



INTERNATIONAL MEDICAL
INTERPRETERS ASSOCIATION
Leading the advancement of professional interpreters



CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

Desenvolvido por:
Associação Internacional de Intérpretes Médicos &
Centro de Desenvolvimento Educacional, Inc.
(*International Medical Interpreters Association &
Education Development Center, Inc.*)

Traduzido por:
Angela Telles Vaz

Tradução possível pela doação de Oscar Arocha, MA
Diretor do Departamento de Intérpretes
Boston Medical Center

Termos de Uso

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, guardada em um sistema de recuperação, ou transmitida, de nenhuma forma ou meio, eletrônico, mecânico, fotocopiado, gravado. Ou de qualquer outra forma (a menos que usado para comunicação com os autores) sem a permissão dos autores.

Discriminação Proibida: Nenhuma pessoa nos Estados Unidos da América poderá, por motivo de raça, cor, ou nacionalidade, ser excluída de sua participação, ser negada dos seus benefícios, ou ser sujeita à discriminação, sob qualquer programa ou atividade recebendo assistência financeira federal, ou ser assim tratada em função do sexo no âmbito da maioria dos programas ou atividades de educação recebendo assistência federal.

A atividade que é objeto do presente relatório foi desenvolvida com o apoio da Associação Internacional de Intérpretes Médicos (*International Medical Interpreters Association*) e do Departamento de Educação, Fundo de Melhoramentos da Educação Pós-Secundária (*Department of Education, Fund for the Improvement of Postsecondary Education*). As opiniões aqui expressas não refletem necessariamente a posição ou política do Departamento de Educação, e nenhum apoio oficial do Departamento de Educação deverá ser inferido.

Para obter mais informação sobre o desenvolvimento do Código de Conduta Profissional, entre em contato com:

María-Paz Beltrán Avery
Centro de Desenvolvimento Educacional, Inc. (*Education Development Center, Inc.*)
55 Chapel Street
Newton, MA 02458-1060

O Código de Comportamento Profissional está disponível on-line, a nenhum custo no:

<http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp>

Para encomendar cópias impressas, por favor visite o: <http://www.imiaweb.org/store/default.asp>

Para informação sobre a Associação Internacional de Intérpretes Médicos visite o: www.imiaweb.org

Associação Internacional de Intérpretes Médicos (*International Medical Interpreters Association*)
750 Washington Street, NEMC Box 271
Boston, MA 02111-1845
E-mail: info@imiaweb.org

*Para Raquel Cashman,
amiga e colega, cuja preocupação pela excelência,
justiça, e harmonia guia este trabalho.*

Índice de Matéria

| | |
|--|----|
| Agradecimentos | 6 |
| Prefácio | 7 |
| Prefácio da impressão de outubro de 1998 | 8 |
| Introdução | 10 |
| Processo de Desenvolvimento | 11 |
| Código de Conduta Profissional | 12 |
| A. Interpretação..... | 13 |
| B. Interface Cultural | 15 |
| C. Comportamento Ético..... | 17 |
| Usos em Potencial | 18 |
| Olhando para o Futuro | 19 |
| Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos..... | 20 |
| Método de Avaliação..... | 20 |
| Dever A: Interpretação | 21 |
| A-1 Introduzir a si mesmo e explicar o seu papel..... | 21 |
| A-2 Gerenciar a configuração espacial do paciente-profissional médico-intérprete para maximizar a comunicação fácil e direta..... | 23 |
| A-3 Manter o registro linguístico e o estilo do orador..... | 24 |
| A-4 Abordar as ‘necessidades de conforto’ do paciente em relação ao intérprete, no que diz respeito a fatores tais como idade, sexo, e outras áreas de potencial desconforto | 25 |
| A-5 Selecionar o modo de interpretação adequado (consecutivo, simultâneo, tradução oral de texto; primeira ou terceira pessoa) | 26 |
| A-6 Transmitir a informação com exatidão entre paciente e profissional médico | 27 |
| A-7 Incentivar a comunicação direta entre paciente e profissional médico | 28 |
| A-8 Assegurar-se de que o ouvinte compreende a mensagem | 29 |
| A-9 Assegurar-se de que o intérprete compreende a mensagem a ser transmitida | 30 |

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

| | |
|---|----|
| A-10 Gerenciar o fluxo de comunicação a fim de preservar a exatidão e integralidade, e construir relações entre profissional médico e paciente..... | 31 |
| A-11 Gerenciar as dinâmicas da tríade | 32 |
| A-12 Gerenciar o conflito pessoal interno | 33 |
| A-13 Gerenciar o conflito entre profissional médico e paciente | 34 |
| A-14 Fazer uma auto-avaliação da exatidão da interpretação e corrigir os próprios erros | 35 |
| A-15 Auxiliar o profissional médico com atividades de encerramento de entrevista..... | 36 |
| A-16 Assegurar-se de que as preocupações levantadas durante ou após uma entrevista sejam abordadas e encaminhadas a recursos adequados | 37 |
| A-17 Completar documentação adequada do trabalho do intérprete | 38 |
| A-18 Fazer acompanhamento (fora do encontro da tríade) como necessário | 39 |
| Dever B: Interface Cultural | 40 |
| B-1 Usar comportamento culturalmente adequado | 40 |
| B-2 Reconhecer e abordar instâncias que necessitam investigação intercultural para assegurar a compreensão exata e integral | 41 |
| Dever C: Comportamento Ético | 42 |
| C-1 Manter a confidencialidade..... | 42 |
| C-2 Interpretar com exatidão e integralidade | 43 |
| C-3 Manter a imparcialidade | 44 |
| C-4 Respeitar a privacidade do paciente | 45 |
| C-5 Manter a distância profissional..... | 46 |
| C-6 Manter a integridade profissional | 47 |
| C-7 Lidar com a discriminação | 48 |
| Bibliografia..... | 49 |

Agradecimentos

Subcomitê do Código de Conduta Profissional

Margarita Battle – Coordenadora de Serviços de Interpretação, Hospital Geral de Massachusetts
(*Massachusetts General Hospital*)

Eduardo Berinstein - Diretor de Serviços de Interpretação, Hospital Infantil (*Children's Hospital*)

Raquel Cashman – Ex-Diretora de Serviços de Interpretação, Hospital da Cidade de Bostom (*Boston City Hospital*)

Jane Crandall – Coordenadora de Serviços de Interpretação, Hospital Beth Israel (*Beth Israel Hospital*)

Maria Durham - Diretora de Serviços de Interpretação, Centro Médico da Universidade de Massachusetts
(*University of Massachusetts Medical Center*)

María-Paz Beltrán Avery - Diretora, Projeto de Treinamento de Interpretação Médica (*Medical Interpreter Training Project, EDC*)

Agradecimentos aos participantes do Processo DACUM

Margarita Battle - Hospital Geral de Massachusetts (*Massachusetts General Hospital*)

Eduardo Berinstein – Hospital Infantil (*Children's Hospital*)

Alm Raa Chhan – Intérprete médico autônomo (*Freelance medical interpreter*)

Jane Crandall - Hospital Beth Israel (*Beth Israel Hospital*)

Maria Durham - Centro Médico da Universidade de Massachusetts (*University of Massachusetts Medical Center*)

Gregory Figaro – Intérprete médico autônomo (*Freelance medical interpreter*)

Carla Fogaren – Centro Médico O Bom Samaritano (*Good Samaritan Medical Center*)

Alicia D. Hart – Hospital da Mulher e Brigham (*Brigham and Women's Hospital*)

Tot Nguyen – Intérprete médico autônomo (*Freelance medical interpreter*)

Saly Pin-Riebe – Departamento de Saúde Mental, Programa de Assisência ao Refugiado (*Department of Mental Health, Refugee Assistance Program*)

Margarita Restrepo – Hospital Beth Israel (*Beth Israel Hospital*)

Raquel Santander-Nelson – Intérprete médico autônomo (*Freelance medical interpreter*)

Joyce Malyn-Smith – Centro de Desenvolvimento Educacional, Inc., Mediadora do DACUM (*Education Development Center, Inc., DACUM Facilitator*)

Prefácio

A Associação Internacional de Intérpretes Médicos está orgulhosa de seu legado e de ser uma organização pioneira no campo da interpretação médica. O documento *Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos* foi o primeiro conjunto de códigos a ser desenvolvido no campo da interpretação da língua falada nos ambientes médicos, e continua a ser uma ferramenta vital de avaliação da competência profissional de intérpretes de todo o mundo, delineando códigos de desempenho e competências, exigidos de um intérprete 'competente'. Estes códigos foram desenvolvidos usando o processo DACUM, elaborado pelo Centro Educacional de Desenvolvimento, é um método bem conhecido e válido da análise ocupacional para trabalhos profissionais e técnicos. Foi desenvolvido com a intenção de ser o trabalho fundamental necessário para a certificação do intérprete médico. Adotado a nível nacional na 4a. conferência do Grupo Nacional de Trabalho (*National Working Group*) em Seattle, WA, de 17 – 19 de maio de 1998; veja <http://www.diversityrx.org/HTML/MOASSA.htm>, tornou-se amplamente usado em todo o país e até mesmo no exterior. Desde o desenvolvimento do Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos, outros códigos foram desenvolvidos: de maneira notável pela Sociedade Americana para Testes e Materiais (*American Society for Testing and Materials - ASTM*) em 2001, os Códigos da Associação de Intérpretes de Saúde da Califórnia (*California Health Interpreter Association - CHIA*) em 2002, e os Códigos do Conselho Nacional para Interpretação de Saúde (*National Council for Interpreting Association - NCIHC*) em 2005, cada um com perspectiva e abordagem diferente que tem enriquecido o entendimento da prática dessa profissão.

