como de “*conduit*” (condutor da mensagem). Ao final da pesquisa, pretende-se permitir que o futuro intérprete seja formado a partir do que ocorre em contextos reais, e não somente a partir de simulações, como naturalmente acontece nos cursos de formação. Além disso, pretende-se realizar, ainda que de forma controlada, o acesso ao mercado de trabalho e discutir questões de interpretação advindas da prática.

O estudo ora proposto é pioneiro na área dos Estudos da Interpretação, e busca identificar temas relevantes na interpretação médica a partir de uma realização entre prática de interpretação médica, mercado de trabalho e formação de intérpretes. Os resultados das análises das entrevistas promoverão reflexões teóricas capazes de fomentar um currículo de formação de intérpretes médicos que atenda às necessidades práticas. Ao mesmo tempo, tal formação afetará a prática, uma vez que se baseou nela. Desta forma, completa-se a proposta de um estudo com uso de fertilização cruzada.

VISÃO GERAL DOS CAPÍTULOS

Neste trabalho, a pesquisa realizada será apresentada em seis capítulos. No primeiro capítulo, apresentaremos a revisão da literatura em interpretação médica, especialmente nos Estados Unidos da América, por conta das similaridades existentes em termos de dimensão territorial e unidade de língua nacional com o Brasil. As pesquisas desenvolvidas no Brasil, ainda que de pouca monta, também serão apresentadas. O objetivo central da revisão da literatura é a de encontrarmos um ponto de partida para o estudo proposto. Busca-se analisar o percurso realizado pelos profissionais intérpretes em sua inserção em ambientes hospitalares e de promoção da saúde.

O segundo capítulo apresenta e discute os diferentes modos e métodos de interpretação. Atenção especial será dispensada à interpretação na área médica, com o estudo das especificidades da área em relação aos modos e métodos comumente utilizados. Abordar-se-ão as habilidades necessárias a um intérprete da área médica e sua formação.

O panorama geral da pesquisa, os respondentes e os cenários analisados serão apresentados no terceiro capítulo. Exploraremos os procedimentos adotados, bem como apresentaremos a coleta de dados.

O capítulo de número quatro trará os resultados advindos das entrevistas realizadas. Trechos transcritos serão apresentados para que a análise de dados seja possível. A discussão dos resultados apontará para o capítulo seguinte: o de número cinco, que apresentará modelos existentes de formação de intérpretes e o modelo proposto a partir da pesquisa de “*cross-fertilization*”, apresentando o caráter inovador da proposta aqui apresentada, diante dos cursos e formação de intérpretes já existentes.

No último capítulo, apresentaremos as considerações finais da pesquisa e os caminhos a serem trilhados para sua expansão futura.

1. REVISÃO DA LITERATURA EM INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA

1.1 A INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: A ESCOLHA DA LITERATURA – MODO DE COMPARAÇÃO

Para conceituar a interpretação da área médica, será necessário realizar uma revisão da literatura, que fará com que saibamos quais caminhos já foram percorridos, e, além disso, que aponte caminhos a serem trilhados em pesquisas, como a que propomos no momento.

Sabemos que pesquisas se desenvolvem a partir de comparações de sistemas e de histórias. Tais comparações são sempre desafiadoras, uma vez que é necessário estabelecer quais vínculos permitiriam essas relações.

A escolha do sistema estadunidense se deu por conta da amplitude das pesquisas e dos achados dos artigos científicos publicados. Em relação ao sistema de saúde, o sistema brasileiro se assemelhou ao sistema estadunidense em seu momento anterior ao SUS, sendo atualmente o sistema público brasileiro inspirado pelo sistema londrino, cuja característica principal é o atendimento para todas as pessoas, sem discriminação.

Outro fator a ser indicado é que temos consciência da diferença de leis entre os Brasil e os Estados Unidos da América, o que poderá gerar questões legais advindas da falta ou da interpretação inadequada; no entanto, não discutiremos tais questões a fundo, por não fazerem parte do escopo da pesquisa.

Interessa-nos ainda o fato de a interpretação da área médica ter enfrentado um cenário de pouco desenvolvimento nos E.U.A até a década de 90. A interpretação médica ou na área de saúde só gera interesse devido à necessidade de uma identidade profissional (Harris, 1997). Angelelli (2008, p. 156) discutiu a questão a partir do seguinte paradigma: “a interpretação médica era vista como uma área de menor prestígio na interpretação, praticada principalmente por intérpretes *ad hoc*.”²⁹

²⁹ Healthcare interpreting was perceived as a less prestigious variety of interpreting, practiced mostly by *ad hoc* interpreters.

Roberts, em 1997, afirmou que intérpretes *ad hoc* eram costumeiramente vistos como pessoas que não recebiam nenhum tipo de instrução ou treinamento formal.

Neste aspecto, é muito semelhante à situação que vivenciamos no Brasil nos dias atuais. Assim, acreditamos que a experiência americana possa nos fornecer subsídios no sentido mais amplo da pesquisa, que é o de mapear e procurar trilhar caminhos análogos à área e ao desenvolvimento de uma perspectiva local de interpretação na área médica.

1.1.2 Dos primórdios da interpretação médica aos dias atuais

A interpretação da área médica cresce a cada dia; nos E.U.A., a lei garante a oferta de interpretação para os pacientes com LEP (*Limited English Proficiency*). Acredita-se que a interpretação seja uma ferramenta essencial para o acesso aos cuidados em saúde, de certa forma apoiado pelo artigo VI do Direito Civil (1964), que proíbe a discriminação em qualquer área, em todo o país:

A Justiça exige que os fundos públicos, para o qual todos os contribuintes de todas as raças [cor e nacionalidade] contribuem, não sejam gastos de qualquer forma que encoraje, consolide, subsidie ou resulte em discriminação racial [cor ou de nacionalidade].³⁰

Ainda, um decreto do Presidente Clinton (número 13166), em 2000, foi instituído como forma de garantir interpretação para os pacientes *com LEP*; mas nem sempre foi assim. O país também utilizou familiares e bilíngues para a assistência ao paciente. Os problemas, em sua maioria legais, ocasionados por tal prática, conduziram o país à necessidade de profissionalização dos intérpretes médicos.

As pesquisas em relação ao uso de parentes nas interpretações apontam para problemas com a segurança do paciente. Flores (2006, p. 231) afirmou, a esse respeito:

³⁰ Simple justice requires that public funds, to which all taxpayers of all races [colors, and national origins] contribute, not be spent in any fashion which encourages, entrenches, subsidizes or results in racial [color or national origin] discrimination.

Os membros da família, amigos, membros da equipe sem treinamento e estranhos nas salas de espera ou nas ruas (...) são mais suscetíveis a cometerem erros que podem causar consequências clínicas adversas do que intérpretes profissionais.³¹

Há, na literatura, várias histórias de pacientes prejudicados devido ao uso inadequado de intérpretes, como o famoso caso de Willie Ramirez, que em 1980, com 18 anos, foi levado a um hospital da Flórida em estado de coma. Os amigos e familiares, que só falavam espanhol, tentaram se comunicar com a equipe médica, no entanto, a palavra “intoxicado” em espanhol foi entendida pela equipe como “*intoxicated*”. William Ramirez foi tratado como se tivesse uma overdose quando, na verdade, tinha uma hemorragia cerebral. O caso foi parar nos tribunais americanos gerando uma indenização de 71 milhões de dólares. O paciente William Ramirez ficou tetraplégico.

Ainda que haja intérpretes profissionais atuando, riscos existem; o treinamento fornecido aos intérpretes poderá minimizar os problemas, conforme demonstrou a pesquisa do ‘The Advisory Board Company’:

Um estudo publicado nos *Anais de Medicina de Emergência*, em 2012, analisou gravações em áudio de visitas realizadas a dois grandes hospitais de emergência pediátrica, e encontrou centenas de erros de interpretação, até mesmo quando os hospitais utilizavam intérpretes profissionais. Os erros eram de adição, omissão ou substituição de palavras, uso de palavras que não existem na língua fonte, e uso de sua própria perspectiva. Desses erros, 18% tiveram consequências potencialmente perigosas. Os erros foram menos frequentes entre os intérpretes médicos que possuíam pelo menos 100 horas de treinamento.³² (*The Advisory Board Company*, 2012).

Muitos estudos foram desenvolvidos com o intuito de discutir e analisar a área da interpretação médica. Em sua maioria, abordam o papel do intérprete e suas

³¹ Family members, friends, untrained members of support staff, and strangers found in waiting rooms or on the street [...] are more likely than professional interpreters to commit errors that may have adverse clinical consequences.

³² A 2012 study in the *Annals of Emergency Medicine* analyzing audio recordings from visits at two large pediatric EDs found thousands of interpretation mistakes, even when the hospitals used professional interpreters. Such mistakes including adding, omitting, or substituting words, using words that did not exist in the original language, and adding their own perspectives. Of these mistakes, 18% had potentially harmful consequences. Mistakes were less frequent among professional medical interpreters who had at least 100 hours of training.

expectativas (Angelelli, 2002, 2003 e 2004; Bolden, 2000, entre outros). No entanto, parece haver pouco impacto dessas pesquisas na prática diária dos intérpretes.

Ademais, as pesquisas discutem amplamente a função do intérprete e seu papel, inclusive relatando graus de envolvimento, que partem desde a neutralidade (*message converter*) até a função de *advocacy*. Ressaltamos que não há uma terminologia ainda definida para a função do intérprete da área médica em português, por essa razão manteremos o nome em inglês, tal como sugerido no material preparado pela CHIA - *California Healthcare Interpretation Association*; seguido de uma tradução livre.

Tabela 3 - Papel do Intérprete na área médica (continua)

Papel do Intérprete	Expectativa de atuação
<i>Message Converter</i> (Transmissor da mensagem)	Neste papel, o intérprete ouve, observa a linguagem corporal do falante e converte o sentido de todas as mensagens de uma língua à outra, sem adições ou supressões desnecessárias ou mudanças no sentido.
<i>Message Clarifier</i> (Esclarecedor da mensagem)	Neste papel, os intérpretes ficam alertas por conta de possíveis palavras ou conceitos que possam conduzir a mal-entendidos, os identificam e auxiliam ao esclarecer as possíveis fontes de confusão para o paciente, o provedor dos serviços ³³ ou para o próprio intérprete.

³³ O termo provedor é utilizado para identificar pessoas da área médica que tenham acesso ao paciente durante um procedimento ou consulta; inclui tanto profissionais da assistência (médicos, enfermeiras, técnicos de laboratórios) quanto administrativos (recepcionistas e atendentes).

Tabela 3 - Papel do Intérprete na área médica (conclusão)

<p><i>Cultural Clarifier</i> (Esclarecedor Cultural)</p>	<p>O papel do esclarecedor cultural vai além do esclarecimento da mensagem, a fim de incluir uma série de ações tipicamente relacionadas ao propósito final de um intérprete, que é o de facilitar a comunicação entre as partes que não são da mesma cultura. Os intérpretes ficam alertas em relação a palavras ou conceitos culturais que possam conduzir a um mal-entendido, e agem para identificar e auxiliar os envolvidos a esclarecer ideias relacionadas especificamente à cultura.</p>
<p><i>Patient Advocate</i> (Defensor do paciente)</p>	<p>Neste papel, os intérpretes apoiam o interesse e bem-estar dos pacientes. O intérprete precisa de um raciocínio claro para avaliar a necessidade de defender o paciente; sugerimos o uso do processo ético de tomada de decisão para facilitar sua ação.</p>

**Fonte: Adaptada de California Standards for Healthcare Interpreters
(CHIA. 2002, p.42-44)**

A depender do papel desempenhado pelo intérprete, haverá maior ou menor envolvimento no evento comunicativo. A figura abaixo mostra a relação entre o papel do intérprete e seu envolvimento na interpretação.

Figura 5 – Grau de envolvimento do intérprete na interpretação

Apesar dos diferentes graus e da discussão existente na área sobre qual seria o melhor papel para o intérprete, é certo que interpretar na área médica vai muito além de simplesmente verter palavras de um idioma ao outro. Hsieh (2008 *apud* HSIEH, 2016, p. 19), ao discutir os papéis estabelecidos na figura acima, afirma que:

Embora os papéis sirvam como uma prescrição para o desempenho do intérprete durante o treinamento de interpretação, eles são propostos a partir de uma abordagem *top-down* e não refletem necessariamente a prática dos intérpretes. Na realidade, os intérpretes não necessariamente movem-se sempre entre esses papéis devido a várias questões e restrições institucionais³⁴.

A afirmação de Hsieh é, portanto, que ao assumir um ou outro papel, há “expectativas específicas, percepções e ações implicadas” (*ibidem*, p. 21). A fim de promover a discussão, apresenta diversas pesquisas conduzidas por vários autores a respeito dos papéis desempenhados pelos intérpretes. Reproduzimos abaixo a tabela (Hsieh, p. 20, adaptada de Brisset *et al.*, 2013).

Tabela 4 - Resumo do papel dos intérpretes (continua)

Kaufert (1984/1999)	Intérprete Linguístico	Informante
		Agente Cultural
		Defensor
Drennan e Swartz (2002)	Especialista Linguístico	Terapeuta institucional
		Especialista Cultural
		Defensor do paciente

³⁴Although these roles serve as a prescription to interpreter performances during interpreter training, they are proposed from a top-down approach and do not necessarily reflect interpreter practices. In reality, interpreters do not always actively move between these roles due to various concerns and institutional constraints.

Tabela 4 - Resumo do papel dos intérpretes (conclusão)

Hatton e Webb (1993)	Caixa de voz	Colaborador			Segregador
Davidson (2001)	Cotransmissor do diagnóstico				
	Guardião institucional				
Miller (2005)	Caixa preta	Transmissor da terapia			
Leanza (2005)	Agente linguístico	Agente do sistema	Agente do mundo da vida ³⁵	Agente de integração	
Hsieh (2008)	Transmissor	Profissional	Gerente	Defensor

Os autores definiram diferentes papéis para os intérpretes dependendo de sua atuação, do cenário e do tipo de mediação exercida no evento comunicativo. Afirmam que estudar esses papéis auxilia no avanço das pesquisas em interpretação, uma vez que

entender a atuação dos intérpretes a partir dos papéis desempenhados permite aos pesquisadores discutirem aspectos de *frame* (incluindo coordenação de identidades, relacionamento e tarefas), e examinarem como os intérpretes utilizam os papéis para definir contextos.³⁶ (Hsieh, 2016, p. 21).

Precisamos ainda ponderar que, para além da barreira linguística, há barreiras culturais e socioculturais a serem dirimidas ao longo da interação entre médico-paciente via intérprete. O que sabemos, por conta das pesquisas relacionadas ao tema, é que a interpretação na área médica apresenta um alto grau de complexidade (cf. Angelelli, 2004). Hale (2007, p. 40), por exemplo, ao discutir a complexidade desses eventos, afirma:

³⁵ De acordo com o conceito de Habermas.

³⁶ Understanding interpreter performances through roles allows researchers to discuss these aspects of frame (including the coordination of identities, relationships, and tasks), and to examine how interpreters use their roles to define contexts.

Quando um terceiro participante, o intérprete, é acrescentado à interação, uma camada a mais de complexidade é adicionada. A questão crucial a se considerar é como garantir que essa camada extra de complexidade não exacerbe os problemas de comunicação que possam existir nas interações monolíngues entre a equipe médica e paciente.³⁷

Para organizar e atuar em eventos comunicativos complexos, o conhecimento da área e das interações a serem estabelecidas são essenciais para o bom andamento do evento.

Para Hsieh (2016, p. 22),

Este é o ponto decisivo para o desenvolvimento teórico dos estudos da interpretação que o diferencia dos estudos da tradução, uma vez que as plateias da tradução são compostas por receptores frequentemente invisíveis e silenciosos dos textos. Em contraste, nos estudos da interpretação, especialmente na interpretação de diálogos (*liaison* ou comunitária), todos os participantes são membros visíveis, ativos e participantes do processo discursivo.³⁸

Desta forma, o intérprete terá a plateia sempre presente durante seu trabalho, acompanhando o processo de entrega da mensagem.

1.2 DE INTÉRPRETES AD HOC AOS INTÉRPRETES CERTIFICADOS: O PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

A atuação de intérpretes *ad hoc* provocou muitos problemas, a maior parte relacionada a eventos adversos no atendimento à saúde (Flores, 2003; C Divi, 2007), que vão desde a simples administração de um medicamento errado, passando por paraplegia e chegando a óbito.

³⁷ When a third participant, the interpreter, is added to the interaction, a further layer of complexity is added. The crucial question to be considered is how to ensure that this extra complexity does not exacerbate the communication problems that may exist in monolingual health care provider-patient interactions.

³⁸ This marks a critical point in the theoretical development in interpreting studies that sets apart from translation studies, because audiences for translations are often invisible and silent recipients of the texts. In contrast, in interpreting studies, particularly in dialogue (or *liaison*/community) interpreting, all participants are visible, active, and participating members of the discursive process.

A certificação de intérpretes para atuação em hospitais parecia o caminho mais correto a ser trilhado na busca da profissionalização. No entanto, o caminho só será percorrido a partir dos anos 90, conforme já nos explicou Harris em 1997, ao afirmar que a identidade profissional levou a tal conduta, mesmo que estejamos discutindo sobre uma área encapsulada na grande categoria da interpretação comunitária.

Com o aumento do recebimento de estrangeiros, pacientes com proficiência reduzida em inglês nos Estados Unidos, as associações começaram a se estabelecer. Surge, em 1986, a primeira e mais antiga associação de intérpretes médicos, denominada à época *Massachusetts Medical Interpreters Association (MMIA)* – atualmente conhecida pela sigla *IMIA (International Medical Interpreters Association)* – que conta com mais de 2000 membros ativos nos Estados Unidos e em diversos outros países. Na página da associação (<http://www.imiaweb.org/basic/default.asp>) encontramos seus objetivos, listados abaixo:

- Definir as necessidades educacionais e qualificações para os intérpretes médicos;
- Estabelecer padrões de prática e as normas para os intérpretes da área médica;
- Promover o oferecimento de serviços profissionais de tradução e de interpretação por instituições médicas e agências.

Na esteira da IMIA, outras associações se formaram por todo o país, entre elas destacamos a *California Healthcare Interpreting Association (CHIA)* e a *National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC)*.

A atuação das associações permitiu a criação de uma rede de intérpretes e de serviços (provedores de serviços linguísticos, escolas de treinamento de intérpretes), que viabilizou, de certa forma, a organização de certificações para atuação na área médica. Apesar de não existir uma única certificação para intérpretes em nível federal, duas agências de certificação atuam no país: *The National Board of Certification for Medical Interpreters (NBCMI)* e *Certification Commission for Healthcare Interpreters (CCHI)*. A busca por intérpretes certificados tem aumentado a cada ano no país. Não se sabe ao certo qual o número de intérpretes em atuação em terras estadunidenses,

entretanto, uma pesquisa da IMIA, em 2010, recebeu respostas de 1.083 intérpretes da área médica, espalhados por 46 estados, representando 48 diferentes línguas. A pesquisa apontou a situação do mercado de trabalho em relação às línguas mais interpretadas comumente, os modos de interpretação e o salário desses profissionais:

Figura 6 – Pagamento aos intérpretes da área médica (diária)

Fonte: IMIA, 2010

É fato que há uma disparidade em relação aos valores recebidos, mas a maioria dos intérpretes da área médica recebe de 15 a 25 dólares por hora. Um dado da pesquisa chama nossa atenção: o valor recebido pelo intérprete certificado, comparado àquele que não possui a chancela de um dos dois órgãos de certificação. Por consequência, os intérpretes buscam a certificação como forma de ascensão salarial na carreira, o que eleva o número de intérpretes certificados naquele país e permite maior profissionalização.

Figura 7 – Intérpretes certificados x não certificados – Recebimento

Fonte: IMIA, 2010

O *U.S. Bureau of Labor Statistics* relata que o salário de intérpretes certificados que atuam em hospitais é de 47 mil dólares por ano, sendo que o salário desses profissionais sofre aumento dependendo da experiência, das habilidades desenvolvidas, da certificação e do treinamento. Dependendo do idioma, há alteração nos valores recebidos (intérpretes de língua de maior demanda ganham mais). Outro dado importante é o apresentado pelo *US Department of Labor* - espera-se um crescimento de 46% no número de empregos para tradutores e intérpretes entre 2012 e 2022, nível maior do que o de qualquer outra ocupação no país.

Concluimos, portanto, que a necessidade de intérpretes certificados é cada vez maior, o que impulsionará a profissão nos Estados Unidos; além disso, “as organizações de saúde nos EUA continuam a explorar soluções criativas para superar as barreiras linguísticas entre os provedores que desejam atender os pacientes e os pacientes que buscam atendimento médico”³⁹ (Angelelli, 2008, p. 147). Tal fator poderá orientar a atuação e a formação do profissional intérprete na área médica ao redor do mundo.

1.3 A INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA NO BRASIL

Diferentemente da discussão e da expansão da interpretação médica nos Estados Unidos, a interpretação da área médica no Brasil não é uma realidade, apesar de a necessidade também ser grande em terras brasileiras. Uma das explicações reside

³⁹ Healthcare organizations in the US continue to explore creative solutions to bridge the linguistic barrier between providers seeking to assist patients and patients seeking medical assistance.

no fato de que “A Interpretação Comunitária ainda não é uma área profissional no Brasil” (Silva-Reis e Milton, 2016, p.30).

No entanto, turistas das mais variadas nacionalidades podem eventualmente necessitar de atendimento médico; há aqueles que desembarcam especificamente em busca de atendimento médico. A concentração de refugiados e imigrantes no Brasil, ainda que bem menor que nos Estados Unidos, tende a crescer vertiginosamente. Não obstante, o atendimento a pessoas que não falam o português também cresce no Brasil.

O CONARE – Comitê Nacional para os Refugiados, um órgão multiministerial do qual participam o governo, a sociedade civil e a ONU, por meio do ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, apresentou a terceira edição da pesquisa Refúgio em Números. Alguns dados relevantes são:

Figura 8- Refúgio em números

BRASIL (2017)	MUNDO (2016)⁹
ACUMULADO DE 10.145 REFUGIADOS RECONHECIDOS. ⁶	ACUMULADO DE 22,5 MILHÕES DE REFUGIADOS RECONHECIDOS.
86.007 SOLICITAÇÕES DE RECONHECIMENTO EM TRÂMITE. ⁷	2,8 MILHÕES DE SOLICITAÇÕES DE REFÚGIO EM TRÂMITE.
NACIONALIDADE COM MAIOR NÚMERO ACUMULADO DE REFUGIADOS RECONHECIDOS É A SÍRIA (39%) . ⁸	NACIONALIDADE COM MAIOR NÚMERO ACUMULADO DE REFUGIADOS RECONHECIDOS É A SÍRIA (31%) .

6 Comitê Nacional para os Refugiados.

7 Polícia Federal.

8 Comitê Nacional para os Refugiados.

9 UNHCR. Global Trends, Forced Displacement 2016 (UNHCR, 19 de junho de 2017) disponível em: 01 de fev. de 2018

Fonte: Refúgio em Números (CONARE, 2017)

Somente em 2017, a Polícia Federal Brasileira relatou 33.866 loc no Brasil, de diferentes nacionalidades, de acordo com o gráfico abaixo:

Gráfico 1- Pedidos de Refúgio

Fonte: Polícia Federal

Fonte: Refúgio em Números (CONARE, 2017)

Vale ressaltar que a julgar pela diversidade de línguas e de culturas, o domínio da língua inglesa não solucionará o problema da falta de intérpretes; será necessário incluir línguas diversas para o atendimento dos pacientes com fluência limitada no Português Brasileiro.

Inclusive o número de refugiados aumenta no Brasil desde 2011, de acordo com o gráfico abaixo:

Gráfico 2- Progressão número de refugiados

Fonte: Refúgio em Números (CONARE, 2017)

As solicitações de refúgio são realizadas em diferentes estados da federação. São Paulo é o segundo estado em número de solicitações; Roraima é o primeiro estado em solicitações; no entanto, sabemos que muitos refugiados que chegam ao Brasil por Roraima, por questões geográficas, deslocam-se posteriormente, alguns engrossando a porcentagem referente ao Estado de São Paulo.

Figura 9 - Refúgio em números

Fonte: Refúgio em Números (CONARE, 2017)

Se levarmos em consideração um estudo conduzido pela Prefeitura de São Paulo, em 2015, já observávamos referência à mudança do país de origem desses refugiados e imigrantes. Encontramos referência a essas mudanças no texto abaixo, retirado do material produzido pela prefeitura:

O Município de São Paulo (MSP) apresenta em sua formação histórica grande participação de imigrantes de outros países. No século XIX e início do século XX houve predomínio de imigração de italianos, portugueses e japoneses. Na atualidade observa-se preponderância de imigrantes e refugiados **bolivianos, chineses, haitianos, africanos e sírios**. Imigrantes indocumentados apresentam ainda maiores dificuldades para a incorporação à sociedade local, com repercussões negativas à saúde pelas precárias condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, até mesmo por receio e incompreensão dos seus direitos de atenção pelo SUS. **[grifo nosso]**

Os imigrantes e refugiados encontram-se morando em todas as regiões da cidade, o que acarreta atendimento médico em todo o sistema municipal de saúde. (cf. figura abaixo).

Figura 10 - Mapa de atendimento a imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo.

Fonte: CEInfo, 2015

A barreira linguística é uma realidade nos atendimentos, tanto que é apresentada como um desafio: “O desafio que se coloca é criar condições para lidar com a diversidade linguística e cultural, e também com a vulnerabilidade dessas pessoas” (CEInfo, 2015, p. 3). Além do desafio em relação aos diferentes idiomas que constam na apresentação do material, há relato das dificuldades ao se lidar com as barreiras linguísticas, com a problemática do aumento de risco associado ao atendimento de pacientes não fluentes em língua portuguesa – conforme amplamente discutidas na literatura de interpretação médica e apresentadas anteriormente.

Reproduzimos os relatos, que foram divididos por regiões da cidade de São Paulo; os excertos apresentam as nacionalidades atendidas e as dificuldades encontradas ao se atender refugiados e imigrantes, objeto de nossa discussão.

Tabela 5 – Depoimento CRS Centro

CRS Centro
Subprefeitura Sé
Situada na região central do município de São Paulo, atende imigrantes de várias nacionalidades, a saber: alemães, argentinos, bolivianos, chilenos, chineses, sul coreanos, espanhóis, gregos, haitianos, himalaio, iraquianos, italianos, iugoslavos, japoneses, paquistaneses, paraguaios, peruanos, poloneses, romenos e sírios.

Fonte: CEInfo, 2015

O relato da Subprefeitura Sé indica somente as nacionalidades atendidas, sem que haja referência ao atendimento linguístico. Por estar localizada na região central da cidade, a diversidade de nacionalidades é bem grande, da mesma forma, os idiomas.

Tabela 6 – Depoimento CRS Oeste

CRS Oeste
Subprefeitura Butantã
Nos estabelecimentos de saúde dessa subprefeitura observou-se aumento do número de atendimentos de nigerianos. Nestes serviços os gerentes estão identificando funcionários com fluência em inglês para facilitar a comunicação com esta população. No Distrito Administrativo Rio Pequeno e Raposo Tavares os estabelecimentos de saúde são procurados em função das indústrias que oferecem empregos na região.

Fonte: CEInfo, 2015

Na Zona Oeste, a predominância é de nigerianos. Há uma referência à questão do idioma – funcionários com fluência em inglês. Identificamos a atuação de pessoas que conhecem o idioma e que interagem no sentido de facilitar a comunicação, sem, de fato, atuarem como intérpretes.

Tabela 7– Depoimento CRS Sul

CRS Sul
Subprefeitura Capela do Socorro
Das 18 Unidades Básicas de Saúde, a UBS Jardim República informou o atendimento de bolivianos. A comunicação foi a principal barreira apontada pelos profissionais de saúde no atendimento desta população.
Subprefeitura Cidade Ademar
Das 21 Unidades Básicas de Saúde, a UBS Vila Constância informou o atendimento de imigrantes. Foi realizada apresentação aos refugiados sírios dos serviços municipais de saúde na mesquita da Vila Joaniza.
Subprefeitura M'Boi Mirim
Os estabelecimentos de saúde da Subprefeitura M'Boi Mirim informaram aumento no atendimento de imigrantes oriundos de países Africanos (Angola, Nigéria e República do Congo); América Central (Cuba e Haiti); América do Sul (Bolívia, Chile e Peru) e Portugal. Com uma procura bastante diversificada em relação às nacionalidades, das 12 AMA localizadas neste território, cinco informaram o atendimento de imigrantes; e 12 das 31 Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: CEinfo, 2015

A Zona Sul da cidade de São Paulo é apontada como a zona mais populosa, sendo composta por três subprefeituras, que relataram atendimento a imigrantes e refugiados de diferentes nacionalidades. Das três subprefeituras, a de Capela do Socorro relata a barreira linguística no atendimento; a de Cidade Ademar afirma ter apresentado os serviços aos refugiados sírios, mas não há quaisquer referências sobre como isso foi conduzido e qual o idioma utilizado. A Subprefeitura de M' Boi Mirim, por sua vez, não faz citação alguma ao fato de as pessoas atendidas não falarem a língua portuguesa.

Tabela 8 – Depoimento CRS Norte (continua)

CRS Norte
Subprefeitura Casa Verde/Cachoeirinha
Os estabelecimentos de saúde dessa subprefeitura informaram o atendimento de bolivianos.

Tabela 8 – Depoimento CRS Norte (conclusão)

<p>Subprefeitura Freguesia do Ó / Brasilândia</p> <p>Houve aumento do número de atendimentos a imigrantes, em sua maioria bolivianos, seguidos de nigerianos, peruanos e haitianos. Imigrantes oriundos de países da África (África do Sul, Angola e Tanzânia), América do Sul (Argentina, Chile e Paraguai) e Europa (Alemanha, Hungria, Itália e Portugal) compõem os atendimentos realizados nestes estabelecimentos. A comunicação foi a principal barreira apontada pelos profissionais de saúde no atendimento desta população, sendo que esta dificuldade é superada por funcionários com fluência em inglês e espanhol, com a utilização de dicionários ou com a colaboração de amigos / vizinhos brasileiros dos imigrantes.</p>
<p>Subprefeitura Jaçanã / Tremembé</p> <p>Das 11 Unidades Básicas de Saúde, sete informaram o atendimento de imigrantes, em sua maioria bolivianos. Outros países da América do Sul (Argentina e Paraguai) procuraram assistência ambulatorial nesta subprefeitura, além de chineses, haitianos, sírios e nigerianos. Alguns estabelecimentos possuem profissional com fluência em espanhol, o que facilita a comunicação com a população sul americana.</p>
<p>Subprefeitura Perus</p> <p>A subprefeitura Perus informou o atendimento de imigrantes oriundos de países da América do Sul, principalmente bolivianos, seguidos de chilenos e peruanos. Houve registro de atendimento de haitianos e portugueses esporadicamente.</p>
<p>Subprefeitura Pirituba</p> <p>Realiza o atendimento de imigrantes bolivianos, já cadastrados pela Estratégia Saúde da Família. Nesta subprefeitura foram atendidas outras nacionalidades (argentinos, equatorianos, espanhóis, japoneses, poloneses e portugueses) em menor número.</p>
<p>Subprefeitura Santana / Tucuruvi</p> <p>Esta subprefeitura identificou aumento no atendimento de imigrantes, especialmente bolivianos, seguidos de haitianos, chineses e nigerianos. Outras nacionalidades como angolanos, ingleses, italianos, japoneses, libaneses, lituanos, norte-americanos, peruanos, portugueses e sírios compõem o atendimento de imigrantes nesta Subprefeitura. Os haitianos procuram atendimento nos estabelecimentos do Complexo Hospitalar do Mandaqui. Em 2012 e 2013 foi realizado convênio com a Escola Municipal de Saúde e oferecido curso de inglês aos servidores municipais com o objetivo de facilitar a comunicação com os imigrantes que vivem em São Paulo. A comunicação em outros idiomas tem sido realizada pela disponibilidade e dedicação de cada profissional.</p>

Fonte: CEinfo, 2015

Na Zona Norte da cidade temos seis subprefeituras, que relatam atendimento a refugiados e imigrantes; entretanto, somente três delas incluem informações sobre a forma utilizada para minimizar as dificuldades relativas à barreira linguística encontradas no atendimento - a Subprefeitura da Freguesia do Ó/Brasilândia aponta para a dificuldade enfrentada por pacientes com baixa proficiência em português atendidos com o auxílio de vizinhos e/ou conhecidos, além disso uma dificuldade

ainda maior pode ser percebida ao longo do relato: o uso de dicionários para que a comunicação seja possível.

A Subprefeitura de Santana/Tucuruvi afirma ter oferecido curso de inglês aos servidores como a forma para solucionar o problema da barreira linguística. E na mesma subprefeitura, o uso de outros idiomas depende exclusivamente de “disponibilidade e dedicação de cada profissional”; ou seja, é esporádico.

Tabela 9 – Depoimento CRS Leste

CRS Leste
Subprefeitura Guaianases
Das treze Unidades Básicas de Saúde da Subprefeitura Guaianases, duas informaram o atendimento de imigrantes bolivianos. Os nigerianos procuraram assistência ambulatorial nos estabelecimentos de saúde eventualmente.
Subprefeitura São Mateus
A Subprefeitura São Mateus informou o atendimento de estrangeiros bolivianos na UBS Jardim Colorado - Dr. José Pires.

Fonte: CEinfo, 2015

As subprefeituras da Zona Leste da capital informam o atendimento a estrangeiros, mas não há relato de como isso foi realizado.

Tabela 10 – Depoimento CRS Sudeste (continua)

CRS Sudeste
Subprefeitura Ipiranga
Das 18 Unidades Básicas de Saúde da Subprefeitura Ipiranga, a UBS Dr. Oswaldo Marasca Júnior informou o atendimento de haitianos.
Subprefeitura Mooca
Das oito Unidades Básicas de Saúde da Subprefeitura Mooca, quatro informaram 40 a 60% de atendimentos correspondentes a imigrantes, cuja maioria é constituída por bolivianos, no que são seguidos pelos chineses. A demanda de assistência por sírios tem aumentado nestas unidades, onde também comparecem africanos (Angola e Nigéria), americanos (Haiti e Paraguai), Asiáticos (Coreia do Sul, Índia) e europeus (Grécia), além de árabes e libaneses.

Tabela 10 – Depoimento CRS Sudeste (conclusão)**Subprefeitura Penha**

Das 21 Unidades Básicas de Saúde da Subprefeitura Penha, seis informaram o atendimento de imigrantes. O atendimento a bolivianos foi informado por cinco unidades, três estabelecimentos apontaram o atendimento de haitianos e quatro estabelecimentos informaram o atendimento de africanos oriundos do Congo, Angola e Camarões. Houve três estabelecimentos nesta Subprefeitura que informaram atender sírios, chineses, portugueses, colombianos, peruanos e espanhóis.

Fonte: CEinfo, 2015

Nas três subprefeituras da região sudeste, há indicação de atendimento de estrangeiros, inclusive com uma diversidade de nacionalidades relatada pela subprefeitura Mooca e pela subprefeitura Penha; contudo, informações de como os atendimentos foram realizados não estão contidas nos relatos.

A abrangência de atendimento de pacientes que não falam o Português Brasileiro está altamente representada em todas as regiões das cidades, uma vez que o atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde) prevê atendimento indistinto, ou seja, todos os pacientes têm direito ao atendimento, conforme lemos em Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013, p. 47-48)

O direito à saúde foi confirmado na legislação básica do SUS, publicada em 1990 (Lei Orgânica da Saúde/Lei 8080 e Lei 8142), que meramente repetiu as declarações da Constituição de que “o Estado proporcionaria as condições necessárias para o seu pleno exercício”, por meio de medidas econômicas e sociais destinadas a reduzir riscos de saúde e garantir “condições” para um acesso universal e igualitário. A extensa legislação publicada nos anos que se seguiram não ofereceu estratégia nem orientação quanto à forma de operacionalizar esse direito. Em 2006, o MS publicou a Carta de Direitos da Saúde, que finalmente propôs princípios e normas operacionais explícitos sobre direitos dos usuários à saúde. Indiretamente, ainda que não formalmente, o direito à saúde foi operacionalizado por meio de dois princípios gerais: primeiro, com a garantia legal de que qualquer pessoa tem direito a ser tratada gratuitamente no SUS; e segundo, com a expansão da rede pública de unidades e serviços de saúde, tornando esses serviços acessíveis.

É possível afirmar que a saúde é a “porta de entrada” para os direitos humanos, uma vez que os pacientes serão atendidos ao se estabelecer esse direito. No entanto, a forma como o atendimento se dará pode ser inclusivo (atendendo às necessidades do paciente) ou excludente (deixando o paciente em segundo plano, uma vez que a sua língua não é o português brasileiro). Situação muito parecida sofrem os surdos ao esperarem mais do que um paciente ouvinte pela consulta. Assim como as pesquisas em interpretação médica são escassas, também se mostram quase que inexistentes as políticas públicas de atendimento linguístico ao estrangeiro, tanto por falta de relatos específicos quanto por ações improvisadas, que podem conduzir a eventos adversos em interpretação, especialmente na área médica.

2 MODOS E MÉTODOS EM INTERPRETAÇÃO

A interpretação é uma das atividades mais antigas na história, no entanto, devido à sua característica oral, nem sempre essa atividade foi registrada. Assim, os dados históricos são escassos. Da mesma forma, a palavra falada facilmente se perde, ou como afirma Cronin (2002, p. 46), “a palavra falada é evanescente. Nisso reside a natureza paradoxal do entendimento da oralidade, levando a uma ‘diminuição’ da importância da interpretação ou dos estudos da interpretação.”⁴⁰

Deslile & Woodsworth (1998, p. 248) escreveram a esse respeito:

Aqueles que deixaram documentos escritos ou que trabalharam com textos escritos, como fizeram os tradutores, são mais suscetíveis a terem suas histórias narradas pelos historiadores do que os que praticaram a arte da comunicação oral, que é o caso dos intérpretes.
41

A fim de encontrar dados históricos, pesquisadores estudam as evidências em busca de confirmação da antiguidade da profissão. Deslile & Woodsworth relatam que “Por volta de 3000 A.C, os Egípcios tinham um hieróglifo que significava ‘intérprete’ ou ‘interpretação’ (*apud* Gardiner, 1969).”

⁴⁰ The spoken word is evanescent. Therein lies the paradoxical nature of understanding orality, leading to the “minoritization” of interpreting, or interpretation studies.

⁴¹ Those who have left written documents or worked on written texts, as translators have, are more likely to be chronicled by historians than those who have practised the art of oral communication, as have interpreters.

Figura 11 - Hieróglifo Interpretação

Fonte: Gardiner, 1969

Apesar da aparente existência de intérpretes em tempos remotos, sem que haja relatos apurados, foi na Idade Média que a necessidade se fez mais presente. As relações entre os povos, independentemente de seu tipo: de negócios, de paz ou de conflitos, foram mediadas por intérpretes. Wyler (2003, p. 29) afirma que “em termos documentais, a tradução oral teve início com o achamento do Brasil. A tradução escrita, por sua vez, fez sua primeira aparição por aqui somente em 1549.”

Das cruzadas até as zonas de conflito contemporâneas, intérpretes das mais variadas combinações linguísticas atuaram, mediarão e solucionaram conflitos diminuindo as barreiras linguísticas.

A construção de novas rotas de comunicação se fez possível a partir da atuação desses profissionais. Mas foi com o advento da tecnologia que a área se expandiu e cresceu, porém, antes disso, a interpretação consecutiva era predominante, permanecendo assim até antes de 1950, conforme explica Hsieh (2003, p. 12) “antes de 1950, a interpretação consecutiva era o modo dominante de interpretação.”⁴²

⁴² Before 1950, consecutive interpreting was the dominant mode of interpreting.

2.1 MODOS DE INTERPRETAÇÃO: A INTERPRETAÇÃO CONSECUTIVA

Na interpretação consecutiva, o intérprete ouve segmentos da língua de partida para interpretá-los na língua de chegada posteriormente. Há, pelo menos, dois tipos de interpretação consecutiva: a consecutiva intermitente e a consecutiva com tomada de notas (*note-taking*). Kalina (1998, p. 23) pontua os dois tipos:

Em qualquer uma das formas de interpretação consecutiva, o texto na língua de chegada é produzido após o texto na língua de partida. O texto na língua de chegada pode ser desde um discurso inteiro ou um excerto de um discurso longo, que é interpretado parágrafo por parágrafo. Os textos de partida variam, portanto, em duração - de uma sentença a alguns minutos e até de 10 a 12 minutos.⁴³

Com isso, podemos explorar os dois tipos de interpretação consecutiva a partir de suas características. A interpretação consecutiva intermitente, ou “*short consecutive*”, ocorre quando o intérprete atua a cada troca do turno de fala. Nesse tipo de interpretação, o intérprete recebe fragmentos do texto, que podem ser perguntas e respostas (como no tribunal, por exemplo). A cada troca de turno de fala, o intérprete faz sua participação com a entrega da mensagem. É importante ressaltar que o mesmo intérprete atuará para todos os atores sociais presentes (e.g.: juiz e réu/ médico e paciente etc.).

Por outro lado, a consecutiva com tomada de notas (por vezes, chamada de clássica), permite que o intérprete use um bloco para tomar notas, que o auxiliarão na recuperação da memória e na entrega da mensagem, uma vez que as notas do intérprete servem para dar suporte à memória (Pöchhacker, 2004, p. 124)

Para que esse modo de interpretação tenha sucesso, é importante que o palestrante faça pausas em seu discurso para que o intérprete faça o seu trabalho. Caso contrário, o intérprete não poderá manter na memória tudo o que já foi falado para somente depois interpretar. Como a memória tem sua capacidade de armazenamento limitada, é indicado que o palestrante permita ao intérprete participações de entrega da

⁴³ In any form of CI, the target text is produced after the delivery of the source text. The source text can either be an entire speech or a passage of a long speech that is interpreted paragraph by paragraph. Source texts thus vary in length from one sentence or a few minutes up to 10 to 12 minutes.

mensagem com menos segmentos sendo pronunciados, assim o ideal é que o palestrante faça pausas regulares para que a produção aconteça.

Figura 12 - Interpretação Consecutiva

Fonte: Pöchhacker, 2014, p. 18

Na mesma categoria, temos a interpretação consecutiva com tomada de notas – o intérprete ouve o palestrante, e toma notas em um bloco para, em seguida, entregar a mensagem. A tomada de notas tem por finalidade auxiliar o intérprete na recuperação da mensagem, para isso, é necessário que o intérprete desenvolva simbologia para a tomada de notas. Além disso, a simbologia deve interagir com a memória para que a entrega da mensagem seja possível.

2.1.1 A interpretação simultânea

A interpretação simultânea é seguramente o modo mais conhecido. Sua fama foi construída não somente nos eventos, mas também o cinema mostrou e mostra ainda vários eventos e conferências que a utilizam.

É notório que a entrega mais rápida da mensagem através do uso de equipamentos foi a responsável pela disseminação do método ao longo dos tempos. A interpretação simultânea surge para o mundo especialmente após a Segunda Guerra Mundial. De acordo com Kalina (2013, p. 880-884), podemos determinar a ação do intérprete da seguinte forma:

na interpretação simultânea não se espera que o intérprete faça qualquer mediação intercultural além da de oferecer informação de nomes, acrônimos ou de instituições diferentes daquelas da cultura do falante. Os intérpretes de conferência trabalham em uma única direção

– de uma ou de várias línguas para sua língua nativa (língua A), ou bidirecionalmente entre sua língua A e B, a qual ele deve falar quase tão bem quanto a sua nativa.⁴⁴

Por conta da simultaneidade, há maior rapidez na entrega da mensagem, a plateia acompanha o discurso original e o discurso interpretado sincronicamente. Mikkelsen (2009, *on-line*) explica que a interpretação simultânea “conforme o nome sugere, é o ato de entregar a mensagem na língua de chegada quase que ao mesmo tempo em que é produzida na língua de partida”.⁴⁵

O intérprete deve entregar a mensagem de forma que a plateia a compreenda; para que isso seja possível, Ahrens (2013, p. 3124) explica como a interpretação deve ser feita para atender ao requisito:

Os intérpretes simultâneos ouvem e analisam o texto de partida, segmentando-o em blocos de significado, por exemplo, eles armazenam os elementos na memória de curto prazo até que possuam um bloco significativo de informações que possa ser enunciado na língua de chegada, enquanto continuam a ouvir e a analisar os elementos subsequentes do texto de partida. Tanto a interpretação simultânea quanto a consecutiva não são um “papagaio” ou uma entrega da mensagem palavra por palavra, mas envolvem esforços cognitivos a fim de apreender a mensagem da língua de partida, que será comunicada na língua de chegada⁴⁶.

O intérprete poderá realizar uma interpretação sussurrada (*whispering /chuchotage*), que consiste em interpretar simultaneamente para pequenos grupos (02 ou 03 participantes), sem o uso de equipamentos. Neste tipo de interpretação, o intérprete

⁴⁴ interpreters are not expected to perform any intercultural mediation apart from offering explanations of names, acronyms, or institutions that are indigenous to the culture of the speaker. Conference interpreters work either unidirectionally from one or several languages into their native tongue (A-language), or bidirectionally between their A-language and a B-language which they speak nearly as well as their native tongue.

⁴⁵ As the name suggests, providing the target-language message at roughly the same time as the source-language message is being produced.

⁴⁶ Simultaneous interpreters listen to and analyze the source text by segmenting it into meaningful chunks, i.e., they store incoming elements in their short-term memory until they build up a meaningful chunk of information that can be uttered in the target language while continuing to listen and analyze the subsequent elements of the source text. Both CI and SI are not mere “parroting” or a word-for-word rendering of the source text but involve strong cognitive effort in order to grasp the source-text message that has to be communicated in the target language.

fala sussurrando ao mesmo tempo em que o palestrante. Ahrens (2013, p. 3124) pontua:

A interpretação sussurrada é uma forma de interpretação simultânea frequentemente praticada em ambientes de interpretação comunitária ou no tribunal, por exemplo, como forma de abreviar os procedimentos (Corsellis, 2008, p. 25). Essa forma especial de interpretação simultânea exige muito fisicamente do intérprete, uma vez que está diretamente exposto a todas as influências acústicas e outros problemas no local, além disso, o intérprete frequentemente tem que assumir uma postura desconfortável atrás ou próximo à pessoa que o está ouvindo.⁴⁷

2.2 MODOS E MÉTODOS NA INTERPRETAÇÃO MÉDICA

Discutiremos os modos e métodos mais comumente adotados na interpretação da área médica.

2.2.1 Modos na interpretação da área médica

Vários autores indicam a diferenciação entre interpretação e interpretação médica. A fim de verificar a diferenciação, procederemos à análise dos modos e métodos de interpretação utilizados na área médica.

Para que tal propósito fosse cumprido, pesquisamos materiais, livros e artigos que apresentassem especificamente a interpretação da área médica. Entre os materiais pesquisados, muito se narra dos problemas e eventos adversos ocorridos, o que nos leva a considerar a íntima relação entre os modos e métodos de interpretação e as consequências geradas pela falta da interpretação ou por uma interpretação malconduzida.

⁴⁷ Whispered interpreting is a form of SI which is also often practiced in community-interpreting settings or in court, e.g., in order to speed up procedures (Corsellis, 2008, p. 25). This special form of SI is very taxing physically, as the interpreter is directly exposed to all of the acoustic influences and disruptive factors in the room and frequently even has to assume an uncomfortable posture behind or next to the person listening to him or her.

Ao longo da pesquisa, encontramos um material que pode ser de grande valia para intérpretes da área, uma vez que discute as questões práticas e os conhecimentos e habilidades necessários à aplicação de cada um deles. Trata-se de um material instrucional criado por três diferentes associações, a saber: o NCIHC (*National Council on Interpreting in Healthcare*), a ATA (*American Translators Association*) e o NHeLP (*National Health Law Program*). O objetivo principal do material é fornecer discernimento a respeito das funções do tradutor e do intérprete, conforme preconiza em sua introdução (*What's in a word?* 2010, p. 2)

Este guia desmistifica os dois termos [tradução e interpretação] e, ao longo do processo, lhe ajuda a entender o porquê do trabalho de um tradutor e um intérprete ser tão distinto e por que não se pode considerar, que todos os indivíduos bilíngues têm as habilidades para traduzir ou interpretar, e por que o mesmo indivíduo bilíngue não pode fazer/executar as duas tarefas.⁴⁸

O guia cumpre seu objetivo ao explicar a diferença de atuação entre tradutores e intérpretes, no que tange aos modos de interpretação; sendo a interpretação consecutiva e a simultânea apresentadas da seguinte forma:

Tabela 11- Modos de Interpretação (continua)

	Descrição	Uso	Desafios
Consecutiva	A interpretação consecutiva utiliza os turnos de fala como forma de facilitar a comunicação. O intérprete espera por pausas naturais na conversa durante a interpretação consecutiva para entregar uma interpretação precisa. O intérprete pode interromper o falante após algumas frases a fim de interpretar o que foi dito antes de permitir que o falante continue.	A interpretação consecutiva funciona mais eficazmente durante conversas nas quais há pausas naturais entre as sentenças. A área da saúde utiliza sessões de perguntas e respostas, o que faz do modo o mais fácil de ser implementado. Possui maior eficácia em salas pequenas onde a fala simultânea pode confundir os participantes.	A eficácia da interpretação consecutiva depende da memória do intérprete, pois é necessário ouvir uma quantidade de informações antes de interpretá-las, assim o intérprete deverá memorizar as informações. O intérprete deve gerenciar o fluxo da conversa, o que pode ser desafiador quando se trabalha com dois ou mais indivíduos com personalidades e estilos comunicacionais distintos.

⁴⁸ This guide will demystify the two terms and, in the process, help you understand why the work of the interpreter and translator is indeed distinct, why not all bilingual individuals can be assumed to have the skills to interpret or translate, and why the same bilingual individual cannot always do both.

Tabela 11- Modos de Interpretação (conclusão)

Simultânea	<p>A interpretação simultânea ocorre quando o intérprete começa a conversão da mensagem antes que o falante termine sua fala, e então faz a entrega da mensagem quase que ao mesmo tempo. A entrega da mensagem na interpretação simultânea é realizada com o uso de equipamentos (permitindo que o intérprete trabalhe remotamente) ou fisicamente através da técnica de sussurro, também chamada <i>chuchotage</i>. A interpretação simultânea requer concentração intensa e pode levar o intérprete à fadiga. Em ambientes de conferência, os intérpretes trabalham em pares e fazem turnos de interpretação alternados de 20-30 minutos, para que possam descansar.</p>	<p>A interpretação simultânea pode ser utilizada durante situações de emergência em que o tempo é essencial. A interpretação simultânea é frequentemente utilizada durante as consultas de saúde mental, nas quais o provedor pode não desejar interromper a fala do paciente; é eficaz em encontros nos quais nem todos os presentes necessitam de interpretação. O intérprete pode se aproximar da pessoa que necessita da interpretação e interpretar para ele/ela sem interromper os falantes. Por exemplo, durante terapias de grupo, em que somente um paciente tenha proficiência reduzida, o intérprete pode trabalhar tanto remotamente ou utilizar a técnica do sussurro, permitindo que o falante continue ensinando com mínima interrupção. O intérprete pode, entretanto, precisar ser flexível e utilizar o modo consecutivo quando o paciente desejar interagir com o restante do grupo ou fazer perguntas para o terapeuta.</p>	<p>Ao utilizar a técnica do sussurro, o intérprete está exposto aos riscos inerentes à proximidade com outras pessoas. Em grupos pequenos, o intérprete pode distrair o falante, caso fale ao mesmo tempo que ele ou fale muito alto. O desafio da interpretação simultânea é a disponibilidade de equipamentos. Geralmente os equipamentos estão disponíveis para locação através de empresas de interpretação simultânea.</p>
------------	---	---	---

Fonte: What's in a word?

Há o acréscimo de um modo: *summarization* (resumo, em uma tradução livre para o português). No entanto, o modo não é amplamente recomendado, uma vez que o intérprete é o responsável por selecionar as informações a serem interpretadas,

omitindo detalhes. A responsabilidade do intérprete aumenta, uma vez que a decisão fica em suas mãos. A tabela abaixo mostra a apresentação que o guia faz de *summarization*:

Tabela 12- Summarization

	Descrição	Uso	Desafios
Summarization	A <i>summarization</i> requer que o intérprete selecione a ideia principal e omita os detalhes. Devido à natureza delicada do atendimento em saúde e da importância dos detalhes, este modo de interpretação raramente é recomendado.	Em uma situação em que o provedor tenta obter informações gerais transmitidas rapidamente, o intérprete, com aprovação do provedor, pode auxiliar ao resumir o discurso dos membros da família.	Por várias vezes, o provedor pode obter esclarecimentos valiosos a partir dos detalhes. Ao resumir, o intérprete pode inadvertidamente omitir alguns desses detalhes importantes, possivelmente interferindo na habilidade do provedor de tomar decisões informadas. O intérprete toma a decisão de identificar detalhes que ele/ela julga serem importantes e/ou relevantes.

Fonte: What's in a word?

O material ainda elenca a *sight translation* como um modo amplamente utilizado na área médica, pois o intérprete terá que traduzir oralmente vários documentos nas premissas hospitalares, entre eles: formulários de consentimento, instruções, altas hospitalares, entre outros. O documento indica que poderá haver dificuldade com esse modo, caso o intérprete seja pouco experiente.

A apresentação dos métodos de interpretação nos leva a considerar a necessidade de o intérprete que atua na área médica dominar todos os métodos de interpretação, uma vez que se alternam dependendo da necessidade do momento e do cenário de atuação. É muito provável que o intérprete seja obrigado a utilizar todos os métodos em um único encontro comunicativo. A opção pelo mais adequado é função do intérprete, por ser ele o único que domina as técnicas e que possui condições de gerenciar a comunicação durante o evento comunicativo.

2.2.2 Métodos na Interpretação Médica

Em relação aos métodos de interpretação empregados na área médica, os principais [indicados no material mencionado] são: face a face e por telefone. O material não elenca a interpretação por vídeo; no entanto, sabemos que é um método que cresce a cada dia devido ao amplo uso de tecnologia nos hospitais e clínicas.

Tabela 13 - Métodos de Interpretação (continua)

	Descrição	Uso	Desafio
Face a Face	O intérprete está presente durante a conversa. Muitas vezes é chamada de “o padrão de ouro” da interpretação, a interpretação face a face permite um maior controle do evento por parte do intérprete e elimina as distrações, que são inevitáveis para os intérpretes que atuam por telefone e por vídeo.	Várias pessoas envolvidas, informações confidenciais, problemas auditivos, informações visualmente complexas.	A interpretação face a face nem sempre estará disponível de acordo com a necessidade. Os intérpretes que não são parte da equipe de um hospital precisam se deslocar para os encontros, o que gera tempo de espera nas emergências. Os intérpretes que atuam face a face devem seguir as instruções de segurança e de prevenção dos demais funcionários. Esses intérpretes não possuem um grau de anonimato como os intérpretes que atuam por telefone ou por vídeo, e, por isso, enfrentam dilemas éticos.

Tabela 13 - Métodos de Interpretação (conclusão)

Por Telefone	O intérprete está disponível por telefone. Interpretação por telefone, geralmente fornecida por empresas, é fácil de acessar. Grandes hospitais e sistemas de saúde criam seus próprios serviços de interpretação por telefone.	Conversas por telefone, situações de emergência nas quais não há oferta de intérpretes face a face (por exemplo, intérpretes treinados para línguas de menor difusão são difíceis de serem encontrados e geralmente não estão disponíveis geograficamente para os eventos.)	Os intérpretes que atuam por telefone são suscetíveis aos mesmos desafios ambientais que todos nós enfrentamos ao usar um telefone - ecos, feedback etc. Os provedores geralmente utilizarão um telefone para se comunicar, o que pode causar problemas para ouvir. Indivíduos com problemas auditivos podem ter dificuldades ao utilizar um intérprete que se comunica por telefone.
---------------------	---	---	---

Fonte: What's in a word?

Em sua maioria, os intérpretes preferem a interpretação face a face, pois afirmam ter uma visão mais ampla dos acontecimentos, o que coloca a interpretação via vídeo em segundo lugar (nem sempre é possível ver todos os participantes ao mesmo tempo). A interpretação por telefone é comumente utilizada quando não há outro recurso, uma vez que os intérpretes recebem apenas a voz dos envolvidos na comunicação. Uma curiosidade é o aparelho utilizado para a interpretação via telefone. O aparelho conta com dois ganchos para que os provedores e os pacientes falem e escutem ao mesmo tempo. (vide figura abaixo).

