

O *tipping point*: usando o discurso diagnóstico de pacientes simulados para educar intérpretes médicos / *Over the Tipping Point: Using the Diagnostic Discourse of Standardized Patients to Educate Medical Interpreters*

Robyn K. Dean*

RESUMO

Em detrimento do acúmulo de 10.000 horas de prática antes do domínio sobre algo – o famoso *tipping point* de Ericsson – intérpretes médicos podem ganhar considerável experiência ao analisar vídeos de interações médico-paciente, mesmo quando esse par fala a mesma língua. Os hospitais-escola comumente filmam tais interações usando pacientes simulados (PSs). Tais filmes têm sido usados em instruções de aula com intérpretes. Aqui, é descrito o uso recente de filmes com PS em um ambiente de aprendizado *online*, no qual fóruns de discussão e fichas de atividade suplantaram os métodos de trabalho convencionais. Nessa abordagem de aprendizagem baseada em problemas (ABP), típica da educação médica, estudantes de pós-graduação em interpretação em serviços de saúde se familiarizam com o discurso típico de diagnóstico e tratamento. Os alunos relataram que essa familiarização os ajudou a liberar seus recursos cognitivos para planejar e monitorar traduções e outras decisões imediatas. Os materiais e métodos de aprendizado usados nessa abordagem *online* são descritos detalhadamente. O valor do contexto da ABP é descrito em relação às abordagens educacionais de interpretação para o sistema de saúde de modo geral.

PALAVRAS-CHAVE: Interpretação de língua de sinais; Interpretação médica; Interpretação em saúde; Aprendizado com base em tarefa; Pacientes simulados

ABSTRACT

Rather than amassing 10,000 hours of practice before mastery is achieved – Ericsson’s famed tipping point – medical interpreters can gain considerable, concomitant experience by analyzing videos of provider-patient interactions, even when the pair speak the same language. Teaching hospitals commonly film such interactions using standardized patients (SPs). Such films have been effectively used in classroom-based instruction with interpreters. The novel use of SP films in an on-line learning environment is described herein, where discussion boards and worksheets supplanted traditional instruction methods. In this problem-based learning (PBL) approach, typical of medical education, graduate-level medical interpreting students became familiar with common diagnostic and treatment discourse. Students reported that this familiarity helped free their cognitive resources for planning and monitoring translations and other decisions on-the-job. The learning materials and methods used in this on-line approach are detailed. The value of the PBL context is described in relation to healthcare interpreting education approaches generally.

KEYWORDS: Signed language interpreting; Medical interpreting; Healthcare interpreting; Problem-based learning; Standardized patients

* Rochester Institute of Technology – RIT, Rochester Institute of Technology’s National Technical Institute for the Deaf. Rochester, Nova Iorque, Estados Unidos da América; <https://orcid.org/0000-0002-4611-0139>; Robyn.Dean@rit.edu

Introdução

Turning point foi um termo originalmente cunhado por Anders Ericsson (GLADWELL, 2006). Ele sugeriu serem necessárias 10.000 horas de prática para dominar uma habilidade, propondo, inclusive, que o talento é secundário ao rigor e à repetição da prática. O grupo inglês *The Beatles*, que praticava e se apresentava a qualquer hora em qualquer lugar que podia, tornou-se uma sensação internacional devido a esse número mágico (GLADWELL, 2006).

Não sei quantas horas passei em salas de exame, traumatologia, cirurgia e tratamento. Nunca parei para contar o número de horas de prática de interpretação que acumulei como intérprete médica em tempo integral. Todavia, houve um momento entre *esperar* o próximo enunciado do profissional de saúde e *antecipar* – na verdade *saber* – o que seria dito antes mesmo de ser articulado: a partir de um dado ponto, criei um sentido de *antecipação confiante*.

Como intérprete na área de saúde, a distinção entre depender *versus* predizer com relativa precisão o que virá em seguida nos discursos, e até mesmo o propósito da enunciação, me deu muitas vantagens. Antes de qualquer coisa, me deu confiança. Não uma forma de arrogância, mas uma confiança que apoiou minha competência. Esse conhecimento no nível do discurso e da consciência de seu propósito geral me prepararam melhor para resgatar uma variedade de possíveis traduções¹ para a Língua Americana de Sinais. Em outras palavras, se eu soubesse o objetivo de uma pergunta do profissional de saúde, eu era capaz de selecionar dentre as várias rotas de tradução possíveis, escolhendo antecipadamente a que considerasse ser a mais eficaz. Finalmente, porque certos discursos de diagnóstico e tratamento se tornaram tão familiares para mim, a capacidade cognitiva consumida ficou menor. Outras energias cognitivas se tornaram disponíveis para outras atividades mentais pertinentes, tais como monitorar a eficácia de minha contribuição para o evento comunicativo.

¹ Alguns usam o termo *traduzir* aplicado somente ao texto e *interpretar* aplicado somente ao trabalho com a fala e às línguas de sinais, todavia os termos são virtualmente intercambiáveis. Uso *tradução* para significar o produto final ou alguma decisão. Já *interpretação* também poderá se referir ao processo mental, como em “minha interpretação do que você disse é...”. Assim, escolho usar o termo *tradução* para indicar qualquer decisão translinguística.

Schön (1983) se referiu a esses momentos metacognitivos como *reflexão-em-ação*. Ter recursos mentais adicionais permite aos atendentes médicos avaliarem o desempenho com perguntas como: *Está dando certo? O que pode melhorar? e Deveria fazer algo diferente?* No meu caso, esses momentos metacognitivos também me permitiram notar outros elementos-chave do encontro médico (e.g., a importância de o profissional passar para uma conversa sobre consentimento livre e esclarecido). Eu reconheço que todo esse conhecimento poderia ser adquirido por outros intérpretes médicos, talvez, antes do total de 10.000 horas de experiência em serviço.

Em outras palavras, eu não sou uma intérprete médica particularmente talentosa. Apenas tive mais prática e exposição a várias situações que a maioria. A realidade é que esse tipo de exposição pode estar disponível em contextos educacionais em vez de depender da experiência em serviço. Assim, intérpretes poderiam ser preparados *antes* de começar a atender a pacientes e profissionais, através de um esforço educacional que imita as experiências comumente valiosas dos ambientes profissionais *in-vivo*. Esse artigo descreve uma abordagem educacional e materiais de aprendizagem que podem suplantiar *anos de experiência* para intérpretes em serviços de saúde. A abordagem substitui o fardo de interpretar enquanto se aprende (ou aprender enquanto interpreta) ao expor alunos de pós-graduação de interpretação a entrevistas de diagnósticos monolíngues (mesma língua) por meio de interações gravadas entre profissionais e pacientes. Os vídeos utilizados foram emprestados do programa de “Paciente Simulado” (descrito a seguir) de uma faculdade de medicina. A depender da localização e das capacidades de relacionamento de outros programas de formação de intérpretes, a abordagem e os materiais descritos aqui podem ser replicáveis.

