



**ROBBERT J. P.
DEWULF**

**ANÁLISE DO RELATÓRIO MÉDICO COMO GÉNERO
TEXTUAL E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO NA
TRADUÇÃO MÉDICA E DENTRO DO DOMÍNIO
PROFISSIONAL**



**ROBBERT J. P.
DEWULF**

**ANÁLISE DO RELATÓRIO MÉDICO COMO GÉNERO
TEXTUAL E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO NA
TRADUÇÃO MÉDICA E DENTRO DO DOMÍNIO
PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Tradução Especializada (na área da Saúde e Ciências da Vida), realizada sob a orientação científica da Prof.^a Dr.^a Maria Teresa Costa Gomes Roberto Cruz, Professora Auxiliar do Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro.

Dedico esta dissertação à minha família e amigos pelo incansável apoio.

o júri

presidente

Professora Doutora Maria Teresa Murcho Alegre
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Marília dos Santos Rua
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
(arguente)

Professora Doutora Maria Teresa Costa Gomes Roberto
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (orientadora)

agradecimentos

Agradeço à minha avó que fez de tudo para que pudesse continuar a minha formação superior.

Também não posso deixar de agradecer ao meu avô que, embora cá já não esteja, me ajudou a iniciar o meu percurso académico.

E, finalmente, agradeço aos amigos mais próximos que me apoiaram e avivaram bastante os meus estudos.

palavras-chave

Tradução médica, género textual, relatório médico, competências do tradutor médico, registo, movimentos retóricos

resumo

Esta dissertação tem o propósito de definir o relatório médico de acordo com várias perspetivas e teorias quer provenientes do mundo da análise dos géneros textuais, quer do estudo da tradução médica. A estrutura deste trabalho divide-se em quatro capítulos. O primeiro foca-se no mundo da tradução médica, tendo em conta as suas características e os seus agentes. O segundo capítulo define o género textual relatório médico de acordo com várias perspetivas e define a que se implementa neste trabalho. O terceiro capítulo aplica o que foi abordado nos dois capítulos anteriores, de modo a definir o relatório médico como um género textual. O quarto, e último capítulo, consiste na análise de quatro relatórios médicos, que foram traduzidos, também no âmbito deste trabalho, de modo a levantar problemas e dificuldades de tradução. Contudo, existe um enfoque superior na análise dos textos de partida para identificar várias características, tais como as semelhanças com a noção de escrita científica, as convenções implementadas e os movimentos retóricos aparentes.

keywords

Medical translation, text-genre, medical report, competencies of medical translator, register, rhetorical moves

abstract

This dissertation's main aim is to define the medical report through several perspectives and theories within the world of text-genre analysis and medical translation studies. The structure of this work can be broadly divided into 4 chapters. The first chapter focuses on the world of medical translation, regarding its characteristics and agents. The second chapter defines text-genre according to several perspectives and clarifies which perspective will be applied during the course of this work. The third chapter uses what has been learned from the two previous chapters and defines the genre of medical reports according to its features. The fourth, and final chapter, consists of the analysis of four different medical reports that were translated in order to identify translation problems and difficulties. However, the main focus resides in the analysis of the source texts, in order to identify several features, such as similarities with other scientific writing, the conventions implemented, and the rhetorical moves present in these medical reports.

Índice

Índice de tabelas	xii
Introdução	1
Capítulo 1 - Tradução médica	3
1.1. Caracterização da tradução médica.....	3
1.1.1. Domínios de especialidade.....	4
1.1.2. Familiarização com conceitos médicos	4
1.1.3. Terminologia	4
1.1.4. Situações comunicativas	4
1.1.5. Géneros textuais médicos	4
1.1.6. Fontes de informação	5
1.1.7. Qualidade dos textos	5
1.1.8. Normas éticas.....	5
1.2. Competências do tradutor médico	6
1.2.1. Linguísticas e de escrita	6
1.2.2. Comunicativas e culturais.....	7
1.2.3. Conceptuais na medicina	7
1.2.4. De transferência	7
1.2.5. De pesquisa de informação	8
1.2.6. Profissionais	8
1.2.7. Atitude	8
Capítulo 2 - Género textual	9
2.1. Caracterização de género textual segundo Bhatia	10
2.2. Colónias de géneros textuais.....	11
2.3. Géneros textuais dentro da tradução médica, segundo Montalt.....	12

Capítulo 3 - Relatório médico	15
3.1. Relatório médico como género textual.....	16
3.2. Subgéneros de relatório médico	16
3.3. Contexto do relatório médico	18
3.4. Texto do relatório médico	18
3.4.1. Estrutura do texto científico e do relatório médico	18
3.4.2. Registo do relatório médico.....	19
3.5. Relatório médico vs. relatório de caso clínico – desambiguação.....	21
Capítulo 4 – Análise de um conjunto de relatório médicos.....	23
4.1. Metodologias implementadas	23
4.1.1. Metodologia de tradução.....	23
4.1.2. Metodologia de análise dos textos de partida	24
4.2. Ferramentas aplicadas	25
4.2.1. MemoQ 8.3	25
4.2.2. Adobe Acrobat Reader Pro 18.11	26
4.2.3. Antconc 3.5.7	26
4.2.4. Stanford Log-linear Part-Of-Speech Tagger 3.9.1.....	27
4.3. Passos seguidos na análise dos textos como género textual.....	27
4.3.1. Contexto situacional	27
4.3.2. Verificação da literatura existente	27
4.3.3. Aprimoramento do contexto situacional/contextual	28
4.3.4. Seleção do corpus.....	28
4.3.5. Estudo do contexto institucional.....	28
4.3.6. Análise dos relatórios médicos.....	28
4.3.7. Extração de informação disposta por especialistas.....	29

4.4. Relatórios traduzidos	29
4.4.1. Relatório 1 – Relatório de história clínica e de exame físico	29
4.4.2. Relatório 2 – Relatório de radiologia ou de diagnóstico imagiológico .	31
4.3.3. Relatório 3 – Relatório cirúrgico	33
4.4.4. Relatório 4 – Relatório de patologia	34
4.4.5. Comentário geral às traduções	35
4.4.6. Problemas e dificuldades de tradução	38
4.5. Aspectos gráficos dos relatórios médicos.....	47
4.5.1. Aspectos gráficos comuns	47
4.5.2. Conflitos com o uso comum português	48
4.5.3. Outros aspectos gráficos relevantes	48
4.6. Aspectos do texto dos relatórios médicos	49
4.6.1. Enfoque, ou não enfoque, no doente	49
4.6.2. Uso dos tempos verbais	50
4.6.3. Semelhanças com o registo científico	52
4.7. Movimentos retóricos.....	53
Considerações finais	59
Referências	63
Anexo A – Relatório de história clínica e de exame físico	66
Texto de partida 1/2.....	66
Texto de chegada 1/2	67
Texto de partida 2/2.....	68
Texto de chegada 2/2	69
Anexo B – Relatório de radiologia	70
Texto de partida 1/1	70

Texto de chegada 1/1	71
Anexo C – Relatório cirúrgico.....	72
Texto de partida 1/2.....	72
Texto de chegada 1/2	73
Texto de partida 2/2.....	74
Texto de chegada 2/2	75
Anexo D – Relatório de patologia.....	76
Texto de partida 1/1	76
Texto de chegada 1/1	77