Figura 13 – Aparelho para interpretação via telefone

Fonte: LanguageLine

O material não cita a interpretação remota ou por vídeo (videoconferência), no entanto, este tipo de interpretação é constante em instituições da área da saúde, é realizada por meio de um monitor móvel ou tablets, que podem ser carregados pelo hospital e/ou clínica. (vide figura 14)

Figura 14 - Vídeo monitor para interpretação

Fonte: Indemand

Um estudo conduzido por LOCATIS ET AL, em 2010, apresentou dados referentes às preferências dos intérpretes:

Este estudo confirma estudos anteriores que indicam a preferência pela interpretação face a face e por vídeo, se comparadas à interpretação por telefone, além disso acrescenta evidências quantitativas de que o modo de comunicação afeta as percepções em relação à qualidade do encontro.⁴⁹ (Locatis et.al., 2010, p. 349)

Apesar das preferências, a escolha é feita a partir do método adequado ou daquele disponível no local e no momento da interpretação.

⁴⁹This study confirms earlier research indicating preferences for in-person medical interpretation and video as compared to telephone services and adds quantitative evidence that communication mode affects perceptions of encounter quality.

2.3 ESPECIFICIDADES DA INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA

A prática de interpretação médica pressupõe habilidades e características específicas a serem desenvolvidas para que o evento comunicativo aconteça. O intérprete deve ser capaz de gerenciar todos os modos de interpretação, conforme já discutido anteriormente. A habilidade para trabalhar com todos os modos de interpretação, alternando entre eles e gerenciando todos os procedimentos e processos de cada um deles, é parte da atuação de um intérprete da área médica.

A atuação do intérprete sempre esteve relacionada ao conceito de neutralidade. No entanto, na área médica o intérprete deverá solucionar questões de diferentes escopos, entre elas: de comunicação (garantir que o paciente entendeu a conduta terapêutica do médico), encaminhamento para *follow-up* ou para exames e questões culturais das mais diversas. Assim, questões, que são simplesmente ignoradas em outros ambientes em que a interpretação acontece, serão discutidas ao extremo na área médica. Hsieh (2016, p. 289) fortalece a questão ao escrever que “os papéis e funções dos intérpretes médicos são distintos dos de todos os outros tipos de interpretação.”⁵⁰

A cultura da organização pode influenciar na interpretação - conhecer a cultura do sistema de saúde, bem como quais ações são possíveis de serem implementadas auxiliará o intérprete em sua função.

O sistema de saúde do país de onde o paciente é oriundo é igualmente importante na interpretação médica, uma vez que possibilitará ao intérprete fazer inferências e alertar os provedores em relação aos comportamentos comumente esperados por parte dos pacientes.

Portanto, formar intérpretes para a área médica significa instrumentalizá-los para atuarem de forma excelente em diversos ambientes e a partir de diferentes pontos de partida (pacientes de contextos diversos, culturas variadas, provedores e suas necessidades comunicativas).

⁵⁰ Healthcare interpreters' roles and functions are distinct from those of all other types of interpreters.

3 PANORAMA GERAL DA PESQUISA

A pesquisa ora apresentada caracteriza-se como um estudo qualitativo. Foram entrevistadas 11 pessoas que atuam em hospitais da cidade de São Paulo, e que, de alguma forma, atendem pacientes que não falam a língua portuguesa. Apresentamos considerações acerca dos entrevistados, que julgamos importante ressaltar:

- I. alguns profissionais não se reconhecem como intérpretes *ad hoc* e, portanto, não julgam que suas histórias sejam importantes, o que os afastou de participarem das entrevistas, apesar da insistência para que contassem sua história;
- II. a pesquisa foi desenvolvida a partir da técnica de *snowballing* (*bola de neve*), conforme explicado anteriormente; no entanto, não houve progressão em todas as entrevistas; alguns entrevistados ou não indicaram o seguinte ou o possível entrevistado indicado não aceitou gravar a entrevista;
- III. não há estatística ou pesquisa da quantidade de pessoas atuando como intérpretes *ad hoc* nos hospitais de São Paulo. Ainda que alguns hospitais tenham uma lista de colaboradores por idioma, as instituições não os reconhecem como intérpretes *ad hoc*, muito menos compartilham a lista;
- IV. a APIC (Associação Profissional de Intérpretes de Conferência) possui por volta de 400 membros, sendo que alguns possuem experiência em interpretar em hospitais; no entanto, quando ocorrem, as interpretações são agendadas, o que exclui as interpretações da emergência/urgência ou eventos não esperados.

Em face dos motivos acima apresentados, cumpre salientar que os entrevistados são pessoas que, em sua maioria, atuam nos hospitais em outras funções, seja nas funções de assistência (enfermeiros, auxiliares, radiologistas) ou administrativas (recepcionistas, auxiliares administrativos) sem receberem a alcunha de “intérpretes”, porém carregam o “*status*” de única pessoa disponível e capacitada a se comunicar em outros idiomas frente às equipes.

Hsieh (2017, p.99) afirma que “os profissionais bilíngues da área médica são uma categoria única de intérpretes devido ao conhecimento da área, da disponibilidade de estar na clínica e por conta de seu papel no ambiente hospitalar”.⁵¹

As entrevistas nos permitirão entender como as interações acontecem e quais são os caminhos trilhados pelos pacientes que não falam português ao adentrarem um hospital da cidade de São Paulo. Entendemos que as pessoas que atuam como intérpretes *ad hoc* aparecem como a primeira possibilidade de comunicação com os pacientes na instituição de saúde, por isso entrevistá-las poderá nos fornecer o mapeamento que desejamos, indicando como a interpretação médica tem acontecido na cidade. Dessa forma, permitirão que entendamos a perspectiva de quem atua no lugar do intérprete, mesmo que não tenha consciência do trabalho que desenvolve.

Descortina-se aqui a possibilidade de introduzir o estudo de *cross-fertilization* (pesquisa, prática profissional e formação) que almejávamos desde a proposta inicial da tese.

3.1 MÉTODO DE COLETA DAS ENTREVISTAS

A coleta realizada pela técnica de *snowballing* (*bola de neve*) teve início em 25 de outubro de 2016, sendo a primeira entrevistada (*seed*) uma pessoa da área administrativa de um hospital da cidade de São Paulo. O contato foi realizado por telefone, a pesquisa foi explicada em detalhes e a entrevista foi agendada.

A partir da primeira entrevistada, houve a solicitação de indicação do próximo entrevistado, com o contato realizado por telefone ou *WhatsApp*, o que gerou as demais entrevistas, que foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Os locais também variaram, sendo realizadas nos próprios hospitais, em pontos de encontro preestabelecidos, tais como shoppings e restaurantes, um deles na casa da entrevistada e em ambientes públicos – livreria e biblioteca.

⁵¹ Bilingual medical professionals are a unique category of interpreters due to their medical expertise, in-clinic availability, and institutional roles in healthcare settings.

As entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição. Os entrevistados foram avisados, ao final da pesquisa, de que receberiam a transcrição do áudio, e que poderiam fazer adequações (inclusões, omissões) aos textos transcritos.

3.1.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Após a transcrição, os entrevistados receberam suas entrevistas transcritas e puderam fazer alterações, omissões e exclusões antes de assinarem o consentimento pessoalmente ou de forma eletrônica - a partir do aceite expresso da liberação do uso da entrevista para a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente e em língua portuguesa – língua materna de todos os entrevistados.

A duração das entrevistas variou, entretanto, a média foi de vinte minutos. Em alguns casos, o entrevistado tinha atuado poucas vezes com a interpretação, o que fez com que a sua contribuição acontecesse de forma mais rápida.

3.2 PARTICIPANTES

Para que o participante fosse aceito como parte do *corpus* de pesquisa, observamos alguns critérios essenciais:

- I. ter atendido pacientes que não falavam português através do uso de outro idioma;
- II. o atendimento deveria ter ocorrido em uma instituição de saúde, preferencialmente um hospital;
- III. a instituição de saúde deveria estar localizada na cidade de São Paulo, uma vez que não pretendíamos ampliar o mapeamento para outras cidades e /ou estados.

Outra preocupação era a de mapear os principais hospitais da cidade a partir de entrevistas de pelo menos uma pessoa de cada hospital. A faixa etária dos

respondentes está entre 25-45 anos, a maior parte dos entrevistados é do sexo feminino; apenas dois participantes são do sexo masculino.

3.2.1 Identificação dos Entrevistados

Por uma questão de sigilo e de proteção aos entrevistados, que ainda atuam, em sua maioria, nos mesmos hospitais de quando a gravação da entrevista foi realizada, optamos por numerá-los. A numeração seguiu a ordem cronológica das entrevistas.

A tabela abaixo apresenta as principais características dos sujeitos entrevistados:

Tabela 14 - Identificação dos respondentes

Entrevistado	Faixa-Etária	Sexo	Local da entrevista	Ocupação
1	25-35	Feminino	Hospital	Área Administrativa
2	25-35	Feminino	Hospital	Área Administrativa
3	25-35	Feminino	Residência da Entrevistada	Enfermeira
4	25-35	Feminino	Café	Enfermeira
5	25-35	Feminino	Café	Enfermeira
6	25-35	Feminino	Restaurante	Enfermeira
7	25-35	Feminino	Starbucks	Enfermeira
8	25-35	Feminino	Biblioteca	Área Administrativa
9	25-35	Feminino	Biblioteca	Área Administrativa
10	25-35	Masculino	Biblioteca	Área Administrativa
11	35-45	Masculino	Biblioteca	Enfermeiro

3.2.1.1 Quanto à faixa etária

No *corpus* da pesquisa a faixa etária predominante é de 25 a 35 anos, apenas um dos respondentes está na faixa de 35-45 anos.

Gráfico 3 - Respondentes- Faixa etária

3.2.1.2 Quanto à profissão

Quanto à profissão, percebemos que há, no *corpus* representado, uma predominância maior de profissionais da área da assistência (cinco enfermeiras e um enfermeiro) em oposição aos profissionais da área administrativa (recepcionista, auxiliar administrativo).

Gráfico 4 – Respondentes - Profissão

3.2.1.3 Quanto ao gênero

O *corpus* de entrevistas evidencia maior número de mulheres, dado que reforça pesquisas realizadas na área da interpretação médica em relação à maior inserção de mulheres na área. (cf. IMIA, 2008).

Gráfico 5 - Respondentes - Gênero

Apresentamos, a seguir, a análise das entrevistas a partir de categorias elencadas pela pesquisadora, comuns à maior parte dos entrevistados.

3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das entrevistas foi realizada pelo viés da Análise do Discurso (AD), considerando três características citadas por Stubbs (1993), que devem ser levadas em consideração: (a) os dados devem ser autênticos; (b) devem estar além do nível da sentença e (c) a análise deve levar o contexto em consideração.

De posse dos dados, estabelecemos categorias que permitissem comparar as entrevistas e apontar questões que serviram de insumo para o desenvolvimento do curso de formação dos intérpretes médicos.

3.4. CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias por nós estabelecidas levaram em consideração as perguntas das entrevistas semiestruturadas. As perguntas presentes em todas as entrevistas foram:

- ✓ Como você começou a interpretar na área médica?
- ✓ Quais são as dificuldades presentes durante a interpretação?
- ✓ Quais são as dificuldades na relação médico-paciente?
- ✓ Quais dificuldades você já teve que enfrentar ao interpretar?

Assim, estabelecemos, *a priori*, categorias de análise das entrevistas, a saber: quanto à área médica, quanto às dificuldades encontradas na interpretação, quanto às técnicas de interpretação, quanto à relação médico-paciente, quanto às dificuldades enfrentadas no decorrer do evento.

4 RESULTADOS DE PESQUISA E DISCUSSÃO

Apresentamos, a seguir, os resultados da pesquisa advindos da análise das entrevistas. Discussões em relação às categorias (quanto à área médica [percepção da interpretação], quanto às dificuldades encontradas na interpretação [uso do idioma], quanto às técnicas de interpretação, quanto à relação médico-paciente, quanto às dificuldades encontradas no decorrer do evento) são apresentadas aqui, para que seja possível obter um panorama das respostas obtidas, verificar as intersecções encontradas pelos intérpretes *ad hoc* e as posições defendidas pelos sujeitos entrevistados frente aos questionamentos. Os resultados encontrados serão os insumos para a criação de cursos específicos de formação de intérpretes médicos, que atendam à demanda local brasileira, mais especificamente, a demanda apresentada na cidade de São Paulo.

4.1. QUANTO À ÁREA

4.1.1 Percepção da interpretação

A primeira pergunta da entrevista pretendia fazer com que o sujeito entrevistado falasse livremente sobre a percepção de como iniciou sua incursão pela interpretação da área médica. Os entrevistados afirmaram, em sua maioria, lembrar de como e quando iniciaram a interpretação. A entrevistada número 8 informou até mesmo a data de início:

A primeira vez foi um paciente, foi um paciente da Alemanha. Ele tinha voltado para o Brasil com a namorada que era brasileira, e ele tinha um cartão dos SUS, foi no dia 28 de abril de 2007.

A entrevistada diz ter gravado a data por ter sido algo muito importante que aconteceu enquanto trabalhava na área administrativa.

A entrevistada número 1, ao ser perguntada sobre o início da atuação, começou com risos:

(risos), lembro do primeiro atendimento. Era super insegura, 19 anos, estava estudando no curso intermediário de inglês. Chegou um paciente no pronto-socorro que não falava nada de português.

Nas palavras da entrevistada de número 4, o início se deu da seguinte forma:

Eu lembro. Eu era recém-chegada no hospital e era um casal chinês, se eu não me engano, foi logo de manhã e ninguém conseguia entender o que eles estavam falando, a mulher estava um pouco desesperada e como eu falava um pouco mais de inglês do que as pessoas que estavam no hospital, eles me chamaram para perguntar o que estava acontecendo, para eu orientar onde eles deviam ir e o que eles deviam fazer.

A entrevistada de número 6 afirma não recordar a data, mas colabora com a seguinte informação:

Eu não lembro exatamente o dia certo, mas conforme começaram a aparecer muitos pacientes de outros países e a gente tinha um déficit no hospital que ninguém conseguia se comunicar em inglês, eu acabei meio que virando referência de certo horário.

A entrevistada de número 7 também afirma não se lembrar da data específica, porém acrescenta informação sobre o tempo em que iniciou:

Eu não lembro, mas eu trabalho na área privada faz 2 anos, e eu trabalhava no SUS 4 anos. E lá onde a gente tinha mais contato com estrangeiros, principalmente bolivianos e haitianos, mas foi no SUS.

A entrevista de número 3 relata a primeira interpretação da seguinte forma:

Primeira vez? Nossa, acho que talvez tenha, não lembro exatamente, mas acho que deve ter sido na Santa Casa alguém que era. Lembro, nossa, lembrei, que interessante isso, não é? Eu lembrei aqui, que barato. Eu lembro que era, trabalhava na Santa Casa, eu era enfermeira generalista, e tinha um senhor que ele era inglês, da Inglaterra. E enfim, acho que ele veio passar só uns dias, e tudo mais, e ele estava com um problema um pouco mais sério, assim, um pouco mais agravado mesmo, era um aneurisma abdominal, um negócio um pouco mais sério. E aí ele não entendia nada que ninguém falava, e

eram milhares de pessoas, porque é um hospital escola ainda, então todo mundo vem, passa muita gente, fala, passa a mão, não sei o que lá, e ele não entendia nada.

A entrevistada número 5, ao contar sua experiência, relata o uso do idioma espanhol, como segue:

Bom, primeiro paciente que eu peguei foi um paciente argentino que estava aqui de passeio, que teve pancreatite, me recordo até o diagnóstico. Ele ficou internado no meu andar, mas pra mim foi mais tranquilo porque eu tenho uma base de espanhol. Mas a pessoa não fala português, era um "portunhol" que dava pra interpretar bem assim, tanto que ele me interpretava o que eu falava e eu conseguia interpretar o que ele dizia.

A necessidade de comunicação em um ambiente no qual as pessoas não se comunicam em um idioma único, faz com que pessoas com um pouco mais de conhecimento se arrisquem na interpretação, como é o caso da entrevistada de número 3:

eu fiz escola de inglês, e nunca foi assim tão voltado para a área médica. Mas como eu tenho muita vontade de ser compreendida e fazer com que eles se sintam acolhidos, eu sempre tentei de alguma forma me comunicar. Então, às vezes [o paciente] fala espanhol - eu tento arrancar espanhol, fala inglês, sei falar inglês, às vezes por libras já fiz também, enfim, já tentei de tudo, até por mímica a gente tenta de vez em quando, quando não funciona.

A interpretação via telefone foi relatada pela entrevistada de número 9:

A primeira vez foi pelo telefone porque... não no Hospital, eu trabalhava anteriormente no ambulatório [de um laboratório], e o [laboratório] também não tem uma área bilíngue e eles ligam até mais do que no [hospital]. Como eu trabalhava no Call Center, eles ligavam bastante e aí era uma... eu não lembro a nacionalidade dela, mas ela era coreana, não era japonesa, era asiática, falava assim bem estranho o inglês.

O entrevistado de número 11 relata a primeira experiência:

Foi em... no final de 2015, que eu comecei, que eu conversei a primeira vez com um paciente estrangeiro.

A entrevistada de número 10 fez a seguinte afirmação:

Foi justamente na questão de agendamento de exames, lá da instituição. Então funcionava que a gente tinha contato com os consulados de diversos países. Aconteceu do Consulado Britânico entrar em contato e colocar a gente direto em contato com a paciente.

É importante ressaltar que as pessoas entrevistadas, de alguma forma, sabiam indicar o início de sua incursão pela interpretação. Fato que nos leva a crer que, independentemente da gravidade do problema ou simplesmente pela questão de auxiliar, as pessoas se dispõem a atender os estrangeiros em seu idioma nativo ou em um idioma conhecido, geralmente o inglês como língua franca. Há sempre uma tendência a contornar a situação quando recebem pacientes que não falam o idioma português.

4.1.1.2 DOMÍNIO DO IDIOMA ESTRANGEIRO

Nas entrevistas não perguntamos diretamente sobre o domínio do idioma por parte do intérprete *ad hoc*; ainda assim, algumas entrevistadas relataram as dificuldades do uso do idioma, que reproduzimos abaixo.

A entrevistada número 6 contou sobre o domínio do idioma, neste caso específico, o idioma inglês:

E assim, termos muitos técnicos na área da saúde, eu tenho inglês, inglês de viajar, de conversa informal, de você se virar no dia a dia. Agora quando você tem que conversar para explicar uma doença... lembro uma vez que um bebezinho nasceu com um pé torto e o pai queria porque queria saber por que isso tinha acontecido, se era grave e eu tentei explicar da melhor forma possível, mas não sabia dizer aquilo.

O entrevistado número 10 afirma ter dificuldades com a terminologia:

A minha dificuldade era só na terminologia. Porque eu conhecia... Por exemplo: ressonância. Eu não conhecia o termo pra ressonância. Então quando ela falou eu tive que pesquisar. Então a minha dificuldade era na terminologia dos exames. À parte, questão médica mesmo.

Na declaração da entrevistada número 4, percebemos uma preocupação com o aprendizado do idioma:

Eu sou enfermeira faz sete anos e eu sempre procurei muitas coisas na televisão, programas das *Discovery Home Health*, *Grey's Anatomy*, eu sempre gostei muito de coisas de enfermagem e de medicina, embora eu nunca quis ser médica e tal, mas eu sempre procurei muito as coisas para eu conseguir aprender diferentemente do que acontece em outros países e algumas coisas que aqui não tem. E até... Aí depois que eu vi que alguns pacientes estavam vindo para cá e eu poderia fazer alguma coisa a mais, aí eu comecei a procurar mais ainda. Assisti mais programas, na *Discovery* tem programas de parto, que é a minha área, que eu trabalho na obstetrícia.

Ao discutir as dificuldades encontradas ao falar inglês, a entrevistada de número 9 afirma ter problema com terminologia específica da área:

Terminologia, principalmente em preparo de exame, né? A gente fala tempo de jejum, não lembro como fala jejum então, eu falava você não pode tomar água... you can't drink milk, you can't eat... falando dessa forma para eles entenderem.

Ressaltamos que, em determinados momentos, as entrevistadas fazem a função de intérpretes *ad hoc* em mais de um idioma, conforme lemos nas palavras da entrevistada número 5:

O inglês eu aprendi na escola, eu fiz curso de inglês até os 18 anos, mas a minha facilidade maior é espanhol mesmo.

Inclusive, há uma tendência a incluir línguas ao longo do processo, como divulga a entrevistada de número 3

Bom, já falo inglês faz um tempo, eu fiz escola de inglês, e nunca foi assim tão voltado para a área médica. Mas como eu tenho muita vontade de ser compreendida e fazer com que eles se sintam acolhidos, eu sempre tentei de alguma forma me comunicar. Então, às vezes [a paciente] fala espanhol, eu tento arranhar espanhol; [o paciente] fala inglês, [eu] sei falar inglês, às vezes por libras já fiz também, por enfim, já tentei de tudo, até por mímica a gente tenta de vez em quando, quando não funciona. E ultimamente também no tradutor [google tradutor] quando a pessoa não entende nada do que você está falando, mesmo no inglês, tem pessoas que não falem o inglês, aí você tem que pegar e se virar nos trinta, né?

O sentimento de poder ajudar leva a intérprete *ad hoc* de número 8 a interpretar, mesmo que tenha consciência de que não possui domínio adequado do idioma para a interpretação:

Eu sempre falava, tanto para o paciente, quanto para o médico que eu não tinha o inglês técnico, meu inglês não é técnico, é o inglês que você fala no dia a dia, o meu inglês não é o inglês da informática, não é o inglês da medicina. Então tinha que, eu falava para o paciente me explicar da melhor maneira possível que eu possa entender o que você está sentindo para eu poder explicar para o médico, porque eu não tenho o inglês técnico. Isso não faz parte do meu escopo de atividade. Eu ainda falava, “eu estou aqui tentando te ajudar” ...

É importante salientar que os relatos trazem à tona uma questão essencial na literatura da interpretação em geral, e na médica em específico: a necessidade do domínio de dois idiomas como condição essencial para atuação no campo, pois “há fortes evidências de que todo o processo na área da saúde está em risco quando as barreiras [linguísticas] não são superadas.”⁵² (LEANZA, 2007, p. 11) Nos relatos apresentados acima, temos indícios de que os intérpretes *ad hoc* não dominam completamente o(s) idioma(s) para os quais interpretam. As colocações “estava estudando no curso **intermediário** de inglês”; “e como eu falava **um pouco mais de inglês** do que as pessoas”; “eu **sempre tentei** de alguma forma **me comunicar**”, denotam um domínio restrito do idioma. Além disso, há casos em que o idioma

⁵² There is strong evidence that the whole healthcare process is at risk when these barriers are not overcome.

utilizado pelo *ad hoc* (geralmente o inglês) não é o idioma materno do paciente, expresso nos relatos por: “foi um paciente da **Alemanha**”; “Eu era recém-chegada no hospital e **era um casal chinês**”; “muitos **pacientes de outros países**”; “principalmente **bolivianos e haitianos**”. Temos aqui outra discussão fundamental da área, que será explorada longitudinalmente quando da proposta do curso de formação para intérpretes médicos.

Em um estudo conduzido por Lion et al. (2013), constatou-se que a autoavaliação das habilidades linguísticas nem sempre refletiam a verdadeira habilidade, assim podemos julgar a habilidade como menor ou maior do que a relatada. Tal fato se dá, pois não há a realização de testes de nível de proficiência, bastando o servidor (tanto da assistência quanto administrativo) declarar o(s) idioma(s) em que se comunica, prática comumente utilizada pelos serviços de saúde para a geração da lista de funcionários que serão convocados para atender os pacientes estrangeiros.

Nos Estados Unidos da América, “80% dos pacientes com LEP trabalham com uma grande variedade de intérpretes não profissionais. Tal questão apresenta uma demanda significativa em examinar e explorar as funções e os impactos desses intérpretes não profissionais em cenários médicos”⁵³ (Hsieh, 2016, p. 89). Parece correto afirmar que tal questão envolve os intérpretes *ad hoc* que atuam nos hospitais no Brasil.

4.1.1.3 Valor da interpretação

Outro fato importante em relação à percepção da interpretação diz respeito ao fato de as entrevistadas relatarem as participações nos eventos comunicativos como sendo de grande valor agregado para o paciente e, de certa forma, para a equipe multiprofissional.

Nas entrevistas, uma das questões apontadas é a existência de uma lista de funcionários que se declaram capacitados a atenderem pacientes em idiomas

⁵³ In other words, 80 percent of LEP patients work with a wide variety of nonprofessional interpreters. This poses a significant demand to examine and explore the functions and impacts of these nonprofessional interpreters in healthcare settings.

diversos. Ao chegar um paciente que fala um dos idiomas elencados na lista, um funcionário será localizado e a interpretação *ad hoc* terá início.

A entrevistada número 1 revela a existência da lista e dá detalhes sobre como os funcionários são localizados:

Nós temos uma listagem de funcionários que falam os idiomas e os horários que eles trabalham, então qualquer estrangeiro que chega e o atendente não consegue se comunicar, ele liga no nosso ramal [número] e a localização vai em busca de alguém que fale o idioma.

A lista é mencionada pela entrevistada de número 3, mas de forma breve:

Eles pegam e chamam alguém dessa teórica lista, ligam acho que na localização do hospital...

O simples fato de o funcionário se declarar como falante de um idioma, faz com que figure na lista como possível intérprete *ad hoc*, conforme afirma a entrevista número 2:

a gente tem a localização, que é o [número do ramal] aqui, que a gente liga, e caso precise de alguém que fale inglês, eles pegam uma lista e vão para o mais próximo.

Ao relatar a forma como os intérpretes *ad hoc* são convocados internamente, a entrevistada número 3 revela a informação de que há funcionários que falam diversos idiomas inscritos na lista.

É, independente do idioma que falar, ele está lá na lista. Então é claro que a maior parte vai ser inglês e espanhol, mas tem às vezes quem fala chinês, japonês, sei lá, russo, sei lá, não sei.

Tal fato nos conduz a pensar que o funcionário pode simplesmente figurar na lista, mas não ter domínio do idioma informado. A necessidade de indicar o(s) idioma(s) estrangeiro(s) que domina no momento da contratação poderá levar a uma ainda

maior precarização da comunicação durante os procedimentos médicos, gerando eventos adversos em maior número.

Apesar da reflexão em relação aos eventos adversos, a prática de convocar os funcionários para interpretar parece ser muito comum nos hospitais. Diversas vezes, os funcionários, frente a uma situação de pacientes que não dominam o idioma português, acionam o intérprete *ad hoc* diretamente, sem necessidade de acesso por meio da lista. Nas palavras da entrevistada número 1, o procedimento acontece da seguinte forma:

Na prática, a [nome da entrevistada] da administração está aqui, já chama a [nome da entrevistada], né? Muitas vezes por já me conhecerem, já ligam direto no meu ramal.

A palavra 'referência' apareceu constantemente nos relatos. A entrevistada número 4 nos conta que todas as pessoas que trabalham no hospital, no turno da noite, a chamam para interpretar, até mesmo fora do setor em que ela trabalha:

À noite, da minha noite, eu sou a referência, para qualquer área do hospital, não só da maternidade. Eu já fui ver paciente na clínica, muito no repouso, que a mulher tinha feito uma cirurgia e ele não estava entendendo nada.

A entrevistada número 6 contou da seguinte forma:

eu acabei meio que virando referência de certo horário, "ah a [nome da entrevistada] fala", então tem outras enfermeiras de manhã e tarde que elas falam, mas não são muitas, então no meu plantão noturno eu acabei sendo referência.

É perceptível a questão da dupla função, com deslocamentos gerados pelo fato de a interpretação acontecer por todo o hospital. As entrevistadas na área da assistência foram mais enfáticas quanto ao dano gerado. No entanto, não percebemos reclamações por parte dos funcionários do administrativo, por julgarem a interpretação predominantemente como uma de suas funções:

A entrevistada número 3 demonstra sua indignação em diferentes momentos, expressa da seguinte forma:

Até porque eu também tenho mais coisas para fazer, se ficar chamando cada pessoa que vier, tou ferrada, não é? Nem ganhar a mais por isso já.

Já aconteceu caso de ser de outro lugar, outro andar, as meninas sabem que eu, eu falo, aí me ligam e eu estou superatordoada.

Se acontecesse algo ali também seria minha responsabilidade, não é? Não que eu não queira, quer dizer, mas do que eu não queira por conta ética mesmo - do conselho, é mais também pela vida que está ali, não é?

O desvio de função aparece nas palavras da entrevistada número 9:

É complicado. O setor que eu trabalho, a minha função não é bilíngue, eu atendo porque cai, apareceu, ah, você fala, então fala com ele. E aí, eu falo com ele e direciono.

Eu já avisei e falei: olha eu atendo por boa vontade. Não é minha função atender, então se de repente acontecer algum problema, não quero que seja a minha responsabilidade, mas acaba sendo né?

Por outro lado, a entrevistada número 4 fala da responsabilidade de ser referência e interpretar: “É bom ser referência, mas é pesado”.

A entrevistadora, ao ouvir a declaração, indaga o sentido da palavra “pesado”, ao que a entrevistada responde:

... de responsabilidade. Porque você tem que fazer a pessoa te entender e se a pessoa não te entendeu é complicado para ela no outro dia, porque querendo ou não eu estou lidando com uma vida nova. [a entrevistada trabalha na maternidade]

A entrevistada número 2 relata o processo de tomada de decisão:

É uma responsabilidade, porque eu posso entender também errado, se eu entendo que ele está com uma coisa e está com outra e mando

ele para uma outra especialidade, porque aqui a gente tem várias. Tem ortopedia, oftalmo, otorrino, tem que ver o que o paciente está sentindo para ver qual clínica a gente tem que mandar ele.

Os relatos acima nos mostram que apesar da boa vontade e do desejo de ajudar o próximo, os funcionários não se sentem confortáveis com o desempenho da dupla função, uma vez que serão cobrados pelo desempenho em seu trabalho sem que se leve em consideração o atendimento realizado em outro idioma; houve empenho de um tempo maior, de um atendimento especializado e de auxílio aos outros funcionários que não falam o idioma. Por outro lado, o fato de o profissional não falar o idioma do paciente não permite o atendimento integral - o mínimo que se espera de um serviço de atendimento à saúde.

O uso de intérpretes *ad hoc* é uma realidade não somente no Brasil; acontece em outros países - inclusive naqueles que utilizam intérpretes certificados - por uma série de questões - desde financeiras até administrativas (quando o serviço de saúde julga que os funcionários bilíngues podem desempenhar o papel).

Hsieh (2016, p. 106) corrobora o que foi dito afirmando que:

O uso de intérpretes não profissionais é realidade em grande parte dos eventos comunicativos médicos mediados por intérpretes. Ao identificar as características únicas e ao examinar suas práticas comunicativas e os impactos correspondentes, os pesquisadores podem desenvolver argumentos baseados em evidências para o uso eficaz e apropriado de intérpretes não profissionais.⁵⁴

Em todas as entrevistas, temos intérpretes não profissionais (*ad hoc*) em atuação nos grandes hospitais da cidade de São Paulo, ao menos em atendimentos não agendados. Esse fato nos leva a considerar que o desenvolvimento de um curso para intérpretes médicos poderá conduzi-los a um novo patamar da interpretação médica no Brasil - o da prática da interpretação médica baseada em evidências em relação às necessidades advindas dos eventos comunicativos.

⁵⁴ In summary, the use of nonprofessional interpreters is a reality for a large portion of interpreter-mediated medical encounters. By identifying their unique characteristics and examining their communicative practices and corresponding impacts, researchers can develop evidence-based arguments for the effective and appropriate use of nonprofessional interpreters.

4.2 QUANTO ÀS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA INTERPRETAÇÃO

4.2.1 Uso do idioma pelo paciente

A questão do uso do idioma é frequentemente relatada pelas entrevistadas, não somente as dificuldades de fluência (conforme tópico 3.2.1.1), mas também do uso do idioma por parte dos próprios pacientes, uma vez que nem sempre o inglês é a língua materna dos pacientes atendidos, conforme relatos abaixo:

A entrevistada número 2 explica a questão:

Tem realmente paciente que, por mais que fale um pouco, ele não fala, já peguei uns três casos de japonês, chinês, que não falava quase nada.

O entrevistado de número 11 também relata conversar com um paciente em inglês sem que fosse a língua nativa dele

O paciente - esse paciente era turco, eu lembro bem, esse paciente era turco, ele não falava português, mas falava inglês.

Nas palavras da entrevistada de número 6 temos a questão do paciente que não fala idioma disponível no hospital e que, portanto, não consegue se comunicar com a equipe:

No caso do chinês, ele era paciente pra operatório, que ia fazer uma cirurgia de vesícula, se não me engano, não lembro se era vesícula ou se era apêndice, porque eu lembro que ele entrou via pronto-socorro, então era uma cirurgia de emergência e no dia seguinte que, no primeiro dia de internação que era o dia do jejum, era o dia do preparo pro paciente pra ir pra centro cirúrgico, foi bem difícil explicar, orientar em relação ao termo cirúrgico, quais eram as rotinas pré-operatórias, que tinha que tomar banho antes, que tinha que ficar em jejum e se ele estava com dor, se não estava. Eu tive que esperar a equipe médica chegar, mas a equipe médica também não sabia falar chinês. Então a gente teve que esperar alguém da família que era irmã, que

morava aqui no Brasil, também era chinesa, mas morava há alguns anos e ela foi o nosso meio de comunicação, mas assim não era uma pessoa que era *expert* no português.

O exemplo é corroborado pela entrevistada de número 2:

Um exemplo - chinês. Aí ele já não fala muito bem o inglês. Então para ele conseguir te entender e você entender ele é um pouquinho mais complicado.

Para a entrevistada número 5, a dificuldade no uso do idioma por parte do paciente também é um fator complicador no atendimento:

Porque não é todo mundo que vem que é o inglês fluente, o inglês é a língua principal. Mas eu tento falar de uma outra forma, como se fizesse um rodeio no negócio, para eles conseguirem entender. Geralmente dá certo.

As entrevistadas de número 4, 8, 2, 3 e 7, respectivamente, apontaram tentativas de estratégias para que a comunicação acontecesse. No entanto, é possível perceber que não lograram êxito.

por mais que a pessoa fale que “ah não, eu falo inglês”, mas às vezes você vai tentando puxar e a pessoa vai te dando retorno, mas é concordando com que você está falando, você pergunta o que a pessoa entendeu, se tem alguma dúvida, muitas vezes ela fica na dúvida.

Basicamente aí uma é... linguagem de sinais né, que se usava, mas nada mais além disso é. Alguns médicos tinham o inglês, eles tentavam falar, mas... por exemplo, mães que falavam Lingala, que falavam swahili. Teve o caso muito específico de uma mãe que era da África do Sul e o pai era da Nigéria então, assim, ele falava inglês, mas ele queria ficar no quarto com a mãe, e chegou o horário de visita que ele tinha que ir embora e ele se recusou a sair e ele dizia que ele não entendia, que ele não entendia, que não entendia.

Tem um paciente... Eu já peguei casos aqui que ele realmente não conseguia expressar o inglês. Então ele pegava o celular, ele falava alguma coisa e colocava em [chinês] para eu entender. Porque tem coisas assim, endereço ele conseguia falar, mas o que ele sentia ele não conseguia falar, em inglês. Então ele colocava no tradutor para ele e passava para mim, aí eu conseguia dar andamento.

E ultimamente também no tradutor [eletrônico] quando a pessoa não entende nada do que você está falando, mesmo no inglês - tem

peessoas que não falem o inglês - aí você tem que pegar e se virar nos trinta, né?

A internet ajuda muito, eu sempre procurava na internet alguma palavra, até mesmo que não era em inglês, mas em espanhol, francês, ou alguma expressão que você não sabe, o francês eu não falo nada, só sei o *bonjour* e olha lá, então no celular, a internet, o tradutor da internet ajudava bastante.

Pelos relatos apresentados, é possível perceber que o inglês, apesar de ser o idioma amplamente utilizado nos hospitais, nem sempre é o idioma materno do paciente. Assim, transferirmos o problema de lugar - as pessoas participantes do evento comunicativo não se entendem de forma direta - o idioma é de novo a barreira estabelecida e fortalecida pelas diferenças culturais, uma vez que há mais de duas culturas em jogo.

Angelelli (2004, p. 20) nos lembra que eventos deste tipo “duram mais tempo e são menos precisos do que os eventos médicos com o mesmo idioma do evento médico”.⁵⁵

Há, ainda, relatos de dificuldades de uso de idioma por parte dos médicos, conforme 1:

Eu faço a interpretação só para o lado do paciente, o médico não quer falar o idioma, ele entende, mas ele não quer falar, na hora de falar inglês, ele pede para o intérprete e o paciente utiliza o intérprete de ambas as partes: tanto para ouvir quanto para receber a comunicação. O médico não: ele ouve do paciente, mas na hora de falar pede ajuda.

Eu acho que muitos médicos que não conseguem ou até falam um pouco, mas dão uma travada na hora e fala “xxxx me ajuda aqui”.

No caso abaixo, a entrevistada relata a dificuldade que enfrenta em saber qual médico tem condições de atender o paciente em língua estrangeira, o interessante na fala da entrevistada é a forma como ela se refere a questão do idioma: “um médico que já domina mais o inglês”:

Na verdade eu coloco, a gente tem os mensageiros aqui, então eu aviso "oh, paciente do dois..." Exemplo, "paciente do dois é estrangeiro", então na hora que o médico vai entrar eles já avisam "oh,

⁵⁵ are slower and less precise than same-language medical encounters.

paciente dois é estrangeiro", então vai um médico que já domina mais o inglês para poder atender com maior perfeição.

O entrevistado de número 11 indicou a tentativa por parte do médico, em um dos atendimentos, em falar inglês:

O médico demonstrou estar bem incomodado com a interpretação, mas o médico, ele tentou no início falar em inglês com o paciente, mas ele não conseguia, o inglês dele, o sotaque brasileiro era muito forte, o paciente demonstrava, né, fisicamente expressões que ele também não tava entendendo o médico, aí o médico falou assim "ah, tá bom, vai, interpreta".

Podemos perceber que o nível de conhecimento declarado do idioma é, muitas vezes, diferente do nível de idioma real obtido pelo falante. Na interpretação em cenários médicos, tal deficiência em falar e ou compreender o idioma pode ocorrer bilateralmente nos casos em que o idioma falado não é o idioma nativo do paciente. A tentativa de se recorrer a outros recursos, tais como *google* tradutor, dicionários e afins poderá acarretar maiores problemas a se julgar por um falso entendimento na comunicação.

O domínio do idioma, ainda que especificamente o inglês, foi motivo de estudos como o conduzido pelo *British Council*, em 2013, publicado em 2014. A figura (página seguinte) indica a taxa da população brasileira que domina o idioma inglês.

Figura 15 – População que fala inglês por faixa etária e classe social

Fonte: British Council (2014, p. 8)

Há, no estudo, referência ao nível de conhecimento do idioma.

Figura 16 – Nível de conhecimento declarado do idioma

Fonte: British Council (2014, p. 8)

Na área médica, há indicações de que a problemática do uso e do desenvolvimento do idioma se mantenha, conforme pesquisa conduzida na UNIFESP, em 2010. A

observação das pesquisadoras foi retratada no artigo *A língua inglesa e a formação de mestres e doutores na área da saúde* (2010), da seguinte forma:

Ao se analisar o rendimento desses pós-graduandos no exame de proficiência exigido na pós-graduação, percebe-se que, de cada quatro alunos, um é reprovado na primeira tentativa; apesar de a quase totalidade se auto avaliar como bons leitores, especificamente na leitura técnica, falam e escrevem pouco; consideram a exigência curricular da língua estrangeira uma sobrecarga nessa fase de formação; e a maioria necessita de outro profissional para elaboração do abstract.

Apesar da constatação de pouca habilidade na comunicação de língua inglesa, os profissionais em formação reconhecem a importância do idioma.

Na pós-graduação na área da Saúde, a maioria dos pós-graduandos considera e reconhece que: a língua inglesa é importante tanto na sua formação quanto na sua prática profissional; as leituras realizadas na pós-graduação incentivam o aprofundamento do conhecimento da língua; a grande maioria das pesquisas na área da Saúde é veiculada em inglês, e especificamente nessa fase de formação não saber inglês é um obstáculo; é imprescindível o conhecimento do idioma tanto para a busca de informações quanto para o desenvolvimento de uma pesquisa científica, sendo impossível concluir a pós-graduação apenas com a realização de leituras em língua portuguesa; a língua inglesa é necessária para publicação e divulgação científica na área da Saúde.

A pesquisa evidencia o desenvolvimento parco do idioma inglês entre os mestres e doutores da área da saúde, inviabilizando o atendimento em idioma inglês. Por conta disto, a atuação de intérpretes em cenários médicos surge como uma necessidade para a comunicação adequada com pacientes que não falam a língua portuguesa.

4.3 QUESTÕES CULTURAIS

A diferença entre as culturas é ponto de atrito nas interpretações, especialmente quando o intérprete precisa atuar como um mediador cultural, uma vez que é o único participante do evento comunicativo que conhece as duas culturas a ponto de

esclarecer questões culturais vultosas e solucionar problemas advindos da troca cultural.

Nos Estados Unidos, há um Departamento de Saúde e de Serviços Sociais que estabeleceu o *The National CLAS Standards* (Padrão Nacional de oferecimento de serviços linguísticos e culturais adequados). O principal padrão é: “Fornecer cuidados e serviços de qualidade eficazes, justos, compreensíveis e de respeito, que respondam a diversas crenças e práticas de saúde cultural, idiomas preferidos, alfabetização em saúde e outras necessidades de comunicação.”⁵⁶

Ao serem questionados sobre as diferenças culturais apresentadas, os entrevistados forneceram alguns exemplos, como no caso da entrevistada de número 9:

A gente teve um problema no laboratório [nome do laboratório], os pacientes eram muçulmanos, acho que eles eram muçulmanos, eles estavam numa situação complicada. Eles estavam presos, eu não sei direito se eles estavam presos ou se foram deportados, mas estavam numa situação que envolvia a Polícia Federal e aí, eles precisavam fazer um exame específico era nas crianças. Eles tinham crianças e precisavam fazer um exame. Qual que era o exame mesmo? Era uma ultrassonografia que tinha que tomar uma gordura, aí não vou lembrar o nome... chama ultrassonografia de [] agora não lembro o nome da gordura que eles têm de tomar, mas é de origem animal. E aí deu confusão porque a mãe não queria que eles tomassem por conta da cultura, tinha um problema lá e eles acabaram não fazendo.

Eles não fizeram, na verdade, fizeram ultrassonografia simples resolveram por lá mesmo porque eles não podiam exigir, se ela falou que não quer por conta da religião deles, eles não podiam exigir.

A entrevistada de número 1 relata uma situação deste tipo:

tive problema já de paciente veio para a ginecologia/obstetrícia e quando chega médico homem, opa, não, só aceito se for médica mulher. Então, isso é por conta da cultura do país, da religião. Não aceita ser médico homem.

As divergências por questões religiosas também estão muito presentes nos atendimentos à saúde, conforme evidenciado nos trechos acima. É de suma

⁵⁶ Provide effective, equitable, understandable and respectful quality care and services that are responsive to diverse cultural health beliefs and practices, preferred languages, health literacy and other communication needs.

importância que o intérprete (*ad hoc* ou profissional) entenda as diferenças geradas, pois elas impactam diretamente a comunicação.

A entrevistada de número 8 afirma que a diferença cultural gera o preconceito em relação ao estrangeiro:

Assim, a diferença é muito grande, existe uma diferença, lógico, muito grande na questão cultural, mas existe muito preconceito da nossa parte de, ah eles estão aqui só para emprego, são ilegais e nem sempre são, as vezes... houve casos de pacientes muito influentes que era do continente africano, que vieram fazer cirurgias e pagaram em dólar pela cirurgia e os funcionários falavam: eles estão aqui, eles têm obrigação de falar, eles vieram para cá porque quiseram. E na realidade ele veio para cá porque ele veio procurar um tratamento melhor.

A questão do preconceito e do sofrimento por parte do paciente são relatados pela entrevistada de número 1

depende do médico, mas às vezes as pessoas não entendem a religião do paciente, o idioma, fazem brincadeiras, não leva tão a sério como se fosse um outro paciente, eles sofrem um determinado preconceito. Eu acho que o paciente sofre.

Nas palavras da entrevista número 5, é possível perceber a forma do preconceito para com o estrangeiro:

As pessoas são bem preconceituosas. Elas são preconceituosas por não entenderem por que eles estão vindo para cá. Por que assim você não fala então por que você veio para cá? Como que você não traz um intérprete? Como que você vem para um lugar desse e você não fala um oi? Então elas já, tipo, breca, não... Algumas até insistem, algumas até têm a boa vontade de pegar o celular e colocar no Google e tudo mais, mas algumas não, não querem nem conversar. Fala "oh, você vai lá e faz assim, assim e assim, explica tudo, eu não quero nem entrar no quarto".

A entrevistada de número 4, conta que a diferença cultural afeta alguns procedimentos, que são naturais no Brasil, mas não necessariamente na cultura na qual o/a paciente está inserido/a:

eu acho que principalmente os coreanos, a forma como eles se alimentam... É muito difícil, o banho do bebê, não pode ser feito da forma que a gente faz, a gente orienta muito para a amamentação, para não vim com a mãe e bebê, eles já dão um leite artificial, eles já saem para comprar o leite, eles tomam uma sopa, tem todo um ritual assim quem é coreano que é totalmente diferente do brasileiro e a gente tem protocolo, tem orientações que a gente sabe que o ministério da saúde preza, mas que a gente não pode interferir porque é a cultural, se ele quer sair e quer comprar o leite artificial, vai preparar no quarto e vai afetar o bebê, a gente vai lá e faz a nossa parte, mas também é difícil quem não sabe ir lá e orientar a amamentação em inglês e você não sabe realmente se a pessoa está entendendo ou não, muitas vezes eu não consigo ter esse feedback assim, por mais que a pessoa fale que “ah não, eu falo inglês”, mas às vezes você vai tentando puxar e a pessoa vai te dando retorno, mas é concordando com que você está falando, você pergunta o que a pessoa entendeu, se tem alguma dúvida, muitas vezes ela fica na dúvida.

A entrevistada de número 6 também falou sobre procedimentos:

a nossa cultura brasileira é bem diferente das culturas, principalmente no caso do chinês, na cultura oriental, que eles são bem mais reservados, então a gente vendo aí despiendo né, pra fazer exame físico é algo muito complicado.

Ao discutir certos procedimentos, a entrevistada de número 7 levantou uma questão de vida/morte:

Já chegou mães de pedir para a gente de desligar os equipamentos, uma mãe coreana, porque na cultura dela ela acredita que só está o corpo ali. Então teve uma reunião disciplinar para todo mundo concordar com o que a gente iria fazer que era desligar os equipamentos que a mãe pediu. Então era muito mais fácil a relação isso em relação às outras culturas. É possível afirmar que o uso do idioma inglês não é realidade nos hospitais em São Paulo. Há de se investir recursos na promoção da melhora do nível de inglês e de outros idiomas para que o atendimento aos pacientes seja realizado de forma integral, permitindo que o paciente entenda e participe da discussão dos sintomas e a da indicação de tratamentos, conforme preconizam os códigos de ética internacionais e da profissão no Brasil.

A situação, apesar das diferenças culturais, foi solucionada de acordo com o pedido da mãe:

a questão de vida ou morte é muito delicada, independente da cultura que a gente tem. E aqui no Brasil não é comum a gente ver um pai te pedindo para desligar os equipamentos. Então algumas pessoas tiveram resistência, mas foi tranquilo assim, teve resistência de algumas pessoas, mas foi tranquilo em acatar o que a mãe pediu.

Ao ser perguntada sobre a interpretação, uma vez que a língua materna da mãe não era o inglês ou o português, a entrevistada afirma que o pedido e a comunicação provavelmente não foram realizados através de interpretação no idioma da mãe:

na verdade foi uma mãe que ela ficou muito tempo lá com o bebê internado, ela ficou cerca de 4 meses, ela era imigrante ilegal, e aí no começo foi muito difícil a gente ter uma comunicação, a cultura dela era muito diferente, porque ela queria trazer o alimento dela para comer ao lado do bebê. Só que a gente foi aos poucos aceitando um pouco dela porque ia ser um choque muito grande porque se a gente proibisse de comer as coisas, e ela também foi aceitando aos poucos um pouquinho o que a gente pedia, né? E esse momento que ela pediu, ela não pediu diretamente para a equipe médica, ela fez amizade com a equipe de enfermagem e começou a contar como que era na cultura dela, ela já falava um pouco do português, e ela conseguia se virar um pouco, então ela foi conversando com as técnicas de enfermagem, que trouxe para a gente isso que ela pediu. E aí as enfermeiras foram conversar com ela e aí passaram para a equipe médica e a equipe médica comentou “ah eu acho que não é isso que ela está pedindo realmente, ah eu acho que ela deve estar desesperada”, coisas assim. Mas a gente viu que ela continuou batendo naquela tecla, e aí sim que a gente conseguiu conversar com ela. Eu não lembro se foi usada uma intérprete, eu acho que não.

A partir da análise das entrevistas é possível perceber que, apesar da boa vontade e do atendimento realizado em idioma estrangeiro nos hospitais da cidade de São Paulo, ainda não se alcançou um nível adequado de atendimento linguístico na prática de atendimento aos falantes de idiomas diferentes do português. O atendimento em idioma estrangeiro se dá de forma não institucionalizada e, por vezes, rudimentarmente com o apoio de tradutor eletrônico, dicionários e funcionários que não dominam o idioma adequadamente.

Questões culturais, de posicionamento do paciente e da equipe médica e a falta de conhecimento em relação aos componentes técnicos envolvidos em uma interpretação também se fazem presentes nos relatos colhidos através das entrevistas.

A formação de intérpretes para atuação em cenários médicos (clínica, laboratório, UTI, salas de consulta, enfermagem, entre outros ambientes) surge como um campo de estudo, com a finalidade de promover melhora na atenção à saúde para o estrangeiro (refugiado, imigrante e turista médico) e no atendimento envolvendo diversas especialidades médicas.

5 FORMAÇÃO DE INTÉRPRETES

5.1 PANORAMA DA INTERPRETAÇÃO DA ÁREA MÉDICA NO MUNDO

Até o presente momento, nesta tese interessou-nos discutir a interpretação médica tendo por base aquela desenvolvida nos Estados Unidos, por conta dos motivos previamente apresentados e discutidos no item “visão geral dos capítulos”.

No entanto, frente ao desafio de desenvolver um curso de formação de intérpretes médicos, acreditamos ser de grande valia pesquisarmos como se dá a interpretação em outros países, e quem são os intérpretes que atuam na área médica mundialmente. Vale ressaltar que a diferença nos sistemas de saúde impacta a atuação de intérpretes pelo mundo, sendo que em alguns cenários a atuação se dá de forma isolada, diferenciada ou se faz quase inexistente.

A análise das práticas mundiais e de suas configurações dar-se-á a partir de uma segmentação mais em nível de continentes do que de países isolados. O objetivo é fornecer informações aos interessados na interpretação médica; além disso, vislumbrar algum horizonte de prática ou de treinamento que possa ser de valia para a proposta de formação apresentada no presente trabalho.

Para que fosse possível apresentar como a interpretação médica acontece, partimos de referências bibliográficas. A referência mais atualizada e completa encontra-se em *The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters*, datado de 2005, compilado por Marjorie Bancroft. A autora inicia seu trabalho com uma constatação chocante sobre a interpretação comunitária como um todo, como podemos ler abaixo:

Ao redor do mundo, a necessidade de intérpretes treinados em serviços públicos é extrema. No entanto, a profissionalização é rudimentar e desigual, em parte devido à falta de códigos nacionais de ética e padrões de prática para guiar o trabalho dos intérpretes.⁵⁷

⁵⁷ Around the world, the need for trained interpreters in public services is acute. Yet the professionalization of interpreting is rough and uneven, in part because most interpreters lack national codes of ethics and standards of practice to guide their work.

A fim de escanear a área, conforme prometia a documentação/registo, iniciou-se uma busca pela literatura da área disponível à época. A autora menciona ter encontrado 145 documentos, em onze línguas diferentes e em 25 países. A julgar pela necessidade indicada logo no início da documentação/registo, podemos afirmar que o número é ínfimo.

Para além da pequena quantidade, os documentos foram encontrados em países desenvolvidos, que apresentam alto grau de imigração, a saber, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália/Nova Zelândia e Europa. Nos países em desenvolvimento, a autora afirma ter encontrado poucos documentos, sem, no entanto, dar muitas informações.

O estudo apresenta uma revisão da situação da interpretação médica nos continentes, a qual apresentamos abaixo com tradução nossa:

Tabela 15- Situação mundial da Interpretação da área médica (continua)

Continente/País	Situação apresentada
África	Poucos documentos encontrados. Pouca documentação/poucos registros. A interpretação de conferência está presente de forma modesta no continente, a maior parte dos intérpretes de conferência seguem o código de ética e de padrões profissionais da Associação Internacional de Intérpretes de Conferência (AIIC). A interpretação, no geral, a médica, a de língua de sinais e a jurídica estão em expansão, principalmente por conta das línguas indígenas. Na África do Sul, a profissionalização do intérprete progride: uma associação profissional desenvolveu um código de ética e outros documentos para guiar os intérpretes.
Ásia	Poucos padrões de prática de interpretação foram encontrados. A interpretação governamental foi dominante na Rússia e na China por muito tempo, no entanto, os documentos [a documentação/os registros] sobre os padrões de interpretação não são facilmente encontrados, se é que existem. Atualmente, a interpretação de conferência está bem estabelecida por toda a Ásia e domina o campo da interpreta-

Tabela 15- Situação mundial da Interpretação da área médica (continua)

	-ção: a maior parte dos intérpretes segue o código de ética da AIIC. Em muitos países, as línguas de sinais não são reconhecidas como línguas oficiais.
Austrália/ Nova Zelândia	A profissão está bem consolidada, especialmente na Austrália. Uma associação profissional nacional estabeleceu um Código de ética e de práticas de interpretação, e uma autoridade nacional de certificação conduz exames e certifica todos os tipos de intérpretes em quatro níveis. A Nova Zelândia, embora menos avançada, concentra esforços na interpretação comunitária. Ambos os países possuem códigos nacionais de ética para intérpretes de língua de sinais.
Canadá	A interpretação é uma profissão bem estabelecida com um corpo de certificação, que possui 3.500 membros, sendo que aproximadamente 2.500 são certificados. Poucos padrões de prática foram relatados até o momento, mas há muitos códigos de ética para intérpretes. A interpretação na área da saúde e a interpretação comunitária são profissões emergentes, sendo a interpretação, em geral, a de língua de sinais e a interpretação jurídica bem estabelecidas. O governo federal convocou um plebiscito para estabelecer padrões nacionais de prática para intérpretes da área médica.
Europa	Encontramos muitos códigos de ética, mas poucos padrões de prática. O Reino Unido domina, com um registro nacional de intérpretes, um sofisticado Centro Nacional de Línguas, e padrões de prática detalhados. O progresso é rápido em alguns países, e acontece vagarosamente em outros. A AIIC foi fundada em 1953 na Europa, e conta com 2.600 membros em 88 países. A interpretação em geral, a jurídica e a de língua de sinais também estão bem estabelecidas: várias nações possuem vários padrões nacionais de prática e de ética.
América Latina	Embora tanto a interpretação oralizada quanto a interpretação de língua de sinais se apresentem como profissões emergen-

Tabela 15- Situação mundial da Interpretação da área médica (conclusão)

	-tes, a maior parte dos documentos (da documentação/dos registros) nesta região são códigos de ética, mas não são padrões de prática. Muitos países possuem associações profissionais de intérpretes. A interpretação de conferência permanece como o campo mais bem estabelecido, mas as associações de intérpretes de língua de sinais começam a se unir, a fim de defender seus interesses.
--	--

Além de apresentar a situação mundial, Bancroft compartilha com os leitores alguns achados de pesquisa, que podem ser resumidos da seguinte forma:

- A interpretação de conferência é a mais bem estabelecida no mundo;
- A interpretação de língua de sinais e a interpretação jurídica são amplamente mais desenvolvidas que a interpretação comunitária;
- A interpretação médica como profissão é mais presente nos EUA e na Austrália, embora esteja se desenvolvendo rapidamente em outras nações.