Revisão de literatura: interpretação no serviço de saúde

A interpretação em serviços de saúde é a segunda especialização formal da comunidade de intérpretes, atrás apenas da interpretação jurídica. Existem várias organizações profissionais nacionais e internacionais para interpretação em serviços de saúde, como a *International Medical Interpreting Association* – IMIA [Associação Internacional de Interpretação Médica]; existem procedimentos que asseguram sua qualidade e órgãos certificadores para interpretação na área de Saúde, como o *National*

Board of Certification for Medical Interpreters - CMI [Conselho Nacional de Certificação de Intérpretes Médicos]. Além disso, existem programas de treinamento de intérpretes em serviços de saúde que vão desde oficinas de um dia a programas de pós-graduação, como o *Bridging the Gap*, e o Mestrado em Interpretação em Serviços de Saúde. Também existem livros e recursos sobre interpretação em serviços de Saúde (e.g., Fernandez, 2015; Roat, 2010). Tais programas e recursos existem em vários níveis para interpretação de língua falada e língua de sinais.

O campo da interpretação em serviços de saúde também possui uma vasta literatura de pesquisa. Contribuições importantes abordam a ética e a eficácia do comportamento decisório dos intérpretes no sistema de saúde (DAVIDSON, 2000; DYSART-GALE 2007; HSIEH, 2006; HSIEH, 2007; HSIEH, 2008; LEANZA, 2005). Outras obras irão se concentrar na contribuição vital dos intérpretes para o atendimento ao paciente e as vastas contribuições dos serviços linguísticos para um sistema de saúde eficiente (JUCKETT; UNGER, 2014; LINDHOLM et al., 2012). Ainda, outros estudiosos se dedicam aos esforços educacionais para treinar intérpretes médicos (CRUMP, 2012; DE WIT; SALAMI; HEMA, 2012; DEAN; POLLARD, 2012; MAJOR, NAPIER; STUBBE, 2012).

Em relação à literatura sobre a formação de intérpretes, algumas obras oferecem uma perspectiva ampla ao sugerir padrões de treinamento (CRUMP, 2012; SWABEY; FABER, 2012). Outras se concentram no comportamento e ética do sistema de saúde (Nicodemus, et al. 2012). Alguns propõem abordagens educacionais (DEAN; POLLARD, 2009, 2012), descrevem materiais educacionais especializados (MAJOR, NAPIER; STUBBE, 2012) ou metodologias de ensino (BOWEN-BAILEY, 2012).

Este artigo se situa na intersecção da literatura de interpretação em contexto de saúde e descreve uma abordagem educacional (associada com a abordagem da aprendizagem com base em problemas), o uso de materiais especializados envolvendo pacientes simulados, e a forma como são usados em um ambiente de aprendizado online assíncrono.

Aprendizagem com base em problemas

A aprendizagem com base em problemas (ABP) é uma abordagem de ensino que se tornou popular nos cursos de medicina na década de 1960 (FROST, 1996), mas tem sido adotada por profissionais em diversos pontos do espectro educacional (MCKEACHIE, 1999). Na formação médica, ela favorece o aprendizado contextualizado de conteúdos curriculares específicos, tais como anatomia, fisiologia e patologia, dentro de processos vivenciados no desenvolvimento do caso de um paciente. Essa é uma forma de substituir o aprendizado não contextualizado típico de aulas e livros dos métodos do passado. A ABP (ou o método de casos) ocorre em ambientes de aprendizado de pequenos grupos. O *caso* (a condição de saúde de um paciente) se revela via resultados de testes, respostas a intervenções, tais como medicações, etc. e é conduzido por um instrutor médico que age apenas como facilitador.

As abordagens com base em problemas são fundamentadas na crença de que humanos são *solucionadores de problemas* naturais e, portanto, são motivados a trabalhar para encontrar uma solução a um problema (MCKEACHIE, 1999). Assim, desenhos curriculares de ABP são famosos pelo aprendizado ativo e por motivarem participação (FROST, 1996). Além disso, eles têm mostrado que melhoram a retenção de conteúdos e a transferência de conhecimentos para a prática clínica (FROST, 1996). Modificações curriculares podem ser realizadas para acomodar uma ABP, gerando uma mudança completa no currículo ou gerando abordagens curriculares que incorporem atividades de solução de problemas a um currículo tradicional, o que é chamado de *post-holing* (FOGARTY, 1997).

Dean e Pollard (2009) implementaram previamente uma abordagem baseada em problema para formar intérpretes para o trabalho em contextos específicos. Ao manter a filosofia baseada em problemas, o ambiente e os processos de treinamento são paralelos aos ambientes reais de prática. Em vez de os intérpretes aprenderem sobre interpretação em contexto médico em uma sala de aula ou com um livro, essa abordagem os coloca em contato direto com o contexto do sistema de saúde. Nessa aplicação da ABP, chamada supervisão-observação (S-O), os intérpretes acompanham profissionais da saúde e de saúde mental à medida que interagem com os pacientes. Durante essa fase de observação, os alunos intérpretes documentam dados relevantes pertinentes às

demandas particulares da situação observada e voltam com esse material para a sala de aula para a pesquisa e análise durante a fase subsequente, o componente de supervisão da experiência da ABP. É durante a supervisão que são feitas aplicações importantes das demandas hipotéticas da interpretação registradas da observação até a prática da interpretação, por meio da reflexão e de discussões com colegas, guiadas pelo facilitador especialista no conteúdo (ver Dean; Pollard, 2004, 2009).

Interações monolíngues e diálogo autêntico

Na abordagem S-O descrita acima, os intérpretes são expostos a um diálogo monolíngue entre profissional de saúde e paciente. As observações são de profissionais e pacientes que compartilham a mesma língua para que os intérpretes em formação não observem o trabalho de outro intérprete. Ela tem por base a crença que observar interações monolíngues é vantajoso para os intérpretes aprenderem diretamente, na sua própria língua, o que é típico para esses contextos de atuação (DEAN; POLLARD, 2009; MAJOR, NAPIER; STUBBE, 2012). Certamente, há certo valor em aprender com os colegas intérpretes e com os pacientes que atendem, mas como o objetivo é coletar uma variedade de dados para pesquisa e análise posterior de modo a aumentar o conhecimento de base, é melhor que não haja distrações pelas particularidades de um paciente e suas necessidades comunicativas especiais (DEAN; POLLARD, 2009).