Índice de tabelas

<i>Tabela 1 Problema de siglas e acrónimos - acrónimo (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).....</i>	<i>38</i>
<i>Tabela 2 Problema de siglas e acrónimos - sigla (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).....</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 3 Problema de siglas e acrónimos - abreviaturas (à esquerda) e traduções (à direita), ocorrências no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 4 Problema de referência cultural – nomes e designações profissionais (à esquerda) e traduções (à direita), ocorrências em vários relatórios (Anexo A, Anexo B e Anexo C).....</i>	<i>40</i>
<i>Tabela 5 Problema de referência cultural – segmento do texto de partida (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).....</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 6 Problema de referência cultural – segmento do texto de partida com unidades de medida (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).....</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 7 Problema de referência cultural – segmento que refere o doente (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).....</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 8 Problemas terminológicos – termos do texto de partida (à esquerda) e traduções (à direita), ocorrências em todos os relatórios (Anexo A-D).</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 9 Problema terminológico – termo do texto de partida (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de radiologia e de diagnóstico imagiológico (Anexo B). ..</i>	<i>44</i>
<i>Tabela 10 Problema terminológico – segmento com termos problemáticos (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório cirúrgico (Anexo C).</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 11 Dificuldades de tradução - segmentos dos textos de partida (Anexos A, B e C), com as traduções antes de validação e com as alterações após validação.</i>	<i>46</i>
<i>Tabela 12 Exemplo de uso de maiúsculas em relatórios médicos. Ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).....</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 13 Ocorrências de tempos verbais extraídos com recurso ao Stanford Log-linear Part-Of-Speech Tagger.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabela 14 Movimentos retóricos dentro do relatório de história clínica e de exame físico</i>	<i>55</i>

<i>Tabela 15 Movimentos retóricos dentro do relatório de radiologia ou de diagnóstico imagiológico.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabela 16 Movimentos retóricos dentro do relatório cirúrgico</i>	<i>57</i>
<i>Tabela 17 Movimentos retóricos dentro do relatório de patologia</i>	<i>58</i>

Introdução

Esta dissertação aborda o relatório médico, sendo este um documento comum aos profissionais dentro dos sistemas de saúde pelo mundo inteiro. Contudo, para o tradutor, este é um documento que apresenta um conjunto de desafios, representa uma responsabilidade e, no caso desta dissertação, um objeto de estudo. Esta dissertação, com características teóricas e práticas, visa contextualizar o relatório médico dentro do mundo da tradução médica e, ao caracterizar este mundo e os seus participantes, procura definir o relatório médico segundo um enquadramento teórico, a teoria dos géneros textuais, e, por fim, pretende problematizar o relatório médico do ponto de vista da tradução. Com estes objetivos em mente, este trabalho encontra-se dividido numa primeira parte, com três capítulos, de contextualização teórica e numa segunda parte, com uma vertente mais prática, na qual se irá apresentar informação extraída que caracterize este género textual a partir de quatro relatórios médicos traduzidos para esta dissertação (Anexos A, B, C e D), também se fará um levantamento dos problemas e dificuldades de tradução que se encontraram.

O primeiro capítulo descreve a tradução médica, uma tipologia especializada de tradução, e o que a distingue dos outros domínios de tradução especializada, faz também uma caracterização do tradutor médico e as competências que apresenta. Entenda-se tradução como o processo em que se transforma um texto original (texto de partida), com uma língua de partida, para um texto de chegada numa língua de chegada que é diferente da de partida (Munday, 2016). E, finalmente, defina-se a tradução especializada como a tradução que aborda textos que implicam conhecimentos específicos sobre o que tratam, neste caso conhecimentos de medicina e de terminologia especializada, que têm um propósito comunicativo particular e um público-alvo específico (Scarpa, 2008, cit. em Palumbo, 2009, p. 108).

O segundo capítulo trata a teoria do género textual ao apresentar definições segundo vários autores e, em seguida, ao abordar, de forma aprofundada, com base na obra de Bhatia (2004), a teoria de género textual e a existência de colónias de géneros textuais.

O terceiro capítulo aborda o relatório médico em concreto ao descrevê-lo de acordo com os seus subgéneros, o seu contexto e o seu texto, tal como a sua organização e o seu registo. Este capítulo apresenta também uma desambiguação entre relatórios médicos e relatórios de caso clínico.

Por último, o quarto capítulo, que é a segunda parte deste trabalho irá abordar os textos traduzidos para esta dissertação, dos quais se irá extrair o máximo de informação de modo a caracterizá-los como elementos pertencentes ao género textual em estudo. Dentro da informação extraída, destaca-se a identificação de dificuldades e problemas de tradução, a descrição dos aspetos gráficos e textuais, bem como a interpretação dos movimentos retóricos inseridos nos relatórios médicos abordados.

Realizou-se esta dissertação devido a um interesse pessoal no relatório médico, por ser um texto frequentemente abordado e que sempre apresentou várias dificuldades e problemas de tradução interessantes. Acima de tudo, considerou-se que o relatório médico está sub-representado como objeto de estudo no domínio dos estudos de tradução e que um maior número de abordagens a este género textual pode eventualmente enriquecer o mundo da tradução médica, bem como o da análise dos géneros textuais.

Capítulo 1 - Tradução médica

Antes de se abordar diretamente os relatórios médicos como gênero textual é necessário contextualizá-lo em relação à comunidade de utilizadores e o seu local de implementação. A tradução médica aborda vários gêneros textuais diferentes, disseminados tendo em vista vários fins, tais como de investigação, quando se tratam de dissertações, revistas e relatórios de casos clínicos, pedagógicos, no caso dos folhetos informativos ao doente, manuais e enciclopédias, a comercialização, quando se trata de anúncios a medicamentos, contratos, catálogos e, finalmente, para fins profissionais, tal como as diretrizes clínicas, consentimentos informados e, claro, os relatórios médicos (Montalt & González-Davies, 2007, pp. 29-31). Isto também leva à existência de um leque variado de clientes do setor público, que inclui instituições internacionais (e.g. a Comissão Europeia), agências governamentais (e.g. a Direção-Geral da Saúde), universidades, instituições de investigação e até hospitais e serviços de saúde, e inclui também clientes do setor privado, tal como laboratórios farmacêuticos, editoras do setor da saúde, hospitais privados, fabricantes de aparelhos médicos, criadores de software médico, empresas de biotecnologia e profissionais de saúde particulares (Montalt & González-Davies, 2007, pp. 26-27).

1.1. Caracterização da tradução médica

A tradução médica partilha imensas características com outros tipos de tradução: é uma atividade profissional determinada pelos documentos que trata; envolve a adaptação de diferenças culturais; os tradutores utilizam ferramentas semelhantes; a função é de estabelecer um elo de comunicação entre comunidades linguísticas (Montalt & González-Davies, 2007, p. 19).

Todavia, segundo Montalt & González-Davies (2007, pp. 19-22), a tradução médica distingue-se dos outros domínios de tradução especializada através:

- Dos seus domínios de especialidade;
- Da necessidade de familiarização com conceitos médicos;
- Da sua terminologia;
- Das situações comunicativas que apresenta;
- Dos seus gêneros,
- Das fontes de informação necessárias;

- Da qualidade dos textos;
- Das normas éticas a seguir.

1.1.1. Domínios de especialidade

A tradução médica aborda vários domínios de especialidade, como a medicina interna, a obstetrícia e a ginecologia, a ortopedia, a pediatria, a psiquiatria, a cirurgia e a farmacologia. O facto de existir esta variedade de domínios médicos implica um conjunto de desafios diferentes de acordo com a temática do texto de partida (Montalt & González-Davies, 2007, pp. 19-20).

1.1.2. Familiarização com conceitos médicos

É referido que a compreensão factual é importante em qualquer tipo de tradução. Todavia, existe uma divergência quanto às prioridades quando se realiza a tradução médica. A precisão e o rigor factual devem ser o principal foco do tradutor médico, em detrimento de outras questões, como elementos estilísticos (Montalt & González-Davies, 2007, p. 20).

1.1.3. Terminologia

A terminologia médica inclui termos que identificam partes anatómicas, doenças, síndromes, substâncias ativas e equipamentos médicos. Logo, é vital a capacidade de resolução de problemas de teor terminológico. Por exemplo, podemos encontrar problemas ao nível de neologismos, sinonímia, polissemia e inadequação de registo (Montalt & González-Davies, 2007, pp. 20-21).

1.1.4. Situações comunicativas

São várias as situações comunicativas nas quais é necessária a tradução médica, pois estas não se resumem apenas à comunicação entre investigadores, médicos e restantes profissionais de saúde. Os textos médicos também apresentam interações que envolvem imensos participantes, tal como os próprios doentes e o público-geral (Montalt & González-Davies, 2007, p. 21).