Apesar da relevância do estudo, a publicação é datada de 2005, o que nos fez refletir sobre os possíveis avanços na área durante o ano da pesquisa de Bancroft até os dias atuais.

Como não há estudo semelhante conduzido atualmente, realizamos uma enquete eletrônica, via formulário hospedado no site de pesquisas SurveyMonkey (<https://www.surveymonkey.com/dashboard/>), cujo objetivo foi entrar em contato com intérpretes médicos ao redor do mundo e indagá-los sobre a profissão e as condições atuais de trabalho. O link da enquete foi enviado aos intérpretes na área médica, via redes sociais. A enquete consistiu em sete perguntas redigidas em língua inglesa, na tentativa de dirimir a barreira linguística, uma vez que pretendíamos alcançar o maior número de intérpretes. As duas primeiras perguntas fechadas foram:

1. Você é um intérprete na área médica?

2. Em qual local você atua como intérprete na área médica?

A resposta “**não**” à primeira pergunta eliminava o participante do grupo de respondentes. Obtivemos 49 respostas “sim” à primeira pergunta, o que se configurou como número total de respondentes.

As outras seis perguntas foram abertas, o que permitia ao respondente escrever a resposta a partir de sua realidade. As perguntas foram:

3. Em qual país você mora?

4. Qual é sua língua materna?

5. Qual é (quais são) seu(s) par(es) de língua(s) de trabalho?

6. Como é a formação para intérpretes médicos em seu país de atuação?

7. É necessário ter formação para atuar como intérprete da área médica? Em caso afirmativo, qual a formação mínima necessária?

A avaliação das respostas foi realizada individualmente por pergunta, assim para a pergunta de número um: Você é um intérprete da área médica? Obtivemos as seguintes respostas representadas em forma de gráfico para melhor visualização:

Gráfico 6 – Você é intérprete na área médica

Ao analisar as respostas a partir do gráfico e pelas respostas dadas, temos que a maior parte dos intérpretes (67.35%) trabalha como intérprete da área médica em tempo integral, uma parte bem menor (30.62%) divide-se entre trabalho de tempo parcial e ocasional. Somente um intérprete respondeu como “outra situação”. Ao escolher “outra situação”, o intérprete era convidado a especificar a situação; o único respondente afirmou ser um gerente de interpretação.

A pergunta de número dois tinha por objetivo relacionar a interpretação médica ao cenário de realização da interpretação. Os respondentes tinham algumas opções pré-determinadas ou podiam especificar o cenário. Dentre os cenários previamente estabelecidos, tínhamos: hospital, consultas médicas, em cuidados paliativos ou na saúde mental. A opção “outros” estava presente, sendo que o respondente era solicitado a especificar, caso escolhesse esta opção. O resumo das respostas foi:

Gráfico 7- Local de atuação como intérprete na área médica

A maior parte dos intérpretes afirmou trabalhar em hospitais (42.86%). Uma menor quantidade (18.37%) indicou atuar durante consultas médicas. Não obtivemos respostas para cuidados paliativos e para saúde mental. Dentre os respondentes, dezenove intérpretes (39,78%) optaram por “outros”, ao analisarmos as especificações, encontramos: em todos os cenários indicados, de casa por telefone ou vídeo, em clínicas de reabilitação. Tais respostas nos levam ao fato de que a interpretação médica ocorre nos mais variados cenários, requerendo conhecimentos variados por parte do intérprete.

Para as respostas de três a sete, fizemos uma análise, uma vez que os respondentes podiam escrever o que desejassem, por serem perguntas abertas. A maior parte dos respondentes atua nos Estados Unidos da América; no entanto, tivemos representantes do Canadá, México, Polônia, Argentina, Reino Unido e um representante do Brasil.

A pergunta de número três, “Em que país você vive?” apontou 40 respostas Estados Unidos da América, e as outras nove representadas por: dois representantes do

México, e um de cada país a seguir: Polônia, Brasil, Costa Rica, Canadá, Reino Unido, Espanha e Argentina. As respostas corroboram as pesquisas, que indicam grande desenvolvimento da interpretação e da tomada de posição da interpretação médica como profissionalizada nos Estados Unidos da América.

Na sequência (pergunta de número quatro), nos interessou saber qual era a língua materna dos intérpretes. As respostas obtidas foram: 29 respondentes afirmam ser o Espanhol a língua materna, três respondentes afirmam ter duas línguas maternas: inglês e espanhol, oito são falantes maternos de inglês; português aparece com quatro respostas. Polonês foi citado duas vezes; os idiomas a seguir são representados por um respondente cada: francês, grego e língua americana de sinais (ASL).

A pergunta de número cinco versava sobre as línguas de trabalho. As respostas foram:

Tabela 16- Línguas de Trabalho

Línguas Representadas	Número de respostas
espanhol<>inglês	38
língua americana de sinais (ASL)<>inglês	02
inglês<>espanhol<> francês	01
árabe<> francês	01
espanhol<>russo	02
inglês<> português	02
espanhol<>português<>francês<>inglês	01
polonês<>inglês	02

Após estabelecer certo conhecimento sobre os intérpretes, passamos as perguntas sobre formação de intérpretes nos países em que vivem. As respostas fornecidas pelos intérpretes foram compiladas e seguem apresentadas na tabela abaixo (pergunta seis):

Tabela 17 – Formação ou Treinamento de Intérpretes

País	Formação ou Treinamento de Intérpretes
Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> Nos Estados Unidos temos muitas opções de cursos presenciais e on-line, além de treinamentos oferecidos pela CCHI, pelo <i>National Board</i> ou por afiliados; Intérpretes de língua de sinais precisam de diploma de bacharelado (4 anos) para poderem se candidatar à certificação, enquanto intérpretes de línguas oralizadas precisam de apenas 40 horas; Desde cursos de 40 horas até cursos de mestrado; Mínimo de 40 horas, mas eu fiz um treinamento de 100 horas.
Espanha	<ul style="list-style-type: none"> No norte da Espanha encontro dificuldade em encontrar treinamentos. Há um ano, aconteceu um congresso sobre tradução e interpretação em Valência, com palestrantes internacionais; Encontrei alguns workshops, mas nenhum direcionado à interpretação médica.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> Escasso.
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> Inexistente.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> Através do Ministério da Saúde.
México	<ul style="list-style-type: none"> Existe treinamento, mas não é amplamente divulgado.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Disponível, mas é caro.
Polônia	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento em interpretação médica não é exigido.
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> Algumas empresas oferecem treinamento em interpretação médica durante o processo de contratação.

As respostas obtidas apontam para diferentes realidades: de vários tipos de treinamento e formação nos Estados Unidos, seguindo por algum tipo de formação, como no Canadá, no México, Reino Unido, até a não exigência ou a falta total de formação: caso da Polônia, do Brasil e da Argentina.

A última pergunta da pesquisa foi sobre a obrigatoriedade da formação em interpretação médica para atuação em clínicas e hospitais. As respostas obtidas foram:

Tabela 18 – Obrigatoriedade de Formação ou Treinamento para atuação na área médica

País	Obrigatoriedade de Formação ou Treinamento de Intérpretes para atuação
Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> • Nos EUA, o mínimo requerido é de 40 horas; • Sim, precisa de certificação para poder atuar; • Necessário certificação e educação continuada; • Varia de estado para estado.
Espanha	<ul style="list-style-type: none"> • No norte da Espanha encontro dificuldade em encontrar treinamentos. Há um ano, aconteceu um congresso sobre tradução e interpretação em Valência, com palestrantes internacionais; • Encontrei alguns workshops, mas nenhum direcionado à interpretação médica.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • Não é necessário.
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> • Não é exigido.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Sim, certificação através do Ministério da Saúde.
México	<ul style="list-style-type: none"> • Não é necessária [formação]; • Depende do empregador.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • A habilidade de interpretação é dividida em níveis, é necessário pelo menos o nível 3.
Polônia	<ul style="list-style-type: none"> • Não é exigido.
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> • Obrigatório ao se trabalhar com clientes dos EUA.

Podemos perceber, pelas respostas, que não há obrigatoriedade de formação e/ou treinamento em todos os países; nos países em que a formação não é obrigatória, a interpretação médica pode ser conduzida por indivíduos bilíngues, por pessoas que falam os idiomas ou por intérpretes não profissionais. Países mais desenvolvidos em relação à formação, educação continuada e atuação dos intérpretes da área médica alcançaram a organização da formação e/ou treinamento dos intérpretes, parâmetros de certificação e de educação continuada. As associações de intérpretes possuem papel fundamental na continuidade da educação dos membros através de workshops, congressos, *webinars* e outros tipos de cursos para que a educação continuada seja factível.

5.2 A CERTIFICAÇÃO DE INTÉRPRETES MÉDICOS NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

A formação de intérpretes da área médica é realizada em diferentes tipos de cursos; dependendo do objetivo da formação, nos Estados Unidos da América há oferta de cursos de 20 a mais de 100 horas de treinamento, em diversas modalidades. No entanto, para que o intérprete possa se candidatar aos exames de certificação, há pré-requisitos - alguns de ordem pessoal, outros de formação. O requisito fundamental de ordem pessoal é que o candidato deve ter pelo menos 18 anos. Em relação à formação, é essencial possuir diploma de nível médio e um curso de formação de intérpretes médicos de pelo menos 40 horas; além disso, domínio do idioma inglês e do idioma para o qual será certificado.

Para que esses padrões fossem desenvolvidos, a *NCIHC* conduziu um fórum nacional de discussões sobre a certificação. Das discussões produzidas pelo fórum, em 2007, nasceu um documento intitulado “*Estamos prontos para a certificação de intérpretes da área médica? Uma revisão dos fóruns do NCIHC.*”

O objetivo do documento era estabelecer normas básicas para a formação e a certificação na interpretação médica a partir das discussões anteriores. Assim sendo, podemos afirmar haver uma forte ligação entre os treinamentos oferecidos e os exames de certificação para intérpretes.

Há, nos Estados Unidos, duas agências certificadoras de intérpretes médicos. É importante ressaltar que os intérpretes devem prestar a prova para a certificação de acordo com o estado em que pretendem atuar. Tal fato se dá, pois há leis diferenciadas a depender do estado de atuação.

Apresentamos as características das duas certificações, uma vez que, conforme indicado, os treinamentos para intérpretes naquele país buscam desenvolver as competências e habilidades relacionadas aos exames.

As duas agências de certificação são a CCHI (*Certification Commission for Healthcare Interpreters*) e a NBCMI (*National Board of Certification for Medical Interpreters*), listadas abaixo com indicação dos idiomas de certificação

Tabela 19 – CCHI e NBCMI – Comparação (continua)

<i>CCHI (Certification Commission for Healthcare Interpreters)</i>	<i>NBCMI (National Board Certification for Medical Interpreters)</i>
CHI ⁵⁸ / CoreCHI ⁵⁹	CMI- Intérprete Médico Certificado
Árabe, mandarim e espanhol	Espanhol, Cantonês, Mandarim, Coreano, Russo e Vietnamita
4 anos	5 anos
32 horas, sendo 16 horas nos dois primeiros anos e mais 16 horas nos últimos dois anos	30 horas cumpridas durante os 5 anos
40 horas, sendo 20 horas nos dois primeiros anos e mais 20 horas nos dois últimos anos.	Não há pré-requisito

⁵⁸ CHI – Certificação de Intérprete da área médica nas línguas oferecidas pela organização;

⁵⁹ Core CHI- Certificação de Intérprete da área médica somente no exame escrito e em língua inglesa, desenvolvido para línguas não comportadas pela certificação.

Tabela 19 – CCHI e NBCMI – Comparação (conclusão)

Mínimo 18 anos de idade
Diploma de Ensino Médio
Proficiência em inglês e na língua de certificação
Mínimo 40 horas de treinamento

Os requisitos mínimos para a participação em qualquer um dos exames são os mesmos; desta forma, o candidato deverá cumprir, pelo menos, 40 horas de treinamento específico para intérpretes médicos. Os cursos de formação de intérpretes na área médica possuem um currículo que considera a formatação do exame, ou seja, visa à preparação do intérprete para a aprovação na certificação, cujos tópicos presentes no teste estão abaixo discriminados:

Tabela 20- Tópicos do Teste (continua)

8%	Topic 1: Roles of the Medical Interpreter <ul style="list-style-type: none"> > Role of Conduit > Role of Clarifier > Role of Culture Broker > Role of Patient Advocate
15%	Topic 2: Medical Interpreter Ethics <ul style="list-style-type: none"> > Confidentiality > Accuracy and completeness > Impartiality > Conflict of Interest > Scope of Practice > Disqualification/Impediments to Performance > Professional Courtesy > Professional Development
8%	Topic 3: Cultural Competence <ul style="list-style-type: none"> > Cultural practices related to healthcare > Familial and relational structures
38%	Topic 4: Medical Terminology in Working Languages <ul style="list-style-type: none"> > Medical Tests and Diagnostic Procedures > Medical Apparatus > Pharmacology > Pathologies > Symptomatology > Anatomy > Musculoskeletal System

Tabela 20- Tópicos do Teste (conclusão)

	<ul style="list-style-type: none"> > Endocrine System > Cardiovascular System
	<ul style="list-style-type: none"> > Integumentary System > Treatments > Acronyms and Abbreviations (e.g., MRI, CAT scan, etc.)
23%	Topic 5: Medical Specialties in Working Languages <ul style="list-style-type: none"> > Obstetrics and Gynecology/Genetic Counseling > Organ Transplant > Pharmacy > Ear, Nose and Throat (ENT) > Pediatrics > Emergency Medicine > Oncology > Surgery > Orthopedics > Radiology > Nutrition Counseling > Physical, Speech and Occupational Therapy > Urology and Nephrology > Endocrinology > Ophthalmology > Cardiology > Neurology > Hematology > Dermatology > Psychiatry > Respiratory Illness
5%	Topic 6: Interpreter Standards of Practice <ul style="list-style-type: none"> > IMIA (International Medical Interpreters Association) Standards > NCIHC (National Council on Interpreting in Healthcare) Standards > CHIA (California Healthcare Interpreters Association) Standards
3%	Topic 7: Legislation and Regulations <ul style="list-style-type: none"> > Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) > CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate Services) Standards

Reafirmamos a necessidade de proficiência tanto no inglês quanto na língua de certificação, tanto como requisito básico quanto como parte da testagem para a certificação (exceto para *CoreCCHI*). Tal requisito difere grandemente da situação que encontramos no Brasil atualmente - nem todos os intérpretes *ad hoc* dominam os idiomas de interpretação, com vistas à interpretação adequada às necessidades dos participantes do evento comunicativo.

Desta forma, cumpre-nos desenvolver um curso de formação de intérpretes médicos que leve em consideração a atual situação brasileira e os ambientes em que a interpretação médica acontece em nosso país.

Sabemos, pelas análises realizadas após as entrevistas, que a interpretação médica é realizada, em sua quase totalidade, por intérpretes *ad hoc* ou não profissionais na cidade de São Paulo.

Diante de tais constatações, será importante apresentar um percurso formativo que leve em consideração o que já acontece nos hospitais em São Paulo. Neste percurso, questões essenciais como, por exemplo, a do domínio da língua é de suma importância. Prever um determinado nível de desenvolvimento do idioma aplicado à área médica será condição *sine qua non* para permitir a boa interpretação e o bom desenvolvimento do evento comunicativo.

Por outro lado, a interpretação médica pode ser um novo campo de atuação para intérpretes que possuem experiência profissional em outras áreas, mas que deverão absorver conhecimentos específicos da área médica, tais como as habilidades e competências necessárias a esse tipo de interpretação, sendo que esta difere completamente da interpretação simultânea ou da interpretação em outras esferas, conforme explica Hsieh (2016, p. 42-43)

características únicas da interpretação médica, que a diferencia de outras formas de interpretação. Em vez de focar nos valores incorporados nas visões tradicionais sobre interpretação (por exemplo, precisão, fidelidade e neutralidade), os pesquisadores procuram examinar como os serviços de saúde apresentam demandas e expectativas distintas que moldam as práticas de interpretação.⁶⁰

São essas demandas específicas dos serviços de saúde que deverão ser incorporadas por intérpretes habituados a atuarem em ambientes mais protegidos, como as cabines de interpretação simultânea, apenas para fornecer um exemplo. Há outros campos de atuação de interpretação que apresentam demandas específicas e que podem definir a vida de pessoas como, por exemplo, a interpretação de tribunal,

⁶⁰ The unique characteristics of healthcare interpreting that set it apart from other forms of interpreting. Rather than focusing on the values embedded in traditional views about interpreting (e.g., accuracy, faithfulness and neutrality), researchers seek to examine how health services present distinctive demands and expectations that shape interpreting practices.

a interpretação em zonas de guerra e a interpretação de conflitos diplomáticos. Alguns desses campos de atuação podem, eventualmente, colocar a vida do intérprete em risco.

Tomando como possível a formação de intérpretes *ad hoc* ou não profissionais que já atuam nos hospitais e a formação de intérpretes experientes, que passem a atuar em novo cenário, temos consciência da necessidade da apresentação de um percurso formativo em módulos; tal percurso atenderia às necessidades específicas de cada uma das situações, ou seja, a formação adequada de intérpretes na área médica que atuam de modo informal (*ad hoc* ou não profissional) e a expansão do campo de atuação para intérpretes experientes ou com formação em interpretação, mas que não dominam a interpretação na área médica.

5.3 OS CURSOS DE FORMAÇÃO DE INTÉRPRETES EM CENÁRIOS MÉDICOS

A escolha pela nomenclatura “cenários médicos” se deu devido ao nosso entendimento da diversidade de modos, métodos e estratégias a serem utilizadas dependendo de como a interpretação se apresentar nas mais diferentes circunstâncias e conjunturas apresentadas.

Os cursos de formação de intérpretes em área médica ainda são raros no Brasil; no entanto, algumas tentativas isoladas de formar tais profissionais estão em curso. Podemos elencar dois cursos: o curso pioneiro de Interpretação em Cenários Médicos, da Associação Alumni, de São Paulo, ministrado pela autora da tese, e que tem por objetivo preparar o candidato para prestar o exame nos Estados Unidos, se assim o desejar.

O curso está dividido em dois módulos, com duração total de 40 horas – atendendo o requisito mínimo de duração tanto do CCHI quanto do NBCMI. No entanto, para se matricular no curso, o(a) candidato(a) necessita comprovar proficiência em língua inglesa através de entrevista conduzida pela associação.

Figura 17– Folheto do curso de Interpretação em Cenários Médicos da Associação Alumni

INTERPRETAÇÃO EM CENÁRIOS MÉDICOS

DESCUBRA OS SEGREDOS DE SER INTÉRPRETE NA ÁREA MÉDICA

O curso de Interpretação em Cenários Médicos da Alumni busca desenvolver habilidades teóricas e práticas de *Sight Translation*, de interpretação consecutiva e simultânea em diferentes situações clínicas a partir do estudo da terminologia de área médica, assim como a análise do código de conduta do intérprete médico.

ÚNICO CURSO NO BRASIL COM 40H, CARGA HORÁRIA MÍNIMA SOLICITADA NOS EUA PARA FAZER O EXAME OFICIAL PARA SE TORNAR INTÉRPRETE MÉDICO.

- INÍCIO: 19/MAI**
- HORÁRIO: DAS 8H30 ÀS 12H30**
- PROFESSORA: PATRÍCIA GIMENEZ CAMARGO**
- 9 AULAS DE 4H AOS SÁBADOS + 4H DE TRABALHO DIRIGIDO**

REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO:
INGLÊS A PARTIR DO NÍVEL "UPPER INTERMEDIATE"

MATRICULE-SE JÁ!

11 5644-9700 | alumni.org.br

alumni
best in class

Fonte: Associação Alumni

Outro curso de interpretação na área de saúde é oferecido pela I2B. O curso é oferecido on-line, com duração de 42 horas. Para acesso ao curso, o(a) candidato (a) também precisa comprovar proficiência em língua inglesa.

O cronograma das aulas oferece uma introdução à interpretação da área médica, conforme elencado abaixo:

Tabela 21- Cronograma aulas – i2B

Interpretação Comunitária e Orientações sobre o curso
O que é interpretação médica?
O cenário: comparando sistemas de saúde, culturas e legislação. Papel e protocolos do intérprete
Interpretação consecutiva para cenários médicos
Tomada de notas na interpretação em cenários médicos
Código de ética e tomada de decisão ética
Comunicação e competência intercultural
Interpretação simultânea para cenários médicos
Tradução à prima vista em cenários médicos
Doenças, exames e tratamentos
Mercado e tecnologia: ferramentas, recursos, interpretação remota

Fonte: i2B

Avaliando o pré-requisito de proficiência em língua inglesa, presente nos dois cursos citados, concluímos que eles não atendem completamente aos intérpretes *ad hoc*, que já atuam nos hospitais, uma vez que, conforme apurado nas entrevistas, a barreira linguística ainda é um dos percalços a serem vencidos por eles.

Portanto, os cursos existentes no Brasil atualmente visam a atender os profissionais que dominam e trabalham com um idioma estrangeiro. Ademais, temos os intérpretes *ad hoc*, que, em sua maioria, não dominam o idioma estrangeiro. Não obstante, é a partir do contato com esses profissionais que ocorre a inserção do paciente na área de saúde brasileira, tanto na saúde pública quanto na saúde privada.

Desenhar e oferecer um curso que capacite o intérprete *ad hoc* ou não profissional pode ser um meio de preservar vidas, de ofertar um melhor atendimento na área da saúde e de permitir um melhor posicionamento do Brasil nos rankings internacionais

de turismo de saúde, uma vez que a barreira linguística é fator determinante para a escolha do destino quando se trata de turismo de saúde.

A escolha pela nomenclatura “cenários médicos” se deu devido ao nosso entendimento da diversidade de modos, métodos e estratégias a serem utilizadas dependendo de como a interpretação se apresenta nas mais diferentes circunstâncias e conjunturas.

5.4 O ensino da interpretação em cenários médicos

A interpretação em cenários médicos, está situada, como já vimos anteriormente, no guarda-chuva da interpretação comunitária.

A fim de desenvolvermos um curso de interpretação em cenários médicos, precisamos relembrar os princípios da interpretação comunitária. De acordo com Hrehovčík (2017), a interpretação comunitária difere dos outros tipos de interpretação, pois “há (a) diferentes objetivos, (b) diferentes tipos de pessoas envolvidas, (c) diferentes números de interlocutores, (d) uso de diferentes discursos, (e) modos diferentes de interpretação e (f) diferenças na direcionalidade ao interpretar”.⁶¹

O intérprete precisa dominar as línguas de trabalho, bem como os objetivos do evento comunicativo, o trabalho com mais de dois interlocutores (é bastante comum que o intérprete esteja frente à família ou ao acompanhante do paciente), os modos e métodos de interpretação e, além disso, a troca de direção a todo momento. Cumpre salientar que o intérprete atuará interpretando todos os participantes do evento comunicativo (médico, paciente, acompanhantes e profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento). Situação análoga acontece no tribunal, quando o intérprete interpreta o juiz, a testemunha, o advogado, o promotor e o réu.

Hrehovčík (2017, p.161) segue discutindo as habilidades necessárias ao intérprete comunitário:

⁶¹ there are (a) different objectives, (b) different types of parties involved, (c) different number of parties, (d) different discourse used, (e) different mode of interpreting, and (f) differences in the directionality of interpreting.

Da mesma forma que outros profissionais que trabalham na indústria da interpretação, a competência do intérprete comunitário deve incluir habilidades, tais como: (a) a habilidade de interpretar uma mensagem de um idioma em outro, de acordo com o modo de interpretação adequado; (b) habilidade de compreender a mensagem original e entregá-la na língua de chegada sem omissões, adições e distorções; inclui, ainda (c) o conhecimento/consciência do papel do intérprete no evento comunicativo. Do ponto de vista das habilidades envolvidas, o intérprete comunitário faz uso de habilidades de interpretação, conhecimentos linguísticos, conhecimentos técnicos e de pesquisa e conhecimentos interpessoais.⁶²

As habilidades citadas por Hrehovčík podem auxiliar no levantamento do perfil desejado do intérprete comunitário, conduzindo ao delineamento do currículo do curso de formação, que é objeto desta tese.

Assim, o currículo de um curso de formação deverá abranger os pontos acima citados, a fim de preparar o intérprete para sua incursão na área da saúde.

5.4.1 Desenvolvendo um currículo de formação do intérprete comunitário em cenários médicos

O desenvolvimento de um currículo de curso deve considerar o público-alvo, suas necessidades e o delineamento dos componentes e elementos básicos, que permitirão o desenvolvimento de habilidades e competências inerentes à formação que se pretende propor.

Ao propormos um currículo básico de formação do intérprete comunitário em cenários médicos, porém adaptado às necessidades locais, atentamos para uma questão fundamental na literatura de interpretação – o conhecimento de pelo menos duas línguas de trabalho, para que a interpretação possa ocorrer de forma fluida, atendendo ao propósito comunicativo que dela se espera.

⁶² Similarly to other professionals working in the interpretation industry, the community interpreter's competence should comprise such abilities as (a) the ability to translate a message from one language to another in the applicable mode; (b) the ability to assess and comprehend the original message and render it in the target language without omissions, additions or distortions, and it also includes (c) the knowledge/awareness of the interpreter's own role in the interpreting encounter. From the point of view of the skills involved, community interpreting is making use of interpreting skills, linguistic skills, research and technical skills, and interpersonal skills.

Após as entrevistas e discussões apresentadas no capítulo quatro, podemos afirmar que o atual estágio de desenvolvimento da interpretação em cenários médicos, nos grandes hospitais pesquisados, em São Paulo, infringe a questão fundamental do amplo conhecimento e domínio de, pelo menos, dois idiomas.

Desta forma, para que possamos apresentar a proposta de um currículo de formação do intérprete comunitário em cenários médicos, devemos considerar o domínio de um idioma estrangeiro como condição básica para a formação de intérpretes. Anderman (1998, p. 5), ao discutir o ensino de tradução para alunos linguisticamente não proficientes, afirma que talvez seja o caso de “tentar fazer com que corram antes de poderem andar”⁶³. Embora pareça incomum ensinar competência tradutória a alunos linguisticamente não proficientes, há inúmeros cursos nos quais os alunos não apresentam completo domínio do idioma; não obstante, são apresentados ao processo de tradução em busca do desenvolvimento da competência tradutória ao mesmo tempo em que desenvolvem a competência linguística.

Todavia, o ensino da interpretação depende do desenvolvimento da competência linguística, uma vez que a interpretação acontece no mesmo momento em que ocorre a enunciação, sem que haja tempo disponível para a pesquisa de vocábulos, de estruturas sintáticas ou de terminologia específica da área. Gile (1995, p.186) explica que “as restrições de tempo em tradução podem ser consideradas virtualmente não existentes se comparadas às da interpretação”.⁶⁴

Para suprir a necessidade de desenvolvimento linguístico, apresentaremos dois percursos formativos: o primeiro para candidatos a intérpretes da área médica que não dominam o idioma estrangeiro; o segundo percurso atenderá aos que dominam um segundo idioma, mas que não possuem conhecimentos técnicos da interpretação na área médica, embora possam ter experiência de interpretação em eventos diversos.

A interpretação na área médica apresenta especificidades a serem conhecidas e apreendidas pelos intérpretes que desejam atuar nesse cenário; além disso, os estrangeiros, sejam eles migrantes ou refugiados têm garantido o direito à saúde. “A

⁶³ Trying to make them run before they can walk.

⁶⁴ Time constraints in translation can be considered virtually nonexistent when compared to the time constraints in interpretation.

OMS considera que os sistemas de saúde devem oferecer atenção compatível com a cultura, a língua, a idade e o sexo das pessoas.” (VENTURA, YUJRA, 2019, p. 41). A julgar pela consideração da OMS, atenção compatível com a cultura e a língua só poderá ser ofertada por meio da atuação de intérpretes.

5.4.2 PERCURSOS FORMATIVOS

Os percursos formativos que apresentaremos tencionam ser marcos iniciais de formação de intérpretes comunitários na área médica no Brasil. Algumas questões foram consideradas, sendo as principais delas as seguintes:

- Abordagens locais calcadas nas análises das respostas obtidas nas entrevistas com intérpretes não profissionais em atuação nos hospitais em São Paulo, a fim de se estabelecer um estudo de *cross fertilization*;
- Afastamento do *master apprentice model*, ao apresentarmos percursos que objetivam desenvolver habilidades e competências de avaliação da situação por parte do intérprete em relação ao melhor modo de interpretação e da melhor maneira de aplicá-lo, estabelecendo um ensino crítico;
- Delineamento de percursos formativos, que levem em consideração os conhecimentos linguísticos e/ou interpretativos dos participantes.

O maior desafio com o qual nos deparamos, ao propor os percursos formativos, foi o de adequá-los aos conhecimentos prévios dos participantes, uma vez que a decisão de como elencar pré-requisitos necessários ao intérprete em formação deve-se às necessidades apresentadas pelo mercado de trabalho no atendimento ao estrangeiro, quando do uso dos mais diversos serviços da área de saúde.

5.4.3 PERCURSO FORMATIVO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Ao conduzirmos e analisarmos as entrevistas com os profissionais da área da saúde que atuam como intérpretes não profissionais nos hospitais e demais equipamentos de saúde, concluímos que a atuação desses profissionais, ainda que informalmente, é fortalecida no ambiente de trabalho por representarem uma opção mais rápida e prática quando da chegada de um paciente não falante de língua portuguesa. No entanto, há, especialmente no serviço público de saúde, uma tentativa de ultrapassar a barreira linguística, conforme relatam Ventura e Yujra (2019) através do uso de ações específicas, tais como a democratização ao identificar profissionais bilíngues, que possam atuar no primeiro acesso ou nas urgências. Apesar da tentativa de democratização, as autoras (idem) ainda citam a necessidade de promover cursos de capacitação para os funcionários, que, pelo menos por ora, atuam informalmente nesses equipamentos.

Assim, os percursos formativos apresentados abaixo objetivam fornecer conhecimento em relação aos procedimentos linguísticos e técnicos na interpretação comunitária conduzida durante eventos comunicativos da área médica.

Os currículos dos cursos de formação oferecidos mundialmente e a pesquisa conduzida com os intérpretes que atuam em diferentes países nos levam a considerar a necessidade de estabelecer um padrão médio de conhecimento do idioma, para que seja possível aprender modos de interpretação e conduzi-los adequadamente.

Desta forma, o padrão comumente utilizado para definição de nível de idioma inglês é o *Common European Framework of Reference for Languages* (CEFR) - Quadro Europeu Comum de Referência para Línguas (CEFR). Segundo o British Council(<https://www.britishcouncil.org.br/quadro-comum-europeu-de-referencia-para-linguas-cefr>), o CEFR “É uma forma de descrever quão bem você fala e entende uma língua estrangeira, que divide o conhecimento dos alunos em três categorias, cada uma com duas subdivisões”.

Como forma de ilustrar as categorias e suas subdivisões, apresentamos o gráfico abaixo, sendo C2, o domínio pleno do idioma e A1, o nível mais básico de conhecimento do idioma.

Gráfico 8 - The CEFR Levels (Níveis CEFR)

Fonte: Council of Europe

As categorias do CEFR são:

Tabela 22 - Níveis de Proficiência CEFR (continua)**A — BÁSICO**

A1 Iniciante	É capaz de compreender e usar expressões familiares e cotidianas, assim como enunciados muito simples, que visam satisfazer necessidades concretas. Pode apresentar-se e apresentar outros e é capaz de fazer perguntas e dar respostas sobre aspectos pessoais como, por exemplo, o local onde vive, as pessoas que conhece e as coisas que têm. Pode comunicar de modo simples, se o interlocutor falar lenta e distintamente e se mostrar cooperante.
A2 Básico	É capaz de compreender frases isoladas e expressões frequentes relacionadas com áreas de prioridade imediata (p. ex.: informações pessoais e familiares simples, compras, meio circundante). É capaz de comunicar em tarefas simples e em rotinas que exigem apenas uma troca de informação simples e direta sobre assuntos que lhe são familiares e habituais. Pode descrever de modo simples a sua formação, o meio circundante e, ainda, referir assuntos relacionados com necessidades imediatas.

Tabela 22 - Níveis de Proficiência CEFR (conclusão)**B — INDEPENDENTE**

B1 Intermediário	É capaz de compreender as questões principais, quando é usada uma linguagem clara e estandardizada e os assuntos lhe são familiares (temas abordados no trabalho, na escola e nos momentos de lazer etc.). É capaz de lidar com a maioria das situações encontradas na região onde se fala a língua-alvo. É capaz de produzir um discurso simples e coerente sobre assuntos que lhe são familiares ou de interesse pessoal. Pode descrever experiências e eventos, sonhos, esperanças e ambições, bem como expor brevemente razões e justificações para uma opinião ou um projeto.
B2 Usuário Independente	É capaz de compreender as ideias principais em textos complexos sobre assuntos concretos e abstratos, incluindo discussões técnicas na sua área de especialidade. É capaz de comunicar com certo grau de espontaneidade com falantes nativos, sem que haja tensão de parte a parte. É capaz de exprimir-se de modo claro e pormenorizado sobre uma grande variedade de temas e explicar um ponto de vista sobre um tema da atualidade, expondo as vantagens e os inconvenientes de várias possibilidades.

C — PROFICIENTE

C1 Proficiência operativa eficaz	É capaz de compreender um vasto número de textos longos e exigentes, reconhecendo os seus significados implícitos. É capaz de se exprimir de forma fluente e espontânea sem precisar procurar muito as palavras. É capaz de usar a língua de modo flexível e eficaz para fins sociais, académicos e profissionais. Pode exprimir-se sobre temas complexos, de forma clara e bem estruturada, manifestando o domínio de mecanismos de organização, de articulação e de coesão do discurso.
C2 Domínio Pleno	É capaz de compreender, sem esforço, praticamente tudo o que ouve ou lê. É capaz de resumir as informações recolhidas em diversas fontes orais e escritas, reconstruindo argumentos e fatos de um modo coerente. É capaz de se exprimir espontaneamente, de modo fluente e com exatidão, sendo capaz de distinguir finas variações de significado em situações complexas.

Fonte: Council of Europe

Uma análise detalhada das categorias, permite-nos reconhecer que para uma interpretação eficaz nos contextos médicos, o falante deveria, ao menos, apresentar um nível de B2; aferimos ser este o nível desejado, pois em sua discriminação temos:

É capaz de compreender as ideias principais em textos complexos sobre assuntos concretos e abstratos, incluindo discussões **técnicas na sua área de especialidade**. É capaz de comunicar com certo grau de espontaneidade com falantes nativos, sem que haja tensão de parte a parte. É capaz de exprimir-se de modo claro e pormenorizado sobre uma grande variedade de temas e explicar um ponto de vista sobre um tema da atualidade, expondo as vantagens e os inconvenientes de várias possibilidades. [grifo nosso]

Compreender discussões técnicas em sua área de especialidade (no caso de profissionais da assistência médica) será o dia a dia do intérprete, mesmo o do intérprete não profissional. A julgar pelas entrevistas com os intérpretes não profissionais conduzidas e apresentadas no Capítulo 4, podemos afirmar que a maioria dos intérpretes entrevistados não alcançou o nível desejado de fluência - fato que indica a necessidade da inclusão de aulas de idioma durante o percurso formativo.

Para início do curso de formação em interpretação em contextos médicos, indicamos o teste de nível de idioma, baseado no CEFR. Caso o futuro intérprete não alcance o nível de proficiência mínimo desejado, deverá receber instrução no idioma inglês a fim de aprender o idioma para fins profissionais e, ao mesmo tempo, aprender conceitos de interpretação. Ensinar inglês para fins médicos poderá não solucionar, e, eventualmente, ainda agravar a situação hoje apresentada. Conforme estudo de ensino de Espanhol para fins médicos, apresentado por Diamond e Jacob (2010), apurou-se que tais cursos podem contribuir para o aumento da dificuldade na comunicação, uma vez que dá uma falsa impressão de confiança no uso da língua pelos profissionais.

A tabela abaixo apresenta aspectos de qualidade da performance comunicativa requerida no uso da língua inglesa, de acordo com os níveis apresentados pelo CEFR podendo servir de parâmetro para o formador que ministrará as aulas de idioma, com o intuito de permitir ao futuro intérprete alcançar o nível desejado e mantê-lo ao longo de sua prática profissional:

Tabela 23– Aspectos qualitativos no uso da língua falada (continua)

Nível	Compreender		Falar		Escrever
	Compreensão auditiva	Compreensão de leitura	Interação oral	Expressão oral	Expressão escrita
A1	Reconheço palavras e expressões muito básicas que se usam habitualmente, relativas a mim mesmo, à minha família e ao meu ambiente imediato quando se fala devagar e com clareza.	Compreendo palavras e nomes conhecidos e frases muito simples, por exemplo, aquelas em letreiros, cartazes e catálogos.	Posso participar numa conversação de forma simples, sempre que a outra pessoa esteja disposta a repetir o que disse ou a dizê-lo com outras palavras e a uma velocidade mais lenta, e me ajudar a formular o que estou tentando dizer. Eu faço e respondo perguntas simples sobre temas de necessidade imediata ou assuntos muito habituais.	Utilizo expressões e frases simples para descrever o lugar onde vivo e as pessoas que conheço.	Eu sou capaz de escrever postais curtos e simples, por exemplo para enviar parabéns. Sei preencher formulários com dados pessoais, por exemplo, o meu nome, a minha nacionalidade e a minha morada no formulário de registro do hotel.
A2	Compreendo frases e o vocabulário mais habitual sobre temas de interesse pessoal (informação pessoal e familiar muito básica, compras, local de residência, emprego). Sou capaz de captar a ideia principal de avisos e mensagens breves, claras e simples.	Sou capaz de ler textos muito breves e simples. Sei encontrar informação específica e previsível em escritos simples e quotidianos, como anúncios publicitários, prospectos, menus e horários e compreendo cartas pessoais breves e simples.	Posso comunicar-me em tarefas simples e habituais que requerem um intercâmbio simples e direto de informação sobre atividades e assuntos quotidianos. Sou capaz de realizar intercâmbios sociais muito breves, embora, geralmente, não possa compreender o suficiente para manter a conversação por mim mesmo.	Utilizo uma série de expressões e frases para descrever, com termos simples, a minha família e outras pessoas, as minhas condições de vida, a minha origem educativa e o meu trabalho atual ou o último que tive.	Sou capaz de escrever notas e mensagens breves e simples relativas às minhas necessidades imediatas. Posso escrever cartas pessoais muito simples, por exemplo agradecendo algo a alguém.

Tabela 23– Aspectos qualitativos no uso da língua falada (continua)

B1	<p>Compreendo as ideias principais quando o discurso é claro e normal e se tratam assuntos quotidianos que têm lugar no trabalho, na escola, durante o tempo de ócio etc.</p> <p>Compreendo a ideia principal de muitos programas de rádio ou televisão que tratam temas atuais ou assuntos de interesse pessoal ou profissional, quando a articulação é relativamente lenta e clara.</p>	<p>Compreendo textos escritos numa linguagem de uso habitual e quotidiano ou relacionadas com o trabalho. Compreendo a descrição de acontecimentos, sentimentos e desejos em cartas pessoais.</p>	<p>Sei desenvolver-me em quase todas as situações que se me apresentam quando viajo para onde se fala essa língua. Posso participar espontaneamente numa conversação que trate temas quotidianos de interesse pessoal ou que sejam pertinentes para a vida diária (por exemplo, família, hobbies, trabalho, viagens e acontecimentos atuais).</p>	<p>Sei relacionar frases de maneira simples com o fim de descrever experiências e fatos, meus sonhos, esperanças e ambições. Posso explicar e justificar brevemente as minhas opiniões e projetos. Sei narrar uma história ou relato, o enredo de um livro ou filme e posso descrever as minhas reações.</p>	<p>Sou capaz de escrever textos simples e bem relacionados sobre temas que são conhecidos por mim ou de interesse pessoal. Posso escrever cartas pessoais que descrevam experiências e impressões.</p>
B2	<p>Compreendo discursos e conferências extensas e inclusive sigo linhas argumentais complexas sempre que o tema seja relativamente bem conhecido. Compreendo quase todas as notícias na televisão e os programas sobre temas atuais. Compreendo a maioria dos filmes que são falados num nível de linguagem padrão.</p>	<p>Sou capaz de ler artigos e reportagens relacionadas com problemas contemporâneos em que os autores adotam posturas ou pontos de vista concretos. Compreendo a prosa literária contemporânea.</p>	<p>Posso participar numa conversação com certa fluência e espontaneidade, o que possibilita a comunicação normal com falantes nativos. Posso tomar parte ativa em debates desenvolvidos em situações quotidianas, explicando e defendendo os meus pontos de vista.</p>	<p>Apresento descrições claras e detalhadas de uma ampla série de temas relacionados com a minha especialidade. Sei explicar um ponto de vista sobre um tema expondo as vantagens e desvantagens de várias opções.</p>	<p>Sou capaz de escrever textos claros e detalhados sobre uma ampla série de temas relacionados com os meus interesses. Posso escrever redações ou relatórios transmitindo informação ou propondo motivos que apoiem ou refutem um ponto de vista concreto. Sei escrever cartas que destacam a importância que lhes dou a determinados fatos e experiências.</p>

Tabela 23– Aspectos qualitativos no uso da língua falada (conclusão)

C1	<p>Compreendo discursos extensos inclusive quando não estão estruturados com clareza e quando as relações estão apenas implícitas e não são declaradas explicitamente.</p> <p>Compreendo sem muito esforço os programas de televisão e os filmes.</p>	<p>Compreendo textos longos e complexos de carácter literário ou baseados em fatos, apreciando distinções de estilo.</p> <p>Compreendo artigos especializados e instruções técnicas longas, mesmo que não estejam relacionadas com a minha especialidade.</p>	<p>Expresso-me com fluidez e espontaneidade sem ter que procurar de forma muito evidente as expressões adequadas. Utilizo a linguagem com flexibilidade e eficácia para fins sociais e profissionais. Formulo ideias e opiniões com precisão e relaciono as minhas intervenções habilmente com as de outros falantes.</p>	<p>Apresento descrições claras e detalhadas sobre temas complexos que incluem outros temas, desenvolvendo ideias concretas e terminando com uma conclusão apropriada.</p>	<p>Sou capaz de me expressar em textos claros e bem estruturados, expondo pontos de vista com alguma extensão. Posso escrever sobre temas complexos em cartas, redações ou relatórios, destacando o que considero que são os aspectos importantes. Selecciono o estilo apropriado para os leitores a quem os meus escritos são endereçados, inclusive posso estar na capacidade de me candidatar a um emprego.</p>
C2	<p>Não tenho nenhuma dificuldade para compreender qualquer tipo de linguagem falada, tanto em conversações ao vivo como em discursos retransmitidos, mesmo que se produzam a uma velocidade de falante nativo, sempre que tenha tempo de me familiarizar com o sotaque.</p>	<p>Sou capaz de ler com facilidade praticamente todas as formas de linguagem escrita, incluindo textos abstratos estruturalmente ou linguisticamente complexos, como manuais, artigos especializados e obras literárias.</p>	<p>Tomo parte sem esforço em qualquer conversação ou debate e conheço bem modismos, frases feitas e expressões coloquiais. Expresso-me com fluidez e transmito nuances sutis de sentido com precisão. Se tenho um problema, disfarço a dificuldade com tanta discrição que os outros dificilmente reparam.</p>	<p>Apresento descrições ou argumentos de forma clara e fluída e com um estilo que é o adequado ao contexto e com uma estrutura lógica e eficaz que ajuda o ouvinte a fixar-se nas ideias importantes e a recordá-las.</p>	<p>Sou capaz de escrever textos claros e fluídos num estilo apropriado. Posso escrever cartas, relatórios ou artigos complexos que apresentam argumentos com uma estrutura lógica e eficaz que ajuda o ouvinte a fixar-se nas ideias importantes e a recordá-las. Escrevo resumos e resenhas de obras profissionais ou literárias.</p>

Fonte: Council of Europe

Há muitos outros exames de idiomas que podem ser utilizados para nivelamento em idiomas. Como optamos por estudar e apresentar o mercado americano de

interpretação da área médica, julgamos por bem discutir a correlação entre o CEFR e o exame de idiomas mais difundidos nos Estados Unidos da América: o TOEFL iBT- Teste de Inglês como Língua Estrangeira.

Apesar de o TOEFL iBT ser um teste de língua inglesa, uma pontuação não define o nível de proficiência. Segundo Tannenbaum & Cho (2014) “uma forma de relacionar a pontuação em um teste com critérios [de nível de língua] é mapear (associações ou links) os resultados dos testes com descrições dos níveis de proficiência linguística”⁶⁵, por esta razão há inúmeros estudos sobre a correlação entre o resultado do TOEFL e as descrições dos níveis do CEFR, conforme podemos ver abaixo:

Tabela 24 - Comparação entre avaliação - CEFR e TOEFL

CEFR level	Reading (0–30)	Listening (0–30)	Speaking (0–30)	Writing (0–30)	Total (0–120)
C1 ou acima	24	22	25	24	95
B2	18	17	20	17	72
B1	4	9	16	13	42
A2	n/a	n/a	10	7	n/a

Fonte: <https://www.ets.org/toefl/institutions/scores/compare/>

Infere-se que o candidato deva, ao menos, alcançar a pontuação indicada para o nível B2 ao realizar o teste TOEFL iBT.

Para outros idiomas, que não o inglês, será necessário avaliar o nível de uso de língua falada exigido ou estabelecido por pesquisas de tal natureza. Há, inclusive, a condição de estrangeiros morando no Brasil, e que possuem o idioma inglês (no caso do presente estudo) como língua nativa; nesses casos, o teste de nível linguístico deverá ser realizado em português, tendo no CELPE-BRAS a fonte mais conhecida e utilizada.

⁶⁵ One way to relate test scores to criteria is to map (i.e., associate or link) test scores with descriptions of levels of language proficiency.

O Celpe-Bras tem como principal finalidade possibilitar a Certificação de Proficiência em Língua Portuguesa. É desenvolvido e outorgado pelo Ministério da Educação (MEC), sendo o único certificado de proficiência em Português como língua estrangeira reconhecido oficialmente pelo governo do Brasil. (Diário Oficial da União)

O exame tem uma parte escrita, que avalia a compreensão oral e escrita e a produção redigida em língua portuguesa; e uma parte oral (interação face a face), que avalia o desempenho na compreensão e nas produções orais da língua. (Fonte: INEP).

A divisão entre a parte escrita e a parte oral é assim apresentada:

A Parte Escrita é composta por quatro tarefas de produção textual que abrangem mais de um componente ou habilidade de uso da Língua Portuguesa e que exigem do participante registro escrito em Língua Portuguesa, a partir de insumos diversificados. (DOI, 15/03/2019)

A proficiência é avaliada a partir do desempenho do participante nas duas partes do exame. Isso inclui práticas de uso da língua portuguesa que possam ocorrer no cotidiano de um estrangeiro que pretende interagir em português, no Brasil. Em relação aos níveis de proficiência, eles estão ajustados da seguinte forma:

Tabela 25– Níveis CELPE-BRAS

Nível	Pontuação
Avançado Superior	4,26 a 5,00
Avançado	3,51 a 4,25
Intermediário Superior	2,76 a 3,50
Intermediário	2,00 a 2,75
Sem Certificação	0,00 a 1,99

Fonte: DOI

Cada um dos níveis possui uma característica (conforme indicado no site oficial do exame), que podemos aferir abaixo:

Intermediário - evidencia domínio operacional parcial da Língua Portuguesa, demonstrando ser capaz de compreender e produzir textos orais e escritos sobre assuntos limitados, em contextos conhecidos e situações do cotidiano, podendo apresentar inadequações e interferências da língua materna e/ou de outra(s) língua(s)

estrangeira(s) mais frequentes em situações desconhecidas, não suficientes, entretanto, para comprometer a comunicação.

Intermediário Superior - preenche as características descritas no nível intermediário, mas com inadequações e interferências da língua materna na pronúncia e na escrita menos frequentes do que naquele nível.

Avançado - evidencia domínio operacional amplo da Língua Portuguesa, demonstrando ser capaz de compreender e produzir de forma fluente, textos orais e escritos sobre assuntos variados em contextos conhecidos e desconhecidos, podendo apresentar inadequações ocasionais principalmente em contextos desconhecidos, não suficientes, entretanto, para comprometer a comunicação.

Avançado Superior - preenche todos os requisitos do nível avançado, mas com inadequações na produção escrita e oral menos frequentes do que naquele nível.

De mesma forma, julgamos necessário um domínio ao menos avançado do idioma português para que a interpretação possa, de fato, ocorrer. Além disso, o exame CELPE-BRAS será essencial para os candidatos que possuem um idioma nativo diferente do português e, que, portanto, devem provar conhecimento do idioma português por inúmeras razões: validação de diploma, estudo em universidade brasileira e interpretação em cenários médicos.

A tabela abaixo apresenta a comparação entre os níveis indicados do CEFR e do CELPE-BRAS:

Tabela 26 - Comparação níveis indicados CEFR e CELPE-BRAS

CEFR	CELPE-BRAS
B2- Usuário Independente	Nível: Avançado
É capaz de compreender as ideias principais em textos complexos sobre assuntos concretos e abstratos, incluindo discussões técnicas na sua área de especialidade. É capaz de comunicar com certo grau de espontaneidade com falantes nativos, sem que haja tensão de parte a parte. É capaz de exprimir-se de modo claro e pormenorizado sobre uma grande variedade de temas e explicar um ponto de vista sobre um tema da atualidade, expondo as vantagens e os inconvenientes de várias possibilidades.	Evidencia domínio operacional amplo da Língua Portuguesa, demonstrando ser capaz de compreender e produzir de forma fluente, textos orais e escritos sobre assuntos variados em contextos conhecidos e desconhecidos, podendo apresentar inadequações ocasionais principalmente em contextos desconhecidos, não suficientes, entretanto, para comprometer a comunicação.

Ao analisarmos as descrições do nível nos dois exames, é possível afirmar que o domínio do idioma deve ser amplo e que a comunicação não deve ser comprometida. Comunicação eficaz para o amplo entendimento do evento comunicativo e interpretação adequada são requisitos que se esperam de um intérprete.

Caso o intérprete não alcance o nível desejado em um dos idiomas, é possível aprimora-lo ao passo que são apresentadas as técnicas de menor dificuldade na interpretação como, por exemplo, exercícios de *shadowing*⁶⁶ e *one-behind*⁶⁷, que podem auxiliar no processo de aprendizado de interpretação enquanto o idioma é desenvolvido.

Percursos formativos em língua neutra também são possíveis, com os exercícios de interpretação acontecendo em apenas uma direção; no entanto, só serão factíveis se o objetivo for ensinar apenas os modos de interpretação e o uso da interpretação em cenários médicos, sem que haja preocupação com o domínio do idioma.

5.4.4 Organização Curricular

Apresentamos abaixo os módulos do curso, divididos em duas partes: módulo de língua inglesa e módulo de interpretação.

5.4.4.1 Módulo de Língua Inglesa

Apresentamos a configuração do módulo de língua inglesa a ser cursado pelos candidatos que não comprovarem nível de idioma adequado à interpretação.

⁶⁶ Shadowing é uma técnica que envolve a vocalização imediata de estímulos auditivos recebidos. (Lambert, 1992, p. 266)

⁶⁷ One-behind envolve a repetição das palavras com intervalos maiores ao ouvir frases ou trechos de textos orais.

Tabela 27 - Módulo de Língua Inglesa- Formação de Intérpretes

MÓDULO LÍNGUA INGLESA	Desenvolvimento de competência linguística em nível B2 do CEFR para área médica
Terminologia para intérpretes	Formação de Palavras Anatomia Sistema Circulatório Sistema Nervoso Sistema Digestório Sistema Respiratório Sistema Urinário Sistema Reprodutor
Conversação	Expressar ponto de vista Conceder explicações detalhadas Iniciar discursos e discussões Expressar opiniões
Gramática para Intérpretes	Revisão de funções morfológicas das palavras <i>Collocations</i> específicas da área médica Gramática contrastiva- PTb<>EM
Técnicas de Leitura em Língua Inglesa	Scanning Skimming Identificação de palavras-chave

O presente módulo será oferecido somente aos intérpretes em formação que não tenham alcançado o desenvolvimento adequado do idioma; dependendo da competência linguística demonstrada pelo futuro intérprete, é possível cursar os módulos de língua inglesa e de interpretação concomitantemente.

Outra questão a ser discutida é a duração do módulo - sabemos que o aprendizado de idiomas pode variar em relação ao tempo, além disso dependerá muito do aprendiz para que o desenvolvimento e o aprendizado aconteçam mais rapidamente.

5.4.4.2 Módulo de Interpretação

O currículo do módulo de interpretação poderá ser oferecido aos candidatos que comprovarem domínio do idioma ou candidatos que atuam como intérpretes, mas não possuem experiência em interpretação em cenários médicos ou interpretação comunitária.

Tabela 28 – Módulo Interpretação Médica – Formação de Intérpretes (continua)

MÓDULO – INTERPRETAÇÃO	Desenvolvimento de competência de interpretação em diferentes cenários médicos a partir do ensino de modos e métodos de interpretação
Introdução à interpretação Comunitária em Cenários Médicos	Conceitos básicos de interpretação em cenários médicos: modos e métodos de interpretação
Terminologia médica e tecnologia para intérpretes	Terminologia médica para intérpretes: Pesquisa terminológica e expansão lexical em área médica para interpretação
Papel do intérprete da área médica	Diferentes papéis desempenhados pelo intérprete da área médica

Tabela 28 – Módulo Interpretação Médica – Formação de Intérpretes (continua)

Direitos Humanos e Atendimento básico de saúde	Visão acerca dos direitos humanos e sua relação com o atendimento básico de saúde
Instituições Públicas e Privadas de promoção da saúde	As instituições públicas e privadas de promoção da saúde – aspectos funcionais e de funcionamento
Imigrantes e Refugiados	Aspectos socioculturais da interpretação para imigrantes e refugiados
<i>Sight Translation</i> para intérpretes	<i>Sight Translation</i> na área médica – conceitos e prática
Interpretação por Telefone e por Videoconferência na área médica	Interpretação por telefone e por videoconferência – conceitos e prática
Interpretação Consecutiva para Intérpretes	Interpretação em consultas médicas – teoria e prática
Interpretação Simultânea para intérpretes em cenários médicos	Teoria da Interpretação - Interpretação Simultânea sem equipamentos Prática de Interpretação em emergências (pronto atendimento e catástrofes)
Interpretação em contextos especiais de atendimento médico	Interpretação em Saúde Mental: conceitos e funcionalidades
Interpretação em contextos especiais de atendimento médico	Interpretação em Saúde Mental: prática

Tabela 28 – Módulo Interpretação Médica – Formação de Intérpretes (conclusão)

Ética em interpretação em cenários médicos	Questões de ética em interpretação em cenários médicos Discussão de casos
Códigos de conduta para intérpretes	Análise de códigos de conduta da interpretação de área médica – reflexão sobre necessidades locais Discussão e estudo de caso baseados nos códigos de conduta existentes

O módulo de interpretação será cursado em 56 horas, número de horas superior ao mínimo exigido, que é de 40 horas. Ao final do curso, haverá uma avaliação, com duração de quatro horas, voltada para a interpretação da área médica, avaliando os modos de interpretação e a capacidade de comunicação do intérprete em formação em relação aos termos da área.

Desta forma, será possível verificar o desempenho do intérprete na área médica e sua atuação em relação aos conceitos de ética e de padrões de boas práticas nas atividades de interpretação.

5.4.4.3 Idiomas e a Formação de Intérpretes Comunitários em Cenários Médicos

Os mais variados idiomas se fazem presentes na interpretação em cenários médicos na cidade de São Paulo, alguns indicadores que corroboram tal afirmação estão presentes no documento da Prefeitura de São Paulo que apresentamos no primeiro capítulo. Relembremos as nacionalidades citadas no documento – alemães, argentinos, haitianos, himalaio, italianos, iugoslavos, japoneses, libaneses, paquistaneses, peruanos, poloneses, romenos e sírios - para prosseguirmos com as discussões a respeito dos idiomas a serem empregados na interpretação em cenários médicos.