O acesso ao que *realmente acontece* em um contexto médico e não ao que é arranjado ou inventado para propósitos de treinamento tem valor significativo para os intérpretes.

A interação autêntica nunca é ‘limpa’, como nos exemplos com roteiros planejados; o discurso é preenchido de hesitações, retomadas, repetições, risadas e muitas outras características que compõem a fala da vida real, mas que são frequentemente esquecidas quando relatamos nossas experiências de comunicação (MAJOR, NAPIER; STUBBE, 2012, p.31)².

² No original: “Authentic interaction is never as ‘clean’ as created script examples; the discourse is filled with hesitations, repairs, repetitions, laughter and many other features that make up real-life talk but are often forgotten when we report our experiences of communication”.

O aprendizado da interpretação em contexto médico não deveria se concentrar apenas em tópicos como os sistemas do corpo, doenças comuns, testes e procedimentos comuns, ou *quem é quem* em um contexto médico, mas deveria incluir uma apreciação do estado mental do paciente, familiares frustrados, equipe sobrecarregada e a abordagem de assuntos sensíveis (MAJOR, NAPIER; STUBBE, 2012).

Em uma colaboração única entre pesquisadores de comunicação no sistema de saúde e programas de formação de intérpretes de línguas de sinais, os formadores de intérpretes da Austrália e da Nova Zelândia usam diálogos autênticos entre profissionais-pacientes para ensinar análise do discurso a intérpretes (MAJOR, NAPIER; STUBBE, 2012). Essas análises apontaram diferentes elementos de um discurso médico típico (e.g., histórico médico *versus* aconselhamento), aspectos do diálogo que transmitem empatia e simpatia, e o potencial surgimento de temas sensíveis. Todavia, porque esse registro foi de pacientes reais, quantidades limitadas de diálogos registrados foram autorizadas para uso do intérprete.

A confidencialidade do paciente no registro do diálogo foi uma limitação do projeto. Além disso, em alguns casos, os intérpretes observadores na abordagem S-O ficavam de costas por questões de confidencialidade e privacidade do paciente. A limitação mais relevante da abordagem S-O foi a natureza logística complexa para as observações *in-vivo* dos intérpretes. O projeto descrito abaixo busca retomar ambas as limitações ao mesmo tempo em que mantém as diversas vantagens desses processos e materiais educacionais.

Pacientes simulados

Programas de pacientes simulados (PSs) são usados em faculdades de medicina e outros programas de treinamento em saúde na América do Norte, Europa e Austrália (MAY; PARK; LEE, 2009). Os PS têm sido usados para formar profissionais de saúde na Ásia (KARADAQ; CALISKAN; ISERI, 2015; DAS et al., 2012). Os programas de PS foram introduzidos como um método para expor estudantes de medicina a situações realistas de atendimento aos pacientes de modo sistemático, que não dependesse de pacientes reais para a participação no exercício. Um paciente simulado pode ser um ator (CLELAND; ABE; RETHANS, 2009) ou qualquer pessoa que tenha sido

cuidadosamente treinada para adotar o papel de um paciente com uma determinada condição, doença ou com alguma queixa. Os pacientes simulados podem ser usados para uma variedade de propósitos nos programas de formação em saúde, tais como ensinar estudantes de medicina a realizar uma consulta, um exame físico ou como efetivamente se comunicar com pacientes (MAY; PARK; LEE, 2009) e, em alguns casos, melhorar a competência intercultural (PAROZ et al., 2016).

O uso mais comum de PSs nas faculdades de medicina é a avaliação das habilidades clínicas e de comunicação dos estudantes (CLELAND; ABE; RETHANS, 2009). Em um exame clínico com um paciente simulado, o estudante de medicina entra no consultório onde são apresentados a um novo paciente, a sua ficha médica e a uma queixa. A sessão é cronometrada e eles devem completar a consulta, o exame físico e propor ao preceptor uma diagnose inicial ou encaminhamento (uma decisão sobre o que deve ocorrer em seguida). Ao final, os PSs dão aos estudantes um parecer – para emissão do qual foram treinados – em todos os aspectos da interação do ponto de vista do paciente (CLELAND; ABE; RETHANS, 2009; MAY; PARK; LEE, 2009). Cada estudante de medicina passa por uma série de consultas com diferentes pacientes simulados, que são gravadas para posterior observação e avaliação final com o preceptor do estudante.

Os materiais: vídeos dos programas de pacientes simulados

Conheci um programa de paciente simulado de uma faculdade de medicina quando fizeram a contratação de atores surdos e falantes de espanhol para serem pacientes. Vários intérpretes de sinais e de espanhol, incluindo a mim mesma, foram envolvidos nas interações médico-paciente. Desde essa experiência, comecei a imaginar formas nas quais esses diálogos entre pacientes-médicos pudessem ser usados para a formação de intérpretes.

Depois de negociar os termos e condições para uso dos vídeos para fins de formação de intérpretes, ganhei acesso a mais de 100 sessões gravadas entre médicos e pacientes, cada vídeo com cerca de 30 minutos de duração. Todos os diálogos eram consultas diagnósticas. Todavia, mesmo que diferentes estudantes de medicina interajam com o mesmo PS, suas entrevistas não necessariamente seguem a mesma

trajetória. Como exemplo, em uma série de vídeos, um PS apresentava dor abdominal. Mesmo que a diagnose pretendida fosse de apendicite, um estudante de medicina seguiu uma linha de perguntas que concluía o diagnóstico de crise de vesícula, enquanto outro informou à paciente que ela estava vivenciando um ataque cardíaco.

É importante observar que esses discursos diagnósticos não eram roteirizados. Os PSs recebiam informações básicas sobre o que dizer *em algum ponto* da entrevista (voluntariamente ou se questionado pelo profissional), mas, fora dessa situação, a fala era autêntica e espontânea, mesmo que simulada.