1.1.5. Géneros textuais médicos

A tradução médica é também um domínio rico em géneros textuais, compreendendo artigos de investigação, guias clínicos, manuais para universitários, brochuras,

comunicados de imprensa, documentários e relatórios médicos. Montalt & González-Davies (2007, p. 21) reforçam que a tradução médica não se restringe apenas a géneros especializados, podendo integrar géneros textuais de cariz mais generalista.

1.1.6. Fontes de informação

Para o tradutor médico, um dos maiores problemas que irá encontrar poderá ser a compreensão factual previamente referida. Para contrabalançar este facto é necessário que o tradutor tenha ao seu dispor imensas ferramentas de pesquisa. Contudo, mesmo numa era em que a informação está à distância de um clique, não é fácil encontrar fontes fiáveis que permitam ao tradutor elucidar-se em relação aos textos que tem de tratar. Por isso, Montalt & González-Davies (2007, pp. 21-22) destacam a necessidade de criar uma lista de fontes, construir glossários e consultar documentos de investigação para o tradutor médico conseguir dominar os textos de partida e, por conseguinte, produzir textos de chegada de qualidade.

1.1.7. Qualidade dos textos

A qualidade dos textos pode ser uma barreira a ultrapassar durante a tradução. Frequentemente, os profissionais de saúde não são escritores exímios e/ou não estão a escrever na sua língua nativa. Outra questão a ter em conta é o facto de, por vezes, os textos médicos encontrarem-se inacabados ou terem hiatos de conteúdo e truncagens, devido ao facto de se destinarem apenas ao serviço ou ao contexto de uso (Montalt & González-Davies, 2007, p. 22). Um tradutor, quando não é também um profissional de saúde, pode ver-se impossibilitado, ou, no mínimo, terá dificuldades, em compreender o texto com facilidade e isto, conseqüentemente, isto pode dar origem a erros no texto de chegada.

1.1.8. Normas éticas

A tradução médica partilha as considerações de responsabilidade e de ética médicas. É importante ter em conta que o texto de partida poderá conter dados importantes sobre a saúde de um doente ou de uma população de doentes. Portanto, a precisão e veracidade da informação transposta para o texto de chegada é fundamental. Montalt & González-Davies (2007, p. 22) destacam que os tradutores médicos devem proteger a privacidade dos registos e consentimentos informados dos doentes, dos documentos que tratam fármacos em desenvolvimento ou de patentes. Acrescentam também que os tradutores

médicos devem promover a empatia e o respeito em relação às pessoas portadoras de deficiências e considerar o impacto das questões de saúde na cultura de chegada (Montalt & González-Davies, 2007, p. 22).

1.2. Competências do tradutor médico

O tradutor médico tem um leque de competências ao seu dispor. Não só existem abordagens por parte de autores diferentes às questões das competências do tradutor médico, mas também a quem deve fazer a tradução médica. Por exemplo, O'Neill (1998, p. 69) refere o facto de tanto os tradutores médicos, como os profissionais de saúde realizarem a tradução médica e caracteriza-os. Primeiramente, refere que os profissionais de saúde adquirem, durante a sua formação, as mesmas bases (e.g. biologia, química, bioquímica e anatomia) e, por conseguinte, adquirem a linguagem da profissão. Todavia, o desenvolvimento da competência de escrita não costuma encontrar-se no currículo dos programas de formação em saúde. Em contraste, os tradutores adquirem conhecimentos linguísticos durante a sua formação e, se se especializarem, poderão absorver os conhecimentos fundamentais do domínio médico. Para além disto, adquirem também metodologias tradutológicas, bem como conhecimentos de ferramentas de tradução, que lhes fornecem um conjunto de competências que os podem ajudar na produção de boas traduções.

A caracterização suprarreferida já fornece algumas das competências que o tradutor médico deve apresentar. Contudo, para o propósito de compreender melhor as competências do tradutor médico, Montalt & Gonzalez-Davies (2007, pp. 36-41) propõem as seguintes competências:

1.2.1. Linguísticas e de escrita

Montalt & González-Davies (2007, pp. 36-37) propõem competências linguísticas e de escrita que o tradutor médico deve possuir. Estas incluem, por exemplo, conhecer os géneros textuais (e.g. os mais frequentes, as convenções, as normas de estilo aplicadas e os seus registos), os conhecimentos terminológicos (e.g. substâncias ativas, processos de formação dos termos, abreviaturas, entre outros.), os conhecimentos de metáforas e as fraseologias utilizadas nos diferentes domínios médicos. Além disso, referem a necessidade de o tradutor ser versátil, sensato e criativo durante a escrita, pois deve ser capaz de simplificar ou de tornar textos adequados para a leitura pelo público-geral, implementar metáforas aceites pela comunidade médica para este contexto e saber

neutralizar a língua, i.e., criar uma tradução que evita as variações geográficas da língua de chegada de modo a ser lido em qualquer região ou país falante da língua quando assim lhe é exigido, por exemplo, a redação de um folheto informativo ao doente que possa ser disseminado tanto em Portugal, como em todos os outros países falantes de português.

1.2.2. Comunicativas e culturais

Nestas competências, Montalt & González-Davies (2007, pp. 37-38) incluem a familiarização com os leitores (e.g. as suas motivações e expectativas) e a utilização desta familiarização para lhes proporcionar um texto de chegada adequado. Os autores anteriormente referidos preconizam que o tradutor médico deve conhecer as comunidades nas quais se insere o texto de chegada (e.g. normas implícitas e explícitas, participantes, autores, organizações, tipos de publicações existentes, entre outros), de modo a poder recorrer a esse conhecimento quando precisa de adequar o texto de chegada ao contexto em que se inserirá. Adicionalmente, referem que o tradutor médico deve também conhecer as normas de estilo, legais e culturais impostas nos textos de chegada, como, por exemplo, a conversão de medidas e a apresentação das casas decimais na língua de chegada. Estas competências aparentam servir para que o tradutor médico possa antever o efeito que o texto de chegada irá surtir na respetiva cultura de chegada.

1.2.3. Conceptuais na medicina

Montalt & González-Davies (2007, pp. 40-41) incluem nestas competências os conhecimentos conceptuais sobre os vários domínios da medicina (e.g. bioquímica, biologia molecular, psicologia e psiquiatria, saúde pública, entre outros.). Estas competências também implicam noções de anatomia, de histologia, dos mecanismos das doenças, dos efeitos terapêuticos e adversos das substâncias ativas, dos métodos de exame aplicados, das ferramentas utilizadas e de estatística para apresentação de resultados.

1.2.4. De transferência

O tradutor médico é um agente no processo de transferência de informação entre línguas e culturas. Montalt & González-Davies (2007, pp. 40-41) referem, dentro das competências de transferência, a capacidade de garantir que não existam alterações factuais durante a transferência e que exista veracidade e coerência interna no texto de chegada. A capacidade de transferir informação entre géneros diferentes, implementar convenções,

avaliar e autoavaliar são considerados pelos autores referidos uma mais-valia para o tradutor médico. E, além disso, indicam que o tradutor médico deve possuir conhecimentos em relação a estratégias e metodologias de tradução, e ser capaz de antecipar, evitar, detetar e corrigir os erros mais frequentes da tradução médica.

1.2.5. De pesquisa de informação

O tradutor médico é um profissional com vários recursos ao seu dispor, i.e., possui a capacidade de encontrar, extrair e filtrar informação médica (e.g. terminologia, normas de estilo, textos). Montalt & González-Davies (2007, pp. 41-42) referem nestas competências a capacidade de conseguir aplicar todos os recursos ao seu dispor, tal como motores de pesquisa, dicionários médicos, atlas e enciclopédias. Além disso, referem o conhecimento de quais as principais bases de dados de informação, publicações e organizações que redigem e que distribuem informação do domínio médico. E, finalmente, os autores referidos sugerem que o tradutor médico reconheça os especialistas do domínio como uma possível fonte de informação.