Enquanto estas organizações trabalharam arduamente para desenvolver os seus códigos, aproveitamos esta oportunidade para concentrar-nos na divulgação, implementação e aplicação contínua dos nossos códigos para a profissão. A IMIA observou recentemente que embora os nossos códigos sejam mais adequados como uma ferramenta de avaliação, muitos dos que entraram neste campo não estão familiarizados com este Código de Conduta Profissional ou não foram testados ou avaliados por esta ferramenta. Várias organizações de treinamento já utilizam estes códigos como ferramenta de ensino, e nós encorajamos e promovemos o seu uso como sendo também uma ferramenta de avaliação final. Cada membro da IMIA recebe uma cópia quando ele/ela se associa à organização. Com a certificação nacional nos Estados Unidos, a profissão se beneficiará das oficinas da IMIA para ensinar os intérpretes sobre esta ferramenta, e também ensinar os intérpretes como utilizar esta ferramenta para uma avaliação de desempenho. A IMIA deseja colaborar com outras organizações que trabalham com, treinam, e contratam intérpretes médicos que estão prontos para apoiar os códigos delineados neste documento. Nós também acolhemos a avaliação daqueles que usam regularmente esta ferramenta e as cartas de apoio a este código.

Os obstáculos principais à divulgação foram o custo e a disponibilidade destes códigos. Por isso, o Conselho de Administração da IMIA votou em 2006, para tornar este documento disponível no formato pdf e isento de qualquer custo. A divulgação futura também promoverá a adesão aos códigos de interpretação médica exigidos para assegurar a proteção do paciente. É com esta visão que a IMIA apresenta este documento a todos os profissionais de interpretação médica e outros interessados no campo. Aproveite também esta oportunidade para afirmar que cada dos quatro códigos apresentados acima são igualmente importantes para os intérpretes, que se beneficiarão ao se familiarizar com cada um deles. Estes códigos estão sendo traduzidos em vários idiomas para facilitar a divulgação internacional.

Atenciosamente,



Izabel S. Arocha, M.Ed., Presidente da IMIA

Prefácio da impressão de outubro de 1998

O documento, *Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos*, tem recebido reconhecimento nacional e internacional desde que foi primeiramente adotado em 1995. Em maio de 1998, o Conselho Nacional de Interpretação de Saúde (*National Council on Interpretation in Health Care - NCIHC*), um grupo de intérpretes, gerentes de serviços de interpretação, profissionais médicos, educadores, treinadores, e outras entidades engajadas em promover e apoiar a interpretação médica culturalmente competente em assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, fez a seguinte declaração:

O Conselho Nacional de Interpretação de Saúde analisou o *Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos* e votou em defesa do uso deste documento como sendo a melhor declaração de códigos para intérpretes atualmente disponível. O Conselho felicita a Associação Internacional de Intérpretes Médicos e o Centro de Desenvolvimento Educacional, Inc., co-autores do documento, por seus valiosos esforços em seu desenvolvimento e encoraja outras organizações a afiliarem-se oferecendo avaliação neste trabalho em desenvolvimento.

A avaliação mais frequente e consistente que temos recebido é que o documento fornece uma visão global e coerente das tarefas e competências exigidas no trabalho e oferece um conjunto de expectativas unificado e consistente para o desempenho entre as instituições. Além disso, o *Código*, tem fornecido uma estrutura para o desenvolvimento das ferramentas de auto-avaliação e avaliação. Muitos gerentes de serviços de interpretação fornecem uma cópia do *Código de Conduta Profissional* a todos os novos contratados, ao pessoal ou ao tradutor médico autônomo, e o usam como base para o andamento das atividades de desenvolvimento profissional. O *Código* também se mostrou útil em treinamentos destinados a preparar os profissionais de saúde em como trabalhar com os intérpretes.

Muito trabalho ainda precisa ser feito para continuar com a evolução de um conjunto de códigos que seja inclusive e culturalmente sensível aos contextos e às necessidades das muitas comunidades culturais/linguísticas que dependem dos serviços do intérprete para ter acesso à assistência de saúde de qualidade. Para esse fim, a Associação Internacional de Intérpretes Médicos e o Centro de Desenvolvimento Educacional, Inc. (EDC) se comprometem com a sua revisão. Entretanto, escolhemos não fazê-lo para esta segunda edição, ao perceber que ainda havia muito que precisávamos aprender e explorar enquanto nos esforçamos para respeitar e afirmar as diferenças profundas e muitas vezes fora de percepção, representadas em nossas comunidades. Deixe-me usar um exemplo simples de como ilustrar o trabalho de revisão que ainda temos a nossa frente. No âmbito do Dever A-7 "Encorajar a comunicação direta entre paciente e profissional médico, um dos indicadores é: "Usa a forma da primeira pessoa ('eu') como o código...." Foi indicado apropriadamente pelos participantes representando culturas de línguas não européias no encontro de maio de 1998 do NCIHC, que este indicador colocava guias

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

inadequados para as comunidades culturais/linguísticas para as quais as formas de tratamento estão intimamente ligadas a fatores tais como, respectivas idades, sexo, e/ou status dos oradores. Este criticismo colocou em destaque um tema mais amplo. Como podemos estabelecer elevados códigos de desempenho enquanto aceitamos que existem diferentes maneiras culturalmente adequadas para alcançá-los?

Outra área que requer uma análise mais profunda é o Dever C: Comportamento Ético. A interseção de comportamento ético e cultura é difícil e não pode ser ignorada. Novamente, os debates durante o encontro do Conselho Nacional de Interpretação em Saúde, destacou duas tarefas especialmente sensíveis no âmbito desta tarefa: confidencialidade e discriminação. Importantes questões filosóficas e práticas sobre os limites do papel foram levantadas. O diálogo que se seguiu e que continua, procurou por consenso baseado em construir uma nova visão do que pode haver na interação triádica entre paciente, profissional médico, e intérprete.

Finalmente, gostaria de agradecer publicamente a liderança de alguns indivíduos-chave na obtenção do lugar onde chegamos. Há muito tempo atrás, a ideia de desenvolver códigos para essa profissão nova e emergente era um vislumbre da mente de uma estimada e amada colega, Raquel Cashman. Raquel, uma pioneira no campo, foi fundamental na criação do Subcomitê do Código de Conduta Profissional. Nós nos entristecemos que ela tenha falecido antes de que fossem terminados. Sob a presidência de Maria Durham, o *Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos* foi aprovado pela IMIA como seu código de conduta profissional. Maria defendeu a sua divulgação, oferecendo liderança dinâmica e concentrada em obter que eleitorados cruciais – hospitais, profissionais médicos, departamentos de saúde pública, organismos de acreditação hospitalar – prestassem muita atenção ao código. Eu tive o prazer de trabalhar em estreita colaboração com um grupo de indivíduos dedicados e cuidadosos que formava o Subcomitê do Código de Conduta Profissional – Raquel Cashman, Maria Durham, Margarita Battle, Jane Crandall Kontrimas, e Eduardo Berinstein. Houve momentos em que nos perguntamos se iríamos jamais concordar com qualquer coisa, porém os resultados respondem por si mesmo. Sob a liderança do presidente da IMIA, John Nickrosz, o *Código de Ética e Conduta Profissional de Intérpetes Médicos* foi aprovado pelo NCIHC.

Eu também gostaria de agradecer aos vários indivíduos de todo o país e do mundo que deram o seu tempo e interesse para juntar-se a nós como “amigos cruciais”. São muitos para que sejam citados, mas tenho certeza de que saberão quem são. A sua sabedoria reforçou estes códigos. Nós esperamos continuar a nossa jornada tendo-os ao nosso lado, bem como encontrar outros “amigos cruciais” para juntar-se a nós ao longo do caminho.

María-Paz Beltrán Avery, PhD

Centro de Desenvolvimento Educacional, Inc. (*Educational Development Center, Inc.*)

Outubro de 1998

Introdução

A função principal do intérprete médico é possibilitar a comunicação entre um profissional médico e um paciente que não fala a mesma língua. No desempenho desta função, o compromisso do intérprete médico é direcionado aos objetivos da entrevista clínica. A presença do intérprete faz com que se torne possível para o paciente e o profissional médico alcançar os objetivos do encontro como se estivessem comunicando-se diretamente um com o outro.