Para meu curso de interpretação no serviço de saúde, uso vídeos que têm basicamente um aluno de medicina e aproximadamente vinte dos seus encontros com PSs. O aluno é confiante e articulado. Do ponto de vista de uma consulta e da habilidade comunicativa, pode-se argumentar que ele possui o mesmo desempenho que um médico atuante. Usei os seguintes vídeos de PS no curso (intitulado de acordo com a queixa): dor abdominal, asma, dor nas costas, aferição de pressão, detecção de câncer de mama, dor no peito 1, dor no peito 2, verificação da diabetes, tontura, dor de cabeça, dor no joelho (internação), fadiga (pouca energia), ausência de menstruação, exames físicos, detecção de câncer de próstata, dor no ombro, problemas de fala, estresse, consulta pediátrica, lesão no pulso.

Usei esses vídeos em cursos de seis meses bem como em *workshops* episódicos, geralmente como meio de enfatizar a importância de aspectos contextuais da interpretação ou para ensinar sobre as demandas particulares da interpretação nos serviços de saúde. A maioria dos formadores de intérpretes veem imediatamente o valor de usar gravações de diálogos entre pacientes e profissionais. O que é menos evidente é a estratégia envolvida em planejar uma aula centrada nesses vídeos. Em um *workshop* específico, a estratégia pode ser bem simples, como “este é um exemplo de uma consulta diagnóstica” ou pode ser usado para a prática de interpretação (e.g. como você interpretaria *O que o traz aqui hoje?*). O que fica menos claro é como os vídeos de PS podem ser usados como grandes recursos para um curso inteiro de interpretação nos serviços de saúde.

Um dos riscos de se usar materiais preparados para treinamento de outros profissionais (estudantes de medicina, nesse caso) é sobrecarregar o estudante com informação médica a ponto de distraí-lo. O objetivo não é torná-los quase-médicos ou

fasciná-los com informação médica, mas melhorar seu desempenho como intérprete em serviço de saúde. Dessa forma, é importante retornar à pergunta “Como essa informação pode ser *não só interessante*, mas útil?” (DEAN; POLLARD, 2012). Para isso, o facilitador precisa estruturar os materiais que guiam o uso do vídeo de PS para os objetivos do aprendizado da interpretação. No meu curso *online*, os materiais para orientação foram elaborados como fichas de atividades que estão descritas abaixo, junto com os vídeos de PS correspondentes.

Consideremos um breve trecho do vídeo do ‘PS Dor Abdominal’. A troca entre o profissional (uma estudante de medicina) e a PS de perfil universitário é apresentada como uma amostra do tipo de aprendizado que pode ocorrer a partir de uma interação filmada.

Profissional: Ok, certo...já sentiu algo parecido com isso (a dor) antes?
Paciente: Algo do tipo quando estava no Ensino médio.
Profissional: Mm hm...
Profissional: O que te ajudou com a dor?
Paciente: Fui ao médico e eles disseram que era gonorreia, DIP [Doença Inflamatória Pélvica]
Profissional: E DIP...
Paciente: E me deram uma injeção de algum remédio.
Profissional: Sei que esse não é um assunto fácil de se falar, mas você já teve doenças sexualmente transmissíveis depois...ou somente o caso de gonorreia?
Paciente: E DIP.
Profissional: E desde aquela época, nada?...nenhum outro sintoma?
Paciente: Não.

Existem vários aspectos a serem ensinados com essa pequena troca. Primeiro, os alunos de interpretação deverão pesquisar doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), em particular, a gonorreia e a doença inflamatória pélvica. Em seguida, com base no vídeo, é evidente que o profissional mostra empatia de formas que deverão ser percebidas pelo intérprete e expressas de modo semelhante (seja na decisão tradutória ou em relação aos comportamentos adotados). Por exemplo, a profissional reconhece que pode não ser fácil falar de DSTs; ela usa uma resposta verbal “mm hm” no diálogo, possivelmente para mostrar uma resposta; ela repete o que a paciente fala logo em seguida (“E DIP”) e, no vídeo, ela toca a paciente gentilmente com a mão, provavelmente para tentar acalmá-la. Existem aspectos paralinguísticos também que não

são reconhecíveis no diálogo impresso. A paciente está sentindo dor e fala com interrupções: sua fala é pontuada com inspirações fortes de ar. A médica fala suave e calmamente. Todas essas demandas contextuais influenciam o trabalho dos intérpretes. Os vídeos de PS facilitam o estilo de solução de problemas da ABP e engaja os alunos na identificação das demandas da interpretação e na procura de modos de abordá-las eficazmente na prática.

Além do contexto específico e de trazer pontos de aprendizado como observados acima, o vídeo também permite uma análise ampla das exigências da interpretação na área de saúde. Com base nesse curto diálogo, existem perguntas-padrão para avaliação da dor. Perguntar se o paciente já sentiu um tipo de dor antes é comum para avaliação do *tempo* da dor (uma descrição mais detalhada sobre avaliação da dor é feita adiante). Outro assunto amplo que esse vídeo permite discutir são as implicações de uma mulher apresentar sinais de urgência para o atendimento de dor abdominal. Uma vez que há muitos sistemas presentes no abdômen feminino, são várias as direções diagnósticas da consulta, os tipos de exames possivelmente necessários e as muitas diagnoses diferenciais relacionadas à dor a serem eliminadas.

Analisar um vídeo com PS para todos os componentes potenciais que seriam importantes ao intérprete no serviço médico é uma habilidade que leva tempo para desenvolver. Os alunos precisam ser guiados pelo processo de modo gradual. Apenas um vídeo de trinta minutos dá ao instrutor várias oportunidades de ensino para planejar suas aulas. Cada vídeo pode ser pensado em uma gama de formas diferentes. As fichas de atividades deverão ser elaboradas com base em perguntas amplas, como: “Como esse material é útil para o aprendizado do intérprete?” Como observado, o objetivo da abordagem não é formar quase-médicos, mas desenvolver a eficiência dos intérpretes na área.

Vídeos de PS complementam o currículo do curso

O curso no qual usei vídeos de pacientes simulados é parte de um programa de pós-graduação em interpretação em serviços de saúde oferecido pelo Instituto Rochester de Tecnologia, em Rochester, Nova Iorque. Esse programa *on-line* aceita intérpretes que já possuem experiência profissional, e muitos entram no programa com algum grau de

experiência na área médica. O curso, *Interpretação Prática em Serviços de Saúde I* [*Healthcare Practical Interpreting I*], é planejado para o segundo semestre do programa, após os alunos serem introduzidos ao arcabouço teórico do currículo (e.g. o esquema de controle de demandas para interpretação de Dean e Pollard, 2011) e os quatro princípios básicos para ética biomédica de Beauchamp e Childress (2012), e depois de os alunos já terem aprendido informações básicas sobre os sistemas do corpo e as doenças humanas. Alcançados os pré-requisitos do curso, os alunos estão bem preparados para analisar as situações de interpretação e praticar a tomada de decisões dentro do contexto médico.