1.2.6. Profissionais

Estas competências são inerentes ao bom profissional, Montalt & González-Davies (2007, p. 42) indicam que estas competências incluem a capacidade de analisar o mercado e implementar ferramentas específicas de tradução. No que trata a interação com os seus clientes, a capacidade de comunicar com fluência, a obtenção de informação e a negociação de soluções terminológicas. E, no geral, definem o tradutor médico profissional como rigoroso no cumprimento de prazos e como alguém que trabalhar em equipa.

1.2.7. Atitude

O tradutor médico é um profissional capaz de se autoavaliar e de gerir as suas emoções. Montalt & González-Davies (2007, pp. 41-42) referem a vontade de o tradutor médico aprender e de se manter atualizado quer no domínio da tradução médica, quer nos estudos de tradução. Além disso, incluem a capacidade de se manter motivado, de gerir riscos e de manter relações interpessoais saudáveis com os clientes e colegas. Mais que tudo, referem que o tradutor precisa de compreender a sua identidade profissional num meio dominado pelos profissionais de saúde. Por fim, sugerem que o tradutor médico com uma boa atitude é aquele que é capaz de reconhecer os seus pontos fortes e fracos, bem como possuir uma memória ágil e flexível.

Capítulo 2 - Género textual

O género textual é estudado quer na análise do discurso, quer nos estudos de tradução, sendo abordado por diversos autores.

Mona Baker (1992, p. 302), teórica dos estudos de tradução, define género textual como um conjunto de textos, escritos ou orais, que se encontram institucionalizados de forma a que uma dada comunidade de falantes o considera como sendo do mesmo tipo.

Paul Baker & Sibonile Ellece (2011, p. 53) recorrem a vários autores, que vão sendo citados, para definir género textual como uma categorização – normalmente subjetiva e sujeita a ser desconstruída em subgéneros (e.g. ficção, histórica, romance, *western*, entre outros) – de um tipo de texto ou prática social em particular. Referem-se a Bakhtin (1986, cit. em Baker & Ellece, 2011, p. 53), que considera a existência de géneros de fala, i.e., formas de fala ou de escrita socialmente especificadas que as pessoas, em conjunto, utilizam, manipulam e combinam. Também apresentam a definição de Fairclough (1995, p. 14, cit. em Baker & Ellece, 2011, p. 53) que considera género textual como sendo uma forma social ratificada de usar a língua numa atividade social em particular e, mais tarde, considera géneros textuais como formas diferentes de interagir discursivamente (2003, p. 26, cit. em Baker & Ellece, 2011, p. 53).

Palumbo (2009, p. 53) recorre a vários autores que vão sendo citados para definir género textual. Refere a definição de Hatim & Mason (1997, p. 218, cit. em Palumbo, 2009, p. 53) que definem género textual como uma forma convencionada de textos associados com tipos de situações sociais particulares. Os autores frisam a importância de considerar o género específico de um texto durante o processo de tradução, pois interessa estudar a estrutura retórica do texto e outros aspetos específicos do género textual. Palumbo acrescenta que, nos estudos de tradução, utiliza-se com maior frequência a classificação por tipos de texto, especialmente quando se fala em textos não-literários. No entanto, também refere que alguns autores (House, 1997, cit. em Palumbo, 2009, p. 53) consideram o conceito de tipo de texto demasiado vago e que o termo género textual consegue englobar melhor a relação entre um dado texto e a classe de textos com quais partilha um propósito comunicativo. Os teóricos dos estudos de tradução também implementaram o conceito de género textual noutras formas, tal como estudos da integridade dos géneros textuais após serem traduzidos ou consideraram se as traduções são já por si só um género textual diferente (James, 1989, cit. em Palumbo, 2009, p. 53).

Swales (1990, p. 58) considera que género textual abrange uma classe de eventos comunicativos, cujos participantes partilham um conjunto de propósitos comunicativos. Estes propósitos são reconhecidos pelos membros mais experientes da comunidade discursiva e, assim, constituem a lógica do género textual. Esta lógica determina a estrutura esquemática do discurso e influencia e limita a escolha de conteúdo e o estilo a implementar. Indica também que o propósito comunicativo é tanto um critério privilegiado, como aquilo que permite manter o foco de um género textual numa ação retórica. Refere que, além do propósito, os géneros textuais exibem vários padrões de semelhança em termos de estrutura, estilo, conteúdo e público-alvo. Ou seja, existe um conjunto de expectativas criadas pela comunidade discursiva que têm de ser realizadas para que um texto possa ser considerado prototípico de um género textual. Além disso, acrescenta que os nomes próprios atribuídos aos géneros textuais pela comunidade praticante do discurso estão sujeitos a alterações quando analisados segundo uma ótica de análise de género textual.

A presença das abordagens suprarreferidas ao género textual serve para demonstrar o dinamismo deste conceito e indicar que não existe uma única forma correta de abordar esta questão. Para além destas abordagens, existe também a de Bhatia, (2004), que é a mais prevalente neste trabalho e que se encontra definida no subcapítulo seguinte.

2.1. Caracterização de género textual segundo Bhatia

Bhatia aborda a questão do género textual de forma extremamente aprofundada na sua obra (2004, pp. 26-27) e explica que:

- Os géneros textuais são eventos comunicativos reconhecíveis, marcados por um conjunto de propósitos comunicativos identificáveis e mutualmente compreendidos pelos membros da comunidade profissional ou académica em que ocorrem regularmente;
- São conceitos altamente estruturados e convencionados, com limites nas contribuições possíveis quanto à intencionalidade e à forma. Também possuem limites no emprego de elementos léxico-gramaticais para atribuir valor discursivo às características formais do texto;
- Os membros estabelecidos numa dada comunidade profissional têm um conhecimento muito superior dos géneros textuais nela implementados em comparação aos membros mais recentes ou terceiros;

- Apesar de poderem ser considerados conceitos convencionados, membros experientes da comunidade são capazes de explorar os recursos do género textual para transmitir intenções privadas ou da organização;
- Refletem culturas profissionais ou de domínio, i.e., focam-se em ações sociais que ocorrem dentro de um contexto profissional, institucional ou inerente ao domínio;
- Todos os géneros textuais profissionais ou de um domínio têm a sua própria integridade, que pode ser identificada ao fazer referência a um conjunto de fatores textuais, discursivos e contextuais.

As características referidas acima permitem estabelecer uma ideia mais concreta do que é considerado um género textual. Destaca-se também que Bhatia (2004, p. 29) refere que não se deve cair no erro de se considerar os géneros textuais como entidades estáticas e isoladas. Pelo contrário, afirma que são entidades dinâmicas que podem partilhar características com outros géneros textuais, que podem ser interdisciplinares e que tendem a evoluir de modo a corresponder às necessidades da comunidade em que se encontram implementados. Bhatia (2004, pp. 34-37) refere também a existência de conceitos que têm intersecção com o de género textual, tal como o conceito de registo e de temática. Faz uma desambiguação dos mesmos, ao indicar que a temática apresenta conteúdo e representa o domínio de conhecimento, i.e., os conhecimentos que o leitor deve possuir para poder compreender o texto. Já o registo incorpora os elementos da linguagem que representam essa temática, como, por exemplo, o nível de formalidade de um texto. Em contraste, os géneros textuais não estão limitados a um domínio de conhecimento. Por exemplo, um manual encontra-se presente tanto na medicina, como no direito, com registos e temáticas diferentes, mas o género textual é o mesmo, i.e., o género textual “manual”.

2.2. Colónias de géneros textuais

É vital abordar, de forma aprofundada, a questão das colónias de género textual de modo a abrir caminho à abordagem do relatório médico neste contexto. De acordo com Bhatia (2004, pp. 65-96), colónias de géneros textuais são géneros textuais com uma abrangência muito maior e que são classificadas pelo seu propósito comunicativo, i.e., são como supergéneros textuais que englobam muitos subgéneros em função do seu propósito comunicativo, que é partilhado por todos dentro deste conjunto. Estas colónias ultrapassam barreiras institucionais, académicas e de domínio. Bhatia apresenta três tipos de colónias

de géneros textuais, sendo estes os promotores (*promotional genres*), os introdutores académicos (*academic introductions genres*) e os relatores (*reporting genres*).