Idealmente a interpretação deve ocorrer na língua nativa do paciente. No entanto, sabemos que no Brasil nem sempre teremos a interpretação disponível em todos os idiomas acima citados.

Através das entrevistas conduzidas para a presente tese, percebemos que o inglês é a língua mais utilizada, desta forma, a língua inglesa é utilizada como uma língua franca, cuja definição segundo o dicionário Priberam (on-line) é:

Sistema de comunicação usado para estabelecer relações comerciais ou para comunicações básicas, numa comunidade em que coexistem duas ou mais línguas.

Apesar de a possibilidade de alguma comunicação ser estabelecida, haverá sempre o risco de mal-entendidos e de a comunicação não ocorrer completamente. A literatura e as pesquisas em interpretação da área médica indicam que haja uma língua nativa em comum.

Meuter, Gallois e Hocking (2015) conduziram um estudo em que a comunicação acontecia na língua nativa do paciente e em uma língua franca. Após o estudo, concluíram que para dirimir a barreira linguística, o primeiro passo é saber quando o problema de falta de atendimento linguístico acontecerá. No caso do Brasil o problema já acontece, uma vez que os estrangeiros buscam atendimento tanto na rede pública quanto na rede particular.

No entanto, o estudo mostrou-se inconclusivo e alertou para o fato de que novos métodos de pesquisa devem ser desenvolvidos a fim de se compreender a interpretação em língua franca e como esta poderá colaborar no atendimento aos pacientes.

Temos consciência da dificuldade em prover atendimento em todos os idiomas citados na realidade brasileira. Assim, cursos de formação em língua inglesa (por ser uma língua franca) e em língua espanhola (devido ao alto número de imigrantes) são altamente necessários. Há, por outro lado, a questão da interpretação em idiomas raros e língua indígena, que possuem larga demanda no Brasil. Há de se pensar em programas específicos para tais realidades em pesquisas adicionais.

O percurso por nós apresentado compreende a língua inglesa como língua de interpretação. Conforme ressaltado quando da apresentação do currículo, existe a possibilidade de fornecer curso de idiomas neutro; este oferecimento só é salutar quando não há preocupação com o nível de idioma do futuro intérprete, servindo perfeitamente bem em situações em que o intérprete tem domínio do idioma, mas desconhece as técnicas de interpretação. Em países em que a interpretação é um campo de trabalho fecundo, pessoas com formação em área médica (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas), por ocasião de mudança de seus países de origem, migram para a interpretação ou trabalham com interpretação antes de conseguirem validar seus diplomas e se estabelecer nas carreiras de formação. A situação apresentada poderá acontecer no Brasil se tivermos políticas públicas vigentes de interpretação em cenários médicos. Para esses profissionais, somente o módulo de interpretação suprirá as necessidades, caso a fluência no idioma português não seja uma barreira.

De mesma forma como apresentado para o inglês, é possível avaliar a fluência e o nível adquirido por candidatos de outros idiomas tendo por base exames do idioma em questão. O ponto a ser discutido é que a avaliação do nível de idioma ocorra de fato, que nos afastemos apenas da declaração do candidato ou do colaborador ao seu empregador. A partir das entrevistas e das pesquisas a respeito de aprendizado de idiomas, sabemos que a declaração por parte do falante, na maioria das vezes, não reflete a realidade.

Nas entrevistas conduzidas para a presente tese, vários entrevistados declararam não ter domínio do idioma, apesar de interpretarem nos hospitais e clínicas em que trabalham. Ainda, mais de um entrevistado citou haver uma lista disponível no hospital de idiomas falados pelos colaboradores; a lista, no entanto, é elaborada a partir da informação do próprio colaborador ao ser admitido para a função que exerce nas instituições.

A princípio apontamos exames de idioma consolidados (TOEFL, CELPE-BRAS) e uma escala de nível de idioma (CEFR) como instrumentos para a análise e validação do nível de idioma para candidatos ao curso de interpretação em cenários médicos. Uma opção futura factível seria a criação de exames de idiomas apropriados ao campo em questão. Não apresentaremos um exame padrão nesta tese, pois a criação de

testes de idiomas demanda tempo de maturação e testes pilotos para que sua eficácia possa ser comprovada.

Para além da discussão sobre os idiomas de trabalho do intérprete e de seu nível de proficiência, há a questão do conhecimento cultural, que influencia no desenvolvimento de uma língua.

Ao discutirmos a interpretação em cenários médicos, devemos lembrar de que a cultura tem papel fundamental e impacta a comunicação. Uma das funções do intérprete é reconhecer aspectos culturais, problemas relacionados a certos procedimentos (que podem ofender o paciente, p.ex.: questões religiosas e sociais), questões sensíveis e atitudes relacionadas aos hábitos culturais. Ao reconhecer tais indicadores, o intérprete poderá oferecer uma interpretação de qualidade aos participantes do evento comunicativo.

Além disso, o reconhecimento dos aspectos culturais por parte do intérprete poderá solucionar mal-entendidos e/ou dificuldades na comunicação. Para tal, o intérprete deverá flutuar entre os possíveis papéis a serem desempenhados durante a interpretação. A escolha de um termo adequado, a indicação de como as instituições funcionam, a explicação detalhada de um procedimento ou até mesmo um alerta emitido para a equipe médica sobre um hábito cultural podem oferecer uma precisão maior na comunicação e impactar o diagnóstico de forma positiva.

Ao emitir uma nota cultural à equipe médica (por exemplo, indicando que é comum na cultura do paciente a ingestão de preparados de erva como remédio), o intérprete pode auxiliar no diagnóstico ou ao menos alertar a equipe médica de possíveis interações medicamentosas.

Na função de *advocacy*, o intérprete pode solicitar que o(a) paciente seja atendido(a) por profissional da saúde do mesmo sexo, quando questões religiosas representam uma barreira.

Entendemos que não basta dominar o código de uma língua para afirmarmos que temos um intérprete naquele idioma, é necessário que o intérprete caminhe em direção ao conhecimento da cultura, de como as instituições funcionam e de hábitos culturais e sociais para que preste um atendimento linguístico adequado e integral.

5.4.4.4 As modalidades do curso de formação de interpretação em cenários médicos

O curso de formação de intérpretes em cenários médicos poderá ser oferecido em três modalidades diferentes, a saber, presencial, a distância ou híbrida (parte presencial e parte a distância).

Para a oferta do curso na modalidade presencial, será necessária uma sala de aula equipada com projetor multimídia e sistema de som integrado. A qualidade de áudio deve ser observada, uma vez que haverá exercícios de interpretação consecutiva e simultânea durante o curso. A parte prática deve ocorrer a partir de exemplos reais de interpretação em cenários médicos; é relevante que os intérpretes em formação sejam expostos a diálogos reais, com emprego de terminologia de difícil solução, fazendo com que a prática reflita devidamente o ambiente de trabalho.

Dada a grande extensão territorial do Brasil e a demanda descentralizada (o estudo abrangeu somente a cidade de São Paulo), é possível oferecer o curso a distância desde que momentos síncronos sejam contemplados no curso. Os momentos síncronos têm como propósito a prática deliberada - prática de interpretação em cenários médicos através de atividades escritas e orais elaboradas para tal fim. (p.ex.: *sight translation*, *shadowing*, interpretação consecutiva e simultânea) com *feedback* ofertado pelo professor a cada tarefa realizada.

Igualmente como acontece nos cursos presenciais, o *feedback* também poderá ocorrer entre os pares (*peer feedback*). Ao fornecer *feedback* ao colega, o futuro intérprete terá oportunidade de perceber os pontos deficitários em sua prática e ajustá-los ao longo do curso.

Para que a interação seja possível, o uso de plataformas digitais é altamente recomendado. Caberá ao instituto promotor do curso ou ao professor responsável selecionar o melhor meio para que a comunicação aconteça de forma integral. Plataformas como o zoom.us (<https://zoom.us/join?zcid=3172>), apenas para citar um exemplo, permitem a conexão de grupos de pessoas interagindo ao mesmo tempo e podem representar um meio digital adequado para o curso em questão.

Na modalidade híbrida (parte presencial e parte a distância), recomenda-se que a teoria de interpretação em cenários médicos seja ofertada a distância, preservando os encontros presenciais para a prática. O número de alunos por turma não deve ser

grande, Niska, em seu artigo *Training interpreters: Programmes, curricula, practices* (2005) alertou que, em condições ótimas, o ideal é ter de oito a doze alunos os encontros presenciais para práticas de interpretação e sessões de *feedback*. Neste modelo, ao menos 50% (cinquenta por cento) dos encontros deverão ser presenciais. O número reduzido de alunos se justifica pela possibilidade de ampla oferta de momentos de prática de interpretação, diferentemente de cursos de tradução nos quais o número de alunos pode ser superior.

Acredita-se que o uso de plataformas digitais é uma solução dupla para o ensino de interpretação, pois o intérprete poderá aprender a interpretar e, ao mesmo tempo, se familiarizar com as novas tecnologias, que são a cada dia incorporadas ao ambiente de trabalho da interpretação. Pöchhacker (2010, p. 8) justifica

Além dos tópicos centrais relacionados ao desenvolvimento de habilidades na interpretação, existe uma ampla gama de fenômenos que surgiu com a introdução de novas tecnologias e ainda precisam ser exploradas no ambiente da sala de aula.⁶⁸

O momento atual nos mostra que instrumentalizar intérpretes para o trabalho com a tecnologia deve ser uma das preocupações durante a concepção de um curso de interpretação, uma vez que a interpretação com auxílio da tecnologia se fará cada vez mais presente.

5.4.4.5 Professores e Formadores de Intérpretes em cenários médicos

A discussão sobre quem são os formadores ideais para cursos de Tradução e Interpretação parece estar longe do fim. A interpretação ainda é ensinada em algumas instâncias a partir do *master apprentice model*, especialmente em cursos livres de interpretação.

Um dos objetivos ao introduzirmos a pesquisa era que conseguíssemos nos afastar do *master apprentice model*, a fim de propor aprendizagem que reflita os meandros

⁶⁸ In addition to such core topics relating to skill development in interpreting, there is a broad range of phenomena that have emerged with the introduction of new technologies and have yet to be explored in the classroom setting.

da prática profissional à luz da teoria de interpretação. Para tal, entendemos que deve haver uma correlação entre pesquisa e prática profissional.

Desta forma, o professor ideal seria aquele que conjugasse pesquisa e/ou formação em tradução e interpretação e prática profissional na área de interpretação médica. Os conhecimentos teóricos aliados às habilidades práticas do professor permitiriam aos alunos experienciar todas as possibilidades e desafios advindos da interpretação em diferentes cenários médicos.

Entretanto, a formação de professores para tradução e interpretação ainda não alcançou seu apogeu no Brasil. Cursos de formação de formadores em interpretação são raros em nosso país, inclusive devido à pouca pesquisa sobre formação de intérpretes desenvolvida nos programas de mestrado e doutorado, especialmente quando se trata de interpretação comunitária. Teoria e prática de interpretação parecem ser duas entidades em separado, com poucos profissionais formadores capazes de transitar entre teoria e prática de forma a tirar proveito da relação entre elas.

Ho (2015, p. 418) abordou a questão do descompasso entre formação e ensino a partir da seguinte perspectiva; “Os acadêmicos e professores de tradução e interpretação têm muito pouca ou nenhuma experiência em tradução e interpretação profissional. É difícil para eles aprofundar questões relacionadas a esse aspecto na pesquisa e no ensino.”⁶⁹

O debate sobre a formação de formadores para interpretação comunitária não é um tema novo. Stern (2012, p.328) escreveu

Contudo, a interpretação comunitária ainda carece de modelos curriculares que incorporem estratégias de ensino adequadas e componentes de competência (Campbell e Hale 2003, p. 205), e que tenham uma base acadêmica, com um componente teórico, que inclua teoria da interpretação e abordagem de base linguística (Hale 2007)⁷⁰.

⁶⁹ T&I scholars and teachers have very little or even no experience at all in professional translation and interpreting. It is hard for them to go deep into issues related to this aspect in research and teaching.

⁷⁰ However, community interpreting still lacks curriculum models which incorporate suitable teaching strategies and components of competence (Campbell and Hale 2003: 205), and which have an academic underpinning, with a theoretical component including interpreting theory and a linguistics-based approach (Hale 2007).

Niska (2005, p.48), em estudo sobre qual seria o modelo ideal de instrução em interpretação concluiu que “idealmente, no treinamento de intérpretes de conferência e de intérpretes comunitários, dois professores por par de idiomas devem estar presentes para garantir a maior qualidade possível.”⁷¹ Em seguida, admite que na maior parte dos programas, inclusive na Europa e nos Estados Unidos, isto não é exequível por questões financeiras.

A proposta de Niska (2005) é retomada em pesquisa conduzida por Rudvin e Tomassini (2011, p.113)

Embora isso nem sempre seja possível, descobrimos que a situação ideal de ensino é quando dois professores estão presentes ao mesmo tempo - um para cada idioma. As vantagens são óbvias, uma vez que os alunos ouvem e conseguem *feedback* do idioma advindos de falantes nativos em cada um dos dois idiomas. Obviamente, a principal desvantagem aqui é o custo, e para a maioria das instituições essa abordagem está além do limite de seu orçamento.⁷²

A atuação de dois professores seria o ideal para a interpretação, no entanto, fatores financeiros impedem que ocorra na maior parte das instituições. O ensino de interpretação comunitária também poderá se beneficiar da experiência e das competências de professores de outras áreas, que dominem as línguas de instrução. Profissionais da área médica poderiam assumir as aulas de terminologia, psicólogos e/ou assistentes, as aulas de ética e de imigração, apenas para fornecer alguns exemplos.

Entretanto, devemos admitir que não será possível, em todos os momentos do curso, conjugar formação teórica em tradução e interpretação e conhecimentos práticos e procedimentais da interpretação em cenários médicos em um único professor, pois

⁷¹ ideally, in both conference and community interpreter training classes, two teachers per language pair should be present to ensure the highest quality possible.

⁷² Although this is not always possible, we have found that the ideal teaching situation is when two trainers are present at the same time – one for each language. The advantages are obvious in that students hear and get language feedback from native speakers in each of the two languages. Of course, the major disadvantage here is cost, and for most institutions this approach is beyond the limit of their budget.

como afirmam Rudvin e Tomassini (2011, p.6) a maior parte dos professores não foi formado para ensinar interpretação:

Acreditamos que muitos instrutores de intérpretes, certamente nos países onde a disciplina ainda é pouco desenvolvida, se encontrem em uma situação semelhante à nossa - ou seja, a necessidade de 'se reinventarem', em passarem de professores de línguas e de formadores de tradutores e intérpretes a esta tarefa mais específica de serem formadores de intérpretes em um campo e profissão que ainda não está totalmente estabelecida em muitos países ao redor do mundo.⁷³

Desta forma, há espaço para pesquisa sobre desenvolvimento de currículos de cursos de formação de formadores para interpretação em vários níveis (graduação, pós-graduação, cursos de extensão e cursos livres) bem como em diversas áreas (médica, jurídica, educacional). Além disso, cursos em línguas minoritárias poderão ser desenvolvidos para atender às demandas globais.

5.5 CERTIFICAÇÃO INTERNACIONAL E CERTIFICAÇÃO NACIONAL

Anteriormente, nesta tese, discutimos a questão da certificação internacional de intérpretes e a forma como ocorre nos Estados Unidos da América. O teste aplicado pelos órgãos de certificação americanos leva em consideração não somente as técnicas de interpretação, mas também aspectos legais, que variam de estado para estado, uma vez que as leis também são diferentes.

O exame de certificação tem por objetivo garantir que o intérprete possua os requisitos mínimos para atuação em hospitais, clínicas, laboratórios, farmácias e demais locais que prestem atendimento aos pacientes. Para que seja aprovado no exame, o candidato precisa comprovar habilidades linguísticas (nos dois idiomas – língua inglesa e a língua para qual/da qual pretende interpretar), conhecimentos

⁷³ We believe that many interpreter trainers, certainly in those countries where the discipline is still largely undeveloped, find themselves in a similar situation to ours – namely that of having to 're-invent' themselves from being language teachers and interpreter/translator trainers to this more specific application of interpreter training in a field and profession that has not yet been fully established in many countries around the world.

procedimentais (conhecimento da profissão, ética, papel do intérprete e conhecimentos culturais), avaliados a partir de um teste escrito, com duração média de setenta e cinco minutos. As habilidades de interpretação (*sight translation* e diferentes tipos de interações orais) são verificadas através de propostas de dois textos para *sight translation* e doze diálogos a serem interpretados consecutivamente.

O candidato a intérprete deve estar bem preparado e dominar as habilidades linguísticas, os conhecimentos procedimentais e as habilidades de interpretação para que possa ser aprovado. Após sua aprovação, deverá comprovar educação continuada que justifique sua permanência na profissão.

É precoce discutirmos uma certificação nacional, uma vez que a certificação internacional está calcada nas políticas públicas e nas condições de trabalho dos intérpretes atuantes. As políticas públicas para a interpretação em cenários médicos são ainda inexistentes no Brasil, por isso discutir certificação não nos parece adequado neste momento. Stern (2012, p. 326) explicou a dificuldade de profissionalização de intérpretes comunitários ao escrever que

A profissionalização da interpretação comunitária está demorando ainda mais, devido às percepções predominantes, por ambos usuários e praticantes, de que a interpretação comunitária requer pouco ou nenhum treinamento. O fato de que representa uma atividade de mil anos na forma de assistência aos colegas da comunidade, geralmente com questões cotidianas, dificultou seriamente sua profissionalização. O financiamento internacional não está disponível para interpretação comunitária, e o baixo status social dos grupos étnicos-minoritários os impediu de efetivamente fazer *lobby* para o fornecimento de intérpretes comunitários com treinamento de pré-serviço obrigatório.⁷⁴

Por outro lado, entendemos que a avaliação ao final do curso funcionará como um balizador para a formação ora pretendida. Ainda, poderá servir de instrumento para a reflexão sobre a formação oferecida e a formação necessária no campo de trabalho,

⁷⁴ Professionalization of community interpreting is taking even longer, owing to prevailing perceptions, by both interpreter users and practitioners, that community interpreting requires little or no training. The fact that it represents a thousand-year-old activity in the form of assistance to fellow community members, often with everyday matters, has seriously hindered its professionalization. International funding is not available for community interpreting, and the low social status of ethnic-minority groups has prevented them from effectively lobbying for the provision of community interpreters with compulsory pre-service training.

inclusive promovendo mudanças de orientação ou de currículo a partir das respostas encontradas.

5.5.1 Por um código de ética local – o caso Brasil

Ao discutir ética, faremos a partir da definição de conduta profissional, assim a discussão gira em torno da postura profissional esperada de um intérprete profissional.

No Brasil, intérpretes de conferência possuem o código de ética da APIC a ser seguido. No entanto, o código de ética destina-se aos intérpretes de conferência, cujo trabalho é bem diferente dos intérpretes comunitários. É possível notar que algumas regras (fidelidade/neutralidade/imparcialidade/exatidão) expressas no código de ética da APIC não coadunam com os papéis, por vezes exigidos, de um intérprete comunitário.

Além disso, a interpretação comunitária prevê um desnivelamento de poder, conforme explica Hale (2007, p.31)

Geralmente [a interpretação comunitária] ocorre entre um especialista que representa o lado poderoso (o estado, a autoridade local) e um cliente (por exemplo, turista, migrante), com diferentes níveis de educação e, muitas vezes, diferentes contextos culturais. Esse desequilíbrio afeta o registro usado pelos participantes primários, e o intérprete precisa de um alto grau de sensibilidade e empatia intercultural para levar em consideração as diferentes perspectivas, registros e interesses.⁷⁵

Por esta razão, um código de ética, que permita ao intérprete comunitário em cenários médicos decidir qual a melhor atitude a tomar em determinada situação, seria de grande valia para auxiliar na profissionalização. Ademais, o intérprete sempre será responsabilizado pelos seus atos e decisões, um documento deste tipo poderá

⁷⁵ It usually takes place between an expert representing the powerful side (the state, local authority) and a client (e.g. tourist, migrant), with different levels of education and often widely differing cultural backgrounds. This imbalance has a bearing on the register used by the primary participants, and the interpreter needs a high degree of intercultural sensitivity and empathy to take the different perspectives, registers and interests into account.

respaldar atitudes, atos e decisões do intérprete no sentido de protegê-lo durante o exercício de sua atividade.

Não podemos negar que o intérprete comunitário terá acesso a informações estritamente confidenciais e de cunho pessoal. Além disto, conflitos de interesse podem surgir de forma mais latente e mais frequente que em outros tipos de interpretação.

Conforme explica Kalina (2015, p.73)

É importante entender que a conduta ética de intérpretes em ambientes com uma relação de poder assimétrica é necessariamente diferente dos princípios pelos quais os intérpretes de conferência, que geralmente trabalham em ambientes mais simétricos, cumprem. Portanto, parece necessário elaborar códigos de ética distintos que compartilharão alguns princípios comuns, mas diferirão em outros aspectos.⁷⁶

As associações internacionais de interpretação da área médica possuem códigos de ética elaborados especificamente para a área. Tais documentos podem ser ponto de partida para a elaboração de um código de ética brasileiro, que contenha princípios comuns, mas que preze pela adequação a padrões nacionais de atuação. Questões como confidencialidade, respeito e integridade devem estar presentes. Há de se pensar na questão de atuação nacional e nas bases em que se pretende estabelecer a interpretação em cenários médicos no Brasil, sendo, *advocacy* possivelmente um ponto nevrálgico a ser discutido; fazer *advocacy* para um paciente fará com que as relações de poder estabelecidas no encontro médico comunicativo sejam abaladas ou fragmentadas, por essa razão, devemos discutir a questão e colocá-la em prática nos códigos de ética a serem elaborados. Inclusive, pensar os códigos de ética coletivamente representa a essência da interpretação comunitária.

5.6 Ampliando os horizontes da formação inicial - a formação continuada

⁷⁶ It is important to understand that ethical conduct of interpreters in settings with an asymmetrical power relationship is necessarily different from the principles by which conference interpreters, who usually work in more symmetrical settings, abide. Therefore, it appears necessary to draft distinct codes of ethics that will share some common principles but differ in other aspects.

A interpretação comunitária em cenários médicos tende à expansão. Os números da imigração no Brasil apresentam grande crescimento. O Ministério da Justiça e Segurança Pública através do Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais (<https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1566502830.29>) divulgou informação de que o número de imigrantes cresceu exponencialmente no Brasil, conforme indica o trecho abaixo:

O relatório revela que de 2010 a 2018 foram registrados no Brasil 774,2 mil imigrantes, considerando todos os amparos legais. Desse total, destacam-se 395,1 imigrantes de longo termo (cujo tempo de residência é superior a um ano), composto principalmente por pessoas oriundas do hemisfério sul. Ao longo da série, os haitianos figuram como a principal nacionalidade registrada no Brasil e no mercado de trabalho brasileiro. Os nacionais da Venezuela, fluxo migratório que teve crescimento exponencial a partir de 2016, obtiveram o primeiro lugar em número de registros no país em 2018. Outras nacionalidades do hemisfério sul também tiveram destaque ao longo da série: bolivianos, colombianos, argentinos, chineses e peruanos, entre outras.

A julgar pelos dados fornecidos, teremos a interpretação ocorrendo em vários idiomas. Ainda, é importante salientar que temos dois tipos de imigrantes: os imigrantes temporários e os de longo termo, conforme mostram as figuras abaixo:

Figura 18 - Imigrantes temporários - Fonte: OBMigra

Figura 19 - Imigrantes de longo termo **Fonte: OBMigra**

Os imigrantes de longo termo possuem tendência maior em aprender o idioma português e adquirir hábitos locais com o passar do tempo, o que, via de regra, não acontece com os imigrantes temporários. Assim, imigrantes temporários dependem da interpretação bem como os imigrantes de longo termo enquanto não adquirem fluência em língua nacional que os permita conduzir e entender um evento comunicativo de forma adequada.

Um curso de 60 horas não será o bastante para uma formação integral e *ad aeternum* em interpretação em cenários médicos. Além da formação inicial, que possui o mérito de elucidar a área, desenvolver competências e promover o debate sobre os papéis a serem desempenhados pelo profissional, o intérprete deverá continuar seu aperfeiçoamento em técnicas de interpretação e reflexão sobre sua prática.

A formação continuada ou a formação em serviço serão pilares a serem construídos pela categoria. Webinars, workshops e encontros que discutam boas práticas de interpretação em cenários médicos são bons exemplos de formação continuada a serem pretendidos em coletividade. Ainda, intérpretes em cenários médicos poderão se beneficiar de eventos e cursos que discutam diferentes áreas e aplicabilidades, tais

como: interpretação de notícias graves, interpretação para pacientes oncológicos, interpretação na pediatria, entre tantos outros necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interpretação cresce no mundo a cada dia, assim como cresce a mobilidade global por fatores sociais, econômicos, por conflitos, por trabalho ou simplesmente pela decisão do imigrante em explorar novos lugares. Países deverão pensar políticas públicas e de atendimento, não somente a refugiados e imigrantes, mas também aos turistas e moradores estrangeiros temporários e permanentes.

Políticas linguísticas serão cada vez mais necessárias, especialmente no Brasil, país em que se produz pouco em segundo idioma (independentemente do idioma).

A barreira linguística no atendimento à saúde é apresentada como o maior problema a ser solucionado mundialmente, portanto, pensar em cursos que forneçam a possibilidade de comunicação em idioma diferente do português em território nacional é uma ferramenta que permitirá aos intérpretes minimizar risco, diminuir o impacto da recidiva de atendimento na rede particular e pública e, acima de tudo, “salvar vidas”.

Ao explorar a realidade nos grandes hospitais da cidade de São Paulo em relação ao atendimento em segundo idioma ao paciente não falante de língua portuguesa, o presente estudo pretendeu colaborar para o desenvolvimento linguístico e técnico em interpretação comunitária. Buscamos aquecer as discussões em relação aos direitos dos cidadãos em serem atendidos em seu idioma, garantindo o conforto e o acolhimento, tão essenciais na área médica.

Apesar do status de profissão emergente que a interpretação da área médica carrega desde a década de 70, no Brasil sua condição é de pouco destaque e prioritariamente de aproveitamento de funcionários de diferentes setores e cargos em dupla função, ou seja, no desempenho do trabalho inerente à função para a qual são contratados e na interpretação ao paciente não falante do português, quando de sua chegada ao hospital ou serviço médico.

O reconhecimento desses profissionais por parte das instituições é escasso; os profissionais, por sua vez, não se vangloriam por conta do oferecimento do atendimento em outro idioma, mas o oferecem somente pela pretensa vontade de auxiliar outro ser humano, de dar assistência, de fornecer conforto independentemente do conhecimento em segundo idioma (pouco conhecimento foi frequentemente relatado nas entrevistas conduzidas) e das culturas envolvidas. Esses

profissionais não são vistos como intérpretes; deste modo, não recebem formação, quiçá reconhecimento. No entanto, ao entrevistá-los, ouvimos suas expectativas, desejos de formação e de treinamento e indícios da necessidade de profissionalização. Suas vozes não são ouvidas, não ecoam em quaisquer idiomas.

Temos consciência de que os percursos formativos ora apresentados poderão não atender a todas as necessidades da interpretação em cenários médicos, uma vez que não é possível englobar a diversidade de contextos em que a interpretação acontece. Situações adversas, neologismos, referências culturais, modos de interpretação empregados, envolvimento psicológico por parte do intérprete, da equipe médica ou do paciente poderão apresentar situações inusitadas e diferentes no dia a dia da interpretação. Isto posto, a formação de intérpretes da área médica poderá permitir que futuros intérpretes discutam, reflitam e atuem de acordo com a situação apresentada, com emprego de boas práticas e de padrões éticos estabelecidos na área como um todo.

É essencial ressaltar aqui a necessidade de estabelecer o diálogo entre teoria e prática, conforme indica Angelelli (2008, p.155) “um diálogo mais profundo entre teoria e prática ajudará a preencher as lacunas existentes, revisar suposições e elaborar diretrizes para a prática com base em evidências empíricas.”⁷⁷

O *design* do curso de formação de intérpretes foi a possibilidade que encontramos de unir teoria, pesquisa e prática, alcançando o estudo de *cross fertilization* que almejamos desde a concepção da tese.

Os percursos formativos apresentados pretendem ser o ponto de partida para a formação de intérpretes em cenários médicos; ademais, será a formação continuada que permitirá aos futuros intérpretes em cenários médicos continuarem se aperfeiçoando para o cumprimento adequado de suas jornadas profissionais.

O intuito principal é o de permitir comunicação eficaz entre duas ou mais pessoas que não falam o mesmo idioma, estreitando os laços globais e culturais e permitindo aos participantes do evento comunicativo interagirem de forma adequada, afastando a

⁷⁷ a deeper dialogue between theory and practice will help bridge existing gaps, revisit assumptions, and design guidelines for practice based on empirical evidence.

barreira linguística, diminuindo os eventos adversos e concedendo o atendimento médico integral, que é direito de todos os cidadãos.

A interpretação médica tem, acima de tudo, uma relevância social: permite que o paciente seja atendido de forma integral ao favorecer o uso de uma língua na qual consegue se comunicar, ao atender os seus anseios e necessidades médicas e ao fortalecer o empoderamento do paciente, que para Hsieh (2008) se caracteriza por “permitir que o paciente tenha controle total da consulta médica”⁷⁸, ao entender a universalidade dos acontecimentos durante o evento médico comunicativo.

A partir do estabelecimento de políticas públicas para o atendimento médico aos pacientes que não falam a língua portuguesa em território brasileiro e a formação de intérpretes em cenários médicos, poderemos legitimar a posição de salva-vidas notoriamente atribuída a estes profissionais. Afinal, intérpretes em cenários médicos salvam vidas em muitos idiomas.⁷⁹

⁷⁸ to allow patients to have full control over the medical encounter.

⁷⁹ Medical interpreters save lives in many languages. (Adesivo produzido pela IMIA). ANEXO II

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADVISORY BOARD. **Lost in translation: Why hospitals need professional interpreters**. September, 3, 2014. Disponível em: <<https://www.advisory.com/daily-briefing/2014/09/03/lost-in-translation-why-hospitals-need-professional-interpreters>> Acessos múltiplos entre: 10 dez. 2016 e 10 out. 2018.

AHRENS, B. Interpreting Techniques and Modes. IN: CHAPPELLE, C. A. **Encyclopedia of applied linguistics**. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2013. p. 3121-3127.

ANDERMAN, G. Professional training and the profession: Europeanisation of translator's training. IN: **Bulletin of the Institute of Translation and Interpreting**. June, 1998.

ANGELELLI, C. The role of the interpreter in the healthcare setting. A plea for a dialogue between research and practice. In: **Crossing Borders in Community Interpreting**. Org. Carmen Valero-Garcés e Anne Martin, 147-163. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin Publishing Company, 2008.

_____. Healthcare, Medical, and Mental Health Interpreting. IN: CHAPPELLE, C. A. **Encyclopedia of applied linguistics**. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2013. p.2446-2453

_____. The role of the interpreter in the healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice. IN: Valero-Garcés, C, Martin (Eds.). **Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas**. (p. 147-163). John Benjamins Publishing Company, 2008.

_____. **Medical Interpreting and Cross-cultural Communication**. UK: Cambridge, 2004.

_____. The visible co-participant: The interpreter's role in doctor-patient encounters. IN: Metzger, S. Collis, V. Dively, & R. Shaw (Eds.). **From topic boundaries to omission: New research on interpretation** (p.3-26). Washington D.C: Gallaudet University Press, 2003.

_____. **Deconstructing the invisible interpreter: A critical study of the interpersonal role of the interpreter in a cross-cultural linguistic communicative event**. University of Michigan, Ann Arbor. ProQuest database, 2002.

APIC. Disponível em: <<http://www.apic.org.br/>> Acesso em: 10 maio 2019.

EVERY, M. Are We Ready for National Certification of Health Care Interpreters? A Summary of NCIHC Open Forums. IN: **The National Council on Interpreting in Health Care Working Papers Series**. October, 2007. Disponível em: <<http://www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Report%20on%20National%20Certification%20Forum.pdf>>.

_____. 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>. Múltiplos acessos entre: 10 set. e 25 out. 2015.

BANCROFT, M. **The Interpreter's World Tour**: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters. National Council on Interpreting in Health Care. USA: Cross Cultural Communication, 2005.

BAKER, M. Non-Cognitive Constraints and Interpreting Strategies in Political Interviews. IN: SIMMS, K. (Org.). **Translating Sensitive Texts: Linguistics Aspects**. Amsterdam, Atlanta: Editions Rodopi B.V., 1997.

BOLDEN, G.B. Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreter's involvement in history taking. **Discourse Studies**, 2, 387-419, 2000.

BRASIL, Ministério do Turismo. **Marcos Conceituais**. Ministério do Turismo, Secretaria Nacional de Políticas de Turismo, Departamento de Estruturação, Articulação e Ordenamento Turístico, Coordenação-Geral de Segmentação. Brasília: Ministério do Turismo, 2010.

BRITISH COUNCIL. **Demandas de Aprendizagem de Inglês no Brasil**. VOL.1. São Paulo: British Council Brasil, 2014. Disponível em: <https://www.britishcouncil.org.br/sites/default/files/demandas_de_aprendizagem_pensquisacompleta.pdf>

CALIFORNIA STANDARDS FOR HEALTHCARE INTERPRETERS. Disponível em: <http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chi_a.pdf>.

CARVALHO, M. A. (2011). **Cidade global, destino mundial: turismo urbano em São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, tese de Doutorado em Geografia Humana. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-31052012-142327/>>. Acesso em 15/08/2017.

CCHI- Certification Commission for Healthcare Interpreters. Disponível em: <<http://cchicertification.org/>>. Múltiplos acessos entre julho e dezembro de 2019.

CELPE-BRAS. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/acoes-internacionais/celpe-bras>>. Acesso em dezembro de 2019.

CEFR. Disponível em: <<https://www.coe.int/en/web/common-european-framework-reference-languages/level-descriptions>>. Acesso em dezembro de 2019.

CHUBACI, R., MERIGHI, M. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês**. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(6):805-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000600009>.

CREMESP. **Consulta nº 76.300**, de 11 de novembro de 2014. Atendimento a pacientes que não têm proficiência na língua portuguesa em uma unidade assistencial pública. Responsabilidade do médico diante da incompreensão da língua. São Paulo, 2014c. Disponível em: <<https://goo.gl/MQKFBb>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

CRONIN, M. The empire talks back: orality, heteronomy, and the cultural turn in interpretation studies. In: TYMOCZCKO, M; GENTZLER, E (ed.) **Translation and Power**. Amhrest and Boston: University of Massachusetts Press, 2002.

DELISLE, J, WOODWORTH, J. **Os Tradutores na História**. Trad. Sérgio Bath. São Paulo: Editora Ática, 1998, p.359.

DIAMOND, L.C. and JACOBS, E.A. **Let's not contribute to disparities: The best methods for teaching clinicians how to overcome language barriers to health care**. IN: Journal of General Internal Medicine. vol.25, 2010. p.189-193.

DIVI, C. , KOSS, RG. , SCHMALTZ, SP. et al. **Language proficiency and adverse events in U.S. hospitals: a pilot study**. Int J Qual Health Care. Apr;19(2), p. 60-67. Epub 2007, Feb 2.

ESTEVEES, L.M.R. **Atos de Tradução: éticas, intervenções, mediações**. São Paulo: Humanitas: FAPESP, 2014.

EXECUTIVE ORDERS. FEDERAL REGISTER. Disponível em: <<https://www.federalregister.gov/executive-orders>>.

FLORES, G. **Language Barriers to Health Care in the United States**, N Engl J Med 2006; 355:229-231 July 20, 2006. DOI: 10.1056/NEJMp058316.

FLORES, G., LAWS, MB., MAYO, S.J., ET AL. **Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters**. Pediatrics 2003; 6-14.

FORTES, P. A. **Bioética na comunicação e informação em saúde**. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/rrljED>>. Acesso em: fevereiro de 2019.

GENTILE, A. *et. al.* **Liaison Interpreting, A Handbook**. Melbourne: Melbourne University Press, 1996. p. 77-89.

GILE, D. **Basic Concepts and Models for Translators and Interpreters Training**. Benjamin, 1995 [2008].

GILL, R. Análise de Discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.244-70.

GRAGNOLATI, M., LINDELOW, M., COUTTOLENC, B. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil Uma análise do Sistema Único de Saúde**. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2013.

GUERRA, K. VENTURA, M. **Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países.** Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, vol. 25 (1), p.123-129.

HADZIABDIC, E. **The use of interpreter in healthcare. Perspectives of individuals, healthcare staff and families.** 2011, p. 68. Doctoral dissertation, School of Health and Caring Sciences, Linnaeus University.

HALE, S, NAPIER, J. **Research Methods in Interpreting: A practical resource.** London and New York: Bloomsbury Publishing Plc, 2013.

HALLE, S. **Community Interpreting.** Hampshire: Palgrave Macmillan, 2007.

HARRIS, B. Foreword: a landmark in the Evolution of interpreting. IN: S.E. Carr, R.P. Roberts, A. Dufour, & D. Stein (Eds.), **The critical link: Interpreters in the community** (p.1-3). Amsterdam, The Netherlands: John Benjamins, 1997.

HSIEH, E. **Bilingual health communication: working with interpreters in cross-cultural care.** New York and London: Routledge, 2016.

_____. Emerging trends and the corresponding challenges in bilingual health communication. IN: B. Nicodemus & Metzger (Eds.) **Investigations in healthcare interpreting.** Washington D.C.: Gallaudet University Press, 2013, p. 70-103.

_____. "I am not a robot!" Interpreter's views of their roles in health care settings. **Qualitative Health Research**, 18, 2008. p. 1367-1383.

_____. The Communicative perspective of medical interpreting. **Studies in English Language and Literature**, n. 11, 2003. p.11-23

_____. Necessary changes in translation ideology. **Studies of Translation and Interpretation**, vol.7, 2002. p.399-435

HO, G. Adapting Translator and Interpreter Training to the Job Market. IN: CUI, Y. and ZHAO, W. (editors). **Handbook of research on teaching methods in language translation and interpretation.** USA: Information Science Reference, 2015, p. 377-396

HOLMES, J. S. The Name and Nature of Translation Studies. IN: **The Translation Studies Reader**, ed. Venuti, Lawrence. London: Routledge, 2000, p. 172-185.

HREHOVČÍK, T. **Teaching Community Interpreting: A New Challenge?.** Disponível em: <www.pulib.sk/elpub2/FF/Ferencik2/pdf_doc/21.pdf>.

IGLESIAS, Sonia Regina Abdalla; BATISTA, Nildo Alves. A língua inglesa e a formação de mestres e doutores na área da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 74-81, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100009>>.

INGHILLERI, M. Macro social theory, linguistic ethnography and interpreting research. **Linguistica Antverpiensia, New Series** – Themes in Translation Studies, [S.l.], n. 5, Jun. 2006. ISSN 2295-5739. Disponível em: <<https://lanstts.ua.ac.be/index.php/LANS-TTS/article/view/152>>. Múltiplos acessos entre: 10 set. 2015 e 20 out. 2017.

LANGUAGE TRANSLATION. Disponível em: <http://www.languagetranslation.com/interpretation/code-of-ethics.html>.. Acesso em: 10 out. 2015.

"língua franca", in **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa** [on-line], 2008-2020. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/l%C3%ADngua%20franca>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

LOCATIS C, WILLIAMSON D, GOULD-KABLER C, et al. Comparing In-Person, Video, and Telephonic Medical Interpretation. **Journal of General Internal Medicine**. 2010. v.25(4), p.345-350. doi:10.1007/s11606-009-1236-x.

KALINA, S. Conference Interpreting. IN: CHAPPELLE, C. A. **Encyclopedia of applied linguistics**. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2013. p.880-884.

_____. Ethical challenges in different interpreting settings. IN: **MonTI Special Issue 2**, 2015, p. 63-86.

LAMBERT, S. Shadowing. **Meta**, 1992, p.37 (2), 263–273. Disponível em <<https://doi.org/10.7202/003378ar>>.

LEANZA, Y. Roles of Community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. IN: PÖCHHACKER, F and SHLESINGER, M. **Healthcare interpreting: discourse and interaction**. Amsterdam, Philadelphia: Johns Benjamin Publishing Company, 2003. p.11-34.

LEVINO, D. A., SOUZA, E.B., CARDOSO. P.C., DA SILVA, A.C., CARVALHO. A.E.T.M. Libras na Graduação Médica: o Despertar para uma Nova Língua. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**. 37, v.2, 291 – 297; 2013.

LION, K.C. et al. Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. **Hospital Pediatrics**, 3, 2013, p. 219-225.

MARTES, A.C., FALEIROS, S.M. Acesso à Saúde e Migrações Internacionais – Os Bolivianos na Cidade de São Paulo. **XXXV Encontro da Anpad**. Rio de Janeiro. 2011. P 1-17.

MEDICAL TOURISM INDEX. < <http://www.healthcareresearchcenter.org/medical-tourism-index/>>

MEUTER RF, GALLOIS C, SEGALOWITZ NS, RYDER AG, HOCKING J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. **BMC Health Serv Res**. 2015; 15, p. 371. Published 2015 Sep 10. doi:10.1186/s12913-015-1024-8.

MIKKELSON, H. **Interpreting is interpreting-or is it?** On-line, Disponível em: <<https://acebo.myshopify.com/pages/interpreting-is-interpreting-or-is-it>>

NBCMI - National Board of Certification for Medical Interpreters. Disponível em: <National Board of Certification for Medical Interpreters>. Múltiplos acessos entre julho e dezembro de 2019.

NATIONAL HEALTH LAW PROGRAM. **A guide to understand interpreting and translation in health care.** 2010.

NISKA, H. Teaching Interpreters: Programmes, curricula, practices. In: Martha. T (ed.) **Training for the new millennium: Pedagogies for translation and interpreting.** Benjamins translation library; v. 60. 2005, p.35-64

ORLANDO, P. Turismo Médico: Os dez países mais procurados pelos viajantes. **Revista Veja**, on-line. Disponível em <<https://veja.abril.com.br/saude/turismo-medico-os-10-paises-mais-procurados-pelos-viajantes/>>

ORTMAN, J., SHIN. H.B. **Language Projections: 2010 to 2020.** Social, Economic and Housing Statistics Division, 2011. U.S. Census Bureau.

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

_____. A interpretação de conferências: interfaces com a tradução escrita e implicações para a formação de intérpretes e tradutores. IN :**DELTA**, São Paulo, v. 19, n. spe, p. 209-236, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010244502003000300013&lng=en&nrm=iso>.

PÖCHHACKER, F. Critical Linking up: Kinship and Convergence in interpreting studies. IN: WADENSJÖ, C. **The Critical Link 4: professionalization of interpreting in the community: selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Services Settings.** Stockholm, Sweden: John Benjamins, 2004. p.11-23.

_____. The role of research in interpreter education. The International Journal for Translation & Interpreting Research. v.2, n.1, 2010 p. 1-10. Disponível em: <<http://www.trans-int.org/index.php/transint/article/view/80>>

POLASEK, S. N. **Medical Interpreters: Bridging Language Barriers as Cultural Advocates.** The University of Arizona, Thesis, 2013.

PRETI, D.; URBANO, H. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo.** São Paulo: Queiroz, 1988.

QUEIROZ, M – Panorama da interpretação em contextos médicos no Brasil: Perspectivas. **TradTerm**, São Paulo, v. 23, Setembro/2014, p. 193-223 Disponível em <www.usp.br/tradterm <http://www.revistas.usp.br/tradterm/index>>.

ROAT, C. E. ***Healthcare interpreting in small bites. 50 nourishing selections from the “Pacific Interpreter Newsletter”***, 2000-2002. Victoria, Canada: Trafford Publishing, 2010.

ROBERTS, R.P. Community interpreting today and tomorrow. IN: S.E. Carr, R.P. Roberts, A. Dufour, & D. Stein (Eds.), **The critical link: Interpreters in the community** (p.1-3). Amsterdam, The Netherlands: John Benjamins, 1997.

RUDVIN, M. TOMASSINI, E. **Interpreting in the community and Workplace**. Palgrave Macmillan, 2011.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Aguiar B S, Neves H, Lira M T A M. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise** | Ano X, nº 13, dezembro 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 49 p.

SEIDELMAN, R.D., BACHNER, Y.D. That I won't translate. Experiences of a family medical interpreter in a multicultural environment. **Mont Sinai Journal of Medicine**. Vol. 77.4, 2010, p. 398-393.

SEIDMAN, I. **Interviewing as Qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences**. New York: Teachers College Press, 2006.

STERN, L. Training Interpreters. IN: Kirsten Malmkjær and Kevin Windle (ed.) **The Oxford Handbook of Translation**. September 2012. (online edition), p. 322-334.

STUBBS, M. **Discourse Analysis**. Oxford: Blackwell, 1993.

SURVEY MONKEY. Disponível em: <<https://www.surveymonkey.com/dashboard/>>

TALMY, S. The interview as a collaborative achievement: Interaction, identity, and ideology in a speech event. **Applied Linguistics**, vol. 32(1), 2011, p.25-42.

TANNENBAUM, R. J., & CHO, Y. Critical factors to consider in evaluating standard-setting studies to map language test scores to frameworks of language proficiency. IN: **Language Assessment Quarterly**, vol. 11, 2014, p.233–249.

THE CIVIL RIGHTS ACT, U.S. CODE, TITLE VI. Disponível em: <<http://www.justice.gov/crt/about/cor/coord/titlevi.php>>. 1964. Múltiplos acessos entre: 2017 e 2019.

US BUREAU OF LABOR STATISTICS. Disponível em: <<https://www.bls.gov/>>.

VARGAS- URPI, M. State of the art in Community Interpreting research: Mapping the main research topics. IN: **Babel**, nº 58: 1, 2012. p 50-72.

VENTURA, D.L., YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. São Paulo: FIOCRUZ, 2019.

VENUTI, L. **The Translation Studies Reader**. London: Routledge, 2000.

WYLER, Lia. **Línguas, poetas e bacharéis: uma crônica da tradução no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

ANEXO I - SCRIPT DAS ENTREVISTAS CONDUZIDAS

ENTREVISTA 1

Entrevistadora: xxx, me conta como você começou a interpretar na área médica. Como que isso aconteceu?

Entrevistada: Eu trabalho na área hospitalar. É, aconteceu quando chegava um paciente no hospital que não falava português. As pessoas sabiam que eu estudava inglês e aí começaram a pedir minha ajuda. - Aí, você pode falar com o paciente? E aí, eu ajudava. No primeiro atendimento, depois fui ajudando com a parte da enfermagem, até ajudar com a parte médica.

Entrevistadora: E como que foi seu primeiro atendimento, você lembra dele ainda?

Entrevistada: Lembro (risos), lembro do primeiro atendimento. Era super insegura, 19 anos, estava estudando no curso intermediário de inglês. Chegou um paciente no pronto-socorro que não falava nada de português, tava visitando o Brasil, e pediram minha ajuda, eu fui tremendo, superinsegura, aí deu certo o atendimento dele, o cadastro porque é o básico do inglês: nome, endereço, telefone, mas quando chegou na parte médica, ele me falou que estava com a pressão boa, eu entendi que ele estava com a pressão alta. Então, teve aí um erro de interpretação, eu passei para a triagem que ele estava com a pressão alta quando na verdade ele não estava. Ainda bem que o paciente foi triado e deu tudo certo. É, assim, na verdade, um erro de *listening*.

Entrevistadora: E me diz uma coisa: quais você acha que são as dificuldades quando se interpreta na área médica? Então, hoje você já interpreta há mais tempo, como que é isso para você, qual que é a maior dificuldade?

Entrevistada: São às vezes alguns termos, até de repente até eu sei o termo, mas eu não posso me intrometer muito para explicar para o paciente. Então, você às vezes naquela ansiedade quer explicar, mas não pode. O médico que explica, você só traduz.

Entrevistadora: E o que você faz quando isso acontece. Tem alguma estratégia que você usa? Você viu que o paciente não entendeu, tem alguma estratégia que você usa?

Entrevistada: Eu tento utilizar outros termos. Já aconteceu de paciente, médico perguntar se o paciente está com diarreia, o paciente não entendia. Porque ele não era nativo americano, era um paciente chinês. Você está indo ao banheiro com mais frequência? Você está fazendo número 2? Vai utilizando outros vocabulários.

Entrevistadora: E me fala uma coisa, você falou uma coisa interessante agora. Você diz que você atende paciente que não é, teu idioma é inglês, mas nem sempre o paciente tem o inglês como língua materna. Você acha que tem diferença?

Entrevistada: Tem, tem diferença, sim, principalmente porque a gente atende muitos asiáticos, eh, o inglês deles não é muito bom, eles talvez não entendem muito bem o inglês, e é a única língua que a gente tem para se comunicar porque é difícil encontrar no hospital alguém que fala chinês, mandarim, japonês. Então, a gente dá um jeitinho assim, na verdade com vocabulários mais padrões. Por exemplo, uma mãe estava esses dias precisando amamentar e ela queria falar para a enfermeira que ela precisava amamentar e ela não sabia falar leite materno, ela usou fórmula, mas pela mímica, pelos gestos que ela estava fazendo, entendia que era leite materno.

Entrevistadora: Entendi. Qual é a frequência que vocês recebem paciente assim? Você consegue medir essa frequência ou ela varia?

Entrevistada: Ela varia, mais aconteceu esses dias de três pacientes no dia, tem paciente que não chega ao meu conhecimento, às vezes um paciente por semana, não é um número certo.

Entrevistadora: Você acha que assim, o hospital talvez não tenha essa equipe fixa de intérpretes, será que a demanda é uma das questões?

Entrevistada: Eu acredito que sim, se fosse uma, um dos motivos, né? Mas se fosse uma demanda diária sim, mais de três pacientes por dia, que exigisse um tempo maior, que não falasse inglês. Às vezes é um atendimento muito rápido, para entregar um exame, eu não preciso de um intérprete, preciso de alguém que fale o idioma.

Entrevistadora: É, quais são as dificuldades que você vê na relação médico-paciente, quando os dois não falam o mesmo idioma?

Entrevistada: Aí, dificuldade cultural - influencia bastante, às vezes eu percebo que o médico até acelera um pouco da consulta, na verdade, não é que ele não perde tempo, mas o médico não se sente à vontade, o paciente às vezes também não se sente à vontade.

Entrevistadora: Você lembra de alguma situação assim cultural? Você falou da cultura, acho que isso é recorrente. Você lembra de alguma situação cultural que aconteceu enquanto você interpretava?

Entrevistada: Tive problema já de paciente veio para a ginecologia/obstetrícia e quando chega médico homem, opa, não, só aceito se for médica mulher. Então, isso é por conta da cultura do país, da religião. Não aceita ser médico homem.

Entrevistadora: E como que vocês resolvem essas situações assim?

Entrevistada: Aí a gente vai em busca de uma médica mulher para finalizar o atendimento.

Entrevistadora: Vocês estão dentro de um hospital, mais fácil.

Entrevistada: É, a gente respeita muita a religião do paciente.

Entrevistadora: Você tem percebido mudanças? Como vocês atendem pacientes que também não falam só inglês como língua materna, essa diversidade de religião também tem aparecido?

Entrevistada: Sim. Não sei. Nos últimos meses com maior frequência.

Entrevistadora: Tem alguma situação que você se lembre de ter acontecido, que a religião ali teve um papel fundamental?

Entrevistada: (pensamento) eu não sei se a religião, mas às vezes acontece de a mãe na maternidade não aceitar certas condições, não aceita vacina, acho que não ter a ver com religião, mas mais com a cultura dela. Não aceitar vacina, ou então não, ser uma mãe mais naturalista, não aceita certos procedimentos que o hospital faz. Ehh, normalmente a gente conversa bastante com o médico para ver se o médico está de acordo. E procura atender a paciente de acordo com as normas do hospital.

Entrevistadora: Tem momentos que assim que você sente que as normas são deixadas de lado, não deixadas de lado, mas flexibilizadas para atender esses pacientes?

Entrevistada: Depende da religião, da mãe, sim, mas sempre visando o benefício do paciente, o bem-estar do paciente. Às vezes a mãe é naturalista e não quer que o bebê vá para o berçário. Mas o bebê precisa ir para o berçário porque é lá que ele é examinado pelo médico. Então, o que a gente faz? Tente encurtar o tempo do paciente (do bebê) no berçário.

Entrevistadora: Ah, OK. O que eu queria te perguntar é sobre dilemas éticos. A gente sabe que dentro de um hospital a gente tem vários dilemas éticos. Que você acha que é mais comum de acontecer?

Entrevistada: Eh, eh, assim... às vezes, talvez depende do () médico, mas as vezes as pessoas não entendem a religião do paciente, o idioma, fazem brincadeiras, não leva tão a sério como se fosse um outro paciente, eles sofrem um determinado preconceito. Eu acho que o paciente sofre.

Entrevistadora: E como que você atua como intérprete, quando você está como intérprete e você percebe que apareceu um preconceito, uma brincadeira velada, como que você administra essa situação?

Entrevistada: Ah, eu sempre procuro ser bastante neutra, e mostrar na verdade, se o paciente não quer fazer isso é por conta disso. Eu explico a situação, ouço o lado sempre do paciente, do médico e tento explicar para os dois como que é a nossa cultura, como é a cultura do paciente para chegar a um comum acordo.

Entrevistadora: E geralmente você acha que consegue assim, chega a um acordo? Acha que as culturas em debates, elas chegam a um meio termo ou nem sempre?

Entrevistada: Eu acho que chegam, tem que se resolver de alguma forma, né? Então, vão criado os atalhos para que se resolva.

Entrevistadora: E, você acha que é o intérprete que produz isso, de certa maneira?

Entrevistada: De certa maneira, sim, porque o intérprete ele é a ponte, é o que liga um com o outro, faz a conexão e acaba sendo muito, o intérprete tem como influenciar muito em ambos os lados.

Entrevistadora: Eh, essa influência, quando você fala de influência, como que você vê isso, de que forma você vê isso, de uma forma mais positiva, será que o intérprete tem uma influência que ele de repente pode mudar alguma coisa se ele não prestar atenção? Como que você vê isso?

Entrevistada: Pode, ele pode mudar, sim. De repente o intérprete, na verdade todo ser humano, a gente acaba às vezes se apegando de alguma forma e vai, toma um lado que de repente não deveria. Então, tem que controlar muito o emocional, tem que agir super profissional para não se envolver em determinadas questões.

Entrevistadora: E para não se envolver, quais você acha que são os cuidados que o intérprete deve tomar? Ou quais cuidados você toma quando você vai começar uma interpretação?

Entrevistada: Eu procuro não me apegar muito, as pessoas quando percebem que você fala inglês e você vai ajudar te tratam como se fossem da família: "nossa que bom", "nossa que maravilha". Elas ficam tão felizes e se sentem tão acolhidas e de repente até fazem alguns desabaços, comentam coisas que elas não comentariam com o médico, mas comentam pra mim. Então, de alguma forma eu ouço e tento, de repente se é um desabaço, se ela está falando mal do médico, não vou repassar isso para ele, entendo como um desabaço, guardo para mim, tento ser mais neutra possível na interpretação.

Entrevistadora: E quando um paciente, por exemplo, nesse desabaço te conta alguma coisa que é relacionada à condição médica dele, mas quando o médico pergunta, ele não fala, ou ele nega. Como você faz nessa situação?

Entrevistada: Aí eu volto para o paciente, o médico está perguntando aquilo que você me falou. Aí volto porque estou falando no idioma dele: o médico perguntou se você está sentindo isso. Você está sentindo. Aí eu volto, jogo para ele responder.

Entrevistadora: Então, você usa de certa forma a terceira pessoa para dar uma cavucada no paciente,

Entrevistada: Sim, é

Entrevistadora: Para ver se ele fala sobre aquilo?

Entrevistada: Eu uso, apesar de não ser o certo, o que nós aprendemos, mas nessas situações, eu utilizo

Entrevistadora: Sim, você usa como forma de lembrar, como se fosse a memória dele. E você percebe que o paciente fica mais à vontade com você do que com o médico nessa relação?

Entrevistada: Ah, a maior parte do tempo sim. Se o médico realmente não fala, não só o médico, mas com a enfermagem, com qualquer pessoa por quem ele está sendo atendido, que não fala o idioma, ele sente muito à vontade por eu estar ali perto.