Enquanto os vídeos de PS são o centro das atividades semanais, eles são complementados por outros recursos de aprendizado. O livro texto mais usado no curso é o *Introduction to healthcare for interpreters and translators* (CREZEE, 2013), mas também se pede que os alunos usem o *Psych Notes* (PEDERSEN, 2008) para conteúdos relacionados à saúde mental.

Os vídeos de PS são acompanhados de materiais escritos correspondentes. Na Tabela 1, trazemos exemplos de como os capítulos de Crezee (2013) são associados aos vídeos:

Tabela 1: Conteúdo dos livros correspondente aos vídeos de PS

Capítulo 13: Saúde infantil	Vídeo de PS: Consulta Pediátrica
Capítulo 18: Cardiologia	Vídeo de PS: Dor no peito 1
Capítulo 19: Sistema Respiratório	Vídeo de PS: Asma
Capítulo 21: Ortopedia	Vídeo de PS: Dor no braço/ombro
Capítulo 25: Sistema Endócrino	Vídeo de PS: Fadiga (pouca energia)

Associar o conteúdo escrito do curso aos componentes de aprendizado experiencial, como os vídeos, é um aspecto vital do curso. Ao contrário do conteúdo estático de um livro, os vídeos de PS enfatizam e animam a dinâmica tradicional das interações médico-paciente que são fundamentais na educação de intérpretes da área de saúde. As fichas de atividade funcionam como meios de concentrar o aluno em tarefas específicas para solução de problemas. Assim, elas são modeladas a partir da perspectiva de aprendizagem com base em tarefas. Essencialmente, essa nova abordagem é semelhante à abordagem supervisão-observação em pequena escala, pois,

em detrimento de uma observação completa, o material se concentra nos discursos mais breves e concentrados de uma consulta diagnóstica, um exame físico ou um diálogo.

Algumas tarefas de solução de problema presentes nas fichas de trabalho eram simples e diretas (exemplos adiante) e *resolvidas*, de forma simples, por meio das respostas dos alunos às perguntas da própria ficha. Em outros casos, as questões eram mais complexas e exigiam que os alunos adotassem uma abordagem colaborativa para a solução de problemas (exemplos, também, adiante). As discussões entre colegas para resolver problemas é mais típica de uma sala de aula no estilo da ABP (MCKEACHIE, 1999). Uma vez que nosso curso foi ofertado através de uma plataforma *online* assíncrona, essa colaboração se deu em salas de aula online, por meio de um fórum de discussão.

Orientando os alunos: fichas de atividade para pacientes simulados

Para elaborar fichas de atividades que orientassem o aprendizado dos alunos, cada vídeo foi analisado de acordo com os objetivos de aprendizado através do esquema de controle de demanda. Tais esquemas identificam os fatores mais importantes que influenciam a interpretação, os quais emergem de categorias ambientais, interpessoais, paralinguísticas e intrapessoais. O escopo desse artigo não abrange as definições e implicações dessas quatro categorias de demandas (cf. Dean; Pollard, 2005, 2011, 2013). Para um resumo de como estruturar o aprendizado experiencial usando o esquema de controle de demanda, recomenda-se Dean e Pollard (2012).

As fichas de atividade variam em complexidade. Algumas se concentram em uma única tarefa, tais como definir os termos médicos ou sugerir traduções de frases que emergem dos vídeos da interação com pacientes simulados. No exemplo dado anteriormente, do vídeo de Dor Abdominal, foram usados os termos gonorreia e doença pélvica inflamatória. Alguns dos vídeos servem para as atividades voltadas para os conhecimentos específicos, uma vez que uma condição particular ou um sistema do corpo demandam descritores e terminologias especializadas (e.g., o que é um ataque isquêmico transitório, ou a localização da paratireoide, ou como removê-la cirurgicamente). Essas tarefas são realizadas individualmente e enviadas diretamente para a administração do curso pelo sistema.

As exigências ambientais, incluindo a terminologia médica, tendem a ser mais fáceis de identificar e definir. As demandas *intrapessoais* ou a maneira como as situações hipotéticas podem impactar o aluno como um intérprete potencial nessas situações são, também, mais diretamente identificadas e exploradas (i.e., como isso poderia impactar seu trabalho e como o dano emocional ou psicológico poderia ser mitigado?) As demandas *interpessoais*, tais como prever como o paciente ou como o médico podem se sentir ou o que podem pensar, são mais desafiadoras. Determinar o que um paciente ou médico quer dizer, qual a intenção de cada pergunta, como um enunciado deveria ser traduzido ou interpretado, ou como lidar com déficits de conhecimento de mundo³ do paciente (POLLARD, 1998) é significativamente mais complexo. Essas questões mais complexas são inicialmente inclusas nas fichas de atividade, mas são transferidas para um fórum de discussão online para os estudantes trocarem ideias e deliberarem coletivamente.

Os vídeos com PS e as fichas de atividade que abordam as tarefas mais básicas não devem ser consideradas triviais. Como mencionado, é importante que os alunos continuem a ser expostos ao diálogo diagnóstico em função de sua repetição, e que as fichas de atividade concentrem sua atenção. Todavia, a maioria das fichas de atividade são elaboradas para ativar o aprendizado dos alunos ao envolvê-los na pesquisa, na análise e em tarefas reflexivas.

Por exemplo, no vídeo de paciente simulado Dor no Peito 1, o paciente apresenta dor no peito e falta de ar. Por meio da consulta, é descoberto que o paciente realiza diálise, mas faltou a um de seus agendamentos. Os alunos, então, são solicitados a refletir sobre o que já sabem sobre diálise, e, depois, a procurarem informações adicionais sobre diálise na obra de Crezee (2013) e na internet. Após relatarem os dados coletados, os alunos escolhem as três demandas mais relevantes para interpretar uma sessão de diálise. Finalmente, pede-se que os alunos imaginem qual a relevância de um paciente perder uma sessão de diálise para um médico (i.e., qual seria sua *perspectiva*

³ O conhecimento de mundo (*fundo de informação*) se refere ao conhecimento que uma pessoa adquiriu ao longo da vida. Apenas uma pequena porção desse conhecimento tem origem no ensino formal. As variadas informações acumuladas na vida cotidiana advêm de fontes diversas. Muitos caminhos de acesso à informação são indisponíveis ou de pouco acesso para sujeitos surdos, incluindo informações de rádio, cinema e trilhas sonoras fílmicas, sistemas de atendimento ao público, conversas de familiares ouvintes, conversas em público que poderiam ser “escutadas incidentalmente”. A aquisição de informação é um desafio significativo para qualquer sujeito surdo e, portanto, o intérprete deve levar em consideração questões de repertório individual ao trabalhar com essa população.

de mundo). Com essas informações, os intérpretes podem prever o que provavelmente acontecerá na próxima troca conversacional e qual planejamento de tratamento para o paciente (i.e., como um médico poderá tratar um paciente que colabora *versus* um paciente que colabora menos).