Os géneros textuais dentro da colónia dos promotores partilham o propósito de promover e de convencer o leitor a tomar uma decisão, a adquirir um produto ou a adotar um comportamento. Incluem-se nesta colónia, por exemplo, anúncios de rádio e de televisão, currículos e anúncios classificados (Bhatia, 2004, pp. 67-74). A tradução médica aborda muitos destes géneros textuais, pois existem, por exemplo, brochuras, resumos das características do medicamento e, até, anúncios de medicamentos, em todos os meios, cujos principais propósitos comunicativos aparentam ser o de convencer o público-alvo a adotar um determinado comportamento quer seja o de alterar um hábito de saúde (e.g. campanhas antitabágicas), quer seja o de adquirir um produto.

Os géneros textuais dentro da colónia dos introdutores académicos centram-se na intenção comunicativa de introduzir o evento comunicativo seguinte. Nesta colónia incluem-se não só os mais óbvios, como a introdução de uma tese ou de um livro, mas também a ação de apresentar um amigo ou um locutor num simpósio (Bhatia, 2004, pp. 75-91). O tradutor médico poderá encontrar textos deste género quando traduz, por exemplo, introduções a estudos clínicos e dissertações médicas, que apresentam o propósito de introduzir um estudo ou dissertação.

Finalmente, os géneros textuais dentro da colónia dos relatores têm o propósito comunicativo partilhado de relatar informação e tendem a fazê-lo de forma factual, objetiva e distante. Abrangem, por exemplo, as notícias de jornal, os relatórios técnicos, os relatórios de negócios e relatórios de acidentes (Bhatia, 2004, pp. 92-96). Relativamente aos géneros textuais abordados na tradução médica, nesta colónia situam-se, por exemplo, os relatórios médicos, os relatórios de casos clínicos e os relatórios epidemiológicos, cujos propósitos comunicativos poderão ser considerados como sendo os de relatar uma situação relacionada com a saúde de um indivíduo ou mesmo de uma população.

2.3. Géneros textuais dentro da tradução médica, segundo Montalt

No que trata precisamente os géneros textuais tratados na tradução médica, Montalt (2011, pp. 80-81) faz uma abordagem a esta questão e classifica os textos médicos de acordo com a sua função:

- Géneros de investigação – que incluem documentos redigidos por investigadores para comunicar descobertas e para apresentar argumentos. Nestes incluem-se artigos originais, casos clínicos, teses, entre outros;
- Géneros profissionais – que incluem documentos utilizados pelos profissionais de saúde no seu dia a dia de trabalho. Nestes incluem-se diretrizes clínicas, resumos das características de um produto, classificações de doenças, nomenclaturas, *vademecums*, todos os documentos que incluem historiais clínicos, entre outros;
- Géneros pedagógicos – que incluem documentos utilizados no ensino e na aprendizagem em vários contextos, desde cursos universitários a situações de cariz mais doméstico. Nestes incluem-se manuais de ensino, fichas informativas, folhetos informativos, artigos para o público geral, entre outros;
- Géneros comerciais – que incluem documentos aplicados na venda e compra de produtos ou serviços. Incluem anúncios de medicamentos, catálogos de equipamentos médicos, documentos destinados à imprensa acerca de novos medicamentos, entre outros.

As diferentes abordagens ao género textual não são necessariamente mutuamente exclusivas e a compreensão das mesmas permite estabelecer um panorama geral do estado da arte nesta matéria. Pode também observar-se que autores com bases teóricas diferentes fazem abordagens igualmente diferentes ao mundo dos géneros textuais, contudo mantém-se a intenção de procurar agrupar situações comunicativas que partilham certas características de modo a poderem ser estudados. Em particular, a tradução, devido ao facto de implicar uma metodologia e um produto, consegue englobar uma variedade de abordagens que contêm diversos níveis de análise, quer sejam do ponto de vista linguístico ou discursivo. A tradução também permite a análise dos textos de acordo com várias perspetivas contextuais, por representar uma transferência cultural, ao inserir um texto, que provém de um contexto de partida, num contexto de chegada. Em suma, cada autor, teórico ou tradutor pode enriquecer o mundo da tradução com as suas abordagens aos textos quer de acordo com metodologias já estabelecidas, quer segundo um novo modelo de análise por estes criados.

Capítulo 3 - Relatório médico

Tendo sido estabelecidos o contexto profissional e a base teórica que o rodeia, realizar-se-á neste ponto a relação destes conceitos com o próprio relatório médico. Não existem muitas definições de relatório médico em vigor, nem muitos estudos especializados especificamente sobre este género textual, sendo o enfoque usual mais centralizado nos relatórios de casos clínicos, que irão ser referidos adiante (ver 3.5. *Relatório médico vs. relatório de caso clínico – desambiguação*). Todavia, num documento escrito por profissionais de saúde, encontrou-se a seguinte definição:

A medical report is a document, written by a medical professional, that contains information relating to a patient. (Malaysian Medical Council, 2006, p. 17)

Apesar da simplicidade da definição apresentada, é possível fazer algumas deduções a partir da mesma: é redigido por profissionais de saúde (quem escreve); trata as informações de um doente (sobre quem). Estas são duas constantes em todos os relatórios médicos. Sabe-se também que pertence ao domínio de conhecimento das ciências da saúde e que circula dentro de sistemas relacionados com a saúde (onde). Todavia, o que esta definição não aborda é para quem o relatório médico é dirigido. Normalmente, é redigido após um evento relacionado com a saúde do doente quer seja, por exemplo, uma consulta de rotina ou um procedimento cirúrgico, e contém informação relevante ao evento ocorrido e tende a ser atribuído ao doente para apresentar posteriormente a, por exemplo, outros profissionais de saúde ou a entidades seguradoras no domínio da saúde.

Não é inteiramente possível afirmar que existe um padrão relativamente à forma como a informação é estruturada quando o relatório médico é redigido, pois, pelo que se observa, a estrutura varia de acordo com os parâmetros estabelecidos quer pelo próprio profissional de saúde, quer pelo estabelecimento de saúde para qual trabalha. Contudo, independentemente das variantes, os relatórios médicos tendem a apresentar informação estruturada, frequentemente por tópicos, sobre o estado de um doente, um registo caracteristicamente médico e terminologia especializada. Costumam incluir também os dados pessoais do doente, o nome e o cargo do profissional de saúde que assistiu o doente e a data em que ocorreu o evento de saúde relatado e/ou a duração do internamento hospitalar, quando for o caso.

3.1. Relatório médico como género textual

Uma das primeiras dúvidas que surgiram antes de iniciar esta dissertação foi como contextualizar o relatório médico dentro dos géneros textuais. Primeiro, considerou-se o relatório médico como um género textual por si só. No entanto, após a leitura da obra de Bhatia (2004) e a sua referência às colónias de géneros textuais (2004, pp. 65-96), foi possível considerar o relatório médico como uma parte de um todo, tratando-se este todo da colónia dos géneros textuais relatores (*reporting genres*), cujos géneros textuais partilham o propósito comunicativo de informar. Esta abordagem traz também a vantagem de permitir contextualizar o relatório médico num mundo com uma vasta riqueza de textos.