O uso de uma terceira pessoa para a comunicação entre profissionais médicos e pacientes que não falam a mesma língua vem acontecendo há muito tempo. Infelizmente, porém, esta prática tem sido repleta de muitos equívocos sobre a natureza da comunicação mediada-pelo-intérprete. Um dos equívocos mais comuns é que qualquer pessoa de nível bilingue é capaz de oferecer uma interpretação eficaz. Assim, vemos o uso contínuo de crianças, membros da família, e pessoal auxiliar (por exemplo, do clero, ou funcionários de limpeza) como intérpretes. Até mesmo um nível de igualdade de fluência em duas línguas, entretanto, é um pré-requisito mas não uma capacidade suficiente para a interpretação. Além disso, o intérprete deve ser capaz de converter mensagens proferidas em uma língua para uma estrutura sociolinguística adequada a outra língua. E ao contrário da interpretação de conferência, na qual o intérprete converte para somente uma língua, o intérprete médico deve ser capaz de fazer a conversão de, e para as duas línguas.

Outro equívoco comum é que a comunicação no âmbito da saúde é uma tarefa relativamente simples na qual grande parte da informação pode ser colhida por meios ‘científicos, objetivos’ e a maior parte do significado convertido por meio de gestos (de Jongh, 1992). A realidade é que a entrevista clínica se baseia fortemente na língua para a maioria da coleta de suas informações.

Estes equívocos são agravados mais adiante quando as partes mais afetadas pela interpretação carecem de competência para julgar a sua qualidade. Nem o paciente nem o profissional médico pode controlar a exatidão e a integralidade da interpretação, pois cada um fala somente uma das línguas. Nenhum tem uma maneira de saber se a mensagem interpretada contém omissões, acréscimos, opiniões do intérprete, palpites, ou outras distorções que poderiam resultar em graves problemas de comunicação.

É, por esta razão, que o código de ética e conduta profissional na interpretação médica é crítico. O código de conduta profissional fornece uma base de definição de expectativas para os consumidores e os profissionais. Ele fornece uma medida contra a qual cada um dos intérpretes pode monitorar a qualidade de seu próprio desempenho. Ele estabelece um critério para a certificação e/ou entrada na profissão, garantindo a qualidade e a consistência do desempenho.

Processo de Desenvolvimento

O código de conduta profissional apresentado aqui foi desenvolvido através do uso de um processo DACUM (Desenvolver um Currículo) modificado. O processo DACUM é um método de análise ocupacional para trabalhos profissionais e técnicos. Através desse processo, especialistas estão empenhados em descrever e definir as tarefas que compõem o seu trabalho, incluindo o conhecimento específico, capacidades, ferramentas, e atitudes necessárias para executar essas tarefas corretamente.

Doze experientes intérpretes médicos, membros da Associação Internacional de Intérpretes Médicos, reuniram-se em uma oficina de dois dias de duração com um moderador da DACUM para criar o universo dos maiores deveres, responsabilidades, e tarefas executadas dentro de seus respectivos papéis de intérprete médico. O grupo foi composto por coordenadores de serviços de interpretação, intérpretes funcionários, e intérpretes médicos autônomos, representando seis grupos linguísticos. Cada um tinha pelo menos três anos de experiência remunerada em grandes hospitais de ensino, centros comunitários de saúde, e/ou outros estabelecimentos de saúde. Os dados compilados abrangeram uma ampla gama de tarefas, refletindo as diferentes posições mantidas pelos membros do grupo. Assim, além das tarefas específicas ao encontro de interpretação em si, tarefas maiores tais como, educar os consumidores sobre o uso de intérpretes, criação de sistemas de entrega, e faturamento dos serviços também foram incluídas. Usando estes dados como base, o Subcomitê do Código de Conduta Profissional desenvolveu então códigos concentrando-se somente nas competências específicas para o encontro de interpretação.

No desenvolvimento desses códigos de conduta profissional, o subcomitê enfrentou um desafio enorme: estabelecer códigos que sustentem a excelência a a exatidão e a integralidade de interpretação enquanto responde às necessidades imediatas e urgentes para os intérpretes dentro dos grupos linguísticos, onde o número de indivíduos proficientes em inglês e em outras línguas é limitado. Esse desafio foi estabelecido através da diferenciação entre dois tipos de competência: proficiência linguística e capacidades de interpretação. Uma vez feita esta distinção, foi possível conceituar e definir uma ampla gama de competências de interpretação que poderiam ser usadas como intervenções estratégicas para assegurar a exatidão e integralidade enquanto acomodando diferentes níveis de proficiência linguística. Assim, em uma extremidade do continuum linguístico estão aqueles indivíduos cujo domínio das duas línguas e amplitude de compreensão do conteúdo asseguram que eles têm pouca necessidade de interromper os oradores, seja por retenção ou esclarecimento, e cuja profundidade de conhecimento das variações linguísticas, eliminam praticamente a necessidade de pausa para buscar uma forma adequada de expressão. Na outra extremidade do continuum estão aqueles que são de alguma forma limitados em sua compreensão e profundidade de expressão. No entanto, com capacidades de suporte tais como a habilidade de pedir esclarecimento, gerenciar o fluxo da comunicação, e estar ciente de suas limitações pessoais, tais intérpretes podem manter exatidão e integralidade em suas interpretações.

Código de Conduta Profissional

O Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos foi baseado na premissa de que a tarefa principal de um intérprete é a interpretação, isto é, a transformação de uma mensagem expressa em uma língua de origem para o seu equivalente na língua-alvo, de forma que a mensagem interpretada tenha o potencial de suscitar a mesma resposta no ouvinte que a mensagem original (Seleskovitch, 1978; Cokely, 1988; Downing e Swabey, 1992). Para ser capaz de fazer isso, o intérprete não deve ser somente fluente tanto na língua de origem como na língua-alvo mas também deve ter a capacidade e base de conhecimento para compreender rapidamente a mensagem na língua de origem e com a mesma rapidez expressá-la novamente na língua-alvo.

Se tudo que o profissional médico e o paciente precisa saber para alcançar esses objetivos do encontro clínico é essa conversão linguística, então o papel do intérprete é alcançado simplesmente ao fornecer essa conversão. Os códigos, entretanto, vão além da capacidade de conversão e do reconhecimento das complexidades da interpretação e da entrevista clínica. O encontro médico é um processo altamente interativo no qual o profissional médico usa a língua (do profissional médico e do paciente) como uma ferramenta poderosa para entender, avaliar, e diagnosticar sintomas (Woloshin et al., 1995) e para informar mutuamente e instruir. O intérprete, portanto, não pode ser simplesmente uma 'caixa preta de conversão', mas tem que saber como engajar tanto com o profissional médico quanto com o paciente com eficácia e eficiência, no acesso as nuances e pressupostos sócio-culturais escondidos, incorporados na língua de cada um, que poderia levar a consequências perigosas se deixadas inexploradas.

Este Código de Conduta Profissional também reconhece a importância do encontro médico para estabelecer-se a conexão terapêutica entre o profissional médico e o paciente. A formação do relacionamento terapêutico é especialmente difícil quando as partes não podem comunicar-se diretamente, isto se torna ainda mais complexo quando estão envolvidos sistemas de crença baseados na cultura. Um intérprete competente pode mediar estas barreiras dando atenção não somente para a linguística mas também para os aspectos da comunicação extra-linguística.

O Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos está organizado contendo três áreas de tarefas muito importantes: (1) interpretação, (2) interface cultural, e (3) comportamento ético. A seguir temos uma breve explicação de cada uma dessas áreas de tarefa.

A. Interpretação

Como observado antes, a tarefa principal do intérprete é interpretar, isto é, converter a mensagem emitida na língua de origem em uma mensagem equivalente na língua-alvo, de maneira que o destinatário da mensagem responde a ela como se a tivesse ouvido no original (Seleskovitch, 1978; Cokely, 1988; Downing e Swabey, 1992). O teste principal de um intérprete competente, portanto, é a exatidão e a integralidade da interpretação.