Entrevistadora: Você também acaba interpretando em alguns momentos, creio eu que acompanhando, médicos que até falam o idioma, mas que preferem ter um intérprete junto com ele. Isso acontece?

Entrevistada: Acontece.

Entrevistadora: E como você vê essa relação? Muda alguma coisa de uma interpretação quando o médico não fala o idioma?

Entrevistada: Muda porque quando o médico fala ele não quer "já entendi", ele não quer que eu termine a interpretação, que eu repita o que o paciente falou. "Tá bom, já entendi." e aí eu quero terminar e ele "já entendi, não precisa terminar".

Entrevistadora: E como que fica sua função nesse momento? Você está ali só vendo o que está acontecendo ou você faz alguma parte?

Entrevistada: Eu faço a interpretação só para o lado do paciente, o médico não quer falar o idioma, ele entende, mas ele não quer falar, Na hora de falar inglês, ele pede para o intérprete e o paciente utiliza o intérprete de ambas as partes: tanto para ouvir quanto para receber a comunicação. O médico não: ele ouve do paciente, mas na hora de falar pede ajuda.

Entrevistadora: Você faz alguma explicação para o paciente, para o paciente isso pode ser um pouco complicado, ela falou quando eu falei, mas não falou quando eu falei para o médico. Você explica alguma coisa para ele?

Entrevistada: Eu falo que o médico já entendeu.

Entrevistadora: Ah, sim. Chega a ter resistência ou os pacientes são mais tranquilos nesse ponto?

Entrevistada: São tranquilos. Ah, tudo bem. Acho que eles confiam muito nos médicos, né?

Entrevistadora: Eu queria falar um pouquinho do início dessa sessão de interpretação. Então, chegou um paciente no hospital, você foi chamada porque ele não fala o idioma. Como que geralmente começa essa sessão de interpretação?

Entrevistada: Nós temos uma listagem de funcionários que falam os idiomas e os horários que eles trabalham. Então qualquer estrangeiro que chega e o atendente não consegue se comunicar, ele liga no nosso ramal 1400 e a localização vai em busca de alguém que fale o idioma.

Entrevistadora: Interessante

Entrevistada: Na teoria, na prática, a xxx da administração está aqui, já chama a xxx, né? Muitas vezes por já me conhecerem, já ligam direto no meu ramal. Mas o ideal é que tenha esse canal de localização. E aí eu vou, tento ajudar o recepcionista, pergunto se a enfermagem vai precisar - geralmente precisa. E vou até o médico. Na verdade, eu acompanho o paciente do começo ao fim da consulta. E quando o paciente tá internado, às vezes eu preciso ir diariamente ao quarto para tirar dúvida, explicar alguma coisa.

Entrevistadora: Ele se sente mais confortável com você ali.

Entrevistada: Às vezes pedem meu telefone, meu celular, às vezes pedem meu ramal.

Entrevistadora: E você faz isso? Você acaba interpretando às vezes por telefone ou no próprio ramal estando dentro do hospital ou fora do hospital? Fora de seu horário de trabalho?

Entrevistada: Sim, muitas vezes, ligam na minha casa - Você pode me ajudar, estou aqui com um paciente estrangeiro, não consigo entender nada. E às vezes é só dar uma informação, a pessoa vem, precisa fazer só um exame, só precisa saber onde é o local do exame. Então, fica perdida aqui no hospital, aí me ligam, eu passo, converso com o paciente. Ou quer saber onde é o setor da tesouraria para acertar conta. São coisas simples e às vezes precisam de auxílio.

Entrevistadora: Mas você faz isso por telefone, então?

Entrevistada: Por telefone, se eu estou em casa, por telefone. Já aconteceu uma vez de um paciente estar em um hotel e o hotel ligar para cá para saber se tinha atendimento em inglês, aí eu falei que teria, mas como o paciente vai fazer? Eu falei: não, ele vai chegar na recepção e me procurar, que eu vou dar o auxílio e o paciente chegou com uma plaquinha - como no aeroporto. (risos).

Entrevistadora: Igual no aeroporto

Entrevistada: É, engraçado, o paciente chegou e estava com a plaquinha, e muitos dos pacientes acabam até virando amigos depois. Eu tenho alguns pacientes que eu atendi no facebook, porque vamos sair ou quando você for para o meu país, você me procura, quero te ajudar também, a gente pode sair

Entrevistadora: É aquela gratidão de ter alguém que o atendeu. Interessante isso. Me fala uma coisa - você disse que às vezes o paciente está internado, hospitalizado. Se ele precisar sair do hospital para fazer um exame, você acompanha?

Entrevistada: Nunca aconteceu de ele precisar sair do hospital e eu ter que acompanhar

Entrevistadora: Se for interno, sim. Você acompanha o paciente?

Entrevistada: Se for interno, sim. Se for externo... muito dos nossos pacientes estrangeiros são. É maternidade, então não precisa fazer muito procedimento externo. Nós temos muito exames aqui, então é difícil mesmo de até os nossos pacientes terem que fazer exame fora.

Entrevistadora: Uhum. E quais as especialidades que vocês mais atendem estrangeiros? Vocês têm um cálculo ou é *feeling* mesmo, eu acho que vem mais por conta de tal coisa...

Entrevistada: Ah, agora, antes o sistema não tinha essa funcionalidade, agora tem, eu até acho que dá para a gente puxar, mas a a maternidade, recebe muitos estrangeiros e pronto-socorro.

Entrevistadora: E pronto-socorro geral ou você tem outros atendimentos?

Entrevistada: Pronto-socorro geral.

Entrevistadora: Pronto-socorro geral.

Entrevistada: Quando eu falo a maternidade, também inclui pronto-socorro da ginecologia/obstetrícia.

Entrevistadora: Ah, tá. OK.

Entrevistada: Que às vezes a paciente, ela faz o acompanhamento aqui e depois vem para internar, então ela passa aqui algumas vezes. E acontece muito também, nós temos os serviços - apresentação da maternidade, então vem muitas mães para conhecer a maternidade, elas agendam para alguém que fala inglês, então eu já começo a conversar, o contato com essa paciente por e-mail, elas mandam o e-mail para o hospital em inglês e aí normalmente encaminham o e-mail para eu poder traduzir, responder para a paciente e a gente agenda para um horário que eu estiver no hospital.

Entrevistadora: Então, você faz um acompanhamento pré também, a partir desse momento do contato do paciente com o hospital.

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: E me diz uma coisa, esse contato do paciente com o hospital, é motivado por alguma coisa, tem algum material em língua inglesa, tem algo desse tipo ou é por indicação?

Entrevistada: Normalmente por indicação médica.

Entrevistadora: Alguém que indicou.

Entrevistada: Um médico, agendou, um médico que trata o paciente. Ele usa o hospital na parte da maternidade. No pronto-socorro já não, no pronto-socorro é um estrangeiro, um paciente que não fala o idioma, está no hotel, de passagem, passa mal, e precisa de um pronto atendimento e acaba vindo no mais próximo, ou indicação do hotel.

Entrevistadora: Na maternidade, essas mães que vem para cá, geralmente elas moram no Brasil, estão em viagem, como é isso? As que não falam o idioma?

Entrevistada: Ah, algumas estão acompanhando os esposos que estão trabalhando no Brasil ou algumas vêm para o Brasil para poder ter filho, as asiáticas, eu percebo que os esposos estão trabalhando e elas estão vindo como acompanhantes.

Entrevistadora: E acabam tendo que usar, claro a maternidade no Brasil

Entrevistada: Tem também uma doula que traz muito paciente para cá. Eh...acaba, só que ela faz esse papel de intérprete, ela é americana, tem tipo um núcleo de amigos, um indicando o outro, essas mães naturalistas, acabam procurando ela e ela traz os pacientes para cá, mas aí ela que faz essa parte de interpretação.

Entrevistadora: Então, ela não precisa de ajuda porque ela é nativa e deve falar português.

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: E aí tem um caminho mais que natural, né? Indicação - um indica o outro.

Entrevistada: Os médicos, mesmo as cirurgias eletivas, são os médicos que agendam com os pacientes

Entrevistadora: Não tem assim uma especialidade que o hospital atua mais vai depender do médico nesse caso? Em relação a essa interpretação, como você acha - bom, no Brasil a gente não tem ainda de fato a figura do intérprete da área médica, acho que é muito isso que você falou, a gente tem pessoas que trabalham, que ajudam, que acabam fazendo o papel do intérprete - como que você vê isso - você acha que existe um caminho para isso de institucionalizar o papel do intérprete da área médica?

Entrevistada: Eu acho que é um futuro. Agora, acho que praticamente não existe mesmo, muito difícil, eu já ouvi assim pesquisa de médicos que deixaram de atuar na medicina para atuar como intérprete porque na verdade viu um outro caminho língua, outra forma de ajudar a medicina, principalmente em congressos, mas nesse momento eu acho que é um número muito pequeno.

Entrevistadora: É.

Entrevistada: O futuro da interpretação.

Entrevistadora: Quando você fala de futuro, você pensa em quê? Futuro, que futuro, é um futuro próximo, mais distante? Como você acha que é isso?

Entrevistada: Hoje em dia, a maioria dos médicos fala inglês, eles estudam inglês ou qualquer outro idioma, é difícil você pegar um médico que não fala, os mais novos, você pega assim tem médicos mais senhorzinho, que às vezes que eles falam estou estudando inglês, que comentam, você vê que eles se esforçam, os médicos mais novos se esforçam mais ainda para aprender o idioma, aqui no hospital é uma minoria que não fala, mas acontece de você dar plantão, que nenhum médico falam, é onde você vê a necessidade de um intérprete da área.

Entrevistadora: Certo. xxxxx tem mais alguma coisa que você gostaria de comentar? Porque o que eu penso é nessa formação, porque a gente não tem o intérprete, mas não temos uma formação de intérpretes específica para a médica, porque ao meu entender é uma área muito diferente. Não é formar para interpretação simultânea, por exemplo. Como você vê isso?

Entrevistada: É, acaba sendo sempre as pessoas que trabalham na área e que falam o idioma se especializando um pouquinho. O problema que eu acho que assusta da área hospitalar, da área médica são os termos porque as pessoas já não entendem na própria língua o termo médico - aí o que o médico está falando não estou entendendo nada, pode traduzir, doutor? Os pacientes perguntam isso, o que ele disse, você pode explicar melhor? Porque o médico naturalmente fala nos termos dele, entre os colegas, e às vezes esquece que está falando com o paciente que é leigo, que não entende os termos. Então acho que isso que assusta muito o intérprete.

Entrevistadora: Sim, e aí quando a gente adiciona uma nova língua, essa equação fica mais complicada ainda, porque isso já acontece em língua materna, o médico fala e o paciente não entendeu, e quando você tem uma língua diferente, talvez, de fato, isso seja um complicador dentro da interpretação médica.

Entrevistada: Aí, acaba sendo normalmente pessoas que já atuam na área, que já conhecem um pouquinho da terminologia, do significado da terminologia, pessoas que estão se formando intérpretes, tem medo, né?

Entrevistadora: É verdade, mas acho que por conta disso mesmo, por vários fatores, que você elencou, acho que você elencou uns fatores importantíssimos.

Entrevistada: Ou outras pessoas também que têm medo. Eu tenho medo de sangue, de repente eu tenho um problema, entrar em uma cirurgia - que não acontece, pelo menos nunca aconteceu comigo, em uma cirurgia o paciente está sedado, então não precisa, mas talvez dentro de um procedimento, sim, acompanhar durante um exame, e tem pessoas que são receosas, têm medo, tem aflição - aí e se tiver sangue, eu vou ter que acompanhar, está dando ponto no paciente, então, tem que ter na verdade - tem que gostar da área.

Entrevistadora: Ótimo, tem mais alguma questão que você gostaria de falar dessa sua experiência, algo que te chamou atenção durante todo esse tempo?

Entrevistada: É difícil de pensar em um caso específico. O que eu sei que no começo eu usava muito a terceira pessoa, talvez por insegurança, olha ela disse, o médico disse, depois com o tempo você já vai acrescentando, ele está explicando seu papel tanto para o paciente como para o médico, vou falar dessa forma, vou interpretar desse jeito, e as pessoas vão se acostumando.

Entrevistadora: Você sente resistência de certa forma, às vezes do médico de ter um intérprete ali, de você estar presente, já teve alguma situação que você sentiu alguma resistência?

Entrevistada: Não, na verdade, eu sinto um alívio, sempre para o paciente um alívio muito grande por ter alguém que vai ajudá-lo. Porque parece que quando eles chegam aqui no Brasil, eles sentem uma dificuldade muito grande de se comunicar. Então quando eles encontram uma pessoa que fala um pouquinho do idioma, você não precisa nem ser tão fluente, você fala um pouquinho, eles já - meu Deus do céu, graças a Deus, muito obrigado. E do médico também, tem uma insegurança também, o médico não fala, a enfermeira não fala, ou até fala mas tem medo de falar, vergonha, acha que o inglês não é bom o suficiente e quer o auxílio de alguém, então você vê assim, a enfermeira quer dar uma orientação, ela sabe como falar, mas está se sentindo insegura, porque ela só estuda, de repente ela nunca teve a oportunidade de praticar o idioma com o estrangeiro, então precisa ter alguém ali para poder auxiliá-lo, então acho que é um alívio, de ambas as partes do paciente e do profissional da saúde.

Entrevistadora: xxxxx, então eu gostaria de agradecer sua entrevista, foi muito boa, agora temos alguns procedimentos daqui para frente, então vou transcrever sua entrevista e esse texto volta para você aceitar ou fazer mudanças. Estou trabalhando com um procedimento que se chama história oral. Dentro da história oral esse é o próximo passo, então assim que você tiver esse texto em mãos, você aprova, faz mudanças, faz cortes e acrescenta coisas. Esse é o próximo passo da entrevista. Seguindo, uma das questões para quando a gente trabalha com o mapeamento de uma área totalmente nova é formar uma rede de pessoas que façam a mesma coisa ou que, de certa forma, estão incluídos nesse ambiente que é da interpretação médica. Então, o que eu gostaria de te pedir é se você tem alguma indicação do próximo entrevistado?

Entrevistada: Eu tenho, tem uma colaboradora nossa que na verdade quando eu fui para a noite, ela acabou virando o ponto de referência da administração, ela atua no pronto-socorro cuidando de internações de emergência. Então, ela tem muito contato com o paciente, por ela estar ali no pronto-socorro, chega algum estrangeiro, as pessoas vão direto com a xxxxx. De repente, teve uma das vezes que tinha uma reunião com diretores estrangeiros e era durante o dia todo, eu trabalho a noite, não ia conseguir o dia de folga para trabalhar durante o dia e a diretoria estava pedindo minha ajuda. Ai, eu entrei em contato com a minha supervisora para verificar o que a gente ia fazer, eu não vou à noite, eu trabalho durante o dia, ela falou não, fica tranquila, segue seu plantão a noite que eu vou pedir ajuda da xxxx. Aí foi o desespero da xxxxx- ai, meu Deus com a diretoria? Porque com o paciente você se vira, mas não tem ninguém olhando, com a diretoria é outra história. Eu ia te contar, mas ela vai conseguir contar melhor, é a experiência dela.

Entrevistadora: Que bom. Eu te agradeço e nos encerramos a entrevista aqui.

ENTREVISTA 2

Entrevistadora: Entrevistada: xxx, no Hospital xxx, na data de vinte de dezembro de 2016, para o projeto Interpretação Médica em Discurso. xxx, eu queria que você me contasse um pouquinho como que você começou interpretando na área médica?

Entrevistada: Na verdade, eu fiz inglês bem anos atrás, eu fiz um ano, acabei parando, eu ia tentar voltar mais acabei não conseguindo pelo horário da faculdade, que eu entro cedo. Aí teve um dia aqui, no PS, que tinha um estrangeiro e não tinha ninguém no horário para falar e, assim, eu nunca tinha falado, então falei "bom, eu tenho muito inglês, mas o que eu puder ajudar, se vocês quiserem eu vou". Então eu fui e todo vez agora que precisa, aqui pelo menos no PS eles me chamam, na internação, a gente tem a localização, que é o 1400 aqui, que a gente liga, e caso precise de alguém que fale inglês, eles pegam uma lista e vão para o mais próximo. No PS aqui, geralmente eles já me chamam.

Entrevistadora: Quer dizer, você já ficou conhecida.

Entrevistada: É. Já fala "ah, chama a xxx", eu vou, aí um exemplo aqui no PS mesmo, a gente abre a ficha do paciente, pega os dados, vê o que o paciente sentindo, leva para os (Ininteligível), explica que... Agora, antes era enfermagem e médico, agora só os médicos que atendem os pacientes. Então eu explico para eles aguardarem que o médico vai vir.

Entrevistadora: Ah, você não tem mais triagem então, agora?

Entrevistada: Não. Tiraram.

Entrevistadora: Vai direto para o consultório?

Entrevistada: Isso, vai direto para o médico que atende.

Entrevistadora: Entendi. E você chega a fazer isso também dentro da sala, com o médico?

Entrevistada: Não, geralmente é mais... Os médicos falam. Antes eu ajudava as enfermeiras, mas agora o médico ele já tem que saber o inglês, então ele mesmo que fala. Eu ajudo o pessoal da recepção, dos exames. Médico mesmo aqui, eles têm que saber falar.

Entrevistadora: Então na verdade quando eliminou a triagem, eliminou uma parte da interpretação, vamos dizer assim, porque agora...

Entrevistada: Isso, mas se o enfermeiro precisar lá dentro também, eles chamam, o que eu puder ajudar.

Entrevistadora: Entendi. E o que você acha que é a questão mais complicada assim nessa interpretação?

Entrevistada: Depende muito do paciente. Tem paciente que ele... Um exemplo, chinês. Aí ele já não fala muito bem o inglês. Então para ele conseguir te entender e você entender ele é um pouquinho mais complicado. Em relação também a diagnóstico, por exemplo, o paciente chega e precisa saber o que ele está sentindo. Uma vez um paciente chegou com dor no braço, ele queria passar na ortopedia. Ai eu perguntei "mas é só dor no braço? O que está acontecendo?" Ele falou que estava um pouco com dor no peito. Então a gente passou... Eu falei "não, então vamos passar por um clínico, para depois ver", e no caso ele estava com enfarto. Então, assim, é uma parte bem... Que a gente tem que entender mesmo o que o paciente está sentindo. Se a gente manda o paciente lá para uma Ortopedia e...

Entrevistadora: É, na verdade a sua atuação nesse momento foi determinante para onde você mandaria esse paciente.

Entrevistada: Exato.

Entrevistadora: Entendi. Eu acho que no Pronto-Socorro isso é um pouquinho mais complicado do que clínica em geral.

Entrevistada: É bem mais complicado. A gente tem que prestar bem atenção no que o paciente está sentindo, porque se eu mando ele para um lugar que não é ou entendo uma coisa que... É uma responsabilidade, porque eu posso entender também errado, se eu entendo que ele está com uma coisa e está com outra e mando ele para uma outra especialidade, porque aqui a gente têm várias. Tem ortopedia, oftalmo, otorrino, tem que ver o que o paciente está sentindo para ver qual clínica a gente tem que mandar ele.

Entrevistadora: Entendi. Você trabalha há quanto tempo no hospital?

Entrevistada: Aqui dois anos.

Entrevistadora: Há dois anos? Mas você já vem de outra instituição de saúde?

Entrevistada: Não de saúde, eu trabalhava em metalúrgica. Eu entrei na área hospitalar agora.

Entrevistadora: Agora. E o que você usa assim nessa conversa com o paciente... Falando em inglês agora, o que você usa para conseguir determinar para onde que eu mando esse paciente, uma vez que você não tem mais a triagem dentro do hospital?

Entrevistada: Na verdade o que eu pergunto mesmo é que ele está sentindo.

Entrevistadora: Sintomas, então?

Entrevistada: Isso. "O que você está sentindo no momento?", aí ele vai falar "ah, (Ininteligível 00:04:01.18)", dependendo do que ele está, então a gente vai vendo pelo que ele está sentindo. Eu pergunto exatamente isso, o que ele sente, aí ele vai me falar, "ah, é dor no braço, é dor de estômago...", aí eu vejo.

Entrevistadora: Entendi. Deixa eu te perguntar uma coisa: quando você está no hospital, você disse que você pergunta pelos sintomas, você vai direto no sintoma, e aqueles pacientes como você disse, os coreanos ou os chineses que não falam tão bem o inglês?

Entrevistada: Tem um paciente... Eu já peguei casos aqui que ele realmente não conseguia expressar o inglês. Então ele pegava o celular, ele falava alguma coisa e colocava em [chinês](?) para eu entender. Porque tem coisas assim, endereço ele conseguia falar, mas o que ele sentia ele não conseguia falar, em inglês. Então ele colocava no tradutor para ele e passava para mim, aí eu conseguia dar andamento.

Entrevistadora: Entendi, ele escrevia em chinês e usava um tradutor para que você conseguisse ver em inglês?

Entrevistada: Isso. Porque ele não... Tem realmente paciente que, por mais que fale um pouco, ele não fala, já peguei uns três casos de japonês, chinês, que não falava quase nada.

Entrevistadora: E a frequência disso? Como que é a frequência desses pacientes, você consegue medir isso ou não?

Entrevistada: Medir mesmo não, mas, assim, sempre tem, um ou outro. Antigamente era um pouco mais frequente. Agora no final do ano não vem tanto, mas a gente teve bastante.

Entrevistadora: Você sente que houve um aumento então do número desses pacientes durante o ano de 2016?

Entrevistada: Isso. Vem bastante. Esse ano mais do que no passado.

Entrevistadora: É, talvez seja uma tendência. Essa questão de aumentar o número. E dentro desses atendimentos que você já fez, teve algum que você teve algum problema ético, assim, do paciente ter alguma dificuldade ou do paciente não querer ser atendido por determinado médico.

Entrevistada: Que eu tenha pegado não. Nenhum problema com... Na verdade, acho que foi uma... Não. Peguei. Na ginecologia, queria passar só com mulher. Então a gente tem que conversar, diz que quer passar só com mulher, aí você tem que entender todo o caso. É mais em questão ginecológica mesmo, geralmente eles preferem passar por mulher do que com homem.

Entrevistadora: E como que é o trâmite dentro do hospital quando isso acontece? Quem é que determina quem vai atender, é feito um acordo, se conversa com os médicos? Como que você faz essa parte de mediar?

Entrevistada: Eu levo o paciente até a ginecologia, explico. Exemplo, se a gente tiver só médico no plantão, eu tento explicar "a gente só tem homem hoje no plantão, tudo bem?" Se ela aceitar, ok. Se não, se não tiver doutora, eu converso "olha, eu estou com uma paciente, ela é assim, ela quer passar com mulher", e é conversado e as doutoras entendem. Aqui eles filtram, anotam o nome do paciente que é passar com a mulher e passa. Não tem problema nenhum.

Entrevistadora: E você diz que os médicos falam inglês? A maior parte dos médicos falam inglês?

Entrevistada: Isso. A maior parte, pelo menos aqui na clínica, quando um não fala, ele troca, passa para outro para já conseguir atender o paciente. A maioria fala.

Entrevistadora: Ah, então quando você tem um médico que não fala, então resolve-se internamente, vamos dizer assim.

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: Para que não tenha a necessidade da interpretação direta.

Entrevistada: É. Pelo menos aqui no Pronto-Socorro, não sei lá na clínica. Mas como aqui é parte médica, é mais diagnóstico, o paciente tem que explicar algumas coisas, o médico realmente ele tem que explicar. Aí os outros como é atendimento de recepção, essas coisas, aí o médico não vem até aqui também. Por exemplo, na recepção, precisa abrir a ficha, o médico não vem até aqui, eu que tenho que ir até lá e ajudar o meu colega, para ajudar o paciente a passar.

Entrevistadora: E você sente assim que esses pacientes se sentem mais confortáveis quando tem um intérprete, alguém que ajuda ou você acha que é indiferente?

Entrevistada: Sente. Sente, porque, assim, às vezes eu estou com uma internação e eu não consegui no momento, então eu falo "espero um pouquinho que eu já estou indo". E você vê que a pessoa fica mais aliviada de ter alguém que entenda ela, porque ela fica naquele desespero, você vê pela reação, que ela quer falar e a pessoa às vezes não entende. Então é bom, elas sentem bem mais alívio quando tem alguém que entenda elas.

Entrevistadora: E como que você se prepara para essa questão cultural? O que você faz, ou você nunca pensou nisso diretamente, quando você recebe um paciente de uma cultura muito diferente como o chinês, por exemplo? Como que você tenta fazer essa... Você tenta fazer essa mediação entre as culturas?

Entrevistada: Na verdade eu nunca pensei. Eu sempre tento tratar eles da melhor forma possível, consiga entender eles e consiga dar o conforto que eles precisam, mas em relação de separar eu nunca pensei mesmo.

Entrevistadora: E diagnóstico, você acompanha esses pacientes quando vai fazer um exame laboratorial ou alguma coisa assim? Tem essa necessidade?

Entrevistada: Depende do paciente. Às vezes tem paciente que vai direto de alta, aí você precisa dar alguma informação... Um exemplo, particular, a gente vai até a tesouraria, aí vou lá, explico a conta, porque a gente tem três tipos de conta. Então eu explico as contas, eles pagam e depois, se precisar, explico onde que é a farmácia aqui perto. Tem paciente que vai para exame, aí o doutor explica direto, aí não precisa. E tem pacientes que tem um termo para assinar, então eu desço para ajudar, para explicar o termo da tomografia, que precisa estar em jejum. Depende de cada paciente.

Entrevistadora: E quando é esse termo, como que você faz o termo com eles? Você lê, você... Como que é isso? Você tem traduzido para outro língua?

Entrevistada: O termo, esse a gente não tem. Tem uns termos que a gente tem e tem outros que não. Então, por exemplo, tem um de anestesia, então a gente tem que perguntar se tem dentaduras, essas coisas, aí eu vou fazendo as perguntas para eles mesmo. Tem termo que a gente tem em inglês, que nem precisa... Que nem na internação a gente tem, tem em português e tem em inglês. Aí tem termo que a gente não tem, então a gente tem que fazer a tradução, tem que ir questionando um por um.

Entrevistadora: E quem preenche esse documento? É você que questiona e preenche ou você faz a pergunta e o paciente preenche?

Entrevistada: O paciente que preenche. Eu vou explicando, eu mostro onde que é o campo de sim e não e ele preenche. Eu deixo tudo para ele e vou explicando cada item.

Entrevistadora: Ah, é como se fosse um *check list*, ele só põe sim, um x(isinho) no sim ou não?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Ah, entendi. E você faz a leitura desse documento?

Entrevistada: Isso. Mas eu deixo tudo na mão dele, para ele se sentir mais à vontade, para ter a independência, a autonomia para poder fazer. Então só vou explicando e ele vai colocando.

Entrevistadora: Teve algum problema que você detectou alguma vez fazendo esse termo, do paciente não conseguir entender o que estava ali falando ou o que estava perguntando?

Entrevistada: Só, na verdade, eu não sabia. Depois eu fui buscar. Na verdade, dentadura eu não tinha a menor ideia de como falava isso. Mas às vezes pode ser que eu não saiba para poder traduzir, porque eu também fiz um ano só. Então o que eu consigo ajudar eu ajudo, mas o problema foi eu que não sabia essa palavra. Eu tive buscar, para explicar o que era.

Entrevistadora: E quando você não sabe alguma coisa, você usa alguma estratégia? Então, por exemplo, você sabe a palavra em português, vamos supor, mas você não sabe em inglês, principalmente na hora do termo que você vai fazer o contrário, é mais difícil, você usa alguma estratégia? Você faz alguma coisa, você explica, o que você faz com o paciente?

Entrevistada: Eu tento entrar no contexto, explicar algo semelhante ou fazer gestos também que eles entendam. É mais gesticular. E caso... É bem difícil, mas caso eles realmente não entendam aí eu uso a tradução no celular, mas é bem difícil eu não saber dizer. A única vez que eu usei foi por causa de um francês que veio aqui e eu não sei falar francês. Então eu falei "bom, ninguém consegue fazer nada, eu vou pegar o celular e vou ajudar, melhor do que não fazer nada". Porque francês eu não falo.

Entrevistadora: É interessante porque quando as pessoas pensam, acho que umas coisas que eu discuti bastante é quando as pessoas pensam em interpretação, quando a gente fala de tradução, que as pessoas chamam de tradução, elas só pensam no inglês. É interessante isso.

Entrevistada: É que é a língua mais usada, então eles acabam... Mas não, tem francês, chinês, então eu só ajudo um pouco no inglês, então nesse dia eu tive que pegar porque, gente, francês eu não sei nada.

Entrevistadora: E vocês têm médicos que falam outros idiomas além do inglês ou não?

Entrevistada: Creio que tenha. Tenho sim, porque como a gente tem muito aqui, não é?! É que eu não acompanho muito, eu pego mais o período da manhã, então eu sei só os daqui. Mas de resto...

Entrevistadora: É que depende do plantão também, porque você tem médicos diferentes dependendo do plantão.

Entrevistada: Isso. Exato. Cada dia é um médico. Então a gente nunca sabe quem vai estar aí.

Entrevistadora: Entendi. E aí você faz essa busca, então se chegou um paciente falando inglês, por exemplo, que é a língua que você domina, aí você conversa com o paciente e aí entre os médicos que estão no plantão, você faz a busca, é isso? De quem fala?

Entrevistada: Na verdade eu coloco, a gente tem os mensageiros aqui, então eu aviso "oh, paciente do dois..." Exemplo, "paciente do dois é estrangeiro", então na hora que o médico vai entrar eles já avisam "oh, paciente dois é estrangeiro", então vai um médico que já domina mais o inglês para poder atender com maior perfeição.

Entrevistadora: Entendi. É uma questão interna, na verdade, vocês organizam internamente, o paciente não fica nem sabendo assim que tem essa seleção?

Entrevistada: É. Para não poder entrar e entrar um e não sabe, então a gente já avisa eles e assim que o médico entrar já avisa. Mas, pelo menos aqui, a maioria fala.

Entrevistadora: E quando eles vão para a enfermagem? Por exemplo, ele vai fazer uma medicação, eu creio que nem todos os enfermeiros falam inglês.

Entrevistada: Tem enfermeiro que fala e tem médico que já explica, lá dentro. Porque a gente tem médico nas poltronas onde o paciente vai tomar medicação, então ele já explica.

Entrevistadora: Então ele mesmo cuida dessa parte?

Entrevistada: Isso. Já explica, já fala o que vai tomar, que horas, ele já aproveita tudo dentro do (Ininteligível 00:13:32.17) para falar com o paciente.

Entrevistadora: Entendi. Então a sua função na verdade é mais atender a recepção, para esse paciente, ajudá-lo a fazer a ficha e acompanhar se ele precisa ir para outro lugar que não o Pronto-Socorro?

Entrevistada: Isso. Eu já fui também em andar. Já fui em andar explicar sobre risco de queda e para fazer a parte do bebê, que você tem que pegar todo a documentação para levar no cartório.

Entrevistadora: Era um paciente internado na verdade?

Entrevistada: Isso. Paciente internado. Para troca de quarto também, paciente quis trocar de quarto, eu fui conversar com ele. Então é essas partes mesmo, só a parte do médico mesmo que eu não entro. Mas no que der para eu fazer, eu sempre vou.

Entrevistadora: E com paciente internado, você acha que é diferente, é como você atende aqui no Pronto-Socorro? Você vê alguma diferença entre esse atendimento e ao paciente internado e ao paciente que chega ao hospital?

Entrevistada: Ele está mais tranquilo, o paciente internado. Porque ele já está tendo atendimento, ele já está... Tem todo um pessoal ali cuidando dele. O paciente do Pronto-Socorro chega aflito, com dor, às vezes não tem ninguém na hora para atender, então ele não sabe com quem falar. O paciente internado não, ele já teve respaldo, ele já tem medicação, ele tem o doutor que já conversou com ele. Então ele está mais tranquilo, é mais assim para resolver uma coisa que precise explicar referente a leito, referente ao bebê, então eles são bem mais tranquilos, acho que o paciente do PS fica um pouco mais... Como que eu posso falar? Mais ansioso, ele quer que alguém possa ajudar ele, às vezes se embanana, é bem diferente do paciente que está internado, que fica bem mais tranquilo.

Entrevistadora: E no PS tem essa questão, como ele está mais ansioso, então a língua é um fator importante?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Internado ele tem mais tranquilidade, parece, o tempo é outro.

Entrevistada: É que já tem gente ali cuidando dele. Então você chega, é de outro lugar, não fala português, está com dor, ninguém está te entendendo, então entra em desespero.

Entrevistadora: Sim, com certeza.

Entrevistada: (Ininteligível 00:15:29.12) que a pessoa... Quando você chega para falar com a pessoa, ela fica "ah, alguém me entende".

Entrevistadora: Entendi. E aqui vocês recebem Pronto-Socorro, nesse lugar que você trabalha, mas não maternidade?

Entrevistada: Maternidade é lá no térreo. Então tem gente também que fala, mas se precisar eu também desço. Então a gente liga na localização, não tem ninguém na hora e eu estou livre, eu também vou, desço para ajudar.

Entrevistadora: Quando você fala da localização é procurar entre os colaboradores alguém que fale o idioma? É isso?

Entrevistada: Isso, na nossa localização, eles têm uma lista, que são todas as pessoas que falam outras línguas. Então tem inglês, japonês, então eles vão pegar a pessoa que fala, vai ligar e vai pedir para ir ajudar. Então a gente tem um... É que aqui no PS a gente... Já fica mais fácil, porque eu estou do lado, mas em outros setores eles ligam, pode ser que ligam para mim, para outra pessoa. Aí eles têm a lista de quem que fala outra língua.

Entrevistadora: Ótimo. E aqui o seu trabalho mesmo no hospital, você é contratada como?

Entrevistada: Eu sou auxiliar administrativa. Eu trabalho na internação.

Entrevistadora: Ah, você trabalha na administração?

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: Você trabalha diretamente mais com as internações.

Entrevistada: Isso. Mais com as internações.

Entrevistadora: E aí está na lista porque fala o idioma?

Entrevistada: É, eu estou na lista por causa do idioma.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Já fiz também... Já expliquei contrato em inglês para paciente, para fazer... Acho que a minha primeira vez foi a pior, "ai, meu Deus, como que eu vou explicar isso aqui?"

Entrevistadora: Você lembra ainda da tua primeira interpretação?

Entrevistada: Lembro.

Entrevistadora: Como que aconteceu? Você pode contar um pouquinho para mim?

Entrevistada: Foi ainda lá na ginecologia, que um paciente... Eles não estavam entendendo. Eu falei "ah, meu Deus, deixa ir lá tentar ver o que está acontecendo". Aí eu desci. Era uma paciente que estava gestante e estava com dor. Então eu falei "ah, vamos lá". Aí eu sentei com a paciente, conversei com ela, para ver o que ela estava sentindo, mas estava bem nervosa, foi a primeira vez que eu fui lá conversar. A gente nunca esquece.

Entrevistadora: Mas você conseguiu resolver o problema?

Entrevistada: Consegui.

Entrevistadora: Então está bom.

Entrevistada: Consegui abrir a ficha para passar para o doutor, tudo bonitinho, mas dá bem nervoso de você não saber o que falar, mas deu tudo certo. Graças a Deus!

Entrevistadora: E a partir de qual momento você disse assim: então, agora quando chegar alguém falando inglês, eu consigo atender. Teve algum momento desse?

Entrevistada: Depois que você já começa a atender dois, três, você já fica mais tranquilo. Chamou, você vai, pergunta, porque você já sabe o que perguntar. No primeiro momento, você não sabe, o que eu vou perguntar, como eu vou perguntar, como eu vou abordar. São os piores, mas depois que você pega a manhã, você já consegue passar mais tranquilidade para a pessoa, ver que você está entendendo.

Entrevistadora: Que é importante, não é?! E como que você... Assim, a primeira abordagem foi meio no susto, porque te chamaram e você foi, mas depois como que você aprendeu a abordar o paciente? Quais estratégias que você usou ou como que você pensou "bom, quando chegar alguém falando outro idioma, como que eu vou agir?"

Entrevistada: No começo, eu estava pensando como que eu abria a ficha antes, porque eu fiquei só na Internação, eu não faço mais abertura de ficha, então eu comecei a recordar de como que a gente aborda o paciente em português, falei "vamos lembrar de tudo, não é?!" O que a gente pergunta, aí pensei bem, "bom ele está vindo de outro lugar, está um pouco mais nervoso, a gente tem que acalmar, então eu vou me apresentar, pergunto o que ele está sentindo..." Porque aqui primeiro a gente faz o cadastro, então depois pergunta o que está sentindo. Eu não, já começo perguntando o que ele está sentindo para eu poder entender, aí quando ele começa a ficar mais calmo, eu começo a pegar os dados dele para poder colocar no sistema.

Entrevistadora: Ah, você inverteu a ordem então. E isso veio de onde? Veio de você mesma, tem uma conversa com as outras pessoas que interpretam dentro do hospital ou isso foi uma questão pessoal?

Entrevistada: Foi uma questão pessoal. Eu achei que... Eu conseguindo passar para ele que eu estou conseguindo entender o que ele está sentindo, ele vai conseguir ficar mais calmo do que eu ficar perguntando ONDE VOCÊ MORA? Não, eu acho que ele "não, ela já está sabendo, então vai conseguir me encaminhar", então a pessoa começa a ficar mais tranquila, porque ela está vendo que você está entendendo o que ela está sentindo e passa uma tranquilidade maior, pelo menos nos casos que eu vejo eu acho que é melhor para o paciente eu fazer uma outra abordagem.

Entrevistadora: Entendi. Se for um paciente que fala português, é o contrário então? Primeiro vocês fazem o cadastro e depois que pergunta... Que faz a triagem?

Entrevistada: Isso mesmo. A gente abre o paciente no sistema e depois eu pergunto, então o pessoal acaba me esperando para poder conseguir ver o que o paciente está tendo para depois a gente começar a fazer o cadastro do paciente.

Entrevistadora: Entendi. Muito bem, eu gostaria de saber se tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar que não foi perguntado e que você acha importante para isso?

Entrevistada: Ah, eu acho que é muito importante a gente ter paciência também, que é uma coisa que às vezes eles estão muito nervosos e aí acaba sabe não conseguindo falar e tem gente que não tem paciência. Então tem que ter paciência com eles, tem que conseguir entender o que eles querem. Eu acho que ter empatia também, em primeiro lugar, acho que quando você está ajudando uma pessoa você tem que realmente ajudar, não é falar "ah, eu trabalho com isso, eu estou indo por obrigação". Não. Eu estou indo para poder realmente ajudar, entender o que a pessoa está passando. Acho que é primordial, ainda mais que é uma pessoa que está vindo de fora, muitas vezes tem lugares que não tratam muito bem, principalmente hospital, é uma pessoa que ela não quer estar aqui. Ela está vindo porque precisa.

Entrevistadora: Porque ela tem que vir.

Entrevistada: Se ela precisa vir, então acho que o mínimo que a gente pode fazer é tratar ela com empatia, conseguir mesmo mostrar que a gente está aqui para ajudar, para poder se sentir à vontade e a gente conseguir ajudar o paciente da melhor forma possível.

Entrevistadora: Ótimo. Entrevistada, eu queria te agradecer, você é uma simpatia, foi muito bom.

Entrevistada: Obrigada.

Entrevistadora: Agora eu vou transcrever todo esse material e o texto volta para você, para sua aprovação final e depois eu vou usar na pesquisa, claro que sem citar vocês diretamente, mas como colaboradores.

Entrevistada: Está bom.

Entrevistadora: E o que eu queria pedir para você é se você tem alguma outra pessoa que você conheça, pode ser dentro do hospital, pode ser fora que interprete, que você poderia indicar para a próxima entrevista?

Entrevistada: Aqui no hospital tinha o meu namorado, mas eu não sei se ele vai querer. Eu posso perguntar. É que ele saiu dessa parte. Ele não faz mais. Ele não ajuda mais. Então não sei se também é válido ou não.

Entrevistadora: Sim, com certeza, porque se ele tem essa experiência. Então eu aguardo depois seu contato?

Entrevistada: Tá.

Entrevistadora: Você fala com ele, aí se ele topa fazer a entrevista, aí eu marco com ele como marquei com você, senão se você lembrar de mais uma pessoa aí você pode substituir, então a gente vai se falando pelas mensagens para indicação.

Entrevistada: Está bom.

Entrevistadora: Muito obrigada.

Entrevistada: Imagina. Se você precisar de alguma coisa também. Pode mandar mensagem.

Entrevistadora: Ótimo.

ENTREVISTA 3

Entrevistadora: Entrevista gravada com xxx, em 17/03/2017. xxx, então a primeira coisa que eu queria te perguntar é como que você começou a interpretar, a atender esses pacientes em língua estrangeira?

Entrevistada: Tá. Bom, já falo inglês faz um tempo, eu fiz escola de inglês, e nunca foi assim tão voltado para a área médica. Mas como eu tenho muita vontade de ser compreendida e fazer com que eles se sintam acolhidos, eu sempre tentei de alguma forma me comunicar. Então, às vezes fala espanhol, eu tento arranhar espanhol, fala inglês, sei falar inglês, às vezes por libras já fiz também, por enfim, já tentei de tudo, até por mímica a gente tenta de vez em quando, quando não funciona. E ultimamente também no tradutor quando a pessoa não entende nada do que você está falando, mesmo no inglês, tem pessoas que não falem o inglês, aí você tem que pegar e se virar nos trinta, né? (Ininteligível)

Entrevistadora: Então a língua que você fala, que você mais tem segurança é o inglês?

Entrevistada: Com mais segurança sim. Mas também dá para, dá para tentar no espanhol, assim, mas nenhuma delas é voltada para a área médica, entende?

Entrevistadora: Uhum.

Entrevistada: Só mais assim, mas como a gente vai falando no dia a dia a gente vai pegando, vendo filme, lendo artigo, essas coisas, você acaba aprendendo um pouquinho mais.

Entrevistadora: Você tem a diferença que você é da área da saúde?

Entrevistada: É, sou.

Entrevistadora: Então isso ajuda?

Entrevistada: Sim, sou enfermeira, justamente, aí fica um pouquinho mais fácil já, de entender.

Entrevistadora: Você lembra a primeira vez que você interpretou, como que aconteceu?

Entrevistada: Primeira vez? Nossa, acho que talvez tenha, não lembro exatamente, mas acho que deve ter sido na Santa Casa alguém que era. Lembro, nossa, lembrei, que interessante isso, não é? Eu lembrei aqui, que barato. Eu lembro que era, trabalhava na Santa Casa, eu era enfermeira generalista, e tinha um senhor que ele era inglês, da Inglaterra. E enfim, acho que ele veio passar só uns dias, e tudo mais, e ele estava com um problema um pouco mais sério, assim, um pouco mais agravado mesmo, era um aneurisma abdominal, um negócio um pouco mais sério. E aí ele não entendia nada que ninguém falava, e eram milhares de pessoas, porque é um hospital escola ainda, então todo mundo vem, passa muita gente, fala, passa a mão, não sei o que lá, e ele não entendia nada. Aí eu tentei falar, nessa época ainda nem falava tão bem, acho que foi aí que me deu um pouco mais de start para poder querer falar, sabe? E aí eu comecei a tentar pôr no tradutor, que naquela época aqui nem tinha tanto.

Entrevistadora: É verdade.

Entrevistada: Não era tão facilitado quanto hoje. E eu tentava já arrastar assim um pouco com ele, eu lembro que eu saí do quarto, na enfermaria, dez pessoas, e tentei traduzir um pouco antes de entrar, tremendo, até. E ele entendeu, e aí quando ele viu que alguém falava, sabe, entendia, ou pelo menos tentava, ele começou a desembestar falar um monte de coisa: “Calma, vai devagar.” Mas ele ficou muito feliz, assim, de ter alguém que compreendesse, sabe? O que ele estava falando, tentando ajudar também, quer dizer, nada mais do que meu trabalho, não é? Mas foi muito legal, assim, a experiência que eu tive, deixei ele mais calmo, ficou menos aflito, o que foi uma coisa muito boa, sabe? Eu me ponho no lugar nessas situações, se fosse eu no lugar dele, não entender nada que ninguém está falando, entendeu? É bem legal. Acho que era isso que você tinha perguntado, como é que tinha sido.

Entrevistadora: Isso, é, como você, a primeira vez, assim, porque acho que a primeira vez conta muito da nossa trajetória depois.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Nesse caminho.

Entrevistada: Um barato falar nisso, nem lembrava mais.

Entrevistadora: A tua trajetória foi interessante porque te levou a pensar que talvez você precisasse desenvolver mais.

Entrevistada: Exato.

Entrevistadora: Para ajudar o paciente.

Entrevistada: Sim. E foi acho que realmente aí que eu comecei a pegar mais pesado, comecei a fazer mais aulas e tudo mais, e aí, nossa, ajudou para caramba. E aí hoje em dia eu viajo, falo numa boa, quando vem paciente eu consigo me comunicar bem assim também, sabe?

Entrevistadora: E você consegue medir, assim, a quantidade de pacientes que vocês recebem? O que eu quero perguntar, na verdade, é: vocês recebem mais paciente, você sente que isso tem aumentado ou esse número se mantém?

Entrevistada: Tá, estatisticamente exato não consigo te falar, mas eu sinto que tem aumentado também, e acho que agora que sabem que eu falo, sempre me chamam. Então eu gosto, eu me sinto lisonjeada no ponto de que servir como uma referência, não é? Para poder falar, é muito legal esse reconhecimento. Então eu vejo que tem bastante gente sim, mas eu também estou numa mostra um pouco mais fechada, não é, eu estou num hospital que é particular, tem um nível um pouquinho superior. E aí o que eu estou te falando: tem muitas clientes hoje em dia que são árabes vindo para cá, sírias, libanesas, vindo para cá. E a maior parte delas fala inglês, então com elas eu consigo até me desenvolver. E muita chinesa também - chinesa, japonesa não muito, mas muito chinês também tem, e eles falam bem mal o inglês.

Entrevistadora: Sim, eles têm dificuldade.

Entrevistada: É bem difícil. Mas tem aumentado sim, eu acho que tem, mas é o que eu te falei, na minha mostra é pouco mais viciada por ser só particular e ter um maior nível socioeconômico, não é? Mas eu acho que tem aumentado sim, conforme o tempo tem passado.

Entrevistadora: E como que vocês fazem essa comunicação especialmente com as chinesas, que você mencionou? Porque acho que é um caso diferente, que o inglês não é língua materna, não é?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Quando eles falam, falam pouco ainda.

Entrevistada: É, nossa.

Entrevistadora: Daí com muita, muita problemática fonológica.

Entrevistada: Muita.

Entrevistadora: E etc. e tal. Como que é esse atendimento?

Entrevistada: É bem complicado, porque via de regra é ela e o esposo, geralmente o esposo vem para trabalhar no Brasil em alguma grande empresa, uma multinacional e tudo mais. E aí, bom, geralmente ele fala bem, naquele jeito com sotaque meio especial, e ela entende algumas palavras, e mais concorda. Então também tem uma parte muito mais cultural, parece ser um pouco mais de submissão da mulher e tudo mais. Mas poucas delas falam, parte do esposo. Aí quando ele não está fica complicado, porque aí precisa abrir mão do celular mesmo, abrir o tradutor, tentar traduzir para o chinês. Só que o ruim de traduzir para outra língua que você não faz ideia do que está escrito, é você saber se está escrito certo ou se não está, então eu fico com aquela cara de: "Putz, está certo ou não está?". Eu tenho o chinês daquela forma amplificada ou reduzida, então é muito difícil, é muito difícil. Então nessa hora meio que eu abro mão um pouco mais também de, quer dizer, lanço mão de um pouco mais de mímica, eu acho que aí funciona bem, sabe? Mas a maior parte elas entendem, até do inglês, mas bem arranhado, e geralmente com alguém junto. E aí se não é o esposo, é algum acompanhante que mora no Brasil e fala, ou alguém que saiba falar alguma coisa de português e entende algumas palavras, mas fica bem mais complicado mesmo.

Entrevistadora: Você lembra nesse percurso de ter acontecido alguma coisa que te chamou atenção, assim, um dado cultural interessante, ou algo que ocasionou um problema de comunicação por conta da cultura?

Entrevistada: Sim, já aconteceu, são duas coisas. Uma coisa muito legal que me deixa feliz nessas coisas de tentar traduzir que é o que me motiva a querer continuar foi uma história bem legal de um casal chinês que veio, e não sei se você sabe, mas eles têm alguns costumes, enfim, de cultura. E quando eles vão tomar medicamento eles não tomam - acho que mais na maternidade - não tomam com água fria, só com água quente, sabia disso?

Entrevistadora: Sabia.

Entrevistada: E aí eles só tomam remédio com água quente, e assim, é uma loucura porque eu fico na maternidade e eles ficam no quarto todo quente, não liga ar condicionado, fica parecendo um forno o quarto, manga longa, assim, no calor de 40 graus eles estão desse jeito, aquele cheiro forte, sabe? Nossa, um negócio horrível. E aí eles querendo água quente, água quente, água quente, e aí eu já sabia por casos anteriores de clientes que já tinham me falado que tomavam água quente, traduzindo em inglês. Aconteceu um dia de chegar um casal que o esposo mal falava e ela menos ainda, nossa, nada. E aí eu tentando falar: “Ah, você quer hot water, hot water?”, que é água quente, não é, tentando traduzir em inglês, ele não entendia. Aí eu falei: “Espera aí, espera aí.”, na mínima, não é, fiz assim com a mão. Aí eu peguei, saí do quarto tentei traduzir em chinês, e aí coloquei em chinês e coloquei na pronúncia como era falado, e aí eu vi que era “uENCHUI”. Mas é claro que muda, com certeza a pronúncia, com certeza muda. Mas aí entrei no quarto falei: “UENCHUI”, aí o cara apontou assim para mim: “UENCHUI, uENCHUI.”, ficou toda feliz, sabe? “Nossa, alguém me entendeu.” Aí ainda bem, então só de entender a água quente já foi uma alegria, entendeu? Então são coisas que motivam. E aí eu consegui água quente para eles, eles ficaram supergratos. Então foi um caso cultural bem diferente, assim, que não é nosso costume, então foi legal. E o outro caso foi, faz pouco tempo até também, era uma outra chinesa, ela estava acompanhada pela mãe dela, e ela não falava nada, mas nada, assim.

Entrevistada: Aí ela não falava nada, nada, nada mesmo e eu tentando fazer por mímica, tentando fazer tanta coisa, e ela não entendia. Eu tentei colocar no Google tradutor também e não ia, ela lia assim e, nossa, até fiquei um pouco chateada porque ela, sabe, me ignorava, ficava assim conversando com a mãe em chinês e eu com aquela cara de: “Oi, estou tentando te ajudar e você não está querendo me ajudar também, não é?”. E ela meio que me ignorava, eu tentando falar. Só que assim, ela começou a demonstrar, por mímica, que o bebê dela tinha engasgado, então foi um caso um pouco sério, e aí você pergunta a coisa que atrapalhou, atrapalhou bastante porque é um caso um pouco mais grave, eu tentei de qualquer forma mostrar para ela como é que tinha que fazer. Então principalmente por mímica demonstrei como levantar o bebê, pôr para arrotar, não sei o que lá, se engasgar como proceder, mas ela não entendia muito bem. Aí eu falava: “*Translate, translate*, tradutor.”, eu falava de alguma coisa que demonstrava com o celular assim, com a mão. E aí ela pegava o celular dela e ficava mexendo assim, tentando mandar mensagem, acho que para o esposo, para algum familiar que falava mais ou menos o português. E no tradutor não estava rolando, e aí ela, o quê que ela fez, ela pegou e ligou para esse familiar e aí eu comecei a explicar para esse familiar pelo telefone como que tinha que proceder. E a familiar não entendia quase nada também, não falava quase nada, aí foi supercomplicado, eu explicando ela: “Não, não, não entendi, não entendi.”, falava desse jeito assim.”, eu: Ai, meu Deus do céu.”, mas assim, foi umas cinco vezes que eu tentei, tentei falar pausadamente, que eu sei que eu falo rápido, mas eu falei pausadamente. Eu tentei mudar a forma de falar, e assim, não entendia muito bem. Ela entendeu mais ou menos aí tentava traduzir em chinês. Então assim, eu acho que ela acabou entendendo, porque no final ela demonstrou para mim, eu demonstrei com o bebê também, então eu vi que ela entendeu. Mas foi um dos piores percalços, assim, que eu já passei, porque eu me esforcei para caramba e eu via que ela não tinha essa reciprocidade, sabe? Eu me senti um pouco mal porque é muito cultural, entendeu? De: “Puxa, você está no meu país, estou tentando te ajudar, sendo que quem devia estar tentando é você, não eu, não é?”, isso é bem complicado, foi um dos piores casos que eu já tive em relação a isso.

Entrevistadora: E a gente tem questões éticas aí também que aparecem, não é? Porque querendo ou não você está ali tentando ajudar o paciente, mas você tem a sua função de enfermeira dentro do hospital.

Entrevistada: Exatamente, se acontecesse algo ali também seria minha responsabilidade, não é? Não que eu não queira, quer dizer, mas do que eu não queira por conta ética mesmo - do conselho, é mais também pela vida que está ali, não é?

Entrevistadora: Sim.

Entrevistada: Então foi complicado, assim, foi uma das piores. Nossa, suei, viu, foi osso aquele dia.

Entrevistadora: É, tem horas que são, tem hora que é muito complicado o que acontece pela falta, pela barreira da comunicação.

Entrevistada: É, nossa, totalmente.

Entrevistadora: Porque 100% é difícil garantir mesmo, você não sabe se a pessoa está te entendendo.

Entrevistada: É, vem da comunicação, não é? Eu falo com você em português, a mensagem era para chegar direta, imagina, em outra língua, tentando traduzir, às vezes a palavra errada, complicado.

Entrevistadora: E teve já alguma vez que você realmente interpretou consultas, você já fez isso com o médico?

Entrevistada: Fiz, fiz também lá no hospital, já fiz umas duas, três vezes. Uma vez foi com a pediatra também, ela também falava inglês “male-male”, a paciente falava superbem, e também era um caso um pouco mais complicado com o bebê dela, a gente conseguiu explicar, aí foi uma consulta assim bem mútua. Então se a médica não sabia falar, eu falava, e ela falava eu entendia tudo que ela dizia. Se a paciente não entendia o que ela estava falando, eu tentava mudar um pouco as palavras entendeu superbem, tudo se resolveu numa boa, principalmente porque eram duas pessoas. E, no outro caso, foi quando eu fui no pronto-socorro adulto, em que eu já nem ia mais assim na minha área, quer dizer, sou enfermeira, mas não era a minha área de trabalho. Aí eu fui, fui lá, eu recepcionei a pessoa, ela era holandesa se eu não me engano. E aí a gente, enfim fui recepcioná-los desde a recepção, passei com ela na frente. Não era um caso muito complicado, assim, era basicamente uma consulta, era um retorno que ela tinha que fazer.

Entrevistadora: Certo.

Entrevistada: Aí eu fiquei com ela conversando enquanto esperava o médico, o médico chegou, ele falava inglês também, falava até que bem. Aí a gente conversou, eu perguntava se ela estava entendendo tudo que ele estava falando, mas ele conversava superbem, eu nem precisava estar lá, na verdade, sabe? Aí depois que terminou, eu peguei saí com ela, acompanhei ela até a saída, tipo era bem tranquilo assim, bem gente boa, bem da minha idade também, ela era bem, sabe, bem jovial, então foi tranquilo. Então eu percebi que quando tem alguém acompanhando junto é um pouco mais fácil.

Entrevistadora: E como que você vê isso com os médicos, quando ele não fala o idioma, você sente alguma barreira, alguma resistência ou onde você trabalha é bem tranquilo em relação a isso?

Entrevistada: Isso é complicado porque é ser humano, não é, então não mais do que só médico que geralmente é mais prepotente, mas do que isso também é ser humano, se não tem a boa vontade assim, como eu sou enfermeira e tenho vontade tem muitas enfermeiras que não estão nem aí, elas falam: “A pessoa tem que se virar para poder vim falar, ela está no meu país ela tem que se virar.” Então eu acho que não sei se tem muita resistência, mas eu vejo que eles levam geralmente numa boa que também tem essa coisa de querer fazer ser compreendido, não é? Então acho que eles tentam sim, pelo menos do que eu tive até hoje de experiência foi de médico que tentou. Então nunca tive uma experiência tão ruim em relação a isso não.