Outra questão da ficha de atividade pede que os alunos analisem as interações mostradas no vídeo e considerem suas partes constituintes. Em consultas diagnósticas, o elemento mais evidente é a série de perguntas e respostas sobre os sintomas, mas há outros aspectos relevantes também. Na consulta, provavelmente ocorre uma conversa sobre histórico de saúde (e.g., *você já fez alguma cirurgia?*), história social (e.g. *você mora só?*), saúde familiar (*há histórico de problemas cardíacos na sua família?*), educação do paciente (*a recomendação para uma dieta saudável é...*), discussão de diagnóstico (e.g., *o que acho que está acontecendo...*), a busca por evidência ratificadora ou informações adicionais (e.g. *um exame de sangue e um ecocardiograma eliminarão...*), planejamento de tratamento ou encaminhamento (e.g., *veja o que eu acho que está acontecendo, antes de recomendar...*), e se necessário, consentimento esclarecido ou concordância do paciente (e.g., *você concorda com isso, faz sentido para você?*). Espera-se que os alunos percebam e observem essas mudanças nos diálogos durante as interações em vídeo e nas fichas de atividade.

Para relacionar a visão ampla de consulta com seus aspectos mais específicos, usando outra ficha de atividade para vídeo de PS, os alunos recebem uma série de questões associadas à avaliação da dor. Existem muitas versões de recursos mnemônicos usados para lembrar os tópicos de uma avaliação de dor, dentre o mais comum está o PQRS (Crozer-Keystone Health System, 2018).

Provocação/Palição:	O que estava fazendo quando começou? O que melhora ou piora a dor?
Qualidade/Quantidade:	Como é essa dor? Que tipo de dor é? Aguda, persistente, incômoda? Onde está doendo? A dor se move ou irradia?
Severidade da Dor:	Na escala de 1 a 10, a dor interrompe suas atividades diárias? Quanto tempo dura cada episódio?
Tempo:	Quando ou a que horas a dor começou? Você já sentiu essa dor antes? Quanto tempo durou? Com que frequência ela ocorre? Ela é acompanhada de algum outro sintoma?

No vídeo de paciente simulado, Dor no Peito 2, os alunos devem identificar as perguntas de avaliação de dor no diálogo. A Tabela 2 expõe um diálogo em que o

roteiro para avaliação da dor tradicional fica evidente e muitas das perguntas PQRST podem ser identificadas:

Tabela 2: Diálogo de Avaliação de Dor

Profissional	Paciente
Há quanto tempo sente essa dor?	Bom, começou provavelmente há um ano.
Certo.	E deve fazer uns dois meses, um mês ou dois, que piorou um pouco, ficou um pouco mais intensa.
Certo. E essas dores estão mais frequentes ou apenas ficaram mais intensas quando acontecem?	Eu não sei. É difícil dizer. Elas provavelmente acontecem três ou quatro vezes por semana, então deve ter sido umas duas ou três vezes no começo, mas foram provavelmente umas três ou quatro já faz certo tempo.
E ela vem como um interruptor ou vai meio que aumentando?	Não, ela vem bem rápido.
Rapidamente? E dura quanto tempo antes de melhorar?	Eu diria que em média dura talvez uma hora ou duas. Algumas vezes, um pouco mais. Às vezes, uns 15 minutos.
Certo. E é sempre desse jeito? Dura sempre uma hora?	Não, às vezes é mais tempo.
Às vezes dura mais? Certo. Acontece em um momento específico do dia?	Eu não sei se tem um padrão. É meio aleatório.
Tipo a qualquer momento?	Talvez um pouco pior à noite.
E você faz algo para melhorar? Você toma uma aspirina ou coisa assim? Muda de posição? Respira fundo? Alguma coisa ajuda?	

Observe que a série final de perguntas nesse excerto é um exemplo de perguntas de palição – ou *o que faz melhorar da dor?* As questões que se seguem não foram roteirizadas, elas envolvem provocação ou a pergunta *o que faz a dor piorar?* Nesse vídeo, as respostas do paciente sugerem que a dor é relacionada a refluxo gastrointestinal e não algo que se assemelhe a um ataque cardíaco. Como dito acima, as diagnoses diferenciadas, para o raciocínio do médico, seguem as respostas de uma série de perguntas derivadas da queixa. Na ficha de atividades para Dor no Peito 1, os alunos deviam investigar diferentes diagnósticos e os tipos de perguntas que poderiam ser feitas para eliminar isso em favor do diagnóstico inicial.

Outra série de vídeos de PS e fichas de atividades geram resultados de aprendizado mais sofisticados. Em um vídeo de PS, Lesão no Pulso, a paciente aparece após uma lesão no seu punho. Ela se machucou ao pisar em falso quando entrava em seu carro, depois de uma saída com os colegas ao término do expediente de trabalho. Ela diz ao médico que o marido dela quis que ela se consultasse devido à queda. O médico pede a ela informações específicas sobre como ela caiu e, posteriormente, começa a indagar a frequência com que consumia bebida alcoólica. Não é incomum que a presença de uma queixa seja secundária a um problema mais sério, tal como a segurança de um paciente em decorrência do abuso de bebida alcoólica. De modo similar, no vídeo com PS sobre Estresse, um calouro universitário se consulta pelas dificuldades de acompanhar as atividades do curso. A consulta rapidamente se transforma em uma avaliação para depressão. Em ambos os vídeos com PS, os alunos são encaminhados ao livro *Psych Notes* e suas fichas de atividade comparam as perguntas dos médicos com as perguntas formais listadas no material, tais como o questionário CAGE, o Teste de Detecção de Alcoolismo de Michigan [*Short Michigan Alcohol Screening Test*] ou a Escala D-ARK [*Depression-Arkansas Scale*] (PEDERSEN, 2008).