Embora a tarefa mais importante do intérprete seja interpretar, existem outras capacidades complementares que um intérprete deve possuir, embora elas não sejam necessariamente usadas em cada encontro. O código de Conduta Profissional nesta seção concentra-se tanto na capacidade de interpretação direta quanto nestas capacidades complementares. As capacidades nesta seção podem ser organizadas em torno de cinco sub-tarefas:

- 1) **Preparar o cenário.** O papel do intérprete profissional é ainda novo e amplamente desconhecido no cenário médico. Por esta razão, é importante que os intérpretes estabeleçam expectativas claras do seu papel logo no início do encontro triádico (profissional médico-paciente-intérprete), enfatizando principalmente os elementos de exatidão, integralidade, e confidencialidade. É também importante nos momentos iniciais do encontro triádico, que o intérprete preste atenção a outras preocupações, tais como organizar a configuração espacial dos participantes do encontro, abordando qualquer desconforto que um profissional médico ou paciente possa ter sobre a presença de um intérprete, ou avaliando o estilo linguístico do paciente, tendo sempre em mente, o objetivo de estabelecer uma relação direta entre as duas partes mais importantes.
- 2) **Interpretar.** A tarefa mais básica do intérprete é transmitir a informação exata e integralmente. Portanto, os intérpretes devem operar sob um duplo compromisso: (1) compreender plenamente a mensagem na língua de origem, e 2) reter os elementos essenciais da comunicação em sua conversão para a língua-alvo. Intérpretes cuja proficiência linguística (em termos de amplitude e profundidade) em ambas as línguas é muito elevada e que têm um conhecimento de trabalho sólido do conteúdo, são mais suscetíveis a serem capazes de fazer a conversão de uma língua para outra sem precisar pedir muito esclarecimento. Aqueles cuja proficiência linguística é mais limitada, podem utilizar estratégias adequadas para garantir que eles próprios compreendem a mensagem antes de fazer a conversão e que todas as informações pertinentes tenham sido transmitidas.
- 3) **Gerenciar o fluxo da comunicação.** No interesse de exatidão e integralidade, os intérpretes devem ser capazes de gerenciar o fluxo da comunicação de forma que informação importante não seja perdida ou mal interpretada. Os intérpretes poderão também ter que se preocupar com as dinâmicas da interação interpessoal entre profissional médico e paciente, por exemplo, quando surge tensão ou conflito. O papel do intérprete, no entanto, não é de assumir a responsabilidade pelas ações de ambas as partes, mas sim de

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

ajudar no estabelecimento de um processo de comunicação que permite às partes resolver as coisas por si mesmo.

- 4) **Gerenciar o relacionamento triádico.** A introdução de uma terceira parte no encontro médico gera dinâmicas que são inerentes às interações triádicas. Uma característica principal de uma tríade, em oposição a uma díade, é que o relacionamento é a força para a formação de uma aliança entre duas ou três partes. Como o intérprete é a parte com quem tanto o profissional médico quanto o paciente pode se relacionar mais diretamente, ambos têm a propensão de querer formar uma aliança com o intérprete. O profissional médico e o paciente exibem frequentemente esta tendência de fazer suas observações para o intérprete, em vez de um para o outro, o que resulta na forma de comunicação ‘diz ao paciente/médico’. Como consequência, o intérprete deve trabalhar encorajando as partes a fazer a abordagem direta de um para o outro, tanto verbal quanto não-verbal.

A tendência natural tanto do profissional médico quanto do paciente é de achar que os intérpretes são uma extensão ou do mundo deles próprios ou do outro, em vez de parceiros de pleno direito, com um papel de responsabilidades e obrigações. Para os pacientes, o desejo de formar uma aliança com o intérprete é intensificado porque eles tendem a perceber que o intérprete compreende não só a sua língua, mas também a sua cultura. Esta percepção de afinidade cultural muitas vezes leva o paciente a agir como se o intérprete estivesse lá como amigo e promotor de saúde. Para os profissionais médicos, o perigo reside no pressuposto de que o intérprete faz parte do seu mundo e, por este motivo, esperam que o intérprete pode e deve assumir outras funções, tais como a obtenção de um prontuário médico. Por outro lado, quando os profissionais médicos assumem que os intérpretes são extensões do mundo do paciente, eles tendem a ignorar a importância do seu papel e atribuem status inferior ao seu trabalho.

Como profissionais de pleno direito, no encontro mediado-pelo-intérprete, os intérpretes devem a sua lealdade à relação terapêutica e aos seus objectivos de atendimento médico de qualidade. O seu compromisso é de apoiar as outras duas partes em seus respectivos domínios de especialização – o profissional médico como o técnico especializado com o conhecimento e capacidades na medicina e na assistência à saúde, e o paciente como um especialista em seus sintomas, crenças, e necessidades. O profissional médico oferece opiniões e opções baseadas em informação, enquanto o paciente continua a fazer a decisão final em termos de tratamento. O papel do intérprete não é de tomar o controle do conteúdo das mensagens, mas sim de gerenciar o processo de comunicação.

- 5) **Auxiliar nas atividades de encerramento.** A responsabilidade do intérprete nos momentos finais do encontro clínico é de encorajar o profissional médico, quando necessário, a fornecer instruções de acompanhamento que o paciente entenda e que por este motivo, provavelmente seguirá. Além disso, o papel do intérprete é de assegurar que o paciente esteja conectado com os serviços exigidos (inclusive serviços de interpretação adicional) e promover a auto-eficiência do paciente, levando em consideração o contexto social do paciente.

B. Interface Cultural

A língua não é o único elemento no trabalho de interação entre profissionais médicos e pacientes que falam línguas diferentes. O significado inerente nas mensagens transmitidas está enraizado em culturas baseadas em crenças, valores, e pressupostos. Segundo os linguistas Whorf (1978) e Sapir (1956), a linguagem é uma expressão da cultura e da maneira pela qual a cultura organiza a realidade. O intérprete tem, portanto, a tarefa não só de conhecer o significado das palavras que estão sendo usadas mas de compreender os fundamentos, proposições baseadas na cultura que lhes dão significado. A interpretação médica exige que o intérprete compreenda as maneiras pelas quais as crenças baseadas na cultura afetam a apresentação, o curso, e os resultados da doença, bem como as percepções de bem-estar e tratamento.

Se o profissional médico e o paciente compartilham pressupostos similares sobre medicina e seus princípios positivistas, científicos, é mais provável que a interação aconteça tranquilamente como se estivessem falando a mesma língua. Nesse caso, o intérprete simplesmente tem que fazer a conversão de um sistema linguístico para o outro; as camadas de significado serão automaticamente compreendidas.

Com as diferenças dos pressupostos entre profissionais médicos e pacientes aumentando, no entanto, as interpretações literais tornam-se inadequadas, até mesmo perigosas. Nesses casos, para transmitir a intenção da mensagem com exatidão e integralidade, o intérprete poderá ter que articular os pressupostos ocultos ou proposições não declaradas, contidas no discurso. Aqui, o papel do intérprete é de ajudar a expor os pressupostos ocultos e, ao fazê-lo, capacitar tanto o paciente quanto o profissional médico de uma compreensão mais ampla da cultura de cada um.

Outro problema cultural importante ocorre quando o orador usa palavras 'intraduzíveis'. Palavras 'intraduzíveis' representam conceitos para os quais não existe um referente comparável na sociedade da língua-alvo (Seleskovitch, 1978). Por exemplo, o conceito de bactéria, um organismo fisicamente vivo que não é visível a olho nu, é um conceito que não tem equivalente em muitas sociedades rurais, e não-alfabetizadas. Para se obter o conceito de um lado a outro, o intérprete pode ter que trabalhar com o profissional médico para encontrar maneiras de transmitir a informação essencial que fundamenta este conceito.

Os intérpretes têm, portanto, a tarefa de identificar estas ocasiões quando pressupostos culturais não compartilhados criam barreiras para a compreensão ou equivalência da mensagem. O papel deles em tais situações, não é de 'dar a resposta' mas sim de ajudar o profissional médico e o paciente a investigar a relação intercultural que pode estar criando o problema de comunicação. Os intérpretes devem ter em mente que não importa quanta informação 'factual' eles tenham sobre as crenças, valores, normas, e costumes de

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

uma determinada cultura, eles não têm nenhuma maneira de saber onde o indivíduo que a está enfrentando naquela situação específica, coloca-se ao longo de um continuum de estreita aderência às normas de uma cultura para a aculturação em uma nova cultura. Padrões culturais, apesar de tudo, são abstrações generalizadas que não definem o indivíduo ou prevêm o que um indivíduo acredita ou faz. São simplesmente hipóteses que podem ser mais prováveis de ocorrer com um membro daquela cultura do que com alguém que não seja um membro (Avery, 1992).

C. Comportamento Ético

Na superfície, o papel do intérprete parece ser direto e sem complicação. O intérprete está presente para converter a mensagem proferida em uma língua para uma outra. Os intérpretes profissionais, entretanto, compreendem as profundas complexidades do que parece ser uma tarefa simples. De fato, até mesmo nos encontros mais simples, o intérprete pode necessitar reconhecer e abordar uma série de dilemas.