Entrevistadora: E você falou no começo que geralmente as pessoas já sabem que você fala o inglês e elas te chamam.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Como que é esse caminho, quem é que te chama, como que o paciente é recebido no hospital?

Entrevistada: Tá. Tem, bom, fico só em um dos horários no hospital, então eu não consigo ficar o tempo todo. Geralmente em cada plantão alguém teoricamente fala alguma coisa, tentam, ou se não fala aí tem que pegar alguém de outra área. Por exemplo, quando eu fui para o pronto-socorro adulto, não tinha mais ninguém tive que ir eu. Então, por exemplo, a outra menina que você já entrevistou, que ela é do administrativo, como ela é porta de entrada do hospital, geralmente chama uma pessoa acima da porta de entrada para explicar como que é a internação e tudo mais. Até porque eu também tenho mais coisas para fazer, se ficar chamando cada pessoa que vier tou ferrada, não é? Nem ganhar a mais por isso já. E aí,

bom, acho que cada área meio que tem uma pessoa que vira como referência, e aí se não tem, eles pegam e chamam alguém dessa teórica lista, ligam acho que na localização do hospital, na telefonista, fala: “Olha, eu preciso de alguém, quem que é o interprete que tem agora disponível em tal horário?”, e vai. Já aconteceu caso de ser de outro lugar, outro andar, as meninas sabem que eu, eu falo, aí me ligam e eu estou superatoroada, só que eu quero ajudar então eu falo: “Posso ligar no quarto?”. Geralmente a primeira recepção eu vou no quarto da pessoa porque acho que você olhar, olhar a pessoa, até porque tem a linguagem não verbal, não é, que fica um pouco mais fácil ser compreendida. Então eu tento fazer primeiro essa abordagem, aí eu falo: “Olha, não sou desse andar, mas se precisar fala para as meninas para me ligar ou liga para mim e tudo mais.” E geralmente não precisa, porque eu costumo explicar tudo, mas acontece, não é, e às vezes me ligarem falarem: “xxxx, vem ou liga no quarto, tudo mais.” Aí eu pego, dou uma ligada e tudo é resolvido, entendeu? Então geralmente é assim, eles pegam, sabem pelo telefone quem que é referência, mas eu mesma nem estou nessa lista, talvez eu preciso até me incluir, não estou nessa lista, mas posso ser incluída. E, ou, acho que assim, sabem que eu falo, sabem que outra pessoa fala aí um liga para o outro e já vai contando, não é?

Entrevistadora: Entendi. Então a lista, na verdade, ela distribui as pessoas, as pessoas dizem o idioma que elas falam e elas vão para essa lista para atender?

Entrevistada: É, independentemente do idioma que falar, ele está lá na lista. Então é claro que a maior parte vai ser inglês e espanhol, mas tem às vezes que fala chinês, japonês, sei lá, russo, sei lá, não sei.

Entrevistadora: Sim, porque a gente recebe de tudo, não é?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Não dá para saber. E você disse que você já interpretou por telefone então também, quando você liga no quarto?

Entrevistada: Já, já. Mas aí é o que eu estou te falando, geralmente vou no quarto antes, a pessoa já me conhece, então tem um pouco mais de empatia, e aí eu me sinto à vontade para poder ligar. Porque acho que só ligar, às vezes, você não sabe nem se a pessoa também entende muito bem, enfim, mas já fiz também. Mas acho que desenvolve da mesma forma que no pessoalmente, porque eu já conheço a pessoa acho que fica um pouco mais fácil de entender o que ela entende e o que ela não entende também, não é?

Entrevistadora: Uhum, até o modo como você vai falar, não é?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: E me conta uma coisa, tem alguma técnica que você usa ou você vai assim no feeling mesmo, conforme você vai sentindo o paciente?

Entrevistada: Acho que sentindo. É, bom, primeiro que eu tento falar normal, e se eu vejo que a pessoa não entende, fica com aquela cara de dúvida assim, aí eu começo a fazer um pouco mais de linguagem corporal e mímica, não é? Acho que tem que fazer um pouco mais assim, mas é mais o feeling. Alguns deles eu converso assim como estou conversando com você, tranquilamente, entende superbem, e alguns outros não entendem, você tem que tentar fazer de alguma outra forma, sei lá, já imagem, já peguei e mostrei, já peguei recurso de imagem em celular.

Entrevistadora: Interessante isso.

Entrevistada: É, sei lá, para falar como que é mamadeira, não lembrava como que era a palavra, mostrei foto, ou algum tipo de coisa diferenciada, tudo mais. E até mesmo o Google tradutor também, não é, que teoricamente a gente não pode usar celular, mas eu penso: “Caramba, eu prefiro que a pessoa me entenda ou que eu use celular?”, entendeu? Então eu acho que eu prefiro, é preferível que a pessoa entenda o que você está falando, não é?

Entrevistadora: Sim.

Entrevistada: O que também é bacana porque muitos deles não gostam que você mexa no celular, inclusive os árabes eles não gostam, eles ficam enfurecidos que a gente está mexendo no celular. Caramba, é para tentar traduzir, não é?

Entrevistadora: É, porque acho que para eles é difícil entender que todas as línguas não têm a mesma representação. Porque é claro que se for um espanhol ou um inglês é mais fácil você achar pessoas que falam, o árabe vai ser um pouco mais difícil, ou que fale fluentemente,

consiga. Porque uma coisa é falar o idioma, outra é conseguir atender, ajudar no atendimento do paciente, são coisas diferentes.

Entrevistada: É, completamente, é bem mais sério, não é, tem que ser muito mais, é muito mais incisivo, não é?

Entrevistadora: Sim, com certeza. E você tinha falado que tem médico, que agora você sente também esse crescimento de alguns pacientes porque alguns médicos começam a atender em outros idiomas no hospital. Isso é comum, como que isso tem acontecido?

Entrevistada: Também não é comum, não vejo todos os médicos falando, a maior parte também não fala. São alguns também, pontos como a gente, entendeu? É o que eu sinto, que muitos deles também quando falam às vezes só dão aquela arranhada, não é, tentam, e alguns deles também não falam. O que também é difícil, porque muita gente que está em porta de entrada também não sabe falar, não é?

Entrevistadora: Quem recebe, você está falando?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Recepcionista?

Entrevistada: É, não, mas como porta de entrada digo em via de emergência, sabe?

Entrevistadora: Ah tá, emergência.

Entrevistada: Desculpa, (-ininteligível 00:20:16) um pouco mais médica, não é? Porta de entrada é como se fosse a emergência, então eu sinto que às vezes todo mundo que está na porta de entrada não fala e precisa, não é?

Entrevistadora: Sim, é, no pronto-socorro já conversei com algumas pessoas que trabalham em pronto-socorro e isso é grave, assim, isso gera problemas bem graves.

Entrevistada: Se você perguntar o que está acontecendo e qual que é a queixa, às vezes a pessoa está sozinha também não fala nada, então é difícil. É uma palavra que às vezes você pega, tipo uma alergia, se é uma alergia, a mesma coisa simples que você pode perguntar e você pode administrar uma coisa errada.

Entrevistadora: Sim, é bem sério, não é, é uma questão muito séria.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Inclusive dele conseguir te dizer se ele toma algum medicamento.

Entrevistada: É, exatamente, ou algum problema de saúde anterior.

Entrevistadora: Anterior.

Entrevistada: São coisas básicas que você precisa saber e não dá para você perguntar, não é?

Entrevistadora: É, dependendo do idioma você vai ficar impossibilitado ou se a pessoa não te entender, não é? Porque tem esse outro lado também, não é?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Às vezes a pessoa fala o idioma, mas não é o idioma materno dela, então.

Entrevistada: É que nem a gente, aí não sai tão fluente, não é? Mas é complicado porque quando é uma situação de emergência, às vezes até você chamar alguém que fala, também demora até a pessoa se deslocar até o local e às vezes são minutos que fazem diferença, não é?

Entrevistadora: Sim, com certeza. E quando você percebe que o paciente não entendeu, o que que você faz, você usa alguma estratégia, por exemplo, uma palavra, ele não entendeu, você falou, mas ele não entendeu, o que que você faz, você simplifica, você?

Entrevistada: Tento descrever o que que é a palavra que eu estou falando, então tento mudar a forma, aí tipo você falar o que que é azul, tem que tentar transformar em uma explicação de tentar dizer o que que é que você está falando. Se mesmo assim não entendeu aí tentar por mímicas possível ainda pegar, hoje em dia com o celular é muito mais fácil, quando você tem disponível, não é? Pegar, mostrar uma imagem, pôr na tradução, ver alguma outra forma de falar, não sei. Mas geralmente elas entendem quando eu tento, o celular é o último recurso que eu uso, tá, não é, eu falo bastante aqui, mas eu quase nunca preciso. Foram poucas vezes que eu precisei, só quando assim, é árabe ou chinês que realmente não entendeu nada em inglês. Mas eu tento mudar a forma de explicação, explicar o que seria aquela palavra, aí a pessoa entende.

Entrevistadora: Certo. Aí fica mais fácil com a explicação, você vai por outros caminhos.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Então pensando em tudo isso que você me contou da sua prática, porque acaba virando prática diária, assim, não é, talvez você não interprete todo dia, mas você está ali a qualquer momento isso surge.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Tem mais alguma coisa que você acha assim, que seria interessante no hospital para desenvolver isso, ou você acha que não, que é trabalhar com, usar esses funcionários que já falam idioma é suficiente, como que você vê isso?

Entrevistada: Tá. Eu acho que pelo menos, podia ser feita uma escala do hospital para que deixasse pelo menos uma pessoa em cada turno. Estou dizendo assim, na área médica mesmo, que mais do que recepção que ok, é importante, então, e tal, primeiro atendimento é sempre muito bom. Mas acho que já que a área médica é o que temos em foco, eu acho que precisa ser um pouco sério lidar com isso. Talvez fazer uma lista de pessoas que já falem ou que minimamente falem, e talvez investir nesses funcionários, entende? Então, poxa, eu falo, mas por conta, ao mesmo tempo aumenta a minha sobrecarga de trabalho, eu não ganho nada a mais por isso, entendeu? Eu tenho reconhecimento, eu me sinto feliz por ter ajudado alguém, e por ser chamada quando precisa, mas tem horas que não dá, caramba, e eu tenho que me desdobrar, entendeu? Então acho que se de repente pegasse essas pessoas, ou desse algum tipo, não vou dizer que só bônus salarial porque não é isso que eu estou pensando, mas algum tipo de bonificação seria bom, talvez até pagar algum curso de idioma voltado mais para a área médica, entendeu?

Entrevistadora: Uma capacitação, não é?

Entrevistada: Exatamente. Porque é o que eu falei, eu falo, mas tem palavras que a própria linguagem médica eu não sei falar, entendeu? Então é complicado para mim também. E aí fica assim: “Ah, caramba, você foi lá traduzir você não soube explicar?”, vira até uma certa sobrecarga, uma certa pressão você por ter ido acabar não conseguindo traduzir. Mas eu acho que talvez tinha que ter essa escala do tipo tem que ter alguém em cada plantão, e se não existe ninguém que já minimamente fala, de repente investir. Teoricamente os hospitais têm aquelas parcerias de desconto em escola, não sei o quê, mas eu acho que para esses funcionários que já falam, já tem o interesse, sabe, talvez fazer um curso nem que seja mais breve não precisa fazer de um ano, coisa do tipo, mas fazer um pouco mais breve voltado para a área, para a linguagem médica. Acho que seria uma boa, não sei, seria uma sugestão.

Entrevistadora: É uma sugestão e é uma sugestão interessante porque você vai olhar um pouquinho além, não é? Você vai olhar para vocabulário, você vai olhar para técnicas.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Que você poderia abrir mão, lançar mão na hora da interpretação.

Entrevistada: Exato.

Entrevistadora: Interessante.

Entrevistada: E até, de repente, bom, se a pessoa tiver essa vontade ou até em algum outro curso ter um pouco mais de desconto para aprender outra língua. Porque geralmente a pessoa que tem facilidade em uma língua, tem um pouco mais de facilidade de aprender várias, não é? Quem tem dificuldade em uma, já tem dificuldade de aprender outras línguas. Bom, você sabe acho que mais isso do que eu, não é?

Entrevistadora: Sim.

Entrevistada: Mas acho que seria uma boa, é uma forma de investir no funcionário, que quer queira, quer não, é uma expertise que você leva para a sua vida, não para aquela empresa. E para a empresa eu acho que é um engrandecimento também, é um diferencial.

Entrevistadora: Muito bem. xxx tem mais alguma coisa que você gostaria de falar, assim, da sua prática, algo que te chama atenção durante a sua prática, como você vê isso? Assim, esse é o momento seu, assim, não muito direcionado.

Entrevistada: Eu acho só um pouco complicado, sinto cada vez em cada um deles que eu vou o quanto é difícil. Porque é quase uma salvação quando eu vou e eu escuto cada vez: “Nossa, alguém que fala inglês, alguém que fala espanhol, alguém que fala alguma coisa que eu entenda.”, sabe? E eu sinto que, poxa, que eu, eu me sinto muito na obrigação de fazer ele se sentirem acolhidos, mas eu sinto que não é todo mundo que pensa assim.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Então eu acho que é bem cultural de ser feito alguma, algum tipo de prática interna dos hospitais, e digo porque eu não trabalhei só lá, eu trabalhei já em vários lugares, e eu vejo que em todo lugar é assim, sabe? Falta boa vontade das pessoas, eu acho, essa empatia de tentar ajudar o outro. E eu sempre me ponho na situação de que:

“Putz, Deus me livre se eu estiver em algum outro lugar do mundo e eu não entendo nada o que as pessoas estão falando.” Eu vejo pelos chineses, que ainda eu tenho maior vontade tentar me fazer entender quando eles estão no meu país, eu tentando ajudar. Eu imagino se eu estiver na China, aconteceu um acidente eu precisar ir para o hospital e eu não entender nada que estão falando, sabe? Deve ser horrível você se sentir muito perdido e você não entender nada, qual os tratamentos estão usando em você, se está sendo bom, se está sendo ruim, você não ter participação naquilo, não é? Então a única coisa que eu sinto é essa aflição, e eu acho que devia ser feito, mas é que é muito maior, não é, é muito macro, não é tão micro assim intra-hospitalar, é muito macro em relação à cultura de tentar, isso porque brasileiro teoricamente é acolhedor, não é?

Entrevistadora: É.

Entrevistada: Na teoria. Mas acho que teria que fazer um pouco mais trabalho, nem que seja na integração entre cada hospital; “Então olha, temos esse trabalho. ”, divulgar um pouco mais o projeto: “Olha, temos parcerias com escolas de idiomas, quem tiver interesse. ”, talvez algum tipo de bonificação mesmo, que foi o que eu falei, de repente algum prêmio que ganha durante o ano, sei lá. Um crachazinho, um botóm que vem cá eu faço a diferença, sabe?

Entrevistadora: Uhum.

Entrevistada: Qualquer porcaria assim que a pessoa se sinta um pouco mais lisonjeada, entendeu? Então acho que só isso.

Entrevistadora: Muito bem. xxxx, gostaria de agradecer a sua colaboração.

Entrevistada: Eu que agradeço.

Entrevistadora: E dentro do projeto a gente sempre pede para um entrevistado se ele tem alguém para indicar. Então se você tiver alguém para indicar eu agradeceria, e aí eu entro em contato com a pessoa.

Entrevistada: Com certeza pode deixar.

Entrevistadora: Obrigada.

Entrevistada: Imagina. Foi ótimo, não sei se eu respondi tudo que você precisava.

Entrevistadora: Tudo.

ENTREVISTA 4

Entrevistadora: Entrevista gravada em 12/04/2017, às 14h40min com xxxx. Entrevistada, conta para mim um pouquinho como que você começou a interpretar no hospital?

Entrevistada: Eu não lembro exatamente o dia certo, mas conforme começaram a aparecer muitos pacientes de outros países e a gente tinha um déficit no hospital que ninguém conseguia se comunicar em inglês, eu acabei meio que virando referência de certo horário, “ah a xxx fala”, então tem outras enfermeiras de manhã e tarde que elas falam, mas não são muitas, então no meu plantão noturno eu acabei sendo referência. Então qualquer paciente estrangeiro que as meninas tinham alguma dificuldade para orientar medicação, orientar alta, resultado de exame, elas sempre me chamam para estar dando esse feedback mínimo para o paciente.

Entrevistadora: Que legal e me diz uma coisa, você lembra a primeira vez que isso aconteceu?

Entrevistada: Não lembro. Eu acho que foi... Eu ia receber uma paciente pós-operatório mesmo, de parto cesárea e aí na passagem de plantão comentaram que a paciente não falava português, só falava inglês e aí quando eu fui recepcionar a paciente... E também tem isso, tem muita vezes fala “ah, paciente não fala português, só fala inglês”, quando você vai ver às vezes nem a paciente fala inglês direito é alguém da Coréia, é difícil de você entender um pouco, mas às vezes o marido fala um pouco melhor... Mas eu acho que a primeira vez foi essa, eu fui receber uma paciente, aí eu conversei um pouco, a paciente me entendeu algumas coisas que eu falei, não todas, eu percebi que ela não tinha o entendimento cem por cento do inglês e acabei conversando com o acompanhante que era o marido, que já falava um pouco melhor. E assim, termos muitos técnicos na área da saúde, eu tenho inglês, inglês de viajar, de conversa informal, de você se virar no dia a dia. Agora quando você tem que conversar para explicar uma doença... lembro uma vez que um bebezinho nasceu com um pé torto e o pai queria porque queria saber por que isso tinha acontecido, se era grave e eu tentei explicar da melhor forma possível, mas não sabia dizer aquilo ou tecnicamente na medicina esperar vê aquele meio, então às vezes...

Entrevistadora: E como que você faz quando isso acontece? Você usa alguma estratégia, você busca em algum lugar...?

Entrevistada: Então, aí eu fui buscar a pediatra da neo, ela também falava inglês mais ou menos e aí junto com ela a gente conseguiu esclarecer algumas dúvidas do paciente.

Entrevistadora: Interessante isso, a gente pensar que às vezes o paciente também não tem inglês como língua nativa...

Entrevistada: Nativa, é...

Entrevistadora: Você sente que isso tem aumentando na sua experiência?

Entrevistada: De bastante paciente...

Entrevistadora: De ter mais paciente?

Entrevistada: Sim, muito, com muita frequência assim, toda semana, pelo menos tem um paciente fora, já peguei dos Estados Unidos, da Austrália, da Arábia, de diversos países.

Entrevistadora: E como é a reação deles quando eles descobrem que tem alguém que pelo menos fala alguma coisa no idioma?

Entrevistada: Eles se sentem superconfortáveis, né, eles falam “poxa, alguém vai conseguir entender o que eu estou...”, as meninas, assim, quem não fala, algumas ariscam, alguma coisa e é engraçado que quando você fala só o mínimo eles grudam em você, os pacientes grudam em você e não te largam para nada “ah, mas qual é o seu nome? Quero saber ir embora, você vai ficar aqui até quando? Se eu precisar de alguma coisa eu posso ir atrás de você?”, eles sentem essa dependência. E as meninas eu vejo que elas pegam o celular, o Google tradutor e foi até engraçado, teve uma técnica de enfermagem que ela falou “xxxx, tinha um paciente aqui...” e ela está fazendo aula de inglês e aí ela foi arriscando e falando um pouco e ela colocou no Google tradutor na língua dele, eu não lembro que país que era e a tradução é uma coisa totalmente errada, eu falo: realmente tradutor não é o pé da letra, às vezes é traduzir algo que não tem conexão nenhuma, né?

Entrevistadora: Sim, é muito diferente você ter a pessoa ali conversando, né.

Entrevistada: Diferente, mas eu percebo que eles têm essa... Eles se acalmam assim “nossa, tem alguém que fala um pouco, eu vou conseguir entender”, porque imagina, você está fora do seu país, você veio para ganhar bebê em outro país, em outra cultura e você não entende nada e está totalmente perdida, deve ser horrível. Quando a gente viaja para outros países...

Entrevistadora: É que você não fala a língua...

Entrevistada: Não fala a língua e você não sabe como se portar ou como que vai ser, se vai dá certo e tal...

Entrevistadora: E a maior parte desses pacientes e das pacientes, que você trabalha na maternidade, como que elas chegam ao Brasil? Por que elas estão aqui?

Entrevistada: Muito são refugiados da Síria, meus últimos pacientes que eu paguei e a outra parte é trabalho, venho a trabalho. Eu peguei um casal de espanhol, eu acho que umas duas semanas a trabalho, seu sempre pergunto “ah porque vocês estão vindo?”, mas a maior parte é trabalho.

Entrevistadora: É trabalho.

Entrevistada: Trabalho.

Entrevistadora: Quer dizer, ele está aqui obrigatoriamente, né, não escolheu estar, ele precisou vir.

Entrevistada: Exatamente, ele precisou vir. Até porque eu acho que o Brasil está em uma situação difícil, né, mas ninguém iria optar viver morar no Brasil, porque lá a gente vai ter um sucesso, um crescimento, né, a maioria vem porque é obrigado mesmo, a trabalho.

Entrevistadora: E geralmente eles vêm ao hospital porque tem convênio com a empresa onde eles trabalham?

Entrevistada: Exatamente e a Síria em relação aos refugiados que o Brasil realmente acolhe qualquer pessoa, a gente não tem umas leis, não certas, muito bem definidas, então as pessoas chegam e vão ficando... A gente vê isso, há gente do mundo todo aqui.

Entrevistadora: E me diz uma coisa, essa questão cultural, você falou da cultura, que as culturas são muito diferentes. Você já passou por alguma situação, uma interpretação em que a cultura ali apareceu muito fortemente, essa diferença de cultura?

Entrevistada: Ah já, eu acho que principalmente os coreanos, a forma como eles se alimentam... É muito difícil, o banho do bebê, não pode ser feita da forma que a gente faz, a gente orienta muito para a amamentação, para não vim com a mãe e bebê, eles já dão um leite artificial, eles já saem para comprar o leite, eles tomam uma sopa, tem todo um ritual assim quem é coreano que é totalmente diferente do brasileiro e a gente tem protocolo, tem orientações que a gente sabe que o ministério da saúde preza, mas que a gente não pode interferir porque é a cultural, se ele quer sair e quer comprar o leite artificial, vai preparar no quarto e vai afetar o bebê, a gente vai lá e faz a nossa parte, mas também é difícil quem não sabe ir lá e orientar a amamentação em inglês e você não sabe realmente se a pessoa está entendendo ou não, muitas vezes eu não consigo ter esse feedback assim, por mais que a pessoa fale que “ah não, eu falo inglês”, mas às vezes você vai tentando puxar e a pessoa vai te dando retorno, mas é concordando com que você está falando, você pergunta o que a pessoa entendeu, se tem alguma dúvida, muitas vezes ela fica na dúvida.

Entrevistadora: Nem sempre você sabe que aquilo que você passou foi o que chegou para ela.

Entrevistada: Exatamente.

Entrevistadora: E você já chegou a fazer esse trabalho e interpretar em consulta médica? Em alguma consulta para o médico?

Entrevistada: Não. Já, umas duas vezes ou três vezes, mas poucas vezes.

Entrevistadora: E como você vê isso, é igual quando você está só com o paciente, diferente...?

Entrevistada: Eu acho que é igual, eu acho que muitos médicos que não conseguem ou até falam um pouco, mas dão uma travada na hora e fala “xxx me ajuda aqui”, eu não sei e a gente vai complementando com as informações que eu preciso. Tem já muitos que falam que, eu já peguei uma situação no pronto-socorro de uma paciente que internar para induzir um parto normal e aí eu fiz o primeiro atendimento da paciente, peguei todos os dados da internação, a médica chegou e eu passei o caso e ela falou “ah...”, não me lembro da onde a

paciente era, eu acho que ela era da Espanha, não lembro e aí médica perguntou “mas como você (ininteligível), aí ela “não, está bom”, ela entrou, ela examinou a paciente sem falar o que ela ia fazer, ela expõe a paciente, foi um procedimento chato, virou as costas e saiu embora, quando eu fui entrar de novo ela venho me perguntar “mas eu estou com alguma dilatação”, eu falei “ué, mas a médica não entrou aqui, a médica não comentou com você?”. Então ela foi e falou só o básico e não explicou para a paciente.

Entrevistadora: É, que isso é uma coisa super séria.

Entrevistada: Super séria.

Entrevistadora: Porque você já não conhece o idioma, ainda você não sabe qual procedimento está sendo feito.

Entrevistada: Exatamente. Então, às vezes acontece isso, eles não estão nem aí, eles entram e faz o que tem que fazer, se eles sabem falar alguma coisa eles falam, se não eles vão embora.

Entrevistadora: Será que é um pouco de resistência, você sente que tem um pouco de resistência nessa questão de atender um paciente que não fala o meu idioma?

Entrevistada: Tem, a maioria, eu acho que tem uma grande resistência assim ainda, a maior parte dos médicos eles falam em inglês, então para dá uma primeira consulta importa, não tem tanto problema.

Entrevistadora: Uhum.

Entrevistada: As mais novas sentem confortáveis, vão e atendem, não tem problema. Mas, às vezes tem alguns que são mais velhos, que realmente não tem conhecimento nenhum da língua, que eu acho que são mais íntegros mesmo, que falam “poxa, eu não vou prestar um atendimento adequado e oportuno para aquela paciente, então eu prefiro passar para outra pessoa que vai realmente vai fazer isso com uma competência melhor para mim que eu não domino a língua”.

Entrevistadora: Sim, ou com ajuda, né?

Entrevistada: Ou com ajuda, exatamente.

Entrevistadora: E que também é da área da saúde, mas que sabe que vai conseguir, pelo menos se comunicar com o paciente.

Entrevistada: Uhum. É o que acontece com a xxxx?

Entrevistadora: xxx. As duas, né, a xxx eu já entrevistei

Entrevistada: Que fez com você...?

Entrevistadora: A xxx.

Entrevistada: A xxx, isso. Ela também, ela virou referência no hospital, porque ela fala muito bem, ela morou muito tempo fora do Brasil, então ela fica totalmente sobrecarregada, outro dia minha chefe me deu um estudo que eles fizeram para publicar e pedi para eu traduzir, eu falei “não é assim gente” e aí eu fui até conversar com a xxx, falei “estou com dúvida aqui em algumas palavras, traduzir certo...” e a gente acabou discutindo sobre isso, ela falou “xxx, eu também tenho essa mesma sensação, a nossa competência aqui...”, ela trabalha na parte administrativa, trabalha na parte assistencial, mas às vezes as pessoas acabam abusando, “poxa, traduzir um estudo todo”, aí não, ela traduziu e depois pediu para dá uma olhada, uma revisada, para ver se está de acordo, aí tudo bem, agora não é bem assim. Pediram para fazer a tradução de todas as placas do hospital, é complicado, as pessoas acabam...

Entrevistadora: Isso te incomoda um pouco às vezes?

Entrevistada: Me incomodava mais, agora nem tanto, agora eu até gosto porque acaba praticando, né, acho legal, acaba praticando e isso quando é obviamente, quando não vai atrapalhar o meu serviço, porque às vezes eu tenho um monte de coisa para fazer, eu tenho que parar o que eu estou fazendo para fazer isso e não fica legal. Mas as meninas também sabem “ah, você está muito ocupada? Eu preciso de uma ajuda, será que você pode me ajudar?”, eu entendo um lado delas, também é muito ruim, você tem que prestar um atendimento e não conseguir se comunicar com o paciente. Então sempre que eu consigo eu estou ajudando. Agora eu sei administrar isso melhor, mas antes eu ficava um pouco incomodada.

Entrevistadora: E como você vê isso para o paciente? Assim, o seu papel com o paciente? Porque você não é paga por isso.

Entrevistada: Exato.

Entrevistadora: Como que você vê esse seu papel com o paciente?

Entrevistada: Eu acho que eles se sentem super acolhidos, essa realmente é a primeira impressão que eu tenho, que às vezes ele está dois ou três dias no hospital e ele ainda não conseguiu se comunicar com ninguém, é certo desespero, parece que é um alívio assim, algumas vem com interprete, vem com uma tradutora, mas não são todas que vem, então essas que estão com tradutora elas estão mais seguras, tem alguém ali do mesmo país, da mesma cultura, que fala a mesma língua... Agora muitas vezes eu percebo isso, quando o primeiro contato que eu tenho e a paciente já está internada dois, três dias, elas falam “nossa que bom, obrigada”, é um alívio, né.

Entrevistadora: É porque a pessoa está três dias sem saber o que está acontecendo com ela.

Entrevistada: Sem saber o que está acontecendo com o paciente, se ele está bem, se ele não está...

Entrevistadora: E vocês trabalham em uma área que é muito sensível, maternidade, então é uma área totalmente sensível. E essa que vem com tradutor, quem são essas pessoas, assim, é familiar...?

Entrevistada: Não, elas contratam alguém que mora aqui no Brasil, geralmente elas procuram o consolado e aí pedem uma orientação, pedem... tem até uma tradutora que a gente já conhece, de tanto que ela bate cartão aí, eu acho que ela está em alta assim, que as pessoas acabam indicando ela.

Entrevistadora: E que nacionalidade que é, você lembra?

Entrevistada: E da Arábia.

Entrevistadora: Porque tem também uma questão de comunidade mesmo, né, eles se conhecem, então tem essa questão também que ajuda. Entendi. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre esse trabalho, sobre os atendimentos que você já fez?

Entrevistada: Ah, não sei... Só eu acho que, realmente, são poucas as pessoas que ainda conseguem fazer esse trabalho, em que o hospital deveria investir em funcionários, não todos obviamente, porque são muitas pessoas, mas eles deveriam selecionar algumas pessoas para estar investindo, até para a gente ter aulas pontuais sobre a parte técnica mesmo, porque você sabe perguntar se está tudo bem, se a pessoa está com dor, da onde que ela vem, se ela está sentindo fome, se está tudo bem com o bebê dela, se ela está conseguindo amamentar, mas às vezes a gente quer dá informação mais técnica mesmo para a paciente, né, dizer, quais são os benefícios da amamentação, com que ela vai ganhar com isso, quais são os cuidados que ela tem que fazer com o bebê ou com ela, se acontecer alguma quando que ela deve procurar o hospital... Então tudo isso vai fazer muita diferença para o paciente, então se o hospital tivesse essa visão e investir um pouco mais, e eu acho que faria todo o diferencial assim.

Entrevistadora: Então quando você fala em investir em parte técnica, você fala de treinamento de como fazer...?

Entrevistada: É um curso.

Entrevistadora: De inglês... O que é realmente quando você fala?

Entrevistada: É um curso, uma pessoa que trabalha na área da saúde e que dê essa parte técnica, né, “ah vou condicionar uma veia”, às vezes a gente não sabe falar isso e em inglês e a gente fala que a gente vai administrar uma medicação, a pessoa entende que a gente vai fazer uma medicação, então algumas coisas pontuais assim.

Entrevistadora: Para o paciente estar mais informado, ele estaria melhor informado.

Entrevistada: Exatamente, o paciente é de fora e ele vem, a partir do momento em que ele vai pisar no hospital, vai ter uma equipe cuidando dele de uma forma adequada, todo tempo o paciente vai se sentir acolhido e não é o momento muito solto, em momentos pontuais, eu acho que isso seria bem interessante. Talvez até um estudo que eu possa fazer...

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Já que você está realizando essa sua tese de doutorado e que você vai defender isso, às vezes a gente acaba tendo ideias, né. Eu posso ver para no hospital quem realmente faz esse trabalho e passar isso para diretoria e mostrar realmente como isso está sendo essencial no momento, né.

Entrevistadora: Sim, porque uma coisa é você pensar de um lado mais, dessa acolhida e a outra é o paciente... também tem o lado contrário.

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: Ele está três dias ali, ninguém falou com ele, de repente aparece alguém, às vezes ele entra e pânico, porque ele diz “aconteceu uma coisa muito ruim, por que apareceu alguém para conversar comigo”.

Entrevistada: Exatamente. Mas por outro lado eles percebem que o brasileiro tem muito essa coisa de acolher, “ah não fala, mas entra no Google tradutor, faz mímica”. De algum jeito as pessoas tentam se comunicar e tentam entender, eu acho que isso que é o mais legal.

Entrevistadora: Que bom.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Você que essas barreiras linguísticas podem ocasionar problemas, assim, de saúde mesmo, quer dizer, problemas que não aconteceriam e que acabam acontecendo por falta da comunicação?

Entrevistada: Sim, com certeza, às vezes você vai explicar um procedimento, a pessoa não entendeu corretamente e você faz aula fora da cultura dela e que depois ela vai embora e acaba descobrindo, né, e não fica satisfeita com o atendimento, porque é exatamente isso, é uma barreira linguística, a comunicação não efetiva, a comunicação não foi passada de uma forma correta. Então eu acho que isso já em português acontece, né, imagino em outra língua, é comum de acontecer.

Entrevistadora: Sim, porque acontece uma questão de comunicação mesmo, né, e ainda você tem mais uma barreira da língua e isso aumenta muito.

Entrevistada: Exatamente. Com certeza.

Entrevistadora: Que ótimo, eu vou te agradecer, foi ótimo conversar com você, eu queria te agradecer pela disponibilidade porque é difícil a gente encontrar pessoas dispostas a conversarem sobre isso, mas foi muito bom mesmo e aí eu queria te perguntar se você tem alguém para indicar, para que essa pesquisa continue.

Entrevistada: Tem que trabalhar em hospital, né?

Entrevistadora: Não necessariamente, pode ser em qualquer área da saúde, que trabalhe com saúde.

Entrevistada: Tem a xxx, que eu acho que a xxx já te indicou.

Entrevistadora: Isso.

Entrevistada: E tenho uma amiga que ela está fazendo mestrado na USP, talvez fique fácil de você encontrar com ela por lá, que é xxxx, eu não sei se ela faz... Ela trabalha no xxx, na CME, mas elas fazem um trabalho de tradução, porque como ela trabalha nessa parte material e eu trabalho na assistência direta, eu não sei se às vezes com algum médico ou... Mas eu posso te indicar e de repente você tira essa dúvida com ela.

Entrevistadora: Está ótimo.

Entrevistada: Está bom.

Entrevistadora: Então eu fico aguardando a indicação e mais uma vez eu gostaria de agradecer e encerramos a entrevista aqui, assim que eu a tiver transcrita eu de devolvo. Obrigada!

Entrevistada: Obrigada você, boa sorte!

ENTREVISTA 5

Entrevistadora: Entrevista com xxxx, no dia dezoito de abril por volta das quinze horas. Entrevistada, como que você começou a interpretar? Você lembra a primeira vez que você foi chamada para conversar com paciente em outro idioma?

Entrevistada: Eu lembro. Eu era recém-chegada no hospital e era um casal chinês, se eu não me engano, foi logo de manhã e ninguém conseguia entender o que eles estavam falando, a mulher estava um pouco desesperada e como eu falava um pouco mais de inglês do que as pessoas que estávamos no hospital eles me chamaram para perguntar o que estava acontecendo, para eu orientar onde eles deviam ir e o que eles deviam fazer. Essa eu lembro que foi a primeira vez que eu falei com alguém no hospital. Então foi de manhã.

Entrevistadora: Você já trabalhava na enfermagem?

Entrevistada: Eu já.

Entrevistada: Você já era enfermeira?

Entrevistada: Eu sou enfermeira faz sete anos e eu sempre procurei muitas coisas na televisão, programas das Discovery Home Health, Grey's Anatomy, eu sempre gostei muito de coisas de enfermagem e de medicina, embora eu nunca quis ser médica e tal, mas eu sempre procurei muito as coisas para eu conseguir aprender diferentemente do que acontece em outros países e algumas coisas que aqui não tem. E até... Aí depois que eu vi que algumas pacientes estavam vindo para cá e eu poderia fazer alguma coisa a mais, aí eu comecei a procurar mais ainda. Assisti mais programas, na Discovery tem programas de parto, que é a minha área, que eu trabalho na obstetrícia.

Entrevistadora: Ah, você trabalha na obstetrícia, não é?

Entrevistada: Isso. Então você pegar algumas coisas que lá tem e aqui não e aprender como falar isso em inglês foi o que mais me ajudou.

Entrevistadora: Ótimo. E você já tinha estudado inglês?

Entrevistada: Já. Eu fiz inglês quando eu estava acho que no segundo colegial, mas eu costumava falar que não foi daí que eu aprendi o inglês. Eu falo que eu aprendi inglês com música e filme. É o que mais me incentivou a querer aprender, a querer fazer, me tia era professora de inglês, então às vezes eu tinha uma dúvida, eu mandava para ela, gostava de ler muitas coisas em inglês, então eu acho que não foi tanto uma dificuldade por eu gostar da língua. Acho que foi isso mais.

Entrevistadora: E me diz uma coisa, como que você vê essa questão da cultura, você sente que tem um aumento desses pacientes no Brasil?

Entrevistada: Tem. Eu acho que de uns dois anos, três anos para cá está aumentando muito. Eu não sei se cabe dizer, depois também pode cortar, no hospital também eles têm um andar específico para pacientes que vêm de fora. Então, mas tudo bem que esse andar não fica pessoas que saibam falar, que entendem mais, não é isso. Mas tem um andar específico. Então é meio focado, aquele andar vai ficar pessoas que vem de outros países e tal. Eu percebi também que a questão da guerra.

Entrevistadora: Ah, os refugiados?

Entrevistada: Refugiados e eu até pergunto, eu sou muito curiosa, eu faço assim: mas por que Brasil? Por que vocês vêm para cá? Há quanto tempo vocês estão aqui? Eu gosto muito de saber o porquê que eles querem vim para cá, porque na minha cabeça eu não entendo, eu não consigo entender como uma pessoa quer vir para cá. E eles "não, porque aqui é mais fácil para entrar" e depois eu fiquei sabendo que a nacionalidade da criança fica brasileira.

Entrevistadora: É verdade.

Entrevistada: E aí para eles é mais fácil, se precisar sair, se precisar ir para outro lugar se refugiar, então eles vêm para cá. Mas eu acho que de uns dois, três anos para cá foi o que aumentou muito. Não só de guerra, mas vem dos Estados Unidos, vem da França, vem da Rússia, vem de todos os lugares.

Entrevistadora: Quer dizer, não é mais o inglês então, já ultrapassou essa barreira.

Entrevistada: Já.

Entrevistadora: Apesar de o inglês ser uma língua que você consegue se comunicar com várias pessoas?

Entrevistada: Sim. É como se fosse universal, embora a gente saiba que não são todas as pessoas que falam, mas acho que na cabeça deles... É como se fosse universal mesmo, eles vem para cá eles vão conseguir falar "oi" e a pessoa vai conseguir responder para eles e a gente sabe que não é assim.

Entrevistadora: É verdade.

Entrevistada: Você vai para os Estados Unidos, você vai para um outro país, até França que não fala, se você falar em inglês as pessoas vão saber falar. Acho que Europa é muito mais fácil você conseguir falar inglês do que uma pessoa que chega aqui no Brasil e começar a falar inglês, as pessoas não vão saber. Tentam, mas não conseguem.

Entrevistadora: E me diga uma coisa, você já acompanhou alguma consulta ou você faz mais essa triagem com o paciente quando internado, como que é isso?

Entrevistada: Você fala a consulta com o médico, com o médico junto?

Entrevistadora: Com o médico que você teve que interpretar.

Entrevistada: Não, eu acho que eu não precisei interpretar. Não precisei interpretar, eu interpreto na verdade as auxiliares. Geralmente os médicos dela já falam o inglês e já meio que orientam elas, mas eu interpreto a parte das auxiliares, porque ela não tem curso, não sabem como, então elas ligam e falam "olha, xxx tem uma paciente aqui assim, assim, assim e você pode vir ajudar?" "Vou". Eu oriento desde a hora que ela chega, da hora pós-parto ou antes do parto, e eu já explico tudo, "olha, algumas pessoas não vão conseguir te entender, então eu já vou te explicar", eu deixo o meu ramal com elas se elas precisarem me falar e eu converso por telefone às vezes também.

Entrevistadora: Quer dizer que você interpreta por telefone também?

Entrevistada: Por telefone também, porque às vezes não dá para eu sair correndo, então eu falo assim "oh, deixa o meu ramal, se eu não puder sair correndo você liga para mim ou pede para as meninas me ligarem que eu falo com você por telefone". Eu acho que é uma segurança a mais para elas. Então a minha parte, eu já fiz triagem e tudo, mas eu atuo mais na parte depois que elas já ganharam nenê. Então eu vou no quarto, ensino como que vai fazer, orientação de mamada, a gente faz em inglês, ensina como vai levantar, tem que tirar sonda, o que ela vai usar depois, eu explico praticamente até o final.

Entrevistadora: Certo. É um trabalho bem complexo.

Entrevistada: É. Por isso que eu falo que essa parte de procurar da televisão, Discovery Home Health foi a que mais me ensinou a parte de enfermagem, de medicina, como falar algumas coisas, foi o que mais me ensinou. Porque o inglês que você aprende na escola de inglês você não aprende coisas de medicina.

Entrevistadora: Sim, é muito restrito.

Entrevistada: Você aprende coisas oi, tudo bem, como vai, pede uma coisa, pede outra, mas você falar algumas coisas de medicina você tem que querer, você tem que gostar e você tem ir atrás.

Entrevistadora: E como que você sente o paciente, quando você chega lá e fala a primeira palavra em inglês?

Entrevistada: O sorriso é de orelha a orelha e todo mundo tem... Eu lembro uma vez que eu entrei num quarto, eram árabes também, todo mundo começou a bater palmas, "ai, finalmente, alguém vai falar", eu falei "calma então todo mundo". E eles estão muito ansiosos porque às vezes as pessoas querem se comunicar, querem perguntar e ninguém está entendendo, por mais que tenha o tradutor, tenha isso, tenha aquilo, uma pessoa quando fala com você, você sente como se fosse acolhido, pelo que eu entendo. Quando eu chego num lugar e a pessoa me entende ou ouve falar alguma coisa é diferente. Então a pessoa já... As duas últimas vezes que eu fui, que eu precisei falar, eram pessoas de Dubai, que eu falei "nossa, eu já tive em Dubai, já conversei, minha amiga mora lá e já fui para lá duas vezes", nossa, eles ficam maravilhados. Eles dão cartão, eles falam "me procura, pode voltar". Tem uma coisa que eu acho que vale a pena falar. A minha amiga, como ela mora em Dubai, tinha uma... O amigo do marido dela. A cunhada dele vinha para cá ganhar. Ela era da Síria. Eu falei, "mas por que aqui?" Ele falou "não, por aqui é mais fácil e tal". E ele descobriu que eu trabalhava nesse

hospital, ele falou "nossa, não, espera, eu vou passar seu telefone para ela, ela já está no Brasil, vou passar seu telefone para ela, posso?" Eu falei "pode, tranquilo". E aí ela me ligou, ela falou assim "nossa, graças a Deus, eu achei alguém que fala, não sei o quê, não conheço ninguém aqui", eu falei "fica tranquila, eu vou te ajudar no que eu puder te ajudar" e ela falou assim "eu posso te encontra?" Eu falei "pode, a gente marca no [nome do hospital] e a gente conversa, vou te explicar algumas coisas" e como lá também não têm pessoas que mostram o hospital em inglês, eu liguei na administração e falei assim "eu posso mostrar para ela, explicar como faz, onde eu vou, por que, como faz, para onde vai?" Ele falou "tudo bem, já que você conhece ela e você fala, então pode pedir para ela vir e você mostra o hospital". A gente marcou no hospital à tarde, eu mostrei o hospital inteiro para ela, a gente foi se comunicando durante as semanas que foram se passando e ela acabou internando no dia que eu não estava de plantão e aí no outro dia ela já me ligou e falou "eu já fui lá, já orientei tudo ela", ela falou "nossa, é muito difícil, as pessoas aqui não falam", "é, eu falei para você no primeiro dia que ia ser um pouco difícil mas que ia dar tudo certo." E eu falei "o dia que você internar, você me liga, eu já vou ligar para a pessoa que está no andar, explicar a situação e a pessoa vai me dando um norte e eu vou te ligando e vou te explicando." Acabou que no final deu tudo certo, ela ganhou nenê lá e tudo mais e aí ela foi falando para outras pessoas também, que o povo vem para cá. E eu acho isso bom, porque você acolhe a pessoa de um outro jeito.

Entrevistadora: Sim, ela se sente melhor, se sente mais acolhida.

Entrevistada: Querendo ou não a enfermagem é isso, a pessoa está ali e você precisa de alguém. É um minuto para a pessoa conversar com você e ela já se sentir bem. Então falar inglês para mim numa hora dessa é sensacional, porque daquela parte que eu sou só enfermeira. Passa, para mim ultrapassa.

Entrevistadora: E nesse momento que você está ali conversando em inglês com o paciente, você está fazendo o seu trabalho, claro, mas você está conversando em inglês, qual que você acha que é o seu papel ali, como que você se sente nesse momento?

Entrevistada: Eu sinto uma amiga.

Entrevistadora: Legal, mais proximidade mesmo?

Entrevistada: Mais proximidade porque é segurança deles, porque algumas coisas eles querem de perguntar e ninguém conseguiu entender.

Entrevistadora: Não sabe nem o que ele está perguntando.

Entrevistada: Não sabe nem o que... Elas não conseguem perguntar se ele vai no banheiro ou se não vai no banheiro. Igual acho que a parte mais difícil é ensinar amamentação, porque uma mãe querendo ou não ela não sabe, é a primeira vez. Então se você já explica de um jeito que ela entendeu, a pessoa vai, vai sozinha.

Entrevistadora: Fica tudo mais fácil depois, não é?!

Entrevistada: Eu me sinto muito mais próxima delas. E uma pessoa que eu sei que elas vão poder contar. Então essa parte eu acho assim... Além do profissional que você faz uma coisa muito a mais para você e você sai aliviado, você se sente melhor, é você passar segurança para outra pessoa.

Entrevistadora: E tem algum momento que você interpretou, alguma situação que a cultura fez muita diferença, que era muito diferente?

Entrevistada: Chineses. Muito diferentes. Algumas coisas eles não aceitam, algumas coisas têm que ser do jeito deles. Então você tem que explicar que aqui é de tal jeito e tudo mais e é um pouco mais difícil. Mas não é tão diferente assim não. Eles aceitam bem.

Entrevistadora: E você sente por parte da equipe assim um acolhimento também dessa cultura ou tem um certo distanciamento?

Entrevistada: Tem distanciamento. As pessoas são bem preconceituosas. Elas são preconceituosas por não entenderem por que eles estão vindo para cá. Porque assim você não fala então por que você veio para cá? Como que você não traz um intérprete? Como que você vem para um lugar desse e você não fala um oi? Então elas já, tipo, breca, não... Algumas até insistem, algumas até têm a boa vontade de pegar o celular e colocar no Google e tudo mais, mas algumas não, não querem nem conversar. Fala "oh, você vai lá e faz assim, assim e assim, explica tudo, eu não quero nem entrar no quarto."

Entrevistadora: Em português, quer dizer, ou então vai lá e fala tudo em português a pessoa não entendeu nada.

Entrevistada: E pronto.

Entrevistadora: E pronto.

Entrevistada: É bem difícil.

Entrevistadora: Difícil.

Entrevistada: É bem difícil.

Entrevistadora: E com os médicos, como que você vê isso? Você acha que eles são mais próximos ou ainda tem também esse distanciamento?

Entrevistada: Como eu não... Essas pacientes, a maioria que eu pego, elas já têm um médico...

Entrevistadora: Ah, o médico já...

Entrevistada: Elas já têm algum médico, geralmente o médico delas já fala.

Entrevistadora: Ou foi indicada por alguém.

Entrevistada: Ou foi indicada... Dificilmente chega um lá e não tem um médico. Eu acho que nunca vi. Então elas já sabem mais ou menos, o médico já mais ou menos orientou, mas eu nunca vi ninguém que não tinha um médico que falasse ou tudo mais. Então eu também... Os plantões que eu dei nenhum médico falava inglês. Só que também nunca me chamaram para interpretar.

Entrevistadora: E como você acha que isso acontece?

Entrevistada: Eu não faço a menor ideia.

Entrevistadora: Você não tem ideia?

Entrevistada: Eu não faço a menor ideia. Eu sei que no final dá certo. Eu só não faço a menor ideia como é o contato deles ou como que fala, porque, assim, querendo ou não, se a pessoa não está entendendo e você vai fazer qualquer coisa é invasivo, porque a pessoa não está entendendo, como que você vai pedir permissão para ela, se a pessoa não te entende. Então uma última que eu peguei, a médica falava, mas ela também não quis falar comigo, então ela fez a parte dela e saiu e deixou eu lá dentro.

Entrevistadora: Entendi. Nossa, mas isso é sério demais, não é?!

Entrevistada: É seriíssimo.

Entrevistadora: Porque o paciente passa por um procedimento que ele não sabe nem o que está acontecendo, ele não tem nem...

Entrevistada: Não tem como ele falar não, sim, vai devagar, você não tem que punccionar... Eu acho muito invasivo. A pessoa não está entendendo o que você está fazendo.

Entrevistadora: E principalmente vocês que trabalham na maternidade, você tem toda a questão do pré-parto, você tem exames, você tem uma série de coisas que são super invasivas.

Entrevistada: Aconteceu uma situação com uma paciente, que ela estava muito nervosa. E aí me chamaram, eu nem sabia que ela estava lá, porque às vezes elas me chamam... Me chamaram porque ela estava com o nenê no colo no meio do corredor, gritando, chorando e ninguém estava entendendo o que ela queria falar. Eu cheguei e falei "calma" e ela chorando e falou assim "pelo amor de Deus, ninguém está me entendendo", eu falei "calma, eu estou aqui, eu vou te entender, fica tranquila" e eu fui a única que ela conseguiu falar. Consegui acalmar ela, foi algum problema com o bebê, eu consegui acalmar ela, falei assim "oh, fica tranquila", ela falou "mas eu estou tentando falar e ninguém está me entendendo", eu falei "eu sei, elas não conseguir te entender agora, fica tranquila". Expliquei todo o procedimento, aí o marido dela falou "nossa, ainda bem que você chegou, porque ninguém estava entendendo o que a gente queria falar". E como a minha parte é da maternidade, eu não pego muito nas outras áreas, mas pode exemplo, a paciente chega com dor, precisa fazer um toque, se o médico não sabe como vai fazer um toque, ele vai chegar e mandar abrir a perna e colocando a mão?

Entrevistadora: Sim, porque se ele não consegue falar.

Entrevistada: É, totalmente invasivo. É totalmente invasivo. Eu acho horrível. Então se tem alguma pessoa que já na hora fala "olha, nós vamos fazer isso, isso e isso" e eu já cansei de

falar para as meninas "pode me chamar, a hora que for, onde for". Então, por isso que eu falo, eles no hospital, chega qualquer pessoa, eles já me chamam.

Entrevistadora: Você virou uma referência daquele horário.

Entrevistada: É. A noite, da minha noite, eu sou a referência, para qualquer área do hospital, não só da maternidade. Eu já fui ver paciente na clínica, muito no repouso, que a mulher tinha feito uma cirurgia e ele não estava entendendo nada porque... Nesse caso, não era a mulher que falava, era o marido dela. Só que como ela estava anestesiada, não estava sabendo o que estava acontecendo, ele estava muito nervoso e às vezes a pessoa é muito agressiva, porque ela já está cansada.

Entrevistadora: Está nervosa, está cansada de ninguém entender.

Entrevistada: Então assim você tem que segurar, falar o máximo que você conseguir para a pessoa conseguir te entender e ficar mais calma. E eu falo com as meninas, eu não sou a mais maravilhosa para falar inglês, não sou... Igual esses dias eu falei para meu irmão, eu falei assim "eu queria me aperfeiçoar por quê? Porque às vezes você não sabe falar uma coisa e você não consegue falar outra, eu me sinto mal." Porque o que eu quero é que a pessoa me entenda, que ela se sinta tranquila lá dentro. Então às vezes você não sabe falar uma coisa, você fica frustrada. Por isso que seria bom ter mais pessoas ou saber o básico e querer saber também, porque não adianta a pessoa falar "ah, vou fazer o curso de inglês amanhã e..."

Entrevistadora: Não vai resolver o problema, não é?!

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: E agora me fala uma coisa, quando você não entende, vamos supor que você tem uma palavra, você precisa falar alguma coisa, explicar alguma coisa e você não sabe a palavra, o que você faz? Qual estratégia você usa?

Entrevistada: Eu tento explicar de um outro jeito e às vezes eles acabam entendendo e falam a palavra que eu queria falar.

Entrevistadora: Ah, então você puxa do cliente?

Entrevistada: Várias vezes eu esqueci a palavra e ele "ah, é isso?" "É isso", aí você já fica na cabeça e nunca mais esquece. Quando você tenta, tenta e a pessoa, principalmente chinês, que são muito mais difíceis de entender, foto, mímica, às vezes eles ligam para outra pessoa conversar comigo no celular, em inglês para eu passar para eles, porque tem algumas coisas que eles não sabem. Mas...

Entrevistadora: É, porque para eles também é uma língua estrangeira.

Entrevistada: É. Porque não é todo mundo que vem que é o inglês fluente, o inglês a língua principal. Mas eu tento falar de uma outra forma, como se fizesse um rodeio no negócio, para eles conseguirem entender. Geralmente dá certo.

Entrevistadora: E aí a comunicação se estabelece.

Entrevistada: A comunicação vai.

Entrevistadora: Senão vai para foto mesmo...

Entrevistada: É muito difícil você não conseguir fazer que eles te entendam, porque se você vai com calma, a pessoa falando devagar, eles vão entender, porque eles também estão meio perdidos ali, querendo ou não. Então você vai devagar que eles conseguem entender.

Entrevistadora: Legal. Ótimo. Entrevistada, tem alguma coisa que não foi perguntado que você gostaria de falar, assim desse seu trabalho, disso que você tem feito nas suas experiências?

Entrevistada: Não. Acho que não. Foi o que a gente estava conversando, é uma coisa mais... É o interesse da pessoa. Eu acho que falta mesmo é o interesse da pessoa, porque quando entra para falar num quarto as pessoas adoram. Eu sei que quando eu vou falar, entra dois, três, quatro junto comigo. "Não porque a gente quer ver", "mas, gente, não adianta vocês só verem, não vai adiantar, vocês precisam..." Mas as pessoas não... Ou porque não tem condições ou porque não gostam mesmo ou porque... Mas eu sei que já consegui influenciar três pessoas no hospital para começar a fazer inglês.

Entrevistadora: Que interessante isso.

Entrevistada: E eu fiquei sabendo ontem que já faz duas semanas que elas começaram aulas, porque elas falaram assim "não, porque a gente viu você falando e a gente quer também".

Entrevistadora: Que bom! Isso é muito legal!

Entrevistada: É bom ser referência, mas é pesado.

Entrevistadora: Em que sentido que você diz que é pesado?

Entrevistada: De responsabilidade. Porque você tem que fazer a pessoa te entender e se a pessoa não te entendeu é complicado para ela no outro dia, porque querendo ou não eu estou lidando com uma vida nova. Ser mãe, ganhar um nenê, não é fácil. Então assim eu fico muito preocupada e até eu estava falando com uma amiga minha, é muito difícil eu ter esse fardo, entre aspas, porque a pessoa precisa me entender. Então se a pessoa não me entende, eu fico muito frustrada.

Entrevistadora: Tem os dois lados: a responsabilidade e, pelo outro lado, a frustração se você não conseguir se fazer entender.

Entrevistada: Pouca, porque as meninas falam "ah, você é muito humilde, porque você..." Não gente, eu preciso aprender muito ainda. Eu falo para eles, quando eu já chego para falar, eu falo assim "olha, eu não falo tão bem, eu espero que vocês me entendam". E eles me entendem. Eu acho que eu já saio do quarto aliviada, o atendimento que eu vou fazer, qualquer coisa que eu vou fazer, eu saio muito aliviada porque eu sei que a pessoa conseguiu me entender. Então já é uma... Mas eu acho que tinha que ter alguma coisa.

Entrevistadora: Na sua visão, esse "tinha que ter alguma coisa", o que você acha que melhoraria esse lado da barreira linguística, amenizaria?