3.2. Subgéneros de relatório médico

Considere-se o relatório médico como um género textual que se inclui dentro de uma colónia de géneros relatores, mas que também engloba vários outros subgéneros textuais que podem ser considerados como variantes de relatórios médicos que podem apresentar ligeiras alterações em termos da estrutura e função. O manual de transcrição médica, intitulado *Hillcrest Medical Center: Beginning Medical Transcription* (Ireland & Stein, 2010, pp. 14-16), de onde foram retirados os textos traduzidos para este trabalho, apresenta os seguintes exemplos de relatórios médicos:

- Relatório de história clínica e de exame físico (*History and Physical Examination*) – este relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte, que configura a história clínica, é utilizada para apresentar informações sobre a história médica, cirúrgica, familiar, social e de saúde mental do doente, bem como informações sobre a toma atual de medicamentos e alergias. A segunda parte, que configura o exame físico, aborda dados obtidos pelo profissional de saúde durante a realização do exame físico, tais como sinais vitais, resultados de análises à urina e ao sangue e outras observações realizadas pelo profissional de saúde. Esta parte pode incluir também uma avaliação dos sistemas para determinar a origem de uma dada condição. Caso o doente dê entrada hospitalar, este será o primeiro relatório a ser elaborado e/ou consultado;
- Relatório de radiologia ou diagnóstico imagiológico (*Diagnostic Imaging or Radiology Report*) – tem como função apresentar e interpretar os resultados obtidos a partir de um ou mais exames imagiológicos;

- Relatório cirúrgico (*Operative Report*) – realizado após uma intervenção cirúrgica, este relatório é transmitido a outros profissionais de saúde, com os quais o doente irá interagir, de maneira a permitir compreender a situação do doente de forma detalhada;
- Relatório de patologia (*Pathology Report*) – surge após a análise de uma amostra de tecido obtida a partir do doente. Geralmente, contém uma descrição do tecido ao olho nu e ao microscópio realizada pelo profissional de saúde, assim como um eventual diagnóstico final a partir dos dados obtidos;
- Relatório de consulta médica (*Consultation*) – normalmente é elaborado por um médico especialista após o reencaminhamento do doente por parte de outro profissional de saúde. Tem como objetivo obter uma segunda opinião de maneira a estabelecer um diagnóstico com maior precisão ou para construir um plano de tratamento mais completo. Pode conter informações sobre, por exemplo, planos de tratamento ou de cirurgia, bem como prognósticos;
- Relatório de alta hospitalar (*Discharge Summary*) – elaborado após alta hospitalar, este relatório contém informações sobre o diagnóstico de admissão, os procedimentos cirúrgicos realizados, os exames laboratoriais e radiológicos, as consultas, o período de internamento, as instruções de cuidados continuados, o prognóstico, o diagnóstico de alta hospitalar e, talvez, uma data para uma futura consulta;
- Relatório de óbito (*Death Summary*) – elaborado no caso da morte de um doente. É estruturalmente semelhante ao relatório de alta hospitalar, distinguindo-se pela inclusão da data e hora do óbito. Pode conter informação acerca da autorização por parte dos familiares em relação a uma possível autópsia. Além disso, pode referir que foi feito um pedido de não reanimação por parte do doente ou dos familiares mais próximos. É possível que contenha a causa da morte se esta for determinada na hora de óbito;
- Relatório de autópsia (*Autopsy Report*) – elaborado após uma autópsia ao corpo do doente, este normalmente contém um diagnóstico preliminar, a história clínica, um exame geral ao corpo, uma descrição microscópica aos órgãos do falecido e, por fim, um eventual diagnóstico final.

3.3. Contexto do relatório médico

De certa forma, o contexto do relatório médico, tratando-se de um texto médico, já foi abordado no *Capítulo 1 – Tradução médica*. Mas, o contexto irá ser delineado com maior especificidade neste subcapítulo, de acordo com o que se pôde observar durante a análise dos relatórios médicos a traduzir. Primeiramente, este documento existe porque um doente se dirigiu, voluntariamente ou não, a uma entidade de saúde. Em contrapartida, um membro dessa entidade de saúde, o profissional de saúde, elaborará precisamente este documento. Ou seja, o autor será um profissional de saúde e o tópico será relacionado com a saúde de um doente. O relatório médico será dirigido a, por exemplo, outro profissional de saúde, a outra entidade que o requisita (e.g. serviços de segurança social ou local de trabalho do doente), entre outros. Este género textual ocorre num ambiente profissional e, mais precisamente, no domínio da saúde. O domínio da saúde é composto por profissionais com formações semelhantes, mas não idênticas, pois como referido anteriormente em *1.2. Competências do tradutor médico*, existe um vasto manancial de profissionais dentro deste domínio, como, por exemplo, médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, técnicos de radiologia, entre outros.

3.4. Texto do relatório médico

Este subcapítulo irá estabelecer um paralelo entre o texto científico e o texto do relatório médico ao recorrer a um artigo que descreve a escrita científica (Ahmad, 2012) e a um guia de estilo que trata a escrita científica (University of Leeds, s.d.). Deve salientar-se que ambos os artigos tratam da escrita científica na língua inglesa.

3.4.1. Estrutura do texto científico e do relatório médico

A estrutura do texto científico encontra-se convencionalizada (University of Leeds, s.d., p. 2), por exemplo, nos artigos de investigação implementa-se uma estrutura composta por: introdução; método; resultados; discussão (Ahmad, 2012, p. 48). Ou também pelos seguintes elementos: objetivos; resumo; método; resultados; discussão; referências (University of Leeds, s.d., p. 2). Por outro lado, nos relatórios médicos, utilizando o relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A) como exemplo, podem observar-se os seguintes elementos: história da doença atual; história pregressa; medicação; história social; história familiar; exame físico; dados de diagnóstico; avaliação. Apesar de estes serem manifestamente diferentes relativamente à sua divisão, o cerne da questão reside no facto de as estruturas tanto do texto científico, como do relatório médico se encontrarem

convencionadas pela comunidade profissional que os utilizam. Os métodos de estruturação implementados podem facilitar a leitura ou mesmo a redação, por estabelecer um padrão pelo qual os profissionais de saúde se possam reger. No entanto, a estrutura variará consoante os subgéneros de relatório médico, a entidade de saúde ou o sistema de saúde aplicado a nível nacional. Além disso, a estruturação do texto poderá configurar características identificadoras de uma dada sociedade, instituição médica ou indivíduo.

3.4.2. Registo do relatório médico

Registo foi definido em 2.1. *Caracterização de género textual segundo Bhatia* como sendo a incorporação dos elementos da linguagem que representam uma temática. Para além das convenções estruturais, o artigo analisado menciona várias características que o texto científico tende a apresentar, tendo sido extraídas aquelas que são comuns comparativamente ao texto do relatório médico:

- Evita-se o uso de linguagem figurada, i.e., o texto científico evita características mais literárias como recursos estilísticos (Ahmad, 2012, pp. 48-49);
- Evita-se o desvio das normas da linguagem, i.e., não se faz uma manipulação das frases meramente para fins estéticos ou para tornar a leitura mais aliciante (Ahmad, 2012, p. 49);
- O registo científico é impessoal e objetivo, o que implica frequentemente o recurso a técnicas que transmitem um certo nível de abstração, tal como o uso da voz passiva (Ahmad, 2012, p. 50). Contudo, atualmente, existe uma viragem para o uso da voz ativa durante a escrita de textos científicos e é recomendada tanto em guias de estilo da língua inglesa (University of Leeds, s.d., p. 6), como da língua portuguesa (Donato, 2017, p. 89);
- Faz empréstimos à linguagem comum de palavras que se tornam termos especializados quando inseridos no domínio científico:

When every day expressions are defined as technical terms, they are defined precisely and may then become distinct from their general use. Innumerable examples of this type are given below:

- Benign: General Meaning: Amiable, generous, In Medical Discourse: It describes a tumor that does not invade and destroy the tissue in which it originates;
- Conceive: Common Meaning: to understand, In Medical Discourse: to become pregnant;
- Mouse: Common Meaning: A small furry animal with a long tail but used metaphorically in computer;

- Presentation: common meaning: display, demonstration. In medical discourse: The part of the infant's body that appears first at the opening from the neck of the womb during child birth as perceived on inserting the finger into vagina;
- Riddle: Common Meaning: a puzzle in which you ask a question. In Agriculture: Box with cross wires at the bottom used for separating out the larger stones from soil and sands.