Durante os encontros médicos, auxiliados-pelo-intérprete, a própria presença física do intérprete muda a dinâmica poderosa do relacionamento diádico anterior entre paciente e profissional médico. De uma maneira muito significativa, o intérprete possui um poder enorme, geralmente por ser a única pessoa presente no encontro que compreende ambas as línguas envolvidas. Além disso, o intérprete entra na interação como uma entidade independente com crenças e sentimentos individuais. Tanto o paciente quanto o profissional médico tem que ser capaz de acreditar que o intérprete não abusará deste poder. Eles precisam acreditar que o intérprete transmitirá fielmente aquilo que eles têm que transmitir um ao outro e não os próprios pensamentos do intérprete. Eles também precisam acreditar que o intérprete manterá a natureza do relacionamento entre clínico-paciente privado e confidencial. *“A função de um código de ética é de guiar o intérprete sobre como exercer esse poder”* (Edwards, 1988, pag. 22). Um código de ética fornece diretrizes e códigos a serem seguidos, criando consistência e diminuindo arbitrariedades nas escolhas que os intérpretes fazem para solucionar os dilemas que enfrentam (Gonzalez et. al. 1991).

Usos em Potencial

Estes Códigos de Comportamento Profissional podem ser usados para vários propósitos.

1. Marcos para direcionar o desenvolvimento dos programas educacionais e de treinamento.

Muito frequentemente os programas educacionais e de treinamento são desenvolvidos sem conexões claramente articuladas para desempenhar as expectativas da área. Estes códigos de conduta profissional foram desenvolvidos por profissionais da área médica, com anos de experiência, que são também responsáveis pelo treinamento e supervisão durante o trabalho. Como tal, refletem uma visão abrangente das competências básicas e dos conhecimentos necessários sobre o trabalho. Usados como marcos, esses códigos podem servir como a base do curso e/ou dos objetivos de treinamento.

2. Ferramenta de avaliação.

Os códigos de conduta profissional podem servir como critérios pré-selecionados pelos quais o desempenho dos estudantes, estagiários, ou profissionais da área pode ser avaliado. Tanto os estudantes quanto os instrutores podem utilizar os indicadores como uma ferramenta de avaliação formativa no ambiente acadêmico ou de formação para fornecer avaliação contínua sobre as capacidades nas quais os estudantes precisam concentrar-se, as áreas que conseguiram dominar, e as tarefas que ainda precisam aprender ou melhorar. Como uma medida de resultado, estes códigos podem ser usados para determinar se um estudante conseguiu ou não dominar as capacidades necessárias. No trabalho, eles podem ser usados tanto para avaliar o nível de competência no momento da entrada quanto sendo uma ferramenta de supervisão para fornecer avaliação contínua. Os intérpretes também podem usar estes códigos para continuar a monitorar e avaliar o seu próprio desempenho individual.

3. Preparação dos profissionais de saúde para trabalhar com os intérpretes.

Estes códigos oferecem aos profissionais de saúde uma visão geral abrangente do que esperar dos intérpretes.

4. Base para um exame de certificação.

Como estes códigos representam uma articulação abrangente das capacidades e conhecimento básicos que um intérprete deve dominar, eles também podem ser usados como base para para uma porção do exame de certificação baseado no desempenho. Por exemplo, o candidato à certificação poderia ser colocado para desempenhar um papel designado a incluir, tanto a rotina de interação interpretativa quanto um problema não antecipado. O desempenho do papel exigiria que o intérprete demonstrasse de uma forma integrada, a aplicação de várias capacidades para abordar a situação de maneira apropriada e profissional.

Olho no Futuro

A interpretação médica como profissão está em sua infância. Os membros da Subcomissão do Código de Conduta Profissional reconhecem que este documento representa um primeiro passo para o que deve ser um processo de desenvolvimento contínuo. Espera-se que por definição simultaneamente clara, padrões de desempenho elevados e criação de treinamentos e programas acadêmicos rigorosos, um aumento significativo na qualidade de interpretação na área de saúde continuará a acontecer. Este aumento na qualidade, por sua vez, conduzirá a um pleno reconhecimento de intérpretes profissionais competentes, a quem serão concedidos a posição e compensação proporcional à natureza crítica de seu trabalho; e também criará a demanda para programas acadêmicos e de treinamento de alto nível.

Código de Ética e Conduta Profissional para Intérpretes Médicos

Método de Avaliação

A escala utilizada para avaliar os serviços de Interpretação Médica é a escala Likert, com valores de 1-5 com os quais uma pessoa vai selecionar o número considerado a refletir a qualidade percebida.

Escala Likert

- 5 Preenche as expectativas totalmente e consistentemente, com facilidade e fluidez
- 4 Preenche as expectativas de uma maneira mecânica
- 3 Desempenha as expectativas mas com exitação e falta de confiança
- 2 Desempenha inconsistentemente, desliza para comportamentos demonstrando falta de domínio
- 1 É incapaz de desempenhar uma tarefa; exhibe comportamento consistente com a falta de domínio

Dever A: Interpretação

A-1 Apresentar-se e explicar o seu papel

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|----------------------------|---|
| <p>A. Quando possível, arranja uma pré-conferência para descobrir os objetivos do profissional médico para o encontro e outras informações relevantes à situação</p> | <p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p> | <p>A. Não tenta arranjar uma pré-conferência, mesmo quando possível</p> |
| <p>B. Se apresenta e explica breve e sucintamente o seu papel para o profissional médico e para o paciente como a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dá o seu nome • Indica a língua de interpretação • Verifica se o profissional médico ou o paciente trabalhou antes com um intérprete • Explica o papel, enfatizando: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objetivo de assegurar comunicação eficaz entre profissional médico - paciente ✓ Confidencialidade ✓ Exatidão e integralidade (ex: tudo que foi dito por cada um será transmitido) ✓ Usa a forma da primeira pessoa, especialmente se o profissional médico e/ou paciente não estão familiarizados com isto • Pergunta se existe alguma questão sobre o papel do intérprete • Responde a quaisquer questões | <p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p> | <p>B. Se apresenta omitindo um ou mais componentes</p> |

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA PROFISSIONAL PARA INTÉRPRETES MÉDICOS

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|----------------------------|--|
| <p>C. No evento de que uma pré-conferência não possa ser arranjada e/ou uma apresentação completa tenha sido feita, no mínimo pede ao profissional médico que relate brevemente o objetivo do encontro e informe ao paciente e ao profissional médico que o intérprete é obrigado a transmitir tudo que é dito no encontro à outra parte e, por isso, se qualquer das partes deseja que algo seja mantido em sigilo da outra parte, aquilo não deveria ser dito na presença do intérprete</p> | <p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p> | <p>C. Não preenche os requisitos mínimos</p> |
| <p>D. Estabelece e afirma desde o início, o papel do intérprete</p> | <p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p> | <p>D. Mostra-se constrangido em estabelecer afirmação no papel do intérprete</p> |
| <p>E. Fornece uma introdução clara e bem ritmada</p> | <p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p> | <p>E. Fornece uma apresentação confusa com de ritmo ineficaz</p> |
| <p>F. É capaz de ajustar a introdução respondendo as exigências da situação</p> | <p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p> | <p>F. Não é flexível para as exigências da situação</p> |

Dever A: Interpretação

A-2 Gerenciar a configuração espacial do paciente-profissional médico-intérprete para maximizar a comunicação fácil e direta.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|--|
| A. É capaz de ouvir e ver tanto o paciente quanto o profissional médico | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Fica tenso ao ouvir e/ou manter contato visual com cada ou ambas as partes |
| B. Pode ser visto e ouvido por ambas as partes | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não pode ser visto e/ou ouvido por ambas as partes |
| C. Arranja configuração espacial para apoiar a comunicação direta entre o profissional médico e o paciente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Arranja configuração espacial para colocar o intérprete no centro da comunicação ou por outro lado atrapalha a comunicação |
| D. Respeita a privacidade espacial e visual do paciente quando necessário (ex: coloca-se atrás de um biombo durante um exame físico), enquanto mantém, quando possível e/ou necessário, contato visual suficiente para “ler as expressões faciais do paciente” | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Escolhe um local físico que faz o paciente desconfortável em situações onde o paciente necessita de privacidade espacial e visual |

Dever A: Interpretação

A-3 Manter o registro linguístico e o estilo do orador.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|--|
| A. Quando possível, fala com o paciente antes do encontro triádico para avaliar o registro e o estilo linguístico do paciente (ex: dialeto, formalidade de linguagem etc.) | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não avalia o registro e estilo linguístico do paciente |
| B. Preserva o registro e estilo de linguagem usado na língua de origem quando transmite na língua-alvo | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Muda o registro e estilo de linguagem usado na língua de origem quando transmite na língua-alvo |

Dever A: Interpretação

A-4 Abordar as 'necessidades de conforto' do paciente no que diz respeito a fatores tais como idade, sexo, e outras áreas de potencial desconforto.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---------------------|---|
| A. Quando surge um problema, avalia as áreas de potencial desconforto para o paciente (ex: sexo ou idade do intérprete) e discute-as com o paciente | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não avalia as áreas de potencial desconforto |
| B. É conhecedor da linguagem corporal e/ou verbalização específica sugerindo desconforto e: <ul style="list-style-type: none"> • Verifica a identidade da fonte de aflição • Reafirma o paciente ao fornecer informação sobre credenciais, profissionalismo, e ética da confidencialidade • Explica a realidade da situação (ex: talvez somente um intérprete encontra-se disponível) e tenta colocar o paciente à vontade • Oferece quando disponível, opções para abordar o desconforto | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Falha em observar sinais de desconforto |