Finalmente, outro tipo de aula construída nas atividades e nos fóruns de discussão é aquele que constrói a capacidade de empatia dos estudantes. No vídeo de PS Asma, um paciente adolescente e sua mãe fazem o retorno após a hospitalização do rapaz por vários dias devido a um ataque de asma. O ataque foi tão grave que o rapaz foi entubado e ficou no respirador. O médico faz perguntas ao rapaz, mas ele tem dificuldades para responder; sua mãe o interrompe e toma a fala. O médico não corrige seu comportamento. Nas postagens da discussão, muitos alunos expressaram descontentamento com a mãe que não deixava o filho responder às perguntas do profissional. Para intérpretes de linguagens de sinais, em particular, esse é um assunto sensível, pois membros de famílias ouvintes comumente falam por seus familiares surdos, deixando-os fora da interação. Muitos alunos comentaram que essa dinâmica constituiria uma demanda *intrapessoal* para eles. Eles também notaram que seria uma demanda *interpessoal*, pois, geralmente, é difícil manter o ritmo de idas e vindas de um diálogo entre ouvintes, especialmente se a conversa é a respeito de um sujeito surdo que

está sendo excluído da conversa. Se a conversa fala de alguém, mas sem envolvê-los, fica difícil verificar com essa pessoa se ela entende o suficiente daquela interação.

A compreensível sensibilidade dessa situação para intérpretes de línguas de sinais pode infelizmente se tornar um ponto cego. Como os alunos nesse curso estavam discutindo suas frustrações com as demandas intra e interpessoais desses familiares, eles não discutiram outros componentes da interação família-profissional. Como facilitadora, pedi que voluntários se colocassem na posição da mãe e que falassem por ela. Ao fim, eles reconheceram que a mãe quase perdera seu filho, que muitos rapazes adolescentes não sabem responder a perguntas, mesmo quando direcionadas a eles, e muitos pais – de ouvintes ou surdos – dominariam a conversa em uma consulta de retorno para se certificar de que nada potencialmente ruim acontecesse novamente. Uma aluna que, *a priori*, verbalizou mais eloquentemente suas frustrações com a mãe agradeceu o tempo para refletir mais aprofundadamente sobre a interação observada e o comportamento maternal. Ela verificou que ela provavelmente também teria agido do mesmo modo com seus próprios filhos.

Completar as atividades e participar de diálogos *online* com seus colegas permitiu aos estudantes cobrir uma vasta gama de tópicos em saúde. Quer tenha sido pela pesquisa de efeitos colaterais típicos de medicamentos, pela análise da dinâmica entre médicos e pacientes, ou pela reflexão sobre suas reações cognitivas e emocionais às pessoas e aos ambientes que assistiram, os alunos foram capazes de usar e descobrir recursos e conhecimentos para futuros trabalhos nesse contexto.

Discussão

Os educadores interessados em replicar essa abordagem para formação de intérpretes em serviços de saúde devem contatar uma escola de medicina ou hospital-escola em sua região ou mais distante, onde haja uma afiliação, para verificar se possuem programas de pacientes simulados. Alguns programas são muito comuns em escolas de medicina ou hospitais-escola. Apesar de as gravações de interações com PS terem sido a abordagem preferida para meu curso *online*, elas não são a única opção. Em outros formatos de treinamento, consegui com que os alunos estivessem fisicamente presentes com o aluno de medicina e o paciente simulado. Em outros casos, fiz com que

a consulta do PS fosse transmitida para outra sala de aula, onde os alunos de interpretação e eu observávamos e discutíamos a interação, em tempo real, sem distrair o profissional e seu PS.

Quando esses programas de PS estão ativos, os instrutores devem determinar o papel dos vídeos em cada plano de aula. Eles servirão para enfatizar aulas pré-existentes ou serão o elemento principal de um curso? Deve-se ter cautela na estruturação do material pelo uso de abordagens apropriadas para que a atenção se concentre nos objetivos de aprendizado específicos da interpretação, e não somente no que é “interessante” nos diálogos observados. A aula não deve se concentrar no conteúdo relevante da área de saúde, mas nos aspectos interpessoais e intrapessoais do contexto de trabalho dos serviços de saúde (cf. Dean; Pollard, 2012). Dado que meu curso é *online*, essa análise inicial do vídeo de PS recorreu ao uso de uma ficha de atividade estruturada. Finalmente, os instrutores devem mudar seus papéis de professor para facilitador e usar o conteúdo dos vídeos de PS para levar os alunos para discussões que passem do material da ficha para uma discussão de grupo mais ampla, pesquisa e reflexão ao estilo da ABP com seus pares.

Conclusão e pesquisas subsequentes

O objetivo de desenvolver o conhecimento e as habilidades de intérpretes nos serviços de saúde usando vídeos de PS tem duas faces. Certamente, trata-se de ensinar importantes conhecimentos do sistema de saúde de modo mais eficiente, eficaz e contextualizado. Também significa desenvolver a apreciação e o preparo dos alunos para as complexidades do ambiente médico e das muitas pessoas com as quais irão interagir. E ainda diz respeito aos benefícios da exposição repetida aos diálogos do serviço de saúde que facilitam as habilidades preditivas dos alunos. Se os intérpretes forem capazes de antecipar confiantemente o que ocorrerá em um diálogo médico, sua carga cognitiva diminuirá. Teoricamente, quando a carga cognitiva diminui, existe um aumento correspondente em suas capacidades cognitivas, que podem ser usadas de outras formas – oportunidades para *reflexão* e correções espontâneas, melhorias e compreensão meta-nível – fatores que desenvolvem a eficiência do intérprete. Estudos futuros devem objetivar a avaliação de tal efeito bem como determinar o valor dessa