Entrevistada: Tudo bem que seja só uma pessoa no hospital ou qualquer outro lugar, mas que tenha uma que saiba fazer o que está fazendo. Então precisa aprimorar? Precisa eles te dar uma chance de você procurar um curso ou indicar um curso ou indicar uma pessoa que te faça aprimorar. Ter um médico também que você possa ligar para você poder contar, porque não é só a enfermeira. A enfermeira não pode fazer o papel deles. Eu vou estar ali na ponta, eles precisam ter uma prévia, precisam explicar antes. Então se tivesse um curso, eles pudessem indicar ou... Porque quando você entra, não é... Falar inglês no hospital não é tão diferencial. Deveria ser.

Entrevistadora: Entendi. Na hora da contratação, não tem muito esse diferencial. Mas depois...

Entrevistada: Ninguém pergunta. Deveria perguntar. Mas depois porque precisa. Oh, gente, o mundo é globalizado! O povo está vindo e vai e volta. Não é só aqui. Em todo lugar.

Entrevistadora: Isso é uma coisa que não tende a parar, pelo contrário.

Entrevistada: Então, vai crescer e aí é o quê? Uma, duas, três, num hospital deste tamanho? Ou num hospital maior ainda? Duas, três? É muito pouco. Só que é o que a gente volta: a pessoa precisa querer. A pessoa precisa gostar. Eu falo com as meninas, quando vocês vão aprender, não adianta você falar eu estou fazendo inglês se você não gosta.

Entrevistadora: Verdade.

Entrevistada: Você vai parar no segundo mês e você não vai querer mais, você não vai ter interesse, você precisa ter o interesse também.

Entrevistadora: Isso é verdade.

Entrevistada: Essa coisa de querer ajudar as pessoas assim, é gratificante demais.

Entrevistadora: Você sente o seu trabalho e você fica realizada com esse trabalho que você faz?

Entrevistada: Fico. Muito.

Entrevistadora: Mas por outro lado se você tivesse algum incentivo seria muito melhor?

Entrevistada: Nossa Senhora! Muito mais. Você saber que você é referência em alguma coisa, só tem você ali, as pessoas estão contando com você, é legal. Mas a responsabilidade é muito grande.

Entrevistadora: É maior.

Entrevistada: É muito grande.

Entrevistadora: E envolve uma questão de ética até da tua própria profissão, porque você tem um trabalho a fazer, a desempenhar que é ser enfermeira, mas nesse momento você tem outras responsabilidades que talvez não fizesse parte da tua prática.

Entrevistada: Até esses dias eu fiquei muito preocupada e aí eu falei para a minha chefe, eu estava pensando em montar um projeto, não sei como eu vou fazer isso, não é muito da minha pessoa, que é montar coisas e fazer projetos, mas como da última vez eu fiquei muito

preocupada da pessoa não entender e tudo mais, eu pensei em montar um projeto e passar para a diretoria como se fosse uma folha, como se fosse um roteiro para a pessoa que chega e não fala já ter mais ou menos o que ela precisa responder, as perguntas que a pessoa precisa fazer...

Entrevistadora: Pelo menos aquilo o básico.

Entrevistada: O básico. Porque às vezes a pessoa chega e tem uma folha de questionário anestésico. Se ela não te entende que você perguntou se ela tem uma alergia e você faz a medicação nela? É a minha responsabilidade, é minha, porque eu estou traduzindo ela. Então eu até falei para a minha chefe, eu falei assim "eu posso montar um piloto, eu posso traduzir uma folha e entregar para vocês e passar para frente para ver se funciona?" Ela falou que sim e eu estou estudando um jeito, não sei ainda como vou fazer, mas para tentar melhorar lá, pelo menos na minha parte, para eu também poder ter um respaldo maior, porque ali está escrito, a pessoa está lendo, não é só eu falar.

Entrevistadora: E ela vai assinar.

Entrevistada: E ela vai assinar. Então quando eu respondo, a pessoa tem que assinar. E se eu entendi errado.

Entrevistadora: Sim, é uma responsabilidade sua, mudou de lado a responsabilidade.

Entrevistada: É complicado. Por isso que eu falo tem que ter uma outra coisa, lá não tem nada escrito em inglês. Nada. Nada, nada, nada.

Entrevistadora: Acho que é alguma coisa que a gente tem que pensar, a gente sabe que não vai sair de um único lugar, mas essas coisas precisam começar a ser discutidas, pelo menos, porque os pacientes estão aí, eles não vão embora.

Entrevistada: Se alguém já teve uma ideia e ela cutucou alguém, igual tipo uma pulga que está aqui, uma coisa que você quer fazer a mais, já é um começo eu acho.

Entrevistadora: Sim, com certeza.

Entrevistada: Agora eu falei "eu não sei como eu vou fazer, não sei quando vai sair, não sei se vai sair, mas é uma vontade muito grande minha de fazer uma coisa maior para acolher pessoas".

Entrevistadora: Que bom, isso é muito bom.

Entrevistada: Eu falei para minha mãe e minha falou "nossa, você?" Eu falei assim "então, eu".

Entrevistadora: É a necessidade, não é?! Quando a gente vê a necessidade, vê que a pessoa não consegue se comunicar.

Entrevistada: E vai fazer um bem, não é, gente?!

Entrevistadora: Eu acho que é se pôr no lugar do outro também. Você pensar que você vai para um país que você não conhece a língua e acontece alguma coisa...

Entrevistada: Como que você faz?

Entrevistadora: O que eu faço?

Entrevistada: O que mais me preocupa é isso. Se eu pergunto uma coisa e a pessoa me responde e eu não entendi é gravíssimo. Pode acontecer um evento adverso enorme. E a responsabilidade é minha.

Entrevistadora: Sim e o evento adverso não dá nem para caracterizar, porque você só vai saber ao final.

Entrevistada: É. E aí que for perguntar "a pessoa te falou?", "ah, eu falei para ela, mas ele não entendeu".

Entrevistadora: É, entre falar e entender tem um caminho aí.

Entrevistada: Um caminho longo.

Entrevistadora: Entrevistada, foi muito bom conversar com você, te agradeço imensamente pela entrevista e assim eu vou te pedir que depois, se você tiver mais alguém para indicar, que já atendeu, alguém que você conheça, por favor faça, e pode ser pelos nossos canais de comunicação mesmo.

Entrevistada: Está bom.

Entrevistadora: Mais uma vez, obrigada! E assim que tiver pronta a sua transcrição, eu mando para você poder aprovar esse texto.

Entrevistada: Na verdade eu não sei quem, porque acho que a maioria das meninas é do xxxx mesmo, eu posso perguntar para alguém, mas eu acredito que não.

Entrevistadora: Não tem problema, fique à vontade, se você não tiver ninguém para indicar não tem problema nenhum.

Entrevistada: Eu posso conversar com alguém depois, mas eu acredito que não tenha, que não conheça não. Não aqui em São Paulo.

Entrevistadora: Está bom, obrigada.

Entrevistada: Imagina.

ENTREVISTA 6

Entrevistadora: Entrevista com xxx, no dia 17 do 04 de 2017, às 12:50. xxx, a primeira coisa que eu queria te perguntar assim, você lembra a primeira vez que você pegou um paciente estrangeiro?

Entrevistada: Ahn... A primeira vez sim, eu me recordo.

Entrevistadora: E como que foi isso? Como foi esse processo?

Entrevistada: Bom, primeiro paciente que eu peguei foi um paciente argentino que estava aqui de passeio, que teve pancreatite, me recordo até o diagnóstico. Ele ficou internado no meu andar, mas pra mim foi mais tranquilo porque eu tenho uma base de espanhol. Mas a pessoa não fala português, era um "portunhol" que dava pra interpretar bem assim, tanto que ele me interpretava o que eu falava e eu conseguia interpretar o que ele dizia.

Entrevistadora: Certo. Você já trabalhava como enfermeira então nessa época?

Entrevistada: Trabalhava, sim, eu já trabalhava aqui no Hospital xxx.

Entrevistadora: No xxx. Tá. E me diga uma coisa, como você, como que você lida com essa situação, você recebe muitos pacientes, de qual lugar, qual lugar que eles vêm?

Entrevistada: Olha, não, a gente não, não acostumei pegar muitos pacientes estrangeiros, foi só mesmo na época da Copa que a gente teve mais pacientes diversificados, mas que eu pude cuidar e ficar bem próximo foi um argentino e um chinês.

Entrevistadora: Tá. Na época da Copa, você trabalhando no hospital, como que foi esse processo, teve uma preparação pra isso?

Entrevistada: Não. A gente não teve uma preparação, na verdade a gente não tem nenhuma, nenhum profissional de referência que fale outras línguas dentro do hospital, isso é uma barreira muito grande, a gente que é dá assistência, que lida direto com o paciente.

Entrevistadora: E como que vocês fazem quando chega um paciente que não fala o português?

Entrevistada: Bom primeiro a gente tenta se virar com mímicas e gestos, é e muitas vezes as pessoas entendem ou compreendem o início, pelo menos o assunto que eu estou querendo abordar. Bom, depois a gente vê quem da equipe tem alguma experiência com essa língua ou sabe algumas palavras, em último caso a gente usa o Google tradutor no próprio celular...

Entrevistadora: Certo.

Entrevistada: E a gente tem uma pasta no posto de enfermagem com algumas impressões de imagens, inclusive tem em bra, em hebraico não, em sinais de...

Entrevistadora: Libras.

Entrevistada: Sinais de libras, isso. Mas é algo bem básico.

Entrevistadora: Entendi. E você já chegou a usar essa pasta?

Entrevistada: Sim, tentei. Tentei, me ajudou um pouco, mas assim, nas coisas mais específicas de orientação com, em relação por exemplo a procedimentos específicos eu não consegui explicar, não sei se o paciente entendeu...

Entrevistadora: Ahã.

Entrevistada: Então ficou um vago.

Entrevistadora: Tá. E como que você vê isso, porque assim o grande problema é que às vezes o paciente é submetido a alguns procedimentos que ele não sabe o que vai acontecer ali. Você já presenciou alguma situação que você tentou explicar, não conseguiu e o paciente mesmo assim foi pro procedimento?

Entrevistada: Sim. No caso do chinês, ele era paciente pra operatório que ia fazer uma cirurgia de vesícula, se não me engano, não lembro se era vesícula ou se era apêndice, porque eu lembro que ele entrou via pronto-socorro, então era uma cirurgia de emergência e no dia seguinte que, no primeiro dia de internação que era o dia do jejum, era o dia do preparo pro paciente pra ir pra centro cirúrgico, foi bem difícil explicar, orientar em relação ao termo cirúrgico, quais eram as rotinas pré-operatórias, que tinha que tomar banho antes, que tinha que ficar em jejum e se ele estava com dor, se não estava. Eu tive que esperar a equipe médica chegar, mas a equipe médica também não sabia falar chinês. Então a gente teve que esperar alguém da família que era irmã, que morava aqui no Brasil, também era chinesa, mas

morava há alguns anos e ela foi o nosso meio de comunicação, mas assim não era uma pessoa que era expert no português.

Entrevistadora: Uhum.

Entrevistada: E essa pessoa também não falava inglês, nem o paciente, nem a acompanhante, então foi bem difícil mesmo. E eu imagino que pra equipe médica deve ter sido ainda mais, porque pra explicar os riscos da cirurgia.

Entrevistadora: É, porque aí a gente chega numa questão, que é uma das questões que eu estou discutindo também com os entrevistados que é a questão da ética. Como que fica esses procedimentos éticos frente a essas situações? Já passou por alguma situação assim difícil, você relatou essa do chinês, mas que estivesse de alguma forma envolvendo ética médica?

Entrevistada: Eu acho que nesse mesmo caso de passar por um procedimento cirúrgico, ele era um paciente consciente mentado, ele respondia por si mesmo, dele fazer assinar o termo cirúrgico, eu lembro que no dia que, nessa manhã que eu passei visita junto com a médica, que era a médica da cirurgia, a cirurgiã, ela pediu pro paciente assinar, ele assinou assim sem entender direito o que estava acontecendo e a gente, e assim, o chinês normalmente, as pessoas orientais são muito reservadas, né? Então ele não conseguia, assim, ele não perguntava, não ficava gesticulando. Então foi algo bem desconfortável, porque a médica pediu, fez o gesto com a caneta, né, de assinar um papel, deu a prancheta e ele assinou. Mas assim, ele não questionou, ele não quis se expressar o que que era aquilo, o que que não era... Aí teve que esperar a filha vir, a filha não, desculpe, a irmã vir pra eu explicar porque o médico já tinha ido. Pra eu explicar pra irmã qual era o procedimento, o que ia ser feito, pra ela explicar pro paciente.

Entrevistadora: Ahã. E ela explicava pra ele conforme você conversava com ela?

Entrevistada: Sim, ela chegou a explicar. Mas assim a médica no dia que ela passou a visita, a acompanhante não estava, ela não podia esperar, porque ela tem outros pacientes pra atender, ela só deixou o telefone comigo falou "ó, qualquer coisa você liga que eu volto aqui". Só que aí ficou na minha responsabilidade de explicar o procedimento pra acompanhante, não é minha função. Então foi bem delicado assim, mas mesmo assim deu tudo certo.

Entrevistadora: Ahã. É, a gente acaba contando um pouquinho com a sorte, né, nessas ocasiões.

Entrevistada: Uhum.

Entrevistadora: Tá. E a cultura, como você vê essa relação de cultura quando o paciente não fala o idioma e não vive no Brasil, por exemplo, ele está visitando, ele veio a trabalho, como que você enxerga isso?

Entrevistada: Então assim, a gente, a nossa cultura brasileira é bem diferente das culturas, principalmente no caso do chinês, na cultura oriental, que eles são bem mais reservados, então a gente vendo aí despindo né, pra fazer exame físico é algo muito complicado. Eu não tive a oportunidade de acompanhar ele no pós-operatório, porque eu sou enfermeira aqui, eu não tenho andar fixo, eu sou folguista, então acabo cobrindo vários andares. Então infelizmente nesse caso eu não consegui acompanhar. Mas eu imagino que provavelmente a equipe deve ter tido bastante cautela de despir ele pra fazer o exame físico pra fazer o pós-operatório, ajudar ele aos cuidados básicos mesmo.

Entrevistadora: Ahã. E aí você falou de um argentino também. Você acha que é mais próximo culturalmente, mais fácil pra tratar isso?

Entrevistada: Sim, com certeza. É muito mais, primeiro que eles mesmos brincam por causa do futebol, né, já fala "ah é brasileiro, futebol!". Mas assim é muito mais tranquilo, acho que as palavras são muito mais próximas, tem umas palavras muito mais similares, a gente com gesto consegue, inclusive eles conseguem se expressar melhor, então a gente consegue ver se eles estão entendendo, se eles não estão entendendo, se eles estão felizes, se eles estão tristes, os chineses, é mais difícil.

Entrevistadora: A cultura mais aberta, né?

Entrevistada: É. Exato.

Entrevistadora: Chinês é mais reservado, de fato. Além disso, me fala um pouquinho assim do inglês, dos idiomas que você interpreta. Porque você já interpretou utilizando o inglês, né,

como língua e o espanhol. Qual deles você tem mais desenvoltura e como que você aprendeu cada um deles?

Entrevistada: Afinidade, eu tenho mais afinidade por espanhol. Na verdade, eu venho de família latina, então eu, em casa meus pais falam muito espanhol, então pra mim foi muito mais fácil, falar, entender, compreender espanhol. O inglês eu aprendi na escola, eu fiz curso de inglês até os 18 anos, mas a minha facilidade maior é espanhol mesmo.

Entrevistadora: Entendi. E quando você se depara com inglês, como que você faz, quais as estratégias que você usa quando você não entende alguma coisa você até entende, claro porque por conta da tua formação, mas você não sabe como que é isso na outra língua.

Entrevistada: Isso, é bem complicado, né, pra gente falar algumas palavras-chave. Ahn, às vezes eu vejo no Google, no tradutor, mas não ajuda muito...

Entrevistadora: Por que que você acha que não ajuda muito?

Entrevistada: Porque ele não traduz direito, acho que no contexto quando você põe uma frase, ficam umas palavras meio soltas que não conjuga, uma coisa mais difícil. Aí o que a gente às vezes faz de achar uma palavra específica, ou se a equipe não sabe ou o médico não sabe, a gente procurar em revista de artigo, ver se consegue ver alguma palavra que possa ajudar.

Entrevistadora: Uma palavra mais chave assim?

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: Tá. E como você vê isso assim a equipe médica? Você acha que eles falam mais, não falam, também tem dificuldade com idioma, como que é isso?

Entrevistada: Hum, também tem dificuldade, eles falam, tem bastante gente que fala bastante inglês, inclusive pelo que eu vejo as pessoas conseguem falar mais inglês do que espanhol, por incrível que pareça. Mas só, não que eu tenha visto outro tipo de língua.

Entrevistadora: Tá.

Entrevistada: Não vivenciei.

Entrevistadora: Ahã. E quando você vai pro Google, você falou que quando vocês vão pro artigo, né, mas e quando você precisa, o paciente por exemplo você fala uma palavra altamente terminológica, que você achou lá no artigo e o paciente não entende. Que tipo de estratégia você usa?

Entrevistada: A gente tenta explicar de uma outra forma que nem a gente faz no português.

Entrevistadora: Tá...

Entrevistada: Né, a gente...

Entrevistadora: Explicação mesmo.

Entrevistada: Isso. Desenvolvendo o que que é, o que significa aquela palavra.

Entrevistadora: Ok.

Entrevistada: É difícil também. Porque daí você tem que pensar "meu Deus, que palavra que eu posso usar?".

Entrevistadora: E no espanhol, isso é mais fácil? Pra você é.

Entrevistada: É, pra mim é mais fácil.

Entrevistadora: Porque você tem mais domínio do idioma.

Entrevistada: Pra mim é mais fácil, mais tranquilo, bem mais tranquilo.

Entrevistadora: Com os argentinos que você já atendeu, você acha que realmente eles têm mais noção quando você consegue interpretar, eles conseguem entender melhor o que vai acontecer?

Entrevistada: Sim, consegue, conseguem. Assim, não só eu pelo fato de falar um pouco de espanhol, mas a própria equipe é mais fácil de interpretar, a comunicação é muito mais tranquila.

Entrevistadora: Você sente uma certa resistência assim da equipe quando não fala o idioma do paciente?

Entrevistada: Sim, principalmente no inglês.

Entrevistadora: Tá.

Entrevistada: Tem bastante gente, os técnicos de enfermagem... É que assim, a gente é um enfermeiro pra cada posto pra os auxiliares e os técnicos de enfermagem. Então nunca tem dois enfermeiros no mesmo posto. Então os meninos têm bastante dificuldade sim pra interpretar. Eles já ficam desesperados, já falam "ai meu Deus, vou chamar a enfermeira,

espera aí". Eu tento até, tem alguns que são mais soltos que tentam até articular, que são mais, não tem vergonha, né, de falar errado, de se arriscar, mas muitos também nem tentam, nem arriscam, falam assim "ah não, quero nem ficar com esse paciente que não fala direito português".

Entrevistadora: Acaba ficando pra enfermeira mesmo?

Entrevistada: É, e é complicado porque a gente não consegue cuidar na íntegra, são eles que cuidam, né. Então é complicado em relação a medicação, fazer qualquer procedimento de curativo. Eles chamam e a gente vai junto, né. Ou então eles fazem dupla "não, comigo, você vai junto comigo, eu não vou entrar sozinha pra passar vergonha". Então às vezes eles fazem dupla pra entrar pra cuidar desse paciente. Quando dá, quando a escala permite, né.

Entrevistadora: É porque é um paciente que vai demandar mais atenção.

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: Né, se você tem dois ali você tem alguém que está fora do que deveria estar fazendo.

Entrevistada: Mas a gente sempre orienta assim a sempre chamar alguém da família ou um amigo que saiba falar português, porque senão fica difícil mesmo.

Entrevistadora: E me diz uma coisa, o que que você acha que poderia assim ser feito pra melhorar um pouco esse sistema?

Entrevistada: Ahn, eu acho que a gente poderia ter pelo menos um treinamento em língua, porque a gente, a xxx trabalha muito com treinamento.

Entrevistadora: Ahã.

Entrevistada: Toda semana tem treinamento educação continuada, e os funcionários são muito resistentes em sair do posto de enfermagem pra se deslocar numa sala... Então a gente recebe muito treinamento in loco que fala, né, que é no local.

Entrevistadora: Ah

Entrevistada: É, mas o interessante a gente nunca teve treinamento em relação a línguas, mas eu acho que seria bem interessante pelo menos algumas palavras-chave tanto em inglês como espanhol que são os idiomas mais falados pelo menos, que a educação continuada passasse ou a própria chefia passasse, em forma de brincadeira que a gente aprendesse.

Entrevistadora: Você fala de um treinamento mais in loco mesmo.

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: Esse treinamento mais o que eu vou usar aqui nesse momento.

Entrevistada: Isso, por exemplo, eu trabalho na clínica médica cirúrgica, aí antes eu trabalhava na clínica cirúrgica, eu recebia só paciente pós e pré-operatórios. Então tem mais esse peso, dá pra você nortear, porque os pacientes são internados nas alas perspectivas. Então você consegue direcionar um treinamento nem que sejam as palavras simples e deixar que o (ininteligível) pra algumas línguas...

Entrevistadora: Pra cada língua, né. Tá certo. Tem mais alguma coisa assim que você lembra relacionado a isso, que você gostaria de falar, da sua experiência?

Entrevistada: Então, eu não tive muitas experiências, foram só essas duas vezes. Mas a do chinês foi muito engraçado, porque a gente dava mais risada do que conversava, né, porque era uma coisa bizarra mesmo, você tentando gesticular, fazer gestos...

Entrevistadora: Numa cultura completamente diferente que os gestos não têm...

Entrevistada: Completamente. Pois é. Então a gente dava mais risada, eu, a médica e o paciente, a gente dava mais risada porque ninguém estava entendendo nada. Essa foi a verdade. Então foi assim, foi bem engraçado por essa parte, porque o chinês ele não se demonstrava desesperado, ele não demonstrava o que que, se ele estava em dúvida, se ele não estava, assim sereno sabe, uma expressão facial como se não estivesse acontecendo nada. Isso deixava eu mais angustiada ainda, porque eu não sabia, falei "meu Deus", e ainda que a médica tinha ido embora, eu falei "vou ficar com esse paciente mais 06 horas aqui, e agora, se acontecer alguma coisa o que que eu faço?". É difícil mesmo, mas logo depois chegou a acompanhante e aí foi muito mais tranquilo que aí eu voltei tive que explicar tudo, ela explicou aí ele tirou dúvidas com ela, com a irmã, ela me perguntou... Então foi mais tranquilo. Agora o pós-operatório deve ter sido uma tragédia.

Entrevistadora: Ah, porque você não acompanhou, né?

Entrevistada: Não acompanhei...

Entrevistadora: Essa é uma outra dificuldade, né, porque nem sempre...

Entrevistada: É porque botam acessórios, drenos neles...

Entrevistadora: A pessoa que está no começo acompanha até o final, então essa também é uma dificuldade, tem que começar tudo de novo, né. Imagino que tenha que começar tudo de novo.

Entrevistada: Tem razão.

Entrevistadora: Tá ótimo. xxx, tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Entrevistada: Hum... Eu acho que apesar de terem sido poucas vezes, é algo bem importante mesmo pra gente que trabalha direto na assistência com a dificuldade que a gente enfrenta e na própria segurança do paciente, porque isso chega a ser uma barreira, né, de segurança. Então eu acho que é algo bem importante a (ininteligível) (00:15:41.26) que você está fazendo é bem interessante porque realmente não tem ninguém que tenha despertado interesse nesse assunto, tem estudado. Eu espero que a gente desenvolva pra melhor, né, que alguém tenha uma ideia pelo menos de colocar um tradutor, um expert que ajude, se não for o caso de contratar alguém, porque gasta dinheiro. Vamos fazer um treinamento então, né, a educação continuada. Então às vezes colocar um profissional dentro do hospital gera custo, vamos então trabalhar com os que estão lá, né?

Entrevistadora: Uhum.

Entrevistada: Fazer alguma coisa.

Entrevistadora: É porque geralmente se faz é levantar quem fala o idioma, mas não necessariamente quem fala consegue atuar nessa área que é uma área muito específica.

Entrevistada: Com certeza.

Entrevistadora: De muita responsabilidade.

Entrevistada: E também é tudo na última hora, sabe, é uma semana antes da Copa.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: É complicado, né. A gente tem que se organizar.

Entrevistadora: Verdade.

Entrevistada: Ainda mais com um hospital grande desse porte.

Entrevistadora: Sim, é.

Entrevistada: Referência...

Entrevistadora: Tá bom. xxx, eu gostaria muito de te agradecer. Você foi uma simpatia.

Entrevistada: Aí, obrigada.

Entrevistadora: Assim, é muito bom encontrar pessoas que estejam preocupadas, né, mesmo no trabalho dela de melhorar essa área que eu acho que a gente tem tudo pra melhorar, né. Nós temos, como você disse, um hospital grande, são hospitais grandes, então a gente teria como melhorar isso. E aí e vou te pedir que depois se você tiver alguém pra indicar, que queira gravar uma entrevista rapidinha falando sobre essas questões que já tem atendido alguém em outro idioma, aí eu te agradeço.

Entrevistada: Sim, com certeza eu vou pensar com carinho em alguém que possa te ajudar muito.

Entrevistadora: Tá bom, xxx. Eu gostaria de te agradecer mais uma vez. E agora encerramos a entrevista. Assim que eu estiver pronta essa transcrição, eu volto ela pra você, pra você aprovar.

Entrevistada: Ok. Obrigada.

Entrevistadora: Obrigada você.

ENTREVISTA 7

Entrevistadora: Foi gravada com xxx, no dia 18/04 por volta das 18h.

xxx, primeiro eu queria que você me contasse se você lembra quando foi a primeira vez que você atendeu um paciente que não falava português.

Entrevistada: Eu não lembro, mas eu trabalho na área privada faz 2 anos, e eu trabalhava no SUS 4 anos. E lá onde a gente tinha mais contato com estrangeiros, principalmente bolivianos e haitianos, mas foi no SUS.

Entrevistadora: E em que região que era isso da cidade?

Entrevistada: Pode falar o nome? Era no hospital xxx.

Entrevistadora: Ah você trabalhou xxx.

Entrevistada: Isso atendi muito imigrante.

Entrevistadora: É por conta da região que eles estão ok. E como que é assim, quando você atende as pessoas você atende em inglês, você fala inglês, como que é isso?

Entrevistada: Eu tenho inglês intermediário e consigo me virar bem. A parte da escrita não é assim tão aperfeiçoada, mas eu consigo entender o que a pessoa fala e consigo transmitir também, mas isso depende muito da origem de onde a pessoa está vindo. Os bolivianos, eles não falam tanto inglês, então a gente tentava mais no espanhol e arrastava um pouquinho, e com os haitianos falava mais francês, que era um pouco mais difícil, poucos falavam inglês. Então a gente tinha a sorte de um dos médicos de onde eu trabalhava ele era francês, então ele ajudava bastante. E a gente tinha também uma das enfermeiras ela era boliviana, então ela falava um espanhol muito bom. Então sempre que podia a gente contava com eles. E os que precisavam de inglês, eu acho que é a maioria que tenta falar mais, então a gente falava em inglês, era um pouco mais fácil com alguns dos pacientes que entendiam o inglês.

Entrevistadora: Tá. E como que você sente esse atendimento. Tem alguma diferença do atendimento que você faz no dia a dia, tem alguma dificuldade?

Entrevistada: Tem, por eles não falarem a nossa língua a gente tem, existe uma barreira, às vezes você quer passar alguma coisa que você não consegue exatamente na linguagem para que eles entendam, e não só a linguagem médica, mas às vezes eles precisam de uma palavra de conforto, alguma coisa assim, e fica um pouco mais difícil de você ultrapassar essa barreira, por conquistar a confiança do paciente.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Eu trabalho com pediatria, e conquistar os pais desses pacientes, fica muito mais difícil.

Entrevistadora: E hoje no teu trabalho atual, você ainda atende pessoas que não falam português?

Entrevistada: Muito pouco, a gente tem por incrível que pareça eu ainda não sei o porquê, mas a gente está com uma leva muito grande de coreanos, e aí fica muito mais difícil, né, porque poucas pessoas falam.

Entrevistadora: Então hoje você sente que há um aumento do número de coreanos procurando o hospital.

Entrevistada: Aqui nessa região particular, no SUS não, mas nessa região privada eu achei bastante.

Entrevistadora: Interessante. E como que vocês fazem a comunicação com esses pacientes que são coreanos? Tenta fazer no inglês?

Entrevistada: Aqui na xxx a gente tem o protocolo de estrangeiros. Então quando tem um paciente que não fala a nossa língua e ninguém consegue se comunicar, no caso dos coreanos, a gente tem um interprete que a gente consegue ligar e ele vem, e não a comunicação durante as 24 horas, mas se quer passar algum resultado de algum exame, a situação atual do paciente eles conseguem fazer.

Entrevistadora: As coisas mais pontuais?

Entrevistada: Isso, não o tempo todo, mas por eles terem uma condição financeira um pouco melhor, às vezes eles também trazem alguém que consiga interpretar para eles.

Entrevistadora: Tá. E esse alguém que eles trazem você sente que realmente é o intérprete ou alguém da família?

Entrevistada: Alguém da família, geralmente é alguém da família que fala o português.

Entrevistadora: E como que é esse atendimento, tem alguma barreira no atendimento, quando você conversa com alguém que não é o paciente diretamente?

Entrevistada: Tem por que por ser uma UTI eu não posso deixar que entre pessoas o tempo todo, então realmente é uma pessoa só “ah vou trazer a minha tia, mas hoje ela não pode, vou trazer outra pessoa”, você não pode, é muito mais restrito. E aí é diferente de você conversar com uma mãe do que conversar com uma pessoa e essa pessoa passar para ela, sem contar que a pessoa que eu estou falando ela não é da área da saúde também, então pode rolar alguma informação errada na hora que está repassando.

Entrevistadora: Perigosíssimo.

Entrevistada: É, a gente tem que tomar muito cuidado, e tem que usar um vocabulário muito, por mais que seja intérprete, muito mais simples para falar com eles, por medo do que eles possam falar. Muitas vezes a situação não é tão grave e eles passam de uma forma mais grave, ou a situação é muito grave e eles passam de uma forma mais amena também acontece.

Entrevistadora: E o que vocês fazem quando isso acontece, porque de certa forma a comunicação está prejudicada.

Entrevistada: A gente sempre tenta melhorar essa comunicação, que nessa visita a mãe está numa situação mais fragilizada, a gente evita ficar falando mais da situação do bebê, de usar palavras muito pesadas, seu filho está muito grave, a gente vai aos poucos porque a mãe também está num momento muito sensível na situação. Então da próxima vez que o intérprete vem a gente bate na mesma tecla porque a gente percebe que ele também não está entendendo, “olha o bebê realmente está muito grave”, então a gente vai tentando melhorar a comunicação com o intérprete e não somente com o parente.

Entrevistadora: Mas isso é um processo complicado, não é?

Entrevistada: É um processo que às vezes demora, é em longo prazo assim. Se é um bebê que está internado há pouco tempo, às vezes a gente não tem esse tempo de melhorar a comunicação, entendeu.

Entrevistadora: Entendi. E como que você vê essa questão da cultura porque assim, como hoje você atende bastante coreano, mas você já teve bastante contato com haitianos, bolivianos, como que você acha que a cultura influencia no tratamento, nas funções médicas.

Entrevistada: Aqui a gente teve pouquíssimos casos de estrangeiros que eu tive, mas no SUS que tiveram mais e era hospital escola, então era muito mais acessível com essa mudança de cultura, a gente respeitava, e respeitava muito mais porque não tinha tantos protocolos e nem nada disso. Já aconteceram casos de uma mãe coreana que lá eles não querem que invistam tanto, eles acham que se o bebê está doente, por exemplo, é diferente da nossa cultura, acha que tem que investir até o último momento mesmo sabendo que não tem mais condições. Já chegou mães de pedir para a gente de desligar os equipamentos, uma mãe coreana, porque na cultura dela ela acredita que só está o corpo ali. Então teve uma reunião disciplinar para todo mundo concordar com o que a gente iria fazer que era desligar os equipamentos que a mãe pediu. Então era muito mais fácil a relação isso em relação às outras culturas.

Entrevistadora: Entendi. E nessa reunião que você falou você sentiu alguma barreira pela cultura assim “ah eu acho que isso não deve acontecer”.

Entrevistada: Existe, existe porque a questão de vida ou morte é muito delicada, independente da cultura que a gente tem. E aqui no Brasil não é comum à gente ver um pai te pedindo para desligar os equipamentos. Então algumas pessoas tiveram resistência, mas foi tranquilo assim, teve resistência de algumas pessoas, MS foi tranquilo em acatar o que a mãe pediu.

Entrevistadora: Foi feito o que ela pediu.

Entrevistada: Foi feito.

Entrevistadora: Mesmo que vocês tivessem um protocolo, então precisou...

Entrevistada: Porque não existia esse protocolo, então foi muito mais fácil, se existisse o protocolo ia ser muito mais difícil. Porque por mais que você fosse a favor do que a mãe estava pedindo o protocolo era contra, então o hospital estava a instituição, como lá não existia na instituição foi mais fácil de fazer o pedido.

Entrevistadora: Tá. E essa comunicação com a mãe você lembra como que ela foi feita, foi por meio de intérprete, foi alguém que trabalhava no hospital?

Entrevistada: Não, na verdade foi uma mãe que ela ficou muito tempo lá com o bebê internado, ela ficou cerca de 4 meses, ela era imigrante ilegal, e aí no começo foi muito difícil a gente ter uma comunicação, a cultura dela era muito diferente, porque ela queria trazer o alimento dela para comer ao lado do bebê. Só que a gente foi aos poucos aceitando um pouco dela porque ia ser um choque muito grande porque se a gente proibisse de comer as coisas, e ela também foi aceitando aos poucos um pouquinho o que a gente pedia, né. E esse momento que ela pediu, ela não pediu diretamente para a equipe médica, ela fez amizade com a equipe de enfermagem e começou a contar como que era na cultura dela, ela já falava um pouco do português, e ela conseguia se virar um pouco, então ela foi conversando com as técnicas de enfermagem, que trouxe para a gente isso que ela pediu. E aí as enfermeiras foram conversar com ela e aí passaram para a equipe médica e a equipe médica comentou “ah eu acho que não é isso que ela está pedindo realmente, ah eu acho que ela deve estar desesperada”, coisas assim. Mas a gente viu que ela continuou batendo naquela tecla, e aí sim que a gente conseguiu conversar com ela. Eu não lembro se foi usada uma intérprete, eu acho que não.

Entrevistadora: Que foi na própria língua que ela falava.

Entrevistada: Ela se virava, ela não falava muito bem o português, mas a gente conseguia entender o que ela queria.

Entrevistadora: Entendi, e aí foi decidido por isso mesmo.

Entrevistada: Foi optado pela vontade da mãe.

Entrevistadora: É porque essa questão da barreira linguística ela esbarra em questões éticas.

Entrevistada: Exatamente, no Brasil é antiético você fazer a eutanásia, mas foi com a aprovação da mãe.

Entrevistadora: Interessante isso.

Entrevistada: Nem lembro o que eu ia falar.

Entrevistadora: Que no Brasil é antiético.

Entrevistada: E que também envolve a parte legal, então foi mais difícil.

Entrevistadora: E me diz uma coisa, você via diferença no hospital entre os bolivianos culturalmente falando e da forma da comunicação e os coreanos.

Entrevistada: Tem bastante diferença, nos costumes, nas crenças, a religião deles é muito diferente, padrões de higiene são muito diferentes também, eles são bem diferentes, no modo geral são bem diferentes.

Entrevistadora: E quando você atende alguém em inglês e aparece alguma coisa que você não sabe como fazer, como resolver, qual a estratégia que você usa?

Entrevistada: Você fala alguma expressão?

Entrevistadora: Alguma palavra.

Entrevistada: A internet ajuda muito, eu sempre procurava na internet alguma palavra, até mesmo que não era em inglês, mas em espanhol, francês, ou alguma expressão que você não sabe, o francês eu não falo nada, só sei o *bonjour* e olha lá, então no celular, a internet, o tradutor da internet ajudava bastante.

Entrevistadora: Era ele que fazia essa comunicação às vezes.

Entrevistada: Foi.

Entrevistadora: Muito bem. Alguma vez você já presenciou ou interpretou uma consulta com o médico?

Entrevistada: O médico falando com o paciente?

Entrevistadora: Não, ao contrário, ou um intérprete, ou um parente, ou alguém da enfermagem estabelecendo uma comunicação entre médico e paciente.

Entrevistada: Você fala o enfermeiro ou o médico não falando o português?

Entrevistadora: Isso.

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Não. E ao contrário, o enfermeiro ou médico não falando inglês?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Então sempre era resolvido de alguma forma até chegar ao médico.

Entrevistada: Ah sim, agora acho que eu entendi a sua pergunta. Às vezes, principalmente em francês, como ninguém falava muitas vezes a gente precisava esperar o médico que falava francês chegar para nos ajudar.

Entrevistadora: E aí ele que interpretava entre os dois.

Entrevistada: Isso, principalmente quando era uma conversa muito longa, não eram expressões pequenas ou “olha estou fazendo isso com o seu bebê, vamos fazer aquilo”, quando era para discutir o caso do bebê, falar o que iria realmente acontecer a gente esperava ele.

Entrevistadora: Sim.

Entrevistada: O que era difícil porque não era todos os dias que ele estava lá, era algumas vezes por semana só, então dificultava um pouco.

Entrevistadora: Às vezes demorava mais de um dia para ele chegar.

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: E o que você percebia quando o paciente percebia que alguém falava a língua dele? Mudava alguma coisa?

Entrevistada: Eles ficavam muito mais acolhidos, eles se sentiam mais acolhidos. Porque querendo ou não muitos vêm ter os filhos aqui no Brasil para eles poderem ficar aqui, principalmente os ilegais, eles conseguem ficar aqui no Brasil legalmente. Então acho que eles se sentiam mais acolhidos quando alguém falava a língua deles, sentiam mais confiança. Muitas vezes eles ficavam inseguros com alguma coisa que a gente falava, e quando era a pessoa que falava a língua deles, eles sentiam mais segurança.

Entrevistadora: É porque isso é uma das questões que a gente discute muito na interpretação médica, porque às vezes o paciente passa por procedimentos e ele não sabe o que vai acontecer ali.

Entrevistada: Muitas vezes por você não ter conhecimento total da língua pode você falar de uma forma muito simplificada. E querendo ou não para você sentir segurança você precisa saber exatamente o que vai acontecer. Se eu te falo de uma forma simplificada eu acho que muitas vezes eles também se sentem constrangidos em fazer perguntas porque sabendo que eu não sei me expor direito, eu acho que ele tem medo de fazer a pergunta e não saber se eu vou conseguir responder ou não.

Entrevistadora: De certa forma, ainda mais com criança porque você trabalha na pediatria, isso é um agravante também não é.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Você acaba não conversando com o seu paciente.

Entrevistada: Exatamente, você conversa com a mãe e o pai provavelmente.

Entrevistadora: Isso tem toda uma questão psicológica de avaliar.

Entrevistada: Exatamente, isso mesmo.

Entrevistadora: Interessantíssimo. xxx tem mais alguma coisa que você gostaria de falar assim que não foi perguntado, que você acha importante nessa área, ou algo que você lembrou?

Entrevistada: Acho que não, se eu lembrar eu falo.

Entrevistadora: E o seu papel assim, quando você está interpretando, quando você está conversando com o paciente em inglês. Como que você sente o seu papel ali, porque você deixa de ser só enfermeira.

Entrevistada: Na verdade até em português muitas vezes por lidar com pediatria a gente deixa de ser enfermeira mesmo em português.

Entrevistadora: Interessante.

Entrevistada: Muitas vezes a gente vai mais para acolher os pais do que o bebê, às vezes a gente dá uma assistência maior para os pais do que para os bebês. Em inglês fica um pouco mais difícil, mesmo que você consiga dominar um pouco a língua fica um pouco mais difícil,

mas isso não é especificamente de outra linguagem, português a gente faz muito isso também.

Entrevistadora: Entendi. Muito bem. xxx eu encerrei as perguntas aqui e eu quero te agradecer muito pela entrevista, foi muito bom, muito esclarecedora, acho que você trouxe algumas coisas que eu não tinha ouvido ainda de outras, isso foi muito legal. E assim, eu queria te pedir se futuramente você tiver alguém para indicar, se você trabalhe alguém que conhece que já atendeu pacientes em outro idioma, se você puder fazer a indicação eu agradeço.

Entrevistada: Está bom, eu vou pensar em alguém, nessa parte privada é mais difícil, mas acredito que no outro hospital que eu trabalhava é um pouco melhor, tem mais estrangeiros do que aqui.

Entrevistadora: Está ótimo. Está bom, eu fico aguardando então.

Entrevistada: Eu te dou o contato.

Entrevistadora: Está joia, obrigado.

Entrevistada: Está bom.

ENTREVISTA 8

Entrevistadora: Entrevista gravada com xxx, no dia 20 do quatro de 2017 às 18:20. É, xxx então, a gente vai conversar um pouquinho sobre essa questão da interpretação em hospital. Conta para mim, você lembra a primeira vez que você foi chamada para atender um paciente que não falava português.

Entrevistada: A primeira vez foi um paciente foi um paciente da Alemanha. Ele tinha voltado para o Brasil com a namorada que era brasileira, e ele tinha um cartão dos SUS, foi no dia 28 de abril de 2007

Entrevistadora: Nossa! Você lembra até a data!

Entrevistada: Eu lembro. E Ele tinha um cartão do SUS, deu entrada pelo pronto-socorro, estava com problema na perna, e ninguém conseguia entender nem o inglês dele, nem o alemão, nem nada. E ele achava que poderia ser atendido lá, só que o pronto-socorro não atendia pelo SUS. Então ficou aquela confusão, né? “Não entende”, “Para onde manda?” E ele sentindo dor, “O que fazer?”

Entrevistadora: E você trabalhava no hospital em uma área técnica?

Entrevistada: Isso. Eu trabalhava no departamento de informática do hospital, mas eu conhecia o coordenador do pronto-socorro, coordenador de atendimento e ele, por mais que ele falasse inglês ele não conseguiu se comunicar com o paciente aí ele teve a ideia de me chamar no departamento de informática.

Entrevistadora: Legal. E me diga uma coisa, como que você, quando você estava lá que você começou esse trabalho, você já falava inglês?

Entrevistada: Já. Falava, eu estudei 7 anos antes, né, tinha estudado 7 anos e sempre coloquei no meu currículo a questão do inglês, mas quando eu entrei no hospital, antigamente a política da xxx, eles não necessitavam de pessoas que falassem outros idiomas, né. Então quando eu entrei no departamento de TI, foi algo que foi falado é que eu nunca usaria o inglês, no departamento de informática.

Entrevistadora: Como foi para você essa primeira experiência assim, em atender um paciente? Como é que foi isso?

Entrevistada: Inicialmente foi há... Eu fiquei bem preocupada porque ele sentia muita dor na perna e ele não conseguia se locomover, e o sotaque dele era muito carregado, né, o inglês era muito carregado, mas à medida que eu falei: “Olha, não atendemos aqui, mas fica calmo que eu vou te levar para algum lugar.” Ele se tranquilizou e eu me tranquilizei, porque eu tive o respaldo de que eu teria as informações, né, para onde levar ele. Então eu consegui as informações e eu o acompanhei ao hospital do servidor público que atendia SUS, e fiquei esperando até ele passar em consulta, até que conseguimos um médico japonês que falava alemão.

Entrevistadora: Ah! Então você fez o acompanhamento.

Entrevistada: Fiz o acompanhamento também.

Entrevistadora: Interessante isso.

Entrevistada: Mas eu tive que traduzir tanto no hospital que eu trabalhava, quanto aqui no servidor, na recepção, passar os dados dele, informar por que ele não conseguia se comunicar e ninguém falava inglês na recepção.

Entrevistadora: Certo. E depois desse primeiro atendimento? Porque o primeiro é sempre um marco. Mas e depois você começou a atender pessoas? Isso ficou mais frequente?

Entrevistada: Depois, ocorreu mais dois pacientes na unidade central aqui, e na unidade da Penha que só atendia SUS e toda a parte de maternidade foi para lá, então tinha bastante caso, quase todo dia porque tinha muitas mães da Nigéria, né, que o estrangei, o... Hoje a gente sabe que o africano quando ele chega no Brasil a primeira coisa que ele faz é engravidar que para ele ter o visto, né? Não só o africano, mas também os latinos americanos. Então como a parte de maternidade foi toda para a unidade em que eu estava, eu era sempre chamada para explicar “Olha, o pai não pode ficar”, “Tanto tempo de visita.” Explicar as normas de funcionamento do hospital para aqueles pacientes.

Entrevistadora: Mas aí você foi trabalhar então, na unidade da Penha?

Entrevistada: Eu fui como supervisora de informática. Mas como meu currículo sempre foi muito divulgado de que eu tinha o inglês, que eu tinha o francês, sempre que precisava o pessoal me chamava.

Entrevistadora: E como que você sentiu o fluxo disso? Era um fluxo grande, aumentou, continuou estável?

Entrevistada: Até 2010 foi algo muito esporádico. Depois de 2010 teve um “boom” e a gente viu que a imigração aumentou bastante, né? Até, principalmente na unidade da Penha que é, algo que atendia especificamente a maternidade então, teve um fluxo muito, muito grande, muito gigantesco. E dois anos depois, em 2014, o hospital começou a investir, procurar pessoas que, fazer um levantamento de outras pessoas que falavam outros idiomas, para poder ter isso no banco de dados deles, né?

Entrevistadora: E quando chegava alguém que falava outro idioma, como que funcionava esse bando de dados? Como que ele era acessado? Você sabe, não?

Entrevistadora: O RH, ele fez um levantamento via ficha, via prontuário do funcionário, de todos os funcionários que falavam outros idiomas, ou que tinha algum conhecimento de algum idioma e, a partir daí dependendo do paciente que chegasse ou eles transferiam aquele funcionário para a área que precisava mais, ou eles chamavam para fazer a tradução.

Entrevistadora: Tá. E você chegou a fazer interpretação de consulta médica para o médico, ou não?

Entrevistada: Não, consulta médica, não. O que eu cheguei a fazer foi mais aquele atendimento na recepção, que até então não se investia em atendimento na parte de recepção mesmo. E o que eu fiz foi conversar como os méd... nesse caso específico desse rapaz que é alemão, eu conversei com os médicos porque ele não seria atendido no hospital que eu trabalhava, tinha que levar ele para outro hospital e tinha que entender a fratura dele, então nesse caso eu acompanhei um pouco da consulta, tanto onde eu trabalhava, quanto no hospital do servidor.

Entrevistadora: Tá. E as mães, quando chegavam sem falar o idioma, como que era feito isso? Porque é parto, era parto, certo? Os médicos falavam? Elas eram atendidas só na recepção e depois ficava s... Como que era isso?

Entrevistada: Basicamente aí uma é... linguagem de sinais, né, que se usava, mas nada mais além disso é. Alguns médicos tinham o inglês, eles tentavam falar, mas...por exemplo, mães que falavam Lingala, que falava swahili. Teve o caso muito específico de uma mãe que era da África do Sul e o pai era da Nigéria então, assim, ele falava inglês, mas ele queria ficar ano quarto com a mãe, e chegou o horário de visita que ele tinha que ir embora e ele se recusou a sair e ele dizia que ele não entendia, que ele não entendia, que não entendia.

Entrevistadora: Ele usou a barreira linguística a favor dele.

Entrevistada: Isso. E os médicos explicando, explicando e mesmo falando inglês ele dizia que ele não entendia. Aí, foi quando me chamaram e eu falei com a mãe. Eu falei assim: “Olha, eu sei que na Nigéria vocês falam inglês, eu sei que na África do Sul vocês falam inglês então, está aqui escrito. Você tem que assinar e falar com seu marido.” Aí foi quando eu impus essa questão que a gente conseguiu resolver especificamente essa questão. Mas, médico que não falasse qualquer outro idioma, se fosse um espanhol, se fosse um inglês que é em maior fluxo, era uma linguagem de sinais basicamente.

Entrevistadora: Entendi. Mímica mesmo.

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: Como que você vê a cultura disso? Como que você via quando o paciente, você chegava lá falando inglês, como que... mudava alguma coisa para o paciente?

Entrevistada: Alguns se assustavam, porque a gente sabe que a grande maioria não está legalmente no país. Alguns ficavam assustados do que pudesse acontecer. Outros colavam na gente mesmo, de “aí me ajuda” “quero ver meu filho”, “como é que vai ser” “para onde que eu vou” então, havia casos e casos, né.

Entrevistadora: Entendi. E como que você via o papel da cultura nisso, porque você acompanhou esses pacientes então, culturalmente você viu alguma diferença entra cultura brasileira e a deles?

Entrevistada: Assim, a diferença é muito grande, existe uma diferença, lógico, muito grande na questão cultural, mas existe muito preconceito da nossa parte de, “ah eles estão aqui só para emprego, são ilegais” e nem sempre são, as vezes... houve casos de pacientes muito influentes que era do continente africano, que vieram fazer cirurgias e pagaram em dólar pela cirurgia e os funcionários falavam: “Eles estão aqui, eles têm obrigação de falar, eles vieram para cá porque quiseram.” E na realidade ele veio para cá porque ele veio procurar um tratamento melhor.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Não necessariamente eram... todos eram refugiados. Então existe isso da nossa parte. Eu percebi muito que assim, a gente não estuda inglês. A gente passa anos e anos e anos na escola ensinando o verbo “*to be*” e ninguém, ninguém fala, ninguém tem coragem de se arriscar e falar alguma coisa e quando chega alguém falando “olha, não sei”, pronto chama alguém. Ninguém tenta ajudar nesse sentido então, eu percebi muito essa questão da... de você não tentar ajudar. “Não está falando o meu idioma, pronto” “Esquece, ele que se vire, não é problema meu”, “Problema do RH, o RH que tem que contratar alguém para traduzir”. E na realidade é algo que deveria ser básico de todo mundo, né, já que a gente passa o fundamental inteiro estudando inglês.

Entrevistadora: E me diz uma coisa, como é que você fazia? Você usava alguma estratégia? Como quando, por exemplo, você ia interpretar e você não sabia alguma palavra ou o médico, ou mesmo o paciente falava alguma coisa que você não sabia, o quê que você usava como estratégia?

Entrevistada: Eu sempre falava, tanto para o paciente, quanto para o médico que eu não tinha o inglês técnico, meu inglês não é técnico, é o inglês que você fala no dia a dia, o meu inglês não é o inglês da informática, não é o inglês da medicina. Então tinha que, eu falava para o paciente me explicar da melhor maneira possível que eu possa entender o que você está sentindo para eu poder explicar para o médico, porque eu não tenho o inglês técnico. Isso não faz parte do meu escopo de atividade. Eu ainda falava, “eu estou aqui tentando te ajudar”, nesse caso desse paciente alemão que até a gente entender que ele teve uma fratura alguns anos atrás...

Entrevistadora: Ah! Porque já tinha um histórico.

Entrevistada: Para gente tentar chega nesse ponto e ele com aquela dor então, foi difícil. Então a partir do momento que eu tive essa experiência com ele, as outras experiências eu já chegava assim e falava: “Olha, meu inglês não é técnico, não é da área de medicina, me explica da maneira usual do seu dia a dia o que você está sentindo.

Entrevistadora: Então você já fazia o alerta antes.

Entrevistada: Isso.

Entrevistadora: A partir dessa primeira experiência que foi mais difícil.

Entrevistada: Eu tinha... eu tenho inglês avançado intermediário? Tenho, mas termo técnico médico, isso aí, não adianta me dizer porque eu não vou saber interpretar. Não é minha área, então eu fazia sempre questão de dizer isso, e eu sempre perguntava, “Mas está doendo?” “Onde que é?” “Mostra, aponta para mim.” Então, para poder facilitar e mostrar para o médico a comunicação. E a vivência, eu tenho 12 anos no hospital, né, você termina conhecendo algumas coisas, vai facilitando, então isso aí com o tempo foi facilitando.

Entrevistadora: Legal, muito bom! Deixa eu te perguntar uma coisa. De tudo que nós falamos, tem alguma coisa que eu não te perguntei que você acha que é importante falar...?

Entrevistada: Eu, é... Eu acho que assim, o que vocês falam muito no curso, as empresas hoje o mundo está muito globalizado, as empresas elas não investem nesse tipo de profissional, existe o preconceito tanto deles quanto da nossa parte de que não, a barreira, né, do idioma e as empresas simplesmente não investem. Você vai contratar um profissional de TI, informática, em informática tudo é em inglês, as mensagens de erro de informática são em inglês. Você escutar de um gerente de informática que você nunca vai estudar... vai usar o inglês para nada é um absurdo. Então assim, você tem que ter, você tem que ter o básico, você tem que saber, até no dia a dia por uma questão de você está na rua e a pessoa precisar de ajuda, você precisa saber disso. As empresas precisam investir. Desde que eu entrei no curso de interpretação, realmente eu vi a necessidade. Nenhum hospital tem um

departamento de interpretação. Nenhum. Os departamentos dentro dos hospitais eles não tem aquele ponto-chave, “olha, aquela fulana ali fala o francês, fala o inglês” e os termos técnicos. A gente não tem muitos cursos no Brasil de inglês técnico. O que é uma falha muito grande. Se você procurar um curso de inglês técnico para enfermagem, para informática vai ser muito difícil achar.

Entrevistadora: É verdade, específico, né? Você disse.

Entrevistada: Vai ser muito difícil, vai ser muito difícil. Eu sei disso porque eu procurei.

Entrevistadora: Ah, ok.

Entrevistada: Eu procurei e não achei. Então, precisa de um investimento nessa área, precisa mesmo, o mundo está muito globalizado. Assim, o Brasil ele está sendo muito reconhecido na área médica, como um país que tem as últimas tecnologias. A área da plástica no Brasil é algo fantástico. Fantástico. Cirurgias de crânio no Brasil, da plástica são...o Brasil é referência. E como que a gente não tem profissionais para fazer a tradução?

Entrevistadora: Realmente. É muito complicado, né?... xxx eu gostaria de agradecer a sua entrevista, foi ótimo, você me trouxe alguns dados muito importantes, principalmente porque você está em uma área técnica dentro do hospital, isso é interessante, é outra visão, diferente do pessoal que está na área da saúde mesmo, provedor de saúde...

Entrevistada: Assistencial, né?

Entrevistadora: ... E assistencial, então gostaria de te agradecer e aí eu vou te pedir que se você lembrar de alguém que já interpretou, que você sabe que já tendeu paciente em outro idioma e você puder indicar para eu continuar a pesquisa, eu te agradeço. Se você tiver será bem-vindo, se não tiver não tem problema nenhum.

ENTREVISTA 9

Entrevistadora: Entrevista gravada com xxx, no dia 14 de setembro de 2017, às 16:30. xxx, então, a sua entrevista é para o projeto, né, que se chama Discursos. Interpretação e Discursos na área médica e aí, a primeira coisa que eu queria saber assim... como que você... você lembra quando foi a primeira vez que você interpretou na área médica. Quando foi que isso aconteceu?

Entrevistada: Lembro. A primeira vez foi pelo telefone porque (...), não no Hospital xxx, eu trabalhava anteriormente no laboratório, no ambulatório e o xxx também não tem uma área bilíngue e eles ligam até mais do que no xxx. Como eu trabalhava no Call Center, eles ligavam bastante e aí era uma... eu não lembro a nacionalidade dela, mas ela era coreana, não era japonesa, era asiática, falava assim bem estranho o inglês.

Entrevistadora: Certo.

Entrevistada: É eu consegui passar um preparo de colonoscopia.

Entrevistadora: Que é difícil.

Entrevistada: Foi muito difícil. Mas, ela conseguiu entender por que ela entendia um pouquinho de português mas não falava. E aí, fui falando. Eu vou ler então a... o preparo da forma que eu entendia e eu fui falando pra ela. *You can drink the milk, you can drink water* da forma que eu conseguia falar, conseguia passar, mas ela entendeu.

Entrevistadora: Tá. Você diz assim da forma que eu conseguia falar, quanto você falava de inglês nesse momento? Você já era proficiente no idioma? Como era isso?