(Ahmad, 2012, pp. 50-51)

- Utiliza expressões que transmitem uma ideia de caução (Ahmad, 2012, pp. 52-53), i.e., o autor do texto, ao fazer uma observação, tende a não apresentar certezas absolutas. Esta técnica denomina-se modalização. O guia de estilo referido, ao explicar este conceito, apresenta os seguintes exemplos:

Be especially careful with words like “proves” or “definitively”

Common hedging words*:

Nouns	Adverbs	Verbs
Supposition	Presumably	Appear
Idea	Probably	Postulate
Speculation	Possibly	Suggest
Conjecture	Apparently	Seem
Possibility	Not unlikely	May be
Inference	Seemingly	Speculate

(University of Leeds, s.d., p. 7)

O mesmo guia de estilo caracteriza também o texto científico como (University of Leeds, s.d., pp. 1-7):

- Claro – idealmente, uma ideia por frase e um tema por parágrafo;
- Conciso – utiliza o mínimo possível de palavras para transmitir a mensagem;
- Preciso – evita expressões carateristicamente vagas quando existem opções mais exatas;
- Formal – apresenta um registo formal. Por exemplo, na língua inglesa, evitam-se contrações, coloquialismos, antropomorfismos e o uso de questões retóricas;
- Objetivo – evita apresentar argumentos sujeitos à subjetividade que não tenham uma base de apoio composta por dados ou teorias;
- Direto – devido ao facto de a escrita científica ser muitas vezes “lida na diagonal”, é necessário que o leitor consiga identificar rapidamente a mensagem transmitida.

3.5. Relatório médico vs. relatório de caso clínico – desambiguação

Devido às semelhanças entre o relatório médico e relatório de caso clínico, importa apresentar as suas semelhanças e diferenças. Anteriormente já se tinha definido o relatório médico como sendo um documento redigido por profissionais de saúde, que trata as informações de um doente. Contudo, esta definição pode, em determinadas situações, abranger também o relatório de caso clínico. Define-se o relatório de caso clínico como sendo uma documentação científica que descreve o diagnóstico e/ou o tratamento de um ou mais doentes (Gopikrishna, 2010, p. 1). Estes textos são as primeiras provas nos cuidados de saúde, i.e., pode considerar-se como um estudo, com uma população reduzida, do qual se pode fazer algumas deduções, são uma ferramenta de disseminação de informação sobre síndromes clínicas pouco usuais, doenças associadas a outras doenças, efeitos secundários e respostas incomuns a terapias, uma forma de ensinar estudantes das ciências da saúde e são, por natureza, de fácil acesso, devido ao facto de, geralmente, serem objeto de publicação frequente e livre (Gopikrishna, 2010, pp. 1-2).

A partir da informação recolhida referida acima e comparando-a com o relatório médico, pode verificar-se que tanto o relatório médico, como o relatório de caso clínico apresentam elementos em comum. Por exemplo, ambos contam a história de um doente, i.e., relatam informação acerca do seu estado de saúde. São textos com um registo caracteristicamente científico e apresentam terminologia especializada. E, mais que tudo, ambos fazem parte da colónia dos géneros textuais relatores devido ao seu propósito comunicativo, que é semelhante. Todavia, diferem em várias instâncias. Em primeiro lugar, apesar de possuírem um propósito generalizado semelhante, têm funções diferentes, pois o relatório médico tem um objetivo definido dentro do sistema de saúde no acompanhamento da terapia do doente. Em contraste, o relatório de caso clínico tem fins pedagógicos e/ou investigativos. Em segundo lugar, têm públicos-alvo com características diferentes, pois, como referido anteriormente, o relatório médico destina-se a, por exemplo, outros profissionais de saúde e a entidades que o requisitam, enquanto o relatório de caso clínico dirige-se a membros de uma comunidade que assumem uma postura de investigação ou, pelo menos, uma postura de curiosidade académica. Em terceiro lugar, têm um nível de sigilo inerentemente distinto, pois o relatório médico é caracteristicamente privado e o doente e os profissionais de saúde só o revelarão quando necessário. Já o relatório de caso clínico destina-se à disseminação ao público. E, por último, tanto um como o outro género textual possuem elementos estruturais diferentes:

- O relatório de caso clínico costuma, por exemplo, encontrar-se dividido nas seguintes partes: título; autor; resumo; palavras-chave; introdução; relatório de caso clínico; e discussão dos resultados (Gopikrishna, 2010, pp. 4-5). Estruturalmente, assemelha-se mais a um texto académico;
- Comparativamente, o relatório médico assume uma outra estrutura que também facilita o acesso à informação como o exemplo referido em 3.4.1. *Estrutura do relatório médico*.

Logo, dentro do panorama estabelecido, pode concluir-se que o relatório médico e o relatório de caso clínico podem pertencer à mesma família, a dos géneros textuais relatores, mas, seguindo esta analogia, devem ser considerados como “parentes afastados” que meramente partilham um contexto profissional e científico e um tópico semelhantes, i.e., o estado de saúde de um indivíduo.

Capítulo 4 – Análise de um conjunto de relatório médicos

Segue-se, neste capítulo, a segunda parte do trabalho, na qual se aborda a vertente mais prática desta dissertação. Abordar-se-ão as ferramentas, teorias e metodologias implementadas quer para a análise dos textos, quer para a tradução em si. Para a análise e tradução, optou-se por um conjunto de quatro relatórios médicos diferentes extraídos de um manual de transcrição médica dos Estados Unidos, intitulado *Hillcrest Medical Center: Beginning Medical Transcription* (Ireland & Stein, 2010, pp. 18-23). Estes relatórios médicos são textos hipotéticos, i.e., são meramente exemplificativos e não contêm dados de pessoais reais. Apresentam também a vantagem de cada relatório médico abranger um subgénero diferente, sendo estes: um relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A); um relatório de radiologia (Anexo B); um relatório cirúrgico (Anexo C); um relatório de patologia (Anexo D). Devido à sua variedade, torna-se possível conhecer relatórios médicos de domínios de especialidade médica diferentes com um leque de problemas de tradução considerados interessantes para discutir e elementos estruturais para analisar.

4.1. Metodologias implementadas

4.1.1. Metodologia de tradução

Para a realização das traduções, uma metodologia proposta por Montalt & González-Davies (2007, pp. 23-26) foi adaptada para esta dissertação e consiste nos seguintes passos:

- Leitura e compreensão dos textos de partida – passo no qual, durante a leitura dos relatórios médicos, se tentou antever possíveis problemas de tradução, levantar termos difíceis de traduzir e pesquisar o que não se compreendeu até, de facto, se compreender;
- Compilação de um glossário – este foi o passo mais demorado. Foi elaborado um glossário a partir dos termos que suscitaram dúvidas no passo anterior, sendo este glossário introduzido na ferramenta de TAC (tradução assistida por computador) MemoQ;
- Redação de um texto de chegada – elaboração da primeira versão do texto de chegada, na qual se tentou transferir a estrutura e o conteúdo do texto de partida. Esta fase é intermediária e o aprimoramento do texto ocorre nos passos seguintes;

- Revisão e edição do texto de chegada – neste passo realizou-se a revisão e edição tendo em vista os seguintes elementos: integridade conceptual; precisão; clareza; sintaxe; estilo; gramática; ortografia; pontuação; consistência terminológica; abreviaturas; números; nomes próprios.
- Validação por parte de especialistas – passo no qual se procedeu ao envio das traduções para serem validadas por especialistas;
- Levantamento de problemas de tradução – passo em que se levanta problemas de tradução de modo a abordá-los em 4.4.6. *Problemas e dificuldades de tradução*;
- Formatação dos documentos – passo no qual se realizou o *Desktop Publishing* (DTP), i.e., a edição dos documentos com recurso a ferramentas informáticas, como processadores de texto e/ou programas de edição de imagem de modo a estarem adequadamente apresentados para a anexação à dissertação.