Dever A: Interpretação

A-5 Selecionar modo de interpretação adequado (consecutivo, tradução oral de texto; primeira ou terceira pessoa)

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|---|
| A. Usa o modo que melhor realça a compreensão e que menos interrompe a linha de pensamento do orador, dadas as exigências da situação | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não usa o modo que realça melhor a compreensão e que menos interrompe a linha de pensamento do orador, dadas as exigências da situação |
| B. Usa o modo que preserva melhor a exatidão | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não usa o modo que preserva melhor a exatidão |
| C. Se o intérprete é competente no modo simultâneo, usa-o quando é importante que o orador não seja interrompido (ex: entrevista psiquiátrica, períodos de grande emoção) | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não demonstra o uso de estratégias alternativas para fornecer em tais casos, uma interpretação exata e integral |
| D. Pode mudar de um modo para o outro quando necessário | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Não pode mudar de um modo para o outro quando necessário |
| E. Pode explicar a razão para a mudança, discreta e inobstrusivamente, se necessário | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | E. Não pode explicar a mudança discreta e inobstrusivamente |
| F. Usa modos de interpretação no qual a competência foi alcançada | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | F. Usa um modo de interpretação no qual a competência não foi alcançada |

Dever A: Interpretação

A-6 Transmitir a informação com exatidão entre paciente e profissional médico.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---------------------|---|
| A. Transmite a mensagem com exatidão, expressando novamente a informação veiculada em uma língua no seu equivalente em outra língua, para que a mensagem interpretada tenha o potencial de provocar uma resposta como a original. | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Transmite a mensagem sem exatidão e por isso: 1) a mensagem transmitida não é equivalente a, mas diferente da original; 2) a resposta provocada não responde a mensagem pretendida |
| B. Transmite a mensagem integralmente (ex: inclui significado denotativo, conotativo e meta-notativo, levando em consideração contexto, conteúdo, função, afeto e registro da mensagem. | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Transmite mensagem de forma incompleta e com parafraseado impróprio, por isso: 1) faltam proposições; 2) função e afeto não estão planejados |
| C. Pede esclarecimentos ou repetição da informação e/ou conceitos que ela ou ele não compreenderam ou não ouviram integralmente | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Omite, inventa, ou interpreta informação inexata e/ou conceitos que ela ou ele não compreenderam ou ouviram integralmente |
| D. Usa os dispositivos mnemonic eficazmente (ex: tomar anotação, visualização, etc.) para ajudar a retenção da informação e exatidão da interpretação | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | D. Não usa os dispositivos mnemonicos eficazmente para ajudar a retenção e exatidão |
| E. Pode explicar as ramificações da interpretação inexata | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | E. Não pode explicar as ramificações da interpretação inexata |

Dever A: Interpretação

A-7 Encorajar a comunicação direta entre o paciente e o profissional médico.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|---|
| A. Sugere que o paciente e o profissional aborde um ao outro diretamente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não sugere ou explica que o profissional médico e o paciente deveria abordar um ao outro diretamente |
| B. Usa a forma da primeira pessoa (“eu”) como padrão, mas pode mudar para a terceira pessoa, quando a forma da primeira pessoa ou o discurso direto causa confusão ou é culturalmente inadequado | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não usa a forma da primeira pessoa como padrão |
| C. É bem sucedido quando tem paciente e profissional médico abordando um ao outro diretamente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Falha em parar o profissional médico e/ou paciente de direcionar a sua comunicação para o intérprete |
| D. Quando necessário, sugere ao profissional médico e ao paciente de retornar à comunicação direta | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Não sugere ao paciente e/ou profissional médico para abordar um ao outro diretamente quando necessário |

Dever A: Interpretação

A-8 Assegurar-se de que o ouvinte entende a mensagem

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|---|
| A. Capta as sugestões verbais e não-verbais que podem indicar que o ouvinte está confuso ou não compreende | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não presta atenção nas sugestões verbais e não-verbais indicando possível confusão ou falta de compreensão |
| B. Verifica se o esclarecimento pelo ouvinte é necessário | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Não verifica para ver se o esclarecimento é necessário |
| C. Se necessário, pede ao orador para explicar mais ou dizer a mesma coisa usando diferente terminologia | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Não pede explicação ou mais esclarecimento do orador |

Dever A: Interpretação

A-9 Assegurar-se de que o intérprete compreende a mensagem a ser transmitida.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|---|
| A. Pede para que se repita a mensagem, se esta não foi compreendida ou não foi ouvida, esclarecendo que isto é devido as necessidades do intérprete | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Ignora e omite mensagens que ela ou ele não compreenderam ou ouviram integralmente |
| B. Pede explicações ou pede ao orador para dizer a mesma coisa usando outra terminologia | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Tenta adivinhar o que o orador disse ou quer dizer e transmite |
| C. Verifica o significado que o intérprete entendeu, especialmente em situações de possível ambiguidade | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não verifica o significado |

Dever A: Interpretação

A-10 Gerenciar o fluxo de comunicação a fim de preservar a exatidão e integralidade, e construir relações entre profissional médico e paciente.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|--|
| A. Gerencia a tomada de turno da conversação, para que uma só pessoa fale de cada vez (o intérprete poderá interpretar apenas uma voz de cada vez) | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não faz nada para gerenciar a tomada de turno da conversação quando pessoas falam ao mesmo tempo, e então cessa a capacidade de interpretar |
| B. Pede ao orador para fazer uma pausa, quando necessário, a fim de manter exatidão e integralidade | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Não toma a iniciativa de interpretar em tempo hábil a fim de manter exatidão e integralidade |
| C. Quando necessário, pede ao orador para fazer uma pausa a fim de permitir que a outra parte fale | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Não assegura que cada parte tenha uma chance de falar |
| D. Pede ao orador para uma pausa de uma maneira menos disruptiva e mais adequada culturalmente | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | D. Interrompe o orador de uma maneira disruptiva e inadequada culturalmente |
| E. Gerencia o período de tempo das interpretações para que nenhuma parte se sinta fora do círculo de comunicação | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | E. Permite intercâmbio onde uma das partes (o profissional médico ou o paciente) não sabe o que está sendo dito por um longo período de tempo |
| F. Indica claramente quando fala em nome dela ou dele | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | F. Não dá nenhuma indicação quando fala em nome dela ou dele |

Dever A: Interpretação

A-11 Gerenciar as dinâmicas da tríade.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|--|
| A. Gerencia o fluxo da comunicação para melhorar o relacionamento entre paciente-profissional médico | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não gerencia o fluxo da comunicação |
| B. Aborda questões culturais adequadamente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Explica em excesso possíveis questões culturais ou ignora-as |
| C. Pode afirmar o papel do intérprete quando necessário | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não pode afirmar o papel do intérprete quando necessário |
| D. Permanece discreto quando a comunicação vai bem e não há razão para intervir | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. É muito obstrutivo |
| E. Mantém questões pessoais (sentimentos, preconceitos, opiniões) fora da entrevista triádica | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | E. Insere próprias questões pessoais na entrevista triádica |
| F. Encoraja a comunicação direta entre paciente e profissional médico | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | F. Mantém o foco da comunicação em si próprio |
| G. Respeita e melhora a área principal de 'poder' ou especialidade de cada pessoa (ex: o paciente como um especialista conhecedor de seu próprio corpo, com poder de decisão final sobre ele; a especialidade e o poder do profissional médico baseado no conhecimento que o paciente não tem; a especialidade do intérprete em compreender os dois sistemas linguísticos e converter mensagens de uma língua para outra) | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | G. Assume o papel do paciente e/ou profissional médico (ex: diz ao paciente o que fazer; inventa ou adiciona sintomas; dá conselho médico; etc.) |

Dever A: Interpretação

A-12 Gerenciar o conflito pessoal interno

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|--|
| A. Pode identificar e discutir seus próprios valores pessoais e crenças que podem criar conflito interno em certas situações médicas | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não está consciente e não pode articular áreas de potenciais conflitos internos |
| B. Pode separar claramente seus próprios valores pessoais e crenças daqueles das outras partes | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Projeta na situação os seus próprios valores pessoais e crenças e como resultado perde o significado que o orador pretende dar |
| C. É capaz de retirar-se de situações onde valores pessoais e crenças fortemente mantidos podem interferir com a imparcialidade | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Continua interpretando mesmo quando pode não ser adequado fazê-lo e tenta impor ao profissional médico/ou paciente os seus próprios valores e crenças em vez de permitir que mantenham e expressem os seus próprios valores |
| D. Pode reconhecer as áreas de potenciais conflito em si mesmo e articulá-las antes do início da entrevista, especialmente quando outras alternativas não estão disponíveis (ex: ser capaz de dizer: "Eu preciso que você saiba que este tema pode ser difícil para mim, mas eu vou tentar") | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | D. Não torna explícitas as áreas de potenciais conflito interno que podem interferir com a capacidade de interpretar com exatidão e integralidade |