Entrevistada: É... na verdade, eu não tenho fluência assim. Não sou fluente. Há oito anos atrás, eu dei aula, mas eu dava aula para básico, intermediário e tem oito anos que eu não falo. Quando eu entrei no xxx, eu tinha acabado de sair da.. da escola onde eu dava aula, então, eu ainda falava um pouquinho mas é que no telefone e com a pessoa que ainda fala um inglês mais difícil de entender. No telefone já é difícil e com uma pessoa que não é nativa da língua, eu fiquei muito nervosa, então, eu fui falando assim bem... bem... do jeito que eu conseguia mas deu para entender. Não foi assim perfeito, perfeito mas ela conseguiu entender. Aí ficou feliz, me agradeceu foi bem legal.

Entrevistadora: E essa sua experiência foi no laboratório? Onde você trabalhava no laboratório.

Entrevistada: Foi.

Entrevistadora: E no hospital em si?

Entrevistada: No hospital, eu também já passei pelo telefone mas, informação. Preparo a gente quase não passa. Mas, informação de horário de médico, para que... é... eu faço agendamento de consulta, eu trabalho no centro médico, então, eu não trabalho direto com o pronto-socorro ou com exames. Então, a gente passa informações simples mesmo, data e horário da consulta, preparo não tempo porque é só consulta, então, é bem mais tranquilo.

Entrevistadora: Agora, me diz uma coisa, você já chegou quando entendesse o paciente ter alguma dificuldade de terminologia, de não conseguir explicar...

Entrevistada: Muito. Muito. Muito. Terminologia, principalmente em preparo de exame, né. A gente fala tempo de jejum, não lembro como fala jejum então, eu falava você não pode tomar água... *you can't drink milk, you can't eat...* falando dessa forma para eles entenderem.

Entrevistadora: Entendi. Quer dizer, você mais explicava.

Entrevistada: É.

Entrevistadora: Do que falava os termos técnicos.

Entrevistada: Os termos técnicos não conheço e é difícil.

Entrevistadora: Tá. E, porque aí vocês trabalhavam com uma série de exames, né.

Entrevistada: É. Um pouco mais difícil. Bem mais. Algumas vezes, os pacientes que eram mais acessíveis a gente conseguia mandar por e-mail. Aí, a gente pedia para o médico traduzir e encaminhava por e-mail.

Entrevistadora: Ah tá. Me conta mais sobre essa coisa do médico traduzir. Conta pra mim isso, como isso acontecia?

Entrevistada: Lá a gente tinha uma equipe de médicos só para fazer atendimento de dúvidas. Às vezes a gente tinha uma dúvida em relação ao preparo, em relação algum procedimento, a algum exame porque eles têm muito exame genético, tem muito exame de imagem que é complicado, né... a gente pedia ajuda para eles. Então, nesse caso, a gente falava para eles - olha, a gente precisa passar um e-mail de um preparo de uma ultrassom, de um exame de sangue, e aí eles faziam a tradução, a versão, né...

Entrevistadora: Uhum.

Entrevistada: E a gente encaminha por e-mail.

Entrevistadora: E como era isso com o médico, como que era essa conversa, ela era tranquila, eles às vezes ficavam assim um pouco...

Entrevistada: Com o médico era tranquilo porque já era rotina deles. Lá eles já tinham como rotina. Por eles não ter um atendimento bilíngue então, eles meio que terceirizavam essa parte pro médico.

Entrevistadora: Tá. O médico acaba tendo que fazer. Isso era uma coisa assim mais ou menos natural.

Entrevistada: É. É. Isso acontece no xxx também porque a gente tem a hospitalidade, a gente tem acho que são duas pessoas que, hoje, que falam inglês mas, eles não são tão acessíveis na hora para você conseguir chamar, trazer ou ligar para essa pessoa na hora.

Entrevistadora: Tá. Quem são essas pessoas? São funcionários?

Entrevistada: São da hospitalidade. São funcionários da hospitalidade que recebem os pacientes lá só que muitas vezes a gente não consegue, você tá no telefone não consegue acesso a eles, diretamente, né. Então, os médicos, a maioria, deles são bem tranquilos para atender paciente... tem um médico que só fala coreano, tem médico que fala francês... então eles são bem...

Entrevistadora: E vocês têm essa informação, então?

Entrevistada: Tem. A gente tem uma planilha com o nome dos médicos e a língua que ele fala e aí a gente consegue pedir ajuda para eles também.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Encaminhar para eles.

Entrevistadora: Tá. E o paciente quando ele liga e ele não fala português, ele não fala o idioma, isso é direcionado para quem fala? Um chama o outro? Como é que é feito, isso?

Entrevistada: É complicado. O setor que eu trabalho, a minha função não é bilíngue, eu atendo porque cai, apareceu, a você fala, então fala com ele. E aí, eu falo com ele e direciono.

Entrevistadora: Então, os seus próprios colegas que te chamam?

Entrevistada: Que me chamam. Porque conseguir o contato com a hospitalidade é difícil, a gente procura no ramal, o hospital é muito grande não tem como a gente caçar a pessoa no hospital. E eles fazem (inint) , eles acompanham, fazem serviço de concierge, então, às vezes, eles estão fora e aí é mais difícil. Então, a gente procura entre os colegas. Ah, xxx tem uma aqui que eu não estou entendendo nada o que ele tá falando. Me ajuda. Aí, eu vou lá e atendo.

Entrevistadora: E que em que línguas, você atende?

Entrevistada: Só inglês.

Entrevistadora: Mas tem outras línguas? Aparecem outras línguas?

Entrevistada: Aparecem. Lá a gente tem bastante coreano, mas a maioria deles falam português assim, bem difícil, mas fala aí dá para a gente se entender com eles.

Entrevistadora: E, acontece assim o caso de outra pessoa ligar para marcar consulta pro paciente?

Entrevistada: Acontece muito. Tem bastante. A gente atende um convênio que chama Fundação Britânica e são só [] convênio internacional, mas esse convênio é legal porque eles têm os atendentes deles bilíngue então, são eles que ligam para agendar consulta e exames para os pacientes da Fundação Britânica. Então, eles fazem essa mediação porque a maioria deles não falam mesmo.

Entrevistadora: Ah então o atendente do convênio que é bilíngue?

Entrevistada: Do convênio que é bilíngue. Isso. Que liga pra gente e faz essa essa ponte.

Entrevistadora: E quando esse paciente chega no hospital, como que acontece isso... porque assim, até ele chegar lá alguém ligou...

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: E como é que ele chega no hospital? Como que é esse procedimento?

Entrevistada: Ele é atendido primeiro pela hospitalidade que tenta entender o que ele quer, porque se não for um bilíngue que tiver naquele momento, alguém pelo menos que fale o básico assim para entender que ele quer uma consulta e leva ele para fazer a ficha. Se lá no momento da ficha, não tiver ninguém que fale, se tiver alguma dificuldade, eles chamam o médico que a maioria dos médicos falam. Aí eles... é uma situação complicada porque às vezes o médico tá em atendimento, né, e aí eu tenho que esperar a pessoa bilíngue ou o médico terminar para dar uma ajuda.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Tem meninas da recepção que usam o aplicativo.

Entrevistadora: Como é que é essa história do aplicativo? Conta pra mim.

Entrevistada: Uma vez, na época da Copa, a gente teve bastante... a Copa no Brasil, né... tinha muito. E aí, a gente baixou um aplicativo, aqueles aplicativos que a pessoa fala, traduz, você fala e aí ajudava bastante no caso do aplicativo para ser mais dinâmico, né, não ficar... deixar a pessoa esperando até a hora de aparecer um bilíngue para a pessoa falar com ele. Tem que usar o aplicativo.

Entrevistadora: E como vocês usavam esse aplicativo?

Entrevistada: Uma vez, teve um paciente e foi muito engraçado, ele era sueco aí ele ligou, eu atendi, agendei uma consulta. Ele chegou lá para fazer a consulta, mas só tinha... as meninas não estavam lá, elas foram atender e ele não falava nada, nada... e elas também nada, nada. E ficou aquela dificuldade. Eu não entendendo e ele também não entende. Peraí, pegou o aplicativo colocou. Fala. Fala aqui no telefone. Aí ele falava o que ele queria, ela traduzia, né, no aplicativo, entendia, falava em português e passava para ele em inglês. Aí conseguiu. Ele conseguiu passar no médico, inclusive, fez os exames.

Entrevistadora: Mas tudo pelo aplicativo?

Entrevistada: Pelo aplicativo.

Entrevistadora: Sem ninguém para atender de fato?

Entrevistada: Não. A gente fez pelo aplicativo.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: Ajudou bastante. Eles não se importam... eu acho engraçado assim... pelo menos, os que vão lá e eu atendia no xxx, eles são bem assim... eles aceitam. Não fica... não ficam bravos ou exigem a presença de alguém que fale, acho que porque não tem, a gente não divulga esse serviço. A gente não tem esse serviço, eles entendem que eles têm de se virar e a gente tem de se virar para atender eles também, né.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistada: É complicado.

Entrevistadora: Agora, me conta uma coisa, você já passou por uma situação de problema assim cultural? Que o problema é cultural e teve dificuldade para marcação ou quando o paciente chegou teve alguma dificuldade por questões culturais?

Entrevistada: Culturais com a língua não. A gente não teve. A gente teve um problema no laboratório no xxx, os pacientes eram muçulmanos, acho que eles eram muçulmanos, eles estavam numa situação complicada. Eles estavam presos, eu não sei direito se eles estavam presos ou se foram deportados, mas estavam numa situação que envolvia a Polícia Federal e aí, eles precisavam fazer um exame específico era nas crianças. Eles tinham crianças e precisavam fazer um exame. Qual que era o exame mesmo? Era uma ultrassonografia que tinha que tomar uma gordura, aí não vou lembrar o nome... chama ultrassonografia de [] agora não lembro o nome da gordura que eles têm de tomar, mas é de origem animal. E aí deu confusão porque a mãe não queria que eles tomassem por conta da cultura, tinha um problema lá e eles acabaram não fazendo.

Entrevistadora: Não fez o exame?

Entrevistada: Não fez.

Entrevistadora: Mesmo com a intervenção?

Entrevistada: É.

Entrevistadora: E teve intervenção de alguém explicando em inglês?

Entrevistada: Sim. Mas ela não aceitou. Não aceitou porque fugia da cultura deles lá.

Entrevistadora: E como que isso foi resolvido? Não foi?

Entrevistada: Não foi. Na verdade, não foi. Eles não fizeram, na verdade, fizeram ultrassonografia simples resolveram por lá mesmo porque eles não podiam exigir, se ela falou que não quer por conta da religião deles, eles não podiam exigir.

Entrevistadora: E você que está acostumada a trabalhar nessa área como que vê isso? Essa questão do intérprete, você acha que seria necessário? É essencial, como que é isso?

Entrevistada: Ah é essencial. Eles... é muito difícil eles colocarem uma pessoa direto porque a demanda é pouca, quando tem gera um problema e a gente tenta se virar ali com o que a gente tem. Mas, como a demanda não é grande, pelo menos, nesses dois locais que eu trabalhei, eles não têm uma área só bilíngue, eles não investem muito nisso, né. Mas, seria interessante se pelo menos cada unidade tivesse pelo menos uma pessoa que falasse inglês ou que falasse espanhol... às vezes até em espanhol fica difícil, né. Eles falam umportunhol que a gente fica... você fala devagar, por favor, aí ele fala bem devagarzinho pra gente poder entender.

Entrevistadora: Por que as pessoas acham que é a mesma língua...

Entrevistada: É. E sai falando. Senhor volta e fala devagar para eu tentar te entender. Esses são mais bravos, eles não gostam muito não, eles acham que a gente entende, né.

Entrevistadora: E é difícil, né, porque você está numa situação difícil ali.

Entrevistada: Muito.

Entrevistadora: E como que você acha que as pessoas porque você me contou assim que quando aparece uma ligação que ninguém já te chamam, como que isso foi acontecendo?

Entrevistada: Na verdade, quando eu entrei já na entrevista mesmo, eu já falei que eu falava, né, eu tinha a experiência de falar inglês, atendi um ou dois e aí todo mundo já fica sabendo, né... (ininteligível). Ai, xxx atende aqui para mim.

Entrevistadora: Entendi. Então, é mais por conta do conhecimento dos colegas mesmo, né.

Entrevistada: É. Não é a minha responsabilidade se tem dia que eu tiver muito ocupada ou se não tiver a fim de atender porque às vezes abusam aí eu falo não e transfere para a hospitalidade, não é minha função.

Entrevistadora: Entendi. Isso te incomoda em algum momento?

Entrevistada: Normalmente não porque é uma forma que eu posso praticar e falar com pessoas diferentes. Ainda mais quando eu estava fazendo curso até para fazer a interpretação me ajudava bastante. Normalmente não, eu gosto de atender, mas é que tem dias... hoje, eu não quero. Porque não é função, né, e o meu medo é assim pegar uma situação delicada e não conseguir resolver e depois o problema cair pra cima de mim. Eu já avisei e falei olha eu atendo por boa vontade. Não é minha função atender, então se de repente acontecer algum problema, não quero que seja a minha responsabilidade, mas acaba sendo, né.

Entrevistadora: E você sente assim que você não tem respaldo nesse sentido?

Entrevistada: Ah não. Nenhum. Nesse sentido não. É muito assim meio que corre solto, né. Justamente porque não tem muita demanda, né. Esses que vem da Fundação Britânica mesmo já vem com o convênio dando apoio para eles. Eu acho que são a maioria que a gente atende que já em com o apoio do convênio, né

Entrevistadora: Você diz que a demanda não é tão grande assim, mas você consegue localizar? Assim, você recebe ligação pelo menos toda semana.

Entrevistada: Não. Não. Uma vez por mês. É pouco e a maioria das pessoas são... a maioria das ligações que eu atendo assim eles são meio perdidos. Caem ali perdidos. Uma vez eu atendi um rapaz que eu fiquei com dó dele, ele estava procurando a madrasta que tava internada em algum lugar em São Paulo, próximo da Paulista. Meu Deus do céu, mas qual o hospital? Ele fala: "*I don't know*". Eu não sei. Qual o nome da sua madrasta? Procurei nos internados, procurei no hospital inteiro a madrasta dele, ela não estava internada lá. E aí, depois que ele falou que era um hospital que me falaram que é próximo da Paulista. Não. Esse hospital não é próximo da Paulista, Então, não é esse hospital. O senhor tenta ligar em qualquer outro aí.

Entrevistadora: Deve ter passado por um rodízio de hospitais...

Entrevistada: Nossa. E ele desesperado procurando a madrasta dele. Difícil, né. Não falava português. Esse eu fiquei morrendo de dó dele.

Entrevistadora: Entendi. E quando por exemplo, o paciente asiático quando você vai fazer instrução para exame, vocês fazem alguma checagem para ver se ele entendeu ou simplesmente dá a instrução, como que é isso?

Entrevistada: A gente encaminha por e-mail. Porque se ele não entender alguém vai ler para ele, né. Eles têm... tem muito coreano na região do Bom Retiro e eles já são habituados e a gente já acostudou com eles. Tem um médico cardiologista que ele é coreano e os coreanos só [] com ele, Doutor (ininteligível) então, eles ligam e falam consulta Doutor tal. Nome. Aí eles falam. Data de nascimento, eles falam a data do jeito deles e a gente entende, aí a gente confirma o nome, normalmente é, são aqueles nomes bem difíceis. Sim, sim. Aí já vou direto para data, data tal, dia tal. Ok, Ok. Termina ali a ligação. Quer dizer, entendeu.

Entrevistadora: Não tem muita comunicação?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: É simplesmente aquela coisa, o mínimo para conseguir saber o dia da...

Entrevistada: Não. É. Eles só querem saber o dia e o horário. Tanto é que eles nem questionam que está muito distante. Não tem como questionar, coitados. Aí você fala dia quatro, cinco horas, eles não entendem uma coisa... o que eu achei engraçado é que eles não entendem 16 horas, 18 horas... você tem que falar o horário cinco da tarde, cinco tarde, cinco tarde? Ok.

Entrevistadora: E isso é uma questão cultural que você foi aprendendo com o tempo?

Entrevistada: É. Você fala 16? Ah quatro tarde. Quatro tarde. É. Ok.

Entrevistadora: Isso é interessante. Tem mais alguma coisa que eu não te perguntei que você acha que é interessante que já aconteceu com você e você gostaria de falar sobre?

Entrevistada: Agora não lembro. Mas, se eu lembrar depois eu te mando.

Entrevistadora: Isso. Depois você vai ter como editar o seu texto, então se você lembrar você pode incluir o que você quiser. xxx, desde já eu queria te agradecer pela entrevista, foi muito acho que você trouxe pro meu corpus uma nova visão assim... porque é uma visão de alguém que trabalhou em duas instituições distintos tanto laboratório quanto hospital. Por enquanto, eu tinha mais pessoas de hospital, então eu acho que essa visão é interessante, esse contraponto e aí eu queria te pedir se você lembrar de alguém, conhecer alguém que também já fez esse trabalho que já interpretou, que já esteve com paciente falando em outro idioma independentemente do idioma, se você puder depois me mandar o contato, eu te agradeço de qualquer forma como a pesquisa vai sendo desenvolvida.

Entrevistada: Você faz de libras também? Libras a gente tem também

Entrevistadora: Então, de libras, não está no escopo da tese porque eu estou trabalhando com línguas oralizadas. Aí então qualquer idioma, mas, libra não porque aí libras entra num outro conceito que aí vai entrar com cultura surda que é algo de fato eu não domino.

Entrevistada: Libras é interessante. Libras a gente tem um intérprete de libras, é muito legal ver ele fazendo, interpretando. O hospital tem a parte da inclusão, né, então tem bastante surdo funcionário mesmo e aí tem um funcionário para ajudar os funcionários surdos a transitar pelo hospital.

Entrevistadora: Interessante isso. Mas, no escopo da tese eu não escolhi libras porque uma eu tenho pouco conhecimento porque aí não é língua oralizada então, entraria com outra metodologia, outra fundamentação teórica, então, eu não tenho espaço para tudo isso. Mas, se você depois lembrar de alguém que já atendeu mesmo que poucas vezes, em outro idioma e poder me indicar, eu te agradeço. Tá bom?

Entrevistada: Tá bom

Entrevistadora: Tá bom. Obrigada.

ENTREVISTA 10

Entrevistadora: Entrevista gravada com xxx para o projeto Interpretação Médica em Discurso da Prática em Cenários Médicos para a Formação de Intérpretes. xxx, primeiro eu queria te agradecer por conceder a entrevista. A primeira coisa que eu queria saber é assim: como que você atendeu? Qual foi a primeira vez que você atendeu um paciente que não falava o idioma português?

Entrevistado: Foi justamente na questão de agendamento de exames, lá da instituição. Então funcionava que a gente tinha contato com os consulados de diversos países. Aconteceu do Consulado Britânico entrar em contato e colocar a gente direto em contato com a paciente. Então lá na operação não tinha ninguém que falava o idioma. Então, eles já me procuraram, já passaram direto pra mim. Então ela tinha uma sequência de exames pra marcar, entre ressonância, tomografia, exames de sangue. E eu que intermediei esse contato, pra ela conseguir fazer a marcação.

Entrevistadora: Era uma paciente, então, era uma mulher?

Entrevistado: Era uma paciente. Mulher.

Entrevistadora: Tá. Você lembra de qual que era a nacionalidade?

Entrevistado: Era britânica.

Entrevistadora: Ah, era britânica. Tá. E nesse momento que você atendeu, né? A primeira vez que você conversou com essa paciente, qual que era o seu nível de inglês, o que você conhecia de inglês? Você tinha estudado? Como que era isso?

Entrevistado: É. Na verdade eu já estava fazendo a faculdade de Tradutor e Intérprete, né? Eu já trabalhava nas oficinas. Então eu já tinha um nível que eu conseguia realmente atender. A minha dificuldade era só na terminologia. Porque eu conhecia... Por exemplo: ressonância. Eu não conhecia o termo pra ressonância. Então quando ela falou eu tive que pesquisar. Então a minha dificuldade era na terminologia dos exames. À parte, questão médica mesmo.

Entrevistadora: E você falou que você teve que pesquisar. Como que você fez essa pesquisa?

Entrevistado: Eu pedi um momento pra ela. Na realidade, o que eu fiz? Enquanto eu já estava na linha, eu pedi pra ela me encaminhar os pedidos médicos por e-mail. Então quando os pedidos chegaram pra mim, eu pedi um momento pra ela e fui pesquisando os termos pra identificar. E depois que eu identifiquei, aí eu repeti pra ela: então os exames que você tem pra fazer são esses, esses e esses? E ela foi me confirmando. Aí foi quando eu pedi um momento de novo e fui abrir a agenda do sistema pra conseguir localizar pra marcação.

Entrevistadora: E como que era isso? Você trabalhava numa Central, que era uma Central de Atendimento Bilíngue ou não?

Entrevistado: Não é uma Central de Atendimento Bilíngue. É pro agendamento de exames mesmo da instituição. E eles contrataram duas pessoas pra cuidar dos pacientes estrangeiros, que no caso era eu e uma outra funcionária. E quando caía o paciente estrangeiro, chamava. Mas na realidade eu ficava no atendimento de paciente nacional, como todo mundo. Quando caía um estrangeiro... Mas eles não têm uma célula específica pra lidar com bilíngue. Não. É uma célula geral, que têm duas pessoas ali que falam o idioma. Ou arranham no idioma. Essa é a... Ainda tem um plus por conta da faculdade de Tradutor e Intérprete. A minha colega de trabalho, ela simplesmente passou dois meses em Vancouver e foi contratada pra atender paciente internacional.

Entrevistadora: Entendi. Mas de qualquer forma, esse... Esse serviço, ele prestava serviço pro consulado, pra alguns consulados?

Entrevistado: É. Por que o que acontece? Na instituição, eles têm o Centro de Atendimento ao Paciente Estrangeiro, lá no Morumbi. Então a nossa Central ficava na Faria Lima. Então os consulados entravam em contato com o Morumbi e o Morumbi direcionava pra gente. Então não vinha direto pro nosso setor. Eles entravam em contato por conta do... Do convênio que o paciente já tinha, já habilitava atendimento lá no... Já habilitava atendimento na instituição e na concorrente, nos dois. Então, eles procuravam os dois hospitais que tinha a agenda mais curta. Porque geralmente o paciente, ele estava aqui em viagem, ainda mais consulado. Tá

aqui pra viagem de negócios... Então ele vai passar uma semana aqui. Então o atendimento tem que ser pra ontem. Então era assim: eles entravam pelo setor de atendimento, onde tem os concierges lá no Morumbi. E os concierges entravam em contato com a gente. Porque eles não tinham acesso à agenda. Então eles falam inglês, eles falam espanhol, mas como eles não têm acesso à agenda, eles ligavam no agendamento pra que a gente fizesse.

Entrevistadora: E quando aparecia outro idioma, que não era inglês?

Entrevistado: Quando aparecia um idioma, que não era inglês, a Central de Atendimento não atendia. Porque não tem quem fale o idioma. Aí mandava pro Centro de Atendimento ao Paciente Estrangeiro, lá no Morumbi. Aí eles esquematizavam. Eles têm os concierges que falam espanhol, os concierges que falam inglês, por exemplo. Mas geralmente, eu já atendi nacionalidades... Já atendi japoneses, já atendi indianos, já atendi alemães, franceses e eles... Eles já sabem falar inglês, né? Na maioria das vezes, eles sabem.

Entrevistadora: Aí eles usavam o idioma inglês pra se comunicar com você?

Entrevistado: Eles usavam o idioma inglês mesmo.

Entrevistadora: E você sentia alguma dificuldade desses pacientes quando utilizavam o idioma inglês? Ou a comunicação acontecia tranquilamente?

Entrevistado: Sentia muita dificuldade. Porque é muito diferente você ter um contato telefônico e você ter o contato cara a cara. Porque tem a questão do lábio, tem a questão de você ler o que a pessoa tá falando. Não é só escutar. E o fato de você só escutar, tem a interferência da ligação. Esse tipo de coisa dificulta muito. Porque às vezes, o paciente ligava de um celular, passava num túnel. E muitas vezes como a instituição é cinco estrelas, vamos dizer assim, eles não têm paciência de passar a informação de novo. Então eles querem tudo pra ontem. Eles querem atendimento de excelência. Então já tem um paciente VIP nacional. Quando é internacional, são mais exigentes do que os VIPs nacionais, por exemplo.

Entrevistadora: E tem que dar conta desse atendimento?

Entrevistado: E tem que dar conta desse atendimento. Então, como eu lidava com essa dificuldade da parte telefônica, eu geralmente pedia pra ele me soletrar o e-mail, que era já pra não ter erro na hora de captar o e-mail do paciente. E perguntava se a comunicação poderia ser por e-mail. Aí se ele me autorizasse que a comunicação fosse por e-mail, aí eu já mandava um e-mail pra ele. Ele já visualizava na hora e já me respondia com o pedido. Quando ele me respondia com o pedido, eu falava que eu ia analisar o pedido médico, verificar a agenda e retornava.

Entrevistadora: Esse era um jeito também, era um artifício de vocês pra se livrar um pouco da terminologia?

Entrevistado: Pra se livrar um pouco da terminologia. E dificuldade na comunicação por conta de telefone. Porque às vezes o inglês não estava bom.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Não estava audível ali, naquele momento. Então eu já utilizava disso pra... E também o paciente ganhava tempo, na realidade. Então ele não ficava estressado, porque: ah, ele vai resolver.

Entrevistadora: E a maior parte dos pacientes autorizava esse atendimento por e-mail ou não?

Entrevistado: Sim, 80%. Têm uns que eles ligavam pra resolver naquela hora. Então você tinha que resolver naquela hora.

Entrevistadora: Aí era mais difícil. Tinha que brigar com a terminologia.

Entrevistado: Tinha que brigar com a terminologia. Eu pedia pra soletrar. Pedia... Eu utilizava de todas as artimanhas possíveis. Aí depois que ele soletrava, quando eu pesquisava e perguntava: é tal coisa? Aí: sim, é tal coisa.

Entrevistadora: Tá. E essa sua pesquisa era sempre por qual meio? Como que era essa pesquisa, quando ele soletrava pra você?

Entrevistado: Na verdade tem o dicionário médico, que é o *Medicine Dot NET*, que ele já tem todas as abreviações, todas as terminologias. Então eu geralmente, já ia direto nele. Eu poupava pesquisa no Google. Porque pra mim o Google, ele não ia trazer, né, não ia ter essa precisão. Então eu já entrava lá, onde já tinha as abreviações, já tinha tudo e já ia por lá. Se eu encontrava, aí eu abria a abreviação, lia pra ele e ele me confirmava se era aquilo ou não.

Entrevistadora: Tá. Agora me fala uma coisa: você trabalhava então no hospital, de forma assim, pro hospital, a partir de uma Central Telefônica.

Entrevistado: Isso.

Entrevistadora: O que complica muito o atendimento. Porque você não tá na frente da pessoa. Você não tá vendo o que tá acontecendo. Mas por outro lado, como que vocês faziam com o agendamento? Fazia o agendamento do exame. Mas como que vocês faziam pra orientação pro paciente?

Entrevistado: Pra orientação. Exatamente. Quando a gente agendava um exame, eu confirmava o e-mail dele de novo. E depois eu já entrava na preparação da tradução dos preparos.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Então eu já pegava aquele exame. A gente já... Eu fiz a tradução dos exames que são mais específicos, por exemplo: ressonância, tomografia. Que geralmente os preparos são os mesmos, só muda a área do corpo. Mas geralmente são os mesmos preparos. E eu já tinha um esqueleto pronto, já salvo numa pasta. Eu só personalizava com os dados do paciente e identificava a região onde seria o exame. Encaminhava os preparos pra ele em PDF, por e-mail. Quando ele chegava lá no hospital pra fazer o exame, então às vezes, no hospital lá no Morumbi, eles já têm o concierge, já pronto pra atender. Porém, têm as unidades externas, que eram as unidades que fica nos Jardins, Ibirapuera, Perdizes e Alphaville, que eles não têm concierge. Então, às vezes, acontecia de, por exemplo – já aconteceu comigo e também minha colega – de marcar e não avisar que teria um paciente estrangeiro naquele dia. E o paciente chegar lá e não ter ninguém pra acolher.

Entrevistadora: E como que fazia isso?

Entrevistado: Aí, o que acontecia? Ou mandava alguém do Morumbi ir até lá... Então esse é um problema. Por isso que no sistema, depois que isso começou a acontecer muito, começou a ser recorrente. Começou a ter uma notificação no sistema: paciente internacional, marcar com o concierge. Então a gente lançava o exame e lançava o atendimento do concierge. Então ele já sabia que no meio-dia, no horário agendado, ele teria que estar lá pra acompanhar o paciente quando chegasse.

Entrevistadora: Certo. Então ele ia até a outra unidade?

Entrevistado: Ele ia até a unidade externa pra...

Entrevistadora: Mas dependia da marcação de vocês?

Entrevistado: Mas dependia da nossa marcação. Às vezes tinha a agenda do exame, mas não tinha agenda do concierge. Então já era mais difícil isso também.

Entrevistadora: E vocês precisavam equilibrar as agendas?

Entrevistado: Precisava conciliar. Exatamente.

Entrevistadora: Tá. Você lembra de alguma situação assim, alguma saia justa que você teve? Alguma situação mais dificultosa na hora de fazer essa marcação de exame? Ou um atendimento que te marcou mais, por ter acontecido alguma coisa? Alguma dificuldade de entendimento?

Entrevistado: Aconteceu. Aconteceu. E foi assim, foi muito chato. Mas por quê? O que acontecia? Eu era do período noturno, diurno. Então eu entrava às oito e a minha colega de trabalho entrava às dez. Só que o que aconteceu? A gente marcou pra uma paciente alemã, ela tinha cinco ressonâncias pra fazer. Então muita coisa. Eu acho que ela ia fazer cirurgia. Mapa do corpo inteiro, né? E ela... Ela ligou. Ela mandou um e-mail cancelando. Porém, ela colocou assim, ela falou: *are you want to cancel my appointment from Tuesday?* E quem recebeu o e-mail foi a minha colega. Só que ela cancelou os de terça em diante. A paciente queria que cancelasse só os de terça. Aí o que aconteceu? Ela cancelou todos de terça em diante e não me comunicou. Aí a paciente chegou na quarta-feira pra fazer o exame às oito da manhã e o exame estava desmarcado. Aí a paciente me ligou. Ligou lá na Central pra falar diretamente comigo. Aí quando eu fui abrir a agenda eu vi que realmente estava cancelado. Aí foi realmente saia justa. Aí ali naquele momento, ela falando comigo, assim, soltando os cachorros mesmo. Uma reclamação... E o inglês alemão. Então ela... A língua alemã, ela já uma língua mais... É... Como que eu posso dizer? Ela já uma língua mais direta, né? Não tem rodeios pra falar. E ela falou sem rodeios no inglês pra mim. Então ela estava realmente... Ele

estava extremamente nervosa. Aí eu pedi um momento e liguei no setor de ressonância pra pedir encaixe. Eu liguei até no setor onde só fazia pra paciente internado, pra ver se eu conseguia o encaixe pra ela. Ela tinha três ressonâncias pra fazer. Eu consegui encaixar duas. Assim, ela ainda ficou insatisfeita, né? Porque o erro não foi dela, claro. Foi um erro de tradução, se você for analisar, né? Foi um erro de interpretação daquela mensagem, que acarretou. E nisso, além de eu ter que ter resolvido esse problema, eu fiquei em outra saia justa. Por quê? Porque eu resolvi, consegui dois agendamentos. Ela agradeceu até, na verdade. E o meu supervisor falou assim: ó xxx, quando ela terminar os exames, você vai ligar pra ela e vai pedir desculpas em nome da instituição. Aí eu virei pra ele e falei assim: mas não sou eu que tenho que pedir desculpas. A pessoa que fez a marcação. Só que a pessoa que fez a marcação, ela tinha vergonha de falar inglês com o paciente. Então eu virei pra ela, sentei com ela e falei assim: olha. Eu falei pro meu supervisor: eu não vou fazer. Quem tem que fazer é ela. Por quê? Pra ela aprender a não fazer de novo. Foi o que eu pensei. Eu falei: se ela quiser, eu ajudo. Porque lá tem o que a gente chama de carrapato, né, que você coloca em escuta junto com a pessoa, tudo que tá sendo dito. Eu falei assim: eu coloco um carrapato. Eu vou escutando o que a paciente tá falando com você e vou te ajudando a montar a resposta. Mas é você que vai falar pra ela. Você que vai pedir desculpa pelo transtorno. Aí foi o que a gente fez. A gente entrou nessa dinâmica. Conversamos com a paciente. Mas quem conversou foi ela. Um pedido de desculpas. E resolveu. E depois ela voltou a fazer exames conosco. E não aconteceu de novo.

Entrevistadora: Então, quer dizer, resolveu o problema dela.

Entrevistado: Resolveu o problema. Mas foi uma saia justa assim, tremenda.

Entrevistadora: Imagino.

Entrevistado: Porque até eu entender o que tinha acontecido. Porque ela já ligou realmente bem alterada. Bem alterada. E eu estava ligando o meu sistema. E pra mim estava tudo certo, tudo marcado. Aí eu primeiro tive que consultar a agenda. Ver o por que foi cancelado, quem cancelou, pra depois ir atrás da solução.

Entrevistadora: Pra conseguir solucionar. É bem complicado. Essas situações são complicadas, né? E me fala uma coisa: como que era – não sei se você sabe dizer isso – como que era a contratação desses funcionários bilíngues? Eles eram... Passavam por algum teste, por alguma coisa?

Entrevistado: Na verdade passava por uma entrevista em inglês, no RH da instituição, que na verdade eles não... O recrutamento e seleção, a recrutadora, ela não tinha conhecimento de inglês suficiente pra avaliar.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Pra quem ia lidar com paciente internacional. Não tinha. Porque eu fiz o meu... A minha entrevista com ela. E chegou um ponto que ela virou pra mim e falou assim: eu não sei o que perguntar. Porque você dá respostas muito complexas. Então você já percebia que – não desmerecendo a pessoa que estava ali – ela não tinha know-how pra tá entrevistando pessoas que vai lidar com atendimento médico bilíngue.

Entrevistadora: Então não necessariamente a pessoa que estava lá atendendo tinha também...

Entrevistado: Exatamente.

Entrevistadora: Um bom conhecimento?

Entrevistado: Que era o que... Como eu não tinha essa parte da terminologia médica, eu tinha apenas o idioma, a minha dificuldade foi realmente ir atrás dessa terminologia. E é uma coisa que eles não conseguem avaliar no processo seletivo.

Entrevistadora: E você tinha algum incentivo, assim, pra estudar terminologia? Ou não, era uma coisa sua mesmo? Você que tinha que ir atrás por conta própria?

Entrevistado: O que me ajudou bastante foi por conta de eu... Quando eu estava fazendo a... Como eu estou fazendo a faculdade de Tradutor e Intérprete, eu já tinha todas as *get to use*, tudo que... Já o meu uso. Então eu já sabia onde pesquisar.

Entrevistadora: Aham.

Entrevistado: Eu ficava preocupado com colegas de trabalho que não tinham essa instrução. Porque não teve matéria de glossário, não teve matéria de terminologia. Então eu sabia onde ir atrás da terminologia. Eles não.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Então eu já tinha o incentivo por conta da graduação.

Entrevistadora: E não tinha nenhum treinamento, nada nesse sentido?

Entrevistado: Nenhum treinamento. O treinamento que tivemos foi apenas no sistema. De uso do sistema.

Entrevistadora: Então era muito mais sistemático, do que linguístico, né?

Entrevistado: Exatamente.

Entrevistadora: Não tinha um atendimento linguístico pra isso?

Entrevistado: Não tinha. Não tem, na realidade.

Entrevistadora: Como que você vê isso? Como que você vê esse atendimento. Assim, trabalhando lá. O que você acha que poderia ser implementado pra melhorar, pra mudar, pra, de fato, atender o estrangeiro?

Entrevistado: Na realidade, assim, tinha que partir da questão da hierarquia, né? Primeiramente a hierarquia. Porque eu tinha um supervisor que não tinha inglês. Então, como que ele ia me avaliar? Ele não ia me avaliar. Então o que... O que a equipe bilíngue estivesse fazendo ou não, ele não ia saber se estava certo ou errado. Então essa é a questão mais delicada da situação. Os funcionários poderiam fazer qualquer outra coisa e ele não ia saber identificar.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Se aquilo estava certo ou se aquilo estava errado. Então, primeira coisa é a formação do supervisor. Então ele tem que ter uma formação da terminologia. Ele tem que ter uma formação do atendimento ao paciente estrangeiro. Ele tem que ter esse tipo, pra conseguir capacitar a equipe dele. Então o treinamento – na minha visão – tinha que partir dele, que é supervisor. Então ele tinha que se preparar pra questão do idioma, pra questão da terminologia. Então, a gente ter um mínimo de... Nomenclatura de exames, exames laboratoriais, exames de imagem. A gente teria que ter passado por um treinamento desses, antes de ir pra linha.

Entrevistadora: Então vocês não tinham, na verdade, nenhuma instrução do bilíngue?

Entrevistado: Não.

Entrevistadora: Então a instrução que vocês tinham era só sistêmica?

Entrevistado: Só sistêmica. Exatamente. Então eu acredito que pra solucionar, que fosse um supervisor que tivesse esse *know-how* pra que desse um treinamento de, pelo menos, acredito que quinze dias. Porque menos do que isso não tem como você estar preparado pro que vai vir ali, em questão de terminologia. Não tem.

Entrevistadora: Como que faz, então, com esses primeiros atendimentos?

Entrevistado: Esses primeiros atendimentos – se eu fosse avaliar – seriam atendimentos no máximo, regulares. Porque não tem como você dar uma excelência se você não tem a terminologia. Então vai acabar ficando muito tempo pra ir atrás. Vai cansar o paciente que tá na linha, esperando. Por isso que o que eu fazia geralmente era pedir o e-mail. Porque aí eu já conseguia ter um tempo pra ir atrás daquilo.

Entrevistadora: Aham. E isso que você fazia foi uma coisa sua, assim, você que desenvolveu um jeito de sobreviver a isso? Ou era algo indicado pela própria empresa? Como que era isso?

Entrevistado: Na verdade, na verdade era eu que desenvolvía. Eu que desenvolvi esse método pra ajudar o paciente e me ajudar. Porque teria que ajudar os dois lados ali. Porque ele tá ligando com a ciência de que... Ele tá ligando com a ciência de que a gente sabe o que está fazendo. Entendeu? Nesse aspecto. Ele está ligando com a ciência de que ele não vai precisar explicar o que é aquele exame. Ele não vai pre... Esse tipo de coisa. Tanto que depois de um tempo, a instituição começou a exigir que o pedido médico estivesse em português, mesmo pra paciente estrangeiro. Então a instituição pedia que um profissional bilíngue atendesse, então um médico bilíngue, e que o pedido médico fosse montado em português.

Entrevistadora: Ah, porque em outros momentos vocês recebiam em inglês...

Entrevistado: Pra quando chegasse pra gente...

Entrevistadora: O pedido?

Entrevistado: Sim. Recebia em inglês.

Entrevistadora: Na língua do paciente?

Entrevistado: Na língua do paciente.

Entrevistadora: O que dificultava?

Entrevistado: Exatamente. A gente já recebeu pedido em espanhol também.

Entrevistadora: Entendi. Muito interessante. xxx, tem alguma coisa que eu não te perguntei, que você acha importante falar, assim, dessa sua experiência, desse trabalho?

Entrevistado: Eu tenho que pensar nas coisas que aconteciam lá. Não. Eu acredito que todas as atividades que eu exercia lá eu compartilhei com você.

Entrevistadora: Então tá ótimo. xxx, eu gostaria de te agradecer mais uma vez. Essa pesquisa, ela tem um caráter – que agora eu vou transcrevê-la – depois ela volta pra você. Que você pode fazer alterações, se você quiser, inclusões. Porque eu estou trabalhando com uma metodologia que se chama história oral. Então isso é permitido que você faça. Então assim que estiver pronta a transcrição, eu te mando de volta. Vou te pedir também, que se você tiver alguém pra indicar, que você conheça, que trabalhou com atendimento bilíngue a pacientes estrangeiros. Se você puder indicar – te agradeço também – pra continuidade da pesquisa. Tá?

Entrevistado: Tudo bem. Obrigado.

ENTREVISTA 11

Entrevistadora: Entrevista gravada com xxx, no dia 13/09/2018, às 15h29, para o projeto Interpretação em Cenários Médicos. xxx, você lembra a primeira vez que você conversou com um paciente estrangeiro num atendimento?

Entrevistado: Sim, lembro. Foi em... no final de 2015, que eu comecei, que eu conversei a primeira vez com um paciente estrangeiro.

Entrevistadora: E como que foi essa interação, assim, o que que você fez? Você já interpretou como um médico paciente, como que foi essa primeira interação sua?

Entrevistado: Na verdade, essa primeira interação foi pra conhecer o paciente, porque eu estava desenvolvendo uma pesquisa que eu queria saber como era a interação entre médico e paciente, né?!

Entrevistadora: E a primeira vez que você atuou dentro de uma consulta de fato? Nessa relação entre médico e paciente, você lembra como que foi?

Entrevistado: Lembro, foi um pouco depois. Nessa, nessa oportunidade eu... foi tranquilo, porque era um paciente de, era um paciente de rotina, um paciente de clínica médica, não era nenhuma especialidade ou nenhuma urgência, então como, por ser um paciente de clínica médica o vocabulário era técnico, mas não tão aprofundado.

Entrevistadora: E a língua era inglês?

Entrevistado: Inglês.

Entrevistadora: Tá. O paciente também era de uma nacionalidade americana ou...?

Entrevistado: Não, o paciente - esse paciente era turco, eu lembro bem, esse paciente era turco, ele não falava português, mas falava inglês.

Entrevistadora: Ah, então, quer dizer, já foi uma interpretação então que já nem era na língua materna do paciente?

Entrevistado: Exatamente.

Entrevistadora: E teve alguma coisa que aconteceu durante a interpretação que te chamou a atenção? Houve algum, algum mal-entendido, algo assim, ou transcorreu tudo normalmente?

Entrevistado: Esse paciente, ele era mulçumano, então às vezes o médico falava de algumas coisas que ele parava, ele parava pra me perguntar o que que significava aquilo e eu precisava explicar pra ele o que que significa, como... ele falou de vacina, ele não sabia o que que, pra que que servia a vacina, como era a vacina, porque ele diz que, ele disse que lá, na Turquia, no país dele, é diferente, não há esse... essa política de vacina como nós temos aqui no Brasil e tal, e o médico falou que era um vírus atenuado, aí ele falou "tá, então eu vou tomar uma vacina pra colocar um vírus dentro de mim, o que que é isso?", né?! E foram essas questões culturais, que é diferente no país dele o modo de... o modo, né, o sistema de saúde é diferente, então às vezes eu precisava interromper a interpretação pra explicar pra ele o que que era aquilo que o médico tava falando, é lógico que eu fazia a interação com o médico também, mas só pra... quando eu entrevistava era só pra falar "olha, não é isso que cê tá pensando", porque quando o médico foi dar a vacina ele falou assim "ok, mas o médico então vai colocar um vírus pra eu ficar doente?", né?! Ele perguntou pra mim, eu falei "não é bem assim". Essas coisas pequenas eu precisei intervir.

Entrevistadora: Tá, e como que era, como foi a interação com o médico? Foi tranquila, ele tava acostumado já a ser interpretado, não estava?

Entrevistado: Não, o médico demonstrou estar bem incomodado com a interpretação, mas o médico, ele tentou no início falar em inglês com o paciente, mas ele não conseguia, o inglês dele, o sotaque brasileiro era muito forte, o paciente demonstrava, né, fisicamente expressões que ele também não tava entendendo o médico, aí o médico falou assim "ah, tá bom, vai, interpreta".

Entrevistadora: Tá, interessante isso, né?! Porque mostra aí essa refração também do médico em relação a ter o intérprete presente. E onde que isso aconteceu, era serviço público, particular?

Entrevistado: Particular

Entrevistadora: No particular, tá. Era hospital mesmo?

Entrevistado: Numa clínica de alto padrão em Alphaville, Barueri, aqui em São Paulo.

Entrevistadora: Ótimo. E me diz uma coisa, você acha que assim, nessa interação, nessa clínica, era grande o número de pacientes? Esse foi um paciente específico?

Entrevistado: Não, era grande o número de pacientes. Havia muitos estrangeiros lá.

Entrevistadora: Tá.

Entrevistado: Muitos estrangeiros, é que esse paciente, ele foi, eu sabia dele porque como eu tava começando a desenvolver a minha pesquisa, na época, eu já havia entrevistado uma pessoa dos funcionários lá da enfermagem e esse funcionário da enfermagem me falou sobre esse paciente que ele já vinha passando dificuldades com os médicos, então ele me apresentou esse paciente, eu fiz contato com ele, falei que eu iria atuar ali pra ajudar na minha pesquisa também e ele aceitou de bom grado, ele ficou feliz por ter um interprete ali porque ele tava se sentindo frustrado porque a consulta dele não tava fluindo, e tava chegando a época de ele ir embora pra Turquia e ele não tava conseguindo concluir as consultas, as orientações médicas, ele chegou a ficar, se eu não me engano, 27 dias, quase um mês aqui em São Paulo.

Entrevistadora: Tá. Então ele veio pra tratamento médico?

Entrevistado: Pra tratamento médico.

Entrevistadora: Interessante isso, porque ele veio para tratamento, mas o que ele veio buscar não tava acontecendo.

Entrevistado: Exatamente. Na verdade, ele verificou, o histórico dele, ele verificou que havia tratamento aqui no Brasil, ele verificou lugar, levantou os custos e tal, estava tudo nas expectativas dele, no entanto quando ele chegou aqui linguisticamente não conseguia ter o que ele veio buscar.

Entrevistadora: E isso era uma coisa que ele não sabia que ia acontecer então, previamente?

Entrevistado: Não sabia.

Entrevistadora: Tá.

Entrevistado: Ele, na conversa que eu tive com ele, na nossa primeira entrevista ali, ele se admirou, ele falou "poxa, mas então ninguém aqui fala inglês, como é que eu vou ser atendido? Porque eu não falo português", ele dizia. Então ele pensou que se falava inglês por ser uma clínica que ele conseguiu, ele encontrou a clínica lá na Turquia, a clínica com o site em inglês, bem recomendada, a clínica acreditada pela Joint Commission, né. E todas as informações em inglês, mas ele chegou aqui e não tinha o atendimento em inglês.

Entrevistadora: Quer dizer, ele veio especificamente pro atendimento, mas não tinha o atendimento linguístico.

Entrevistado: Exatamente.

Entrevistadora: Entendi. Interessante isso, porque o único meio de comunicação desse paciente era o inglês, então?

Entrevistado: Sim, porque ele veio com o filho dele, o filho dele também falava inglês, e falava o idioma natal deles.

Entrevistadora: E nenhum dos dois tinha noção de português?

Entrevistado: Não, o filho, pra não dizer que não tinha noção nenhuma, o filho sabia cumprimentar em português, falar "bom dia, boa tarde, boa noite", pedir um taxi e falar o nome do hotel onde eles estavam. Basicamente isso.

Entrevistadora: Uma comunicação bem básica.

Entrevistado: Muito básico.

Entrevistadora: Que interessante isso. E dentro da clínica você chegou a fazer alguma outra pesquisa ou não?

Entrevistado: Com os funcionários, né, com enfermeiros, eu não cheguei a falar com outros turistas pacientes, mas com enfermeiros, perguntando sobre o nível linguístico deles, como era o atendimento. Então, dos enfermeiros, principalmente, tinha um enfermeiro que ele dizia que tinha inglês intermediário, então sempre que aparecia um paciente turista lá, eles chamavam esse enfermeiro que tentava mediar a situação.

Entrevistadora: Entendi, mas com dificuldades, provavelmente.

Entrevistado: Com dificuldade. A dificuldade maior, esse enfermeiro, inclusive eu o entrevistei, a dificuldade maior que ele me relatou foi o sotaque dos pacientes, dos turistas pacientes, porque afinal de contas não é a língua materna deles. Já é o inglês que eles já aprenderem, então eles carregam o sotaque, além de carregar o sotaque eles carregam logicamente a cultura deles, e o enfermeiro que era inglês intermediário aqui não conseguia entender o que o turco tava falando, por exemplo.

Entrevistadora: E culturalmente deve ser uma distância maior ainda, né.

Entrevistado: Sim, culturalmente bem maior, porque esse turista paciente, eu não me lembro exatamente quantas consultas ele já havia passado, mas ele já havia passado por algumas, tanto é que ele estava na metade da estadia dele, e ele não conseguia entender por que ele precisava tomar vacinas. Haja vista que vacina é uma coisa, a gente não é obrigado a ter um vocabulário tão técnico pra explicar uma vacina ou o funcionamento de uma vacina, não conseguiram explicar pra esse paciente.

Entrevistadora: E aí ele se recusava a tomar a vacina?

Entrevistado: Se recusava a tomar, ele queria entender por que iam colocar um vírus dentro dele.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Ele achava que ele ia sair da clínica doente, era essa a visão dele.

Entrevistadora: Entendi. Que o único jeito de desfazer isso seria pelo intérprete mesmo.

Entrevistado: Seria pelo intérprete, foi o que eu consegui fazer.

Entrevistadora: Ótimo. E me fala uma coisa, como que você acha então, dessa sua visão, que fica essa questão ética? Tem uma questão ética em jogo aí né. A partir da sua visão de ter participado como intérprete, como você acha que fica essa questão ética?

Entrevistado: Olha, a questão ética para um intérprete aí ele, é lógico que o intérprete não é um profissional da área de saúde, ele está na interdisciplinaridade, mas ele não é um profissional da área de saúde. Então muitas coisas, pra perguntar da vacina, por exemplo, eu perguntava para o médico, né, eu perguntava com a minha voz, não interpretando o paciente, mas eu perguntava como era, o médico ia me falando e eu interpretava o médico para o paciente. Muitas vezes eu pedia para o médico: "fala numa linguagem mais simples, mais popular, vamos dizer assim, pra que eu possa passar pra ele de um modo mais simples", foi dessa forma que eu o convenci, entre aspas, a tomar a vacina. Então a ética do intérprete, eu penso que o intérprete tem que ser humilde o suficiente pra falar assim "eu não sou médico", isso quer dizer que eu preciso da ajuda do profissional da área de saúde. Então fazer essa ponta, fazer essa mediação, o intérprete, nesse caso, a ética do intérprete age muito mais como uma mediação mesmo pra evitar um conflito.

Entrevistadora: Entendi.

Entrevistado: Que era exatamente o conflito que começava a acontecer entre esse paciente turco e o médico.

Entrevistadora: Mas você tem outras, além desse turco, que foi sua primeira interpretação, você tem outras experiências na interpretação médica?

Entrevistado: Sim, tenho.

Entrevistadora: Tá, e tem alguma outra situação que te chamou atenção, que poderia ser, causar risco, por exemplo, pro paciente dentro de uma interpretação ou dentro de uma consulta se o intérprete não tivesse ali presente?

Entrevistado: Sim, houve outra interpretação muito curiosa, que era uma senhora e ela estava passando com... não é ginecologista...

Entrevistadora: Obstetra?

Entrevistado: Obstetra, isso, ela estava passando com um obstetra, então houve uma questão, ela estava passando e a filha dela estava agindo como intérprete a doc. A filha dela tinha noções de português, essa senhora, eu não me lembro bem, ela era italiana ou francesa, mas era de língua latina, então... mas falava inglês, a consulta toda foi em inglês. E a filha agia como intérprete a doc. Chegou uma hora que a senhora começou a brigar em alta voz com o médico dizendo que ele tava desrespeitando ela, foi quando, foi na mesma química, foi quando esse enfermeiro de inglês intermediário, eu tava conversando com outros enfermeiros, ele me chamou pra ajudar. Então eu cheguei lá e falei "o que que tá

acontecendo?". A filha não tinha conseguido explicar pra mãe que ela precisava de um ultrassom transvaginal. E esse ultrassom o médico explicou o procedimento. E pela voz da filha, pela interpretação da filha, a senhora entendeu que ela ia ser violentada. Então foi quando me chamara e falei "olha, não é bem assim", da mesma forma eu pedi pro médico me passar de uma forma mais tranquila, menos técnica, foi quando eu consegui conversar com ela antes pra acalmá-la um pouco, porque ela tava ofegante ali de nervoso, e o médico me passou de uma forma mais popular como era esse exame, porque ela nunca tinha feito sequer um Papanicolau na vida, né, essa senhora. Então, falar pra ela que ela ia fazer um ultrassom transvaginal, ela achou um absurdo. Era uma senhora que deveria ter seus 60 e pouco, quase 70 anos. Nunca tinha feito exame ginecológico na vida.

Entrevistadora: E também era uma paciente de turismo médico ou era...?

Entrevistado: Era de turismo médico também. Ela veio porque ela fez alguns exames no país dela e parece que foi detectado, eu não me lembro bem o caso, mas havia suspeita de um tumor nos ovários, então ela foi até essa clínica porque essa clínica, por ser referência e ter várias especialidades, os pacientes passavam por lá primeiro e eram direcionados às especialidades, e lá eles faziam os exames e tal. Então a mesma histórica, essa paciente encontrou o site da clínica, que é todo em inglês na internet, viu que era muito bem-conceituada, acreditada pela Joint Commission, veio aqui e não conseguiu ser atendida em inglês.

Entrevistadora: É sempre a mesma história, a história se repete, né.

Entrevistado: A história se repete.

Entrevistadora: E pesquisando a clínica, eles não têm nenhuma intenção de ter intérpretes?

Entrevistado: Não. Não. Porque eles... na entrevista com o diretor da clínica, eu fiz essa pergunta, ele falou "ah, pra que intérprete, tem um pessoal que fala inglês aí". Essa foi a resposta dele pra mim. Só que o pessoal que fala inglês são alguns, o pessoal de enfermagem, alguns que estão no nível básico ou que fizeram o nível básico 3, 4 vezes e saíram, e esse enfermeiro, né, que ele era um dos supervisores da enfermagem lá, que ele tinha o inglês um pouco melhor, mas intermediário, não era um inglês fluente.

Entrevistadora: Que não vai resolver a parte médica, né.

Entrevistado: Não vai resolver, às vezes não resolve nem a parte pessoal do paciente.

Entrevistadora: Sim. Nossa, muito complicado, né. Tem alguma coisa que eu não te perguntei que você gostaria de incluir, de falar?

Entrevistado: Sim, a visão dos diretores, a visão dos gestores com relação a intérprete da área médica. Eles não, ainda não perceberam a importância do intérprete da área médica. Numa outra oportunidade, que aí eu tava, foi um relato que eu tive, eu estava entrevistando um estagiário na época, hoje enfermeiro, de outra instituição, ele falou que um paciente oriental que falava inglês, mas não falava português, chegou lá em um plantão à noite, e tentaram atendê-lo, não conseguia, e ele não conseguia expressar o que ele tava sentindo, o anestesista que tava de plantão aquela noite, com o tradutor automático do tablet dele, ele entendeu que ele estava tendo um infarto e ele foi, se eu não me engano esse paciente foi pra sala de cirurgia, mas assim, com o tradutor automático do tablet do anestesista, porque o resumo da história, o paciente não conseguiu expressar o que que ele tava sentindo, e o corpo médico supôs que era, fizeram um suposto diagnóstico e levaram o paciente.

Entrevistadora: Pra cirurgia.

Entrevistado: Pra cirurgia. Esse foi um caso cirúrgico.

Entrevistadora: Quer dizer, anestesiou sem saber de alergia.

Entrevistado: Sem saber de alergia, nada. Então, por achismo eu acredito que na hora que eles abriram eles puderam descobrir ou constatar o que realmente ele tinha.

Entrevistadora: Ou não, né?!

Entrevistado: Ou não.

Entrevistadora: É, a gente tem um longo caminho a percorrer nessa área.

Entrevistado: Tem.

Entrevistadora: xxx, eu queria te agradecer a entrevista, essa entrevista é feita por história oral, é o método que eu estou utilizando, então assim que estiver transcrita essa entrevista ela volta pra você pra você fazer inclusões ou exclusões, você pode mexer nela, e aí só depois

que você vai dar autorização pra que ela seja usada como parte do corpus de pesquisa. Uma outra coisa que eu queria te pedir é se você tiver alguém que já atuou nessa área como intérprete, mesmo que *ad hoc*, e quiser indicar, te agradeço, e aí você pode fazer essa indicação depois.

Entrevistado: Ok.

Entrevistadora: Muito obrigada.

ANEXO II – IMIA STICKER

**Medical interpreters
save lives in many languages**