ABP em comparação com outros métodos atualmente usados na formação de intérpretes do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2012. v. 7
- BOWEN-BAILEY, D. Just what the Doctor Ordered? Online Possibilities for Healthcare Interpreting Education. In: MALCOLM, K.; SWABEY, L. (Eds.) *In our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 2012
- CLELAND, J.; ABE, K.; RETHANS, J. The use of Simulated Patients in Medical Education: AMEE Guide No 42, *Medical Teacher*, v. 31, n.6, p.477-486, 2009.
- CREZEE, I. *Introduction to Healthcare for Interpreters and Translators*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2013.
- CROZER Keystone Health System. Disponível em: [<http://www.crozerkeystone.org/healthcare-professionals/nursing/pqrst-pain-assessment-method/>]. Acesso em: 23 Jan. 2018.
- CRUMP, C. Mental Health Interpreting: Training, Standards and Certification. In: MALCOLM, K.; SWABEY, L. (Eds.) *In our Hands: Educating Healthcare Interpreters*, Washington, DC: Gallaudet University Press, 2012
- DAS, J. *et al.* In Urban and Rural India, a Standardized Patient Study Showed low Levels of Provider Training and Huge Quality Gaps. *Health Affairs*, v. 31, n.12, p.2774-2784, 2012.
- DAVIDSON, B. The Interpreter as Institutional Gatekeeper: The social Linguistic Role of Interpreters in Spanish English Medical Discourse. *Journal of Sociolinguistics*, n. 4, p.379-405, 2000.
- DE WIT, M.; SALAMI, M.; HEMA, Z. Educating Sign Language Interpreters in Healthcare Settings: A European Perspective. In: MALCOLM, K.; SWABEY, L. (Eds.) *In our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 2012.
- DEAN, R.; POLLARD, R. Consumers and Service Effectiveness in Interpreting Work: A Practice Profession Perspective. In: MARSCHARK, M.; PETERSON, R.; WINSTON, E (Eds.). *Interpreting and Interpreter Education: Directions for Research and Practice*, New York: Oxford University Press, 2005.
- DEAN, R.; POLLARD, R. Context-Based Ethical Reasoning in Interpreting: A Demand Control Schema Perspective. *The Interpreter and Translator Trainer*, n.5, p.155-182, 2011.
- DEAN, R.; POLLARD, R. Beyond “Interesting”: Using Demand Control Schema to Structure Experiential Learning. In: MALCOLM, K.; SWABEY, L. (Eds.). *In our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 2012

DEAN, R.; POLLARD, R. *The demand control schema: interpreting as a practice profession*. North Charleston, SC: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2013.

DEAN, R.; POLLARD, R.; ENGLISH, M. Observation-Supervision in Mental Health Interpreter Training. In: MARONEY, E. (Ed.). *Conference of Interpreter trainers: Still Shining after 25 Years*. Monmouth, OR: Conference of Interpreter Trainers., 2004. pp.55-75.

DYSART-GALE, D. Communication Models, Professionalization, and the Work of Medical Interpreters. *Health Communication*, n. 17, pp.91-103, 2005.

DYSART-GALE, D. Clinicians and Medical Interpreters: Negotiating Culturally Appropriate Care for Patients with Limited English Ability. *Family Community Health*, v. 30, n.3, pp.237-246, 2007.

FERNANDEZ, A. *Intuitive Interpreting: A Spanish Medical Dictionary for the Medical Interpreter*. Coral Gables, FL: Ethnic Ethos Books, 2015.

FOGARTY, R. *Problem-Based Learning and Other Curriculum Models for the Multiple Intelligences Classroom*. Arlington Heights, IL: IRI/SkyLight Training and Publishing Inc., 1997.

FROST, M. An Analysis of the Scope and Value of Problem-Based Learning in the Education of Health Care Professionals' [Review], *Journal of Advanced Nursing*, v. 24, n.5, pp.1047-1053, 1996.

GLADWELL, M. *The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference*. Boston: Little, Brown, 2006.

HSIEH, E. Conflicts in How Interpreters Manage their Roles in Provider–Patient Interactions. *Social Science and Medicine*, n. 62, pp.721-730, 2006.

HSIEH, E. Interpreters as Co-Diagnosticians: Overlapping Roles and Services between Providers and Interpreters. *Social Science and Medicine*, n. 64, pp.924-937, 2007.

HSIEH, E. “I am not a Robot!” Interpreters' Views of their Roles in Health Care Settings. *Qualitative Health Research*, n. 18, pp.1367-1383, 2008.

KARADAQ, M.; CALISKAN, N.; ISERI, O. Effects of Case Studies and Simulated Patients on Students' Nursing Care Plan. *International Journal of Nursing Knowledge*, v 27, n.2, pp.87- 94, 2015.

LEANZA, Y. Roles of Community Interpreters in Pediatrics as Seen by Interpreters, Physicians and Researchers. *Interpreting*, n. 7, pp.167-192, 2005.

LINDHOLM, M.; HARGRAVES, L.; FERGUSON, W.; REED, G. Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. *Journal of General Internal Medicine*; v.27, n. 10, pp.1294-1299, 2012.

MAJOR, G.; NAPIER, J.; STUBBE, M. “What Happens Truly, not Textbook!?”: Using Authentic Interactions in Discourse Training for Healthcare Interpreters: In: MALCOLM, K.; SWABEY, L. (Eds.) *In our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 2012.

MAY, W.; PARK, J.; LEE, J. A Ten-Year Review of the Literature on the Use of Standardized Patients in Teaching and Learning: 1996 – 2005 *Medical Teacher*, v. 31, n. 6, pp.487-492, 2009.

MCKEACHIE, W. *McKeachie's Teaching Tips: Strategies, Research, and Theory for College and University Teachers*. Boston: Houghton Mifflin, 2002. v. 10

NICODEMUS, B.; SWABEY, L.; WITTER-MERITHEW, A. Presence and Role Transparency in Healthcare Interpreting: A Pedagogical Approach for Developing Effective Practice. *Revista Di Linguistica*, n. 11, pp.69-83, 2011.

PAROZ, S.; DAELE, A.; VIRET, F.; VADOT, S.; BONVIN, R.; BODENMANN, P. Cultural Competence and Simulated Patients, *The Clinical Teacher*, n. 13, pp.369-373, 2016.

PEDERSEN, D. *Psych Notes: Clinical Pocket Guide*. Philadelphia: F.A.Davis Company, 2008. v. 2.

POLLARD, R. Psychopathology. In: MARSCHARK, M.; CLARK, D. (Eds.). *Psychological Perspectives on Deafness* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Inc., 1998. v. 2.

ROAT, C. *Healthcare Interpreting in Small Bites*. Victoria, Canada: Trafford Publishing, 2010.

SCHÖN, D. *The Reflective Practitioner* New York: Harper and Collins, 1983.

SWABEY, L.; FABER, Q. Domains and Competencies in Healthcare Interpreting: Applications and Implications for Educators. In: MALCOLM, K.; SWABEY, L. (Eds.) *In our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 2012.

Traduzido por Larissa de Pinho Cavalcanti - laracvanti@gmail.com

Recebido em 09/03/2018

Aprovado em 24/08/2018