Dever A: Interpretação

A-13 Gerenciar o conflito entre profissional médico e paciente.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|--|
| A. Permanece calmo em situações estressantes ou quando há conflito | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Parece agitado e angustiado quando há conflito |
| B. Reconhece quando há conflito ou tensão entre o profissional médico e o paciente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Ignora ou abandona o conflito ou a tensão |
| C. Auxilia o profissional médico e o paciente a fazer com que os conflitos e tensões sejam explícitos pois assim eles podem resolvê-los entre si | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Tenta resolver ou lidar com o conflito por si mesmo; não torna a(s) questão(ões) explícita(s) |
| D. Deixa as partes falarem por si mesmas e não toma partido no conflito | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Toma partido e/ou fala pelas partes |

Dever A: Interpretação

A-14 Fazer uma auto-avaliação da exatidão da interpretação e corrigir os próprios erros.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|---|
| A. Identifica os próprios erros | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não reconhece ou assume os próprios erros |
| B. Para e corrige os próprios erros | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não corrige os próprios erros |
| C. Quando os erros são identificados, é capaz de aceitar esta informação e toma medidas para aprender da avaliação | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Nega ou dá desculpas quando os erros são identificados e não faz nenhuma tentativa em beneficiar-se da avaliação |

Dever A: Interpretação

A-15 Auxiliar o profissional médico com atividades de encerramento de entrevista.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|---|
| A. Encoraja o profissional médico a dar instruções adequadas, assegurando-se de que o paciente está ciente dos próximos passos e que fez qualquer pergunta que ela ou ele ainda poderia ter | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não encoraja o profissional médico a dar instruções adequadas, não se assegura de que o paciente entende bem sobre os próximos passos, nem pergunta se o paciente tem mais perguntas a fazer |
| B. Verifica com o paciente sobre a necessidade de ter um intérprete em qualquer das consultas de acompanhamento | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não verifica com o paciente sobre a necessidade de ter um intérprete em qualquer consulta de acompanhamento |
| C. Observa a “etiqueta de encerramento” fazendo as observações finais adequadas a cada parte | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não observa a “etiqueta de encerramento” fazendo as observações finais adequadas a cada parte |

Dever A: Interpretação

A-16 Assegurar-se de que as preocupações levantadas durante e após uma entrevista sejam abordadas e encaminhadas a recursos adequados

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|---|
| A. Encoraja o profissional médico a fazer os encaminhamentos adequados | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Tenta resolver o problema por si mesmo |
| B. Entende ou pergunta sobre o sistema de prestação de serviço da instituição | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não entende ou não pergunta sobre o sistema de prestação de serviço da instituição |
| C. Assegura-se de que o paciente tem consulta com os recursos adequados e com um intérprete se necessário | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Deixa o paciente com necessidades persistentes e vai embora |

Dever A: Interpretação

A-17 Completar documentação adequada do trabalho do intérprete.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---------------------|---|
| A. Verifica o que significam os protocolos para cada instituição médica na qual o trabalho é realizado | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não verifica quais são os protocolos que as instituições exigem |
| B. Sabe e usa os protocolos para cada instituição médica | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Não sabe e/ou não usa os protocolos para cada instituição médica |
| C. Acompanha a política/procedimento/diretrizes da documentação de cada escritório de interpretação da instituição, que pode incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Manter documentação de atividades telefônicas • Documentar todas as atividades de acompanhamento, tais como consultas de acompanhamento • Completar a fatura semanal das horas trabalhadas • Submeter a documentação para a pessoa adequada ou arquivar a documentação no local adequado e em tempo hábil • Manter o escritório de interpretação informado sobre a exata localização (ex: onde designado) | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Não acompanha a documentação da política/procedimentos e diretrizes da instituição, resultando nas possíveis seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> • Erros nas atividades de acompanhamento • Prioridades mal administradas • Não ser pago • O escritório de interpretação não ser capaz de localizar o intérprete • Estatística incompleta e inexata no final do ano |

Dever A: Interpretação

A-18 Fazer acompanhamento (fora do encontro trádico) como necessário.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|--|
| A. Notifica aos pacientes das consultas de acompanhamento, canceladas, ou remarçadas quando solicitado | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não notifica aos pacientes das consultas de acompanhamento, canceladas, ou remarçadas quando solicitado |
| B. Remarca consulta para pacientes quando solicitado | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não remarca consultas para os pacientes quando solicitado |
| C. Quando envolvido com chamadas telefônicas de acompanhamento, transmite e recebe informação, estabelecendo princípios de exatidão e integralidade | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não segue os princípios de exatidão e integralidade quando envolvido em comunicação telefônica |

Dever B: Interface Cultural

B-1 Usar comportamento culturalmente adequado.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|--|
| A. Observa as regras culturais de etiqueta e/ou normas institucionais (ex: relacionadas a comportamento e linguagem para idade, sexo, hierarquia, status, nível de aculturação) adequadas à cada indivíduo | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não observa as regras culturais de etiqueta e/ou normas institucionais adequadas à cada indivíduo |
| B. Ajusta o comportamento para observar as regras da etiqueta cultural adequadas | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não ajusta o comportamento para observar as regras da etiqueta cultural adequadas |

Dever B: Relação Cultural

B-2 Reconhecer e abordar as instâncias que necessitam investigação intercultural para assegurar compreensão exata e integral.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|---|
| A. Presta atenção a sugestões verbais e não-verbais que podem indicar conteúdo cultural implícito ou baseado culturalmente na má comunicação (ex: respostas que não se adequam à mensagem transmitida; mostra de desconforto ou angústia quando certos tópicos são abordados) | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Ignora sugestões verbais e não verbais que indicam conteúdo cultural implícito ou baseado culturalmente na má comunicação |
| B. Avalia a urgência/centralidade da questão, naquele momento, naquele intercâmbio específico, dos objetivos e resultados do encontro: <ul style="list-style-type: none"> • Avalia o melhor momento e método com o qual se levanta uma questão • Interrompe e mostra explicitamente para ambas as partes o que pode ser o problema • Sugere ao profissional médico e ao paciente para buscar por esclarecimento | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Não avalia a urgência/centralidade da questão e torna-se uma barreira à comunicação ao: <ul style="list-style-type: none"> • Interromper disruptivamente (ex: com muita frequência e sem necessidade) • Não mostrar explicitamente a ambas as partes • Assumir e dizer ao profissional médico e/ou paciente qual é o problema |
| C. Compartilha informação cultural com ambas as partes, que pode ser relevante e pode ajudar a esclarecer o problema (ex: diz, 'É possível que isto seja o que está acontecendo, porque frequentemente as pessoas de ... acreditam que ...') | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Faz pressupostos culturais e age através deles (ex: diz para a pessoa que tipos de estereótipos culturais respondem às expectativas) |
| D. Em casos onde são usados os termos 'intraduzíveis', auxilia o orador a desenvolver uma explicação que pode ser entendida pelo ouvinte | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | D. Não auxilia o orador a desenvolver explicações para as palavras 'intraduzíveis', em vez disso, fornece explicações para as palavras ou omite conceitos |

*Palavras intraduzíveis são palavras que representam conceitos para o qual não existe referencial na sociedade usando a língua-alvo.

Dever C: Comportamento Ético

C-1 Manter a confidencialidade.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|---|
| A. Pode explicar os limites e o significado da confidencialidade, e as suas implicações e consequências | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não pode explicar os limites e o significado da confidencialidade, nem as suas implicações e consequências |
| B. Conhece e mantém os parâmetros de compartilhar informação, mantendo as políticas e os procedimentos da instituição e/ou time, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão • Conferência do paciente/continuidade dos encontros de cuidados • Encontros profissionais, oficinas, conferências, [responsabilizando-se em manter o anonimato das partes ao assegurar que qualquer informação compartilhada nos encontros profissionais não contém características de identificação (ex: nomes de hospitais, datas dos encontros, etc.) que podem ser ligadas a um indivíduo específico] | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Revela intencionalmente ou não intencionalmente informação confidencial fora dos parâmetros clínicos |
| C. Sabe como responder a questões que lidam com assuntos confidenciais que podem ser abordados em entidades da comunidade ou de cuidados de saúde | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não sabe como desviar solicitações de informação inadequadas e invade a confidencialidade |
| D. Se inteirado de informação relacionada a suicídio/tentativa de homicídio, abuso infantil, ou violência doméstica, age através da obrigação de transmitir tal informação, interpretando o código de conduta profissional, o código de ética, e a lei | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Falha para agir através da obrigação de transmitir para as partes relevantes |

Dever C: Comportamento Ético

C-2 Interpretar com exatidão e integralidade.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|--|
| A. Pode explicar os conceitos de exatidão e integralidade, e suas respectivas implicações e consequências | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não pode explicar o conceito de exatidão e integralidade, nem as suas implicações e consequências |
| B. Está comprometido em transmitir com exatidão e integralidade o conteúdo e espírito da mensagem original na outra língua sem omitir, modificar, condensar ou adicionar | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não está comprometido em transmitir com exatidão e integralidade o conteúdo e o espírito da mensagem |
| C. Está comprometido em monitorar o seu próprio desempenho de interpretação | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não monitora o seu próprio desempenho de interpretação |
| D. Tem força moral para admitir e corrigir os próprios erros | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Não tem força moral para admitir e corrigir os próprios erros, permitindo com isso que os erros fiquem sem correção |

Dever C: Comportamento Ético

C-3 Manter a imparcialidade.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|---|
| A. Está ciente de, é capaz de identificar preconceitos e crenças pessoais que podem interferir com a habilidade de ser imparcial, e tem a força moral para retirar-se se for incapaz de ser imparcial | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não está ciente de, e é incapaz de identificar preconceitos e crenças pessoais que podem interferir com a habilidade de ser imparcial, e não tem força moral para retirar-se se for incapaz de ser imparcial |
| B. Retira-se ou abstém-se de aceitar qualquer atribuição, onde laços pessoais ou profissionais estreitos ou crenças pessoais fortes podem afetar a imparcialidade (incluindo os conflitos de interesse), a menos que uma emergência torne o serviço necessário | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Aceita atribuições onde laços pessoais ou profissionais estreitos ou crenças pessoais fortes podem afetar a imparcialidade, mesmo quando outras alternativas estão disponíveis |
| C. Concentra-se na comunicação entre profissional médico e paciente e abstém-se de inserir questões, crenças, ou discriminações pessoais na entrevista | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | C. Insere questões, crenças, opiniões, ou discriminações pessoais na entrevista |
| D. Abstém-se de orientar ou aconselhar | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | D. Orienta e aconselha |

Dever C: Comportamento Ético

C-4 Respeitar a privacidade do paciente.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|---|
| A. Respeita a privacidade física do paciente, e mantém a privacidade espacial/visual do paciente, quando necessário | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não respeita a privacidade física do paciente nem mantém a privacidade espacial/visual do paciente |
| B. Respeita a privacidade pessoal/emocional do paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Abstém-se de fazer perguntas pessoais com o intuito de sondar, fora do âmbito das tarefas de interpretação • Não usa o papel do intérprete para influenciar um relacionamento social fora do encontro de interpretação • Abstém-se de tornar-se envolvido pessoalmente com a vida do paciente** | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Não respeita a privacidade pessoal/emocional do paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Faz perguntas pessoais com o intuito de sondar por iniciativa própria • Usa o papel do intérprete para influenciar um relacionamento social com o paciente fora do encontro de interpretação • Torna-se envolvido pessoalmente |

***Em comunidades pequenas e fechadas, frequentemente não é possível para um intérprete permanecer sem envolver-se pessoalmente e socialmente com os pacientes. Entretanto, os intérpretes deveriam sempre lutar para manter a conduta ética e profissional da confidencialidade e imparcialidade enquanto estiverem desempenhando o seu papel.*

Dever C: Comportamento Ético

C-5 Manter a distância profissional.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---|--|
| A. Pode explicar o significado da distância profissional, e suas implicações e consequências | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Não pode explicar o significado da distância profissional, e suas implicações e consequências |
| B. É capaz de equilibrar a empatia com os limites do papel do intérprete | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Não é capaz de equilibrar a empatia com os limites do papel do intérprete |
| C. Mostra cuidado e preocupação com as necessidades do paciente facilitando o uso dos recursos adequados | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Ignora as necessidades do paciente ou tenta resolver tudo para o paciente |
| D. Abstém-se de tornar-se envolvido pessoalmente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Torna-se envolvido pessoalmente a ponto de sabotar ou comprometer a relação terapêutica do profissional médico-paciente, assim, desviando o entendimento do paciente a respeito de quem é o profissional médico e descapacitando com eficácia o profissional médico |
| E. Não cria expectativas em qualquer uma das partes que o papel de intérprete não pode preencher | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | E. Cria expectativas em qualquer uma das partes que o papel de intérprete não pode preencher |
| F. Promove a auto-suficiência do paciente, levando em consideração o contexto social do paciente | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | F. Encoraja e/ou cria dependência para com o intérprete |
| G. Monitora a sua agenda e as suas necessidades pessoais e está ciente das questões de transferência e as de não transferência | | G. Desconhece as questões de transferência e as de não transferência |

Dever C: Comportamento Ético

C-6 Manter a integridade profissional.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|---|---|--|
| A. Abstém-se de contato com o paciente fora do âmbito empregadício, evitando benefício pessoal | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | A. Inicia contato com o paciente fora do âmbito empregadício para benefício pessoal |
| B. Abstém-se de preencher qualquer função ou serviços que não fazem parte do papel do intérprete | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | B. Assume funções e fornece serviços que não fazem parte do papel do intérprete |
| C. Conhece os limites da competência e abstém-se de interpretar além de seu treinamento, nível de experiência, e capacidade, a menos que essas limitações sejam plenamente conhecidas pelo paciente e pelo profissional médico e nenhuma outra fonte de interpretação está disponível | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | C. Não está ciente dos limites de competência; envolve-se em situações que estão além de seu nível de treinamento, capacidade e/ou experiência; e em algumas ocasiões quando nenhuma outra fonte de interpretação está disponível, não informa o paciente ou o profissional médico dessas limitações |
| D. Abstém-se de interpretar em situações onde pode haver um conflito de interesse | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | D. Persiste em agir como um intérprete em situações onde pode haver um conflito de interesse |
| E. Engaja-se em desenvolvimento profissional contínuo | <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 | E. Não se engaja em desenvolvimento profissional contínuo |

Dever C: Comportamento Ético

C-7 Lidar com a discriminação.

| Indicadores de Domínio | Avaliação | Indicadores de Falta de Domínio |
|--|---------------------|--|
| A. Em ocasiões em que o intérprete sente fortemente que o comportamento de qualquer das partes está afetando o acesso ou a qualidade do serviço, ou comprometendo a dignidade de qualquer das partes, utiliza estratégias eficazes para abordar a situação | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | A. Não faz nada ou aborda a situação de uma maneira ineficaz e disruptiva |
| B. Se o problema persiste, conhece e usa políticas institucionais e procedimentos relevantes à discriminação | ○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 | B. Não conhece nem usa políticas institucionais e procedimentos relevantes à discriminação |

Bibliografia

- (1) Avery, María-Paz B. "Reflections on the Intercultural Encounter." *Women's Educational Equity Act (WEEA) Publishing Center Digest* (fevereiro de 1992)
- (2) Cokely, D. "Introduction." In *Sign Language Interpreter Training Curriculum*. Editado por Dennis Cokely. Frederickton, N.B.; University Of New Brunswick, 1988
- (3) De Jongh, Elena M. *An Introduction to Court Interpreting: Theory and Practice*. New York: University Press of America, 1992
- (4) Downing, Bruce T., e Laurie Swabey. "A Multilingual Model for Training Health Care Interpreters." Trabalho apresentado na National Conference on Health and Mental Health of Soviet Refugees, Chicago, 1992.
- (5) Edwards, A.B. "Ethical Conduct for the Court Interpreter." *The Court Manager*, 3, No.2 (1988): 22-25
- (6) Gonzalez, Roseann D., Victoria F. Vasquez, e Holly Mikkelson. *Fundamentals of Court Interpreting: Theory, Policy, and Practice*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press, 1991.
- (7) Isham, William P. "The Role of Message Analysis in Interpretation." In *Proceedings of the 1985 RID Convention*. Editado por Marina L. McIntire. Silver Spring, Maryland: RID Publications, 1986.
- (8) Sapir, Edward. *Culture, Language, and Personality*. Los Angeles: University of California Press, 1956.
- (9) Seleskovitch, Danica. *Interpreting for International Conferences*. Traduzido por Stephanie Dailey and E. Norman McMillan. Washington, D.C.: Pen and Booth, 1978.
- (10) Whorf, Benjamin Lee. "The Retention of Habitual Thought and Behavior to Language." In *Language, Thought, and Reality*. Editado por John B. Carroll. Cambridge, Mass: M.I.T. Press, 1978.
- (11) Woloshin, Steven, Nina A. Bickell, Lisa M. Schwartz, Francesca Gary, e Gilbert H. Welch. "Language Barriers in Medicine in the United States." *JAMA*, 273, no. 9 (1º de março de 1995).