Um facto a destacar é que o glossário criado para esta tarefa de tradução serviu para uso pessoal e não foi considerado como relevante a sua anexação, pois o género textual do relatório médico aborda vários domínios especializados dentro da medicina. Logo, a apresentação do glossário realizado provavelmente não iria auxiliar o leitor na tradução de outros relatórios médicos precisamente devido ao facto de convergências de assunto e domínio serem improváveis. Acima de tudo, uma abordagem terminológica aos relatórios médicos já teria por si só conteúdo para uma dissertação completa. Contudo, os textos de partida e de chegada encontram-se anexados a esta dissertação, logo, se necessário, o leitor pode sempre fazer um levantamento das partes que necessita para uma dada tarefa de tradução.

4.1.2. Metodologia de análise dos textos de partida

Elaborou-se uma descrição que acompanha cada ponto que trata um relatório médico em específico (4.4.1., 4.4.2., 4.4.3., 4.4.4.) que descreve as características contextuais de cada relatório médico, adaptado a partir de um exemplo realizado por Bhatia (2004, pp. 196-197), que inclui uma interpretação do propósito comunicativo, da situação, do conteúdo, dos participantes e dos meios implementados nestes subgéneros textuais. Além disso, os pontos referentes a cada relatório médico acompanham-se de uma lista com os elementos estruturais de cada um, estes elementos estruturais serão desenvolvidos e relacionados com movimentos retóricos em 4.7. *Movimentos retóricos*.

No que trata a descrição dos textos de partida no total, na ótica da análise dos géneros textuais, adaptou-se a seguinte metodologia (Singh, 2012, pp. 373-375):

- Colocação do género textual num contexto situacional;
- Verificação da literatura existente;
- Aprimoramento da análise situacional/contextual;
- Escolha do *corpus*;
- Estudo do contexto institucional;
- Definição do nível de análise linguístico;
- Extração de informação disposta por especialistas.

Recolheram-se também aspetos gráficos, apresentados em 4.5. *Aspetos gráficos dos relatórios médicos*, e aspetos do texto, apresentados em 4.6. *Aspetos do texto dos relatórios médicos*, que permitem caraterizar as convenções implementadas nestes relatórios médicos pela comunidade em que se inserem e o registo neles utilizado. Além disso, realizou-se uma interpretação dos movimentos retóricos, em 4.7 *Movimentos retóricos*, de modo a compreender os propósitos comunicativos dos elementos estruturais dos relatórios médicos abordados.

4.2. Ferramentas aplicadas

Seguem-se neste subcapítulo as principais ferramentas utilizadas quer para a tarefa de tradução, quer para a tarefa de análise.

4.2.1. MemoQ 8.3

Tipo de software: ferramenta de TAC.

Este software é uma ferramenta normalmente paga, no entanto foi possível obter uma licença de um ano através do Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro, que tem uma parceria com a empresa Kilgray - Translation Technologies que disponibiliza esta ferramenta aos docentes e discentes do 1.º e 2.º ciclos dos cursos em tradução e tradução especializada (Jornal da Universidade de Aveiro, 2009).

Este software foi criado em 2007 pela empresa Kilgray e nos últimos anos tem sido uma das ferramentas mais populares para prestadores de serviços de tradução quer a nível individual, quer a nível empresarial. O MemoQ é uma ferramenta versátil que permite uma

tradução segmentada com um acesso constante às bases de dados e memórias de tradução do utilizador. A utilização desta ferramenta foi essencial para a tradução destes relatórios médicos devido ao rigor terminológico dos mesmos e por permitir conservar facilmente a formatação dos documentos de partida.

4.2.2. Adobe Acrobat Reader Pro 18.11

Tipo de software: ferramenta de leitura de ficheiros e de OCR (*Optical Character Recognition* [Reconhecimento ótico de caracteres]).

Atualmente, o software Adobe Acrobat permite muito mais do que há alguns anos, especialmente esta versão. Continua com a sua função tradicional de ler ficheiros em formatos .pdf e .epub, mas agora também apresenta a função de OCR, que consiste numa tecnologia que permite a conversão de diferentes tipos de documentos, tal como documentos digitalizados, em formato .pdf, ou fotografias em ficheiros editáveis e pesquisáveis (ABBYY, s.d.). Esta ferramenta apresentou resultados superiores às opções gratuitas disponíveis online, pois estas não conseguiam reconhecer com tanta eficácia os caracteres presentes nos textos de partida abordados que se encontravam em formato .pdf não editável.

Independentemente do facto de funcionar melhor que os seus competidores gratuitos, os documentos após o seu processamento continuaram a necessitar de edição manual através de um processador de texto, neste caso o Microsoft Word. A troca de caracteres por outros que são semelhantes é o erro mais comum que se encontra ao utilizar esta ferramenta.

Para prestadores de serviços de tradução, uma ferramenta de OCR é importante para lidar com documentos que não foram processados informaticamente (e.g. scans e imagens). No entanto, continua a existir a necessidade de recorrer à edição manual antes de os inserir numa ferramenta de TAC.

4.2.3. Antconc 3.5.7

Tipo de software: ferramenta de análise de textos e de concordância.

Trata-se de um software gratuito e encontra-se disponível online. Optou-se por este software por ter sido abordado durante o Mestrado em tradução especializada e devido à sua versatilidade. Esta ferramenta serviu maioritariamente para procurar padrões textuais durante a análise dos textos através da função de pesquisa de concordâncias.

4.2.4. Stanford Log-linear Part-Of-Speech Tagger 3.9.1

Tipo de software: ferramenta de identificação de partes do discurso.

Este é um software gratuito publicado pela Universidade de Stanford que serve para transformar texto regular em textos com códigos identificadores de classes de palavras, tal como adjetivos, verbos, advérbios. Para esta dissertação, esta ferramenta foi utilizada para identificar os tempos verbais utilizados nos relatórios médicos, abordados em 4.6.2. *Uso dos tempos verbais*.

4.3. Passos seguidos na análise dos textos como género textual

A análise dos relatórios médicos como géneros textuais ocorreu de forma gradual durante esta dissertação e foi seguido, de forma ampla, o método proposto por Bhatia (2004) e adaptado por Singh (2012). Contudo, este subcapítulo irá sumariar e esclarecer alguns elementos em forma de tópicos e orientar o leitor para os capítulos que tratam um dado passo da metodologia de análise dos relatórios médicos como género textual.

4.3.1. Contexto situacional

A determinação do contexto situacional permite compreender a razão por um dado género textual ser convencionado de uma dada maneira (Singh, 2012, p. 373). Os relatórios médicos abordados situam-se num contexto profissional e são utilizados por uma vasta comunidade de profissionais de saúde que desempenham papéis diferentes. Como, por exemplo, referidos diretamente nos relatórios médicos em si, encontram-se médicos de medicina geral, cirurgiões, responsáveis de imagiologia e profissionais de laboratório.

4.3.2. Verificação da literatura existente

A verificação da literatura existente serve para adquirir mais conhecimentos sobre um dado género textual (Singh, 2012, p. 373). Esta fase é vital para quem não pertence à comunidade profissional, institucional ou académica em que ocorre o texto.

Não se encontrou um vasto número de obras que se referissem especificamente os relatórios médicos de um ponto de vista da linguagem ou do discurso. Para a compreensão dos relatórios médicos de um ponto de vista discursivo, recorreu-se ao capítulo da obra de Bhatia referente às colónias de géneros textuais relatores (2004, pp. 92-96). Recorreu-se também a um artigo que trata a escrita científica (Ahmad, 2012) e um guia de estilo científico (University of Leeds, s.d.) de modo a estabelecer um paralelismo entre a escrita

científica e o relatório médico, este paralelismo que foi abordado em 3.4. *Texto do relatório médico*.

4.3.3. Aprimoramento do contexto situacional/contextual

Neste passo deve ser definido com precisão os autores e o público-alvo do género textual em questão e a relação existente entre estes (Singh, 2012, p. 374). Os autores deste género textual são profissionais de saúde pertencentes ao centro médico de Hillcrest, nos Estados Unidos. Trata-se de uma comunidade profissional heterogénea composta por vários profissionais ligados à saúde. Os recetores deste género textual são possivelmente um grupo ainda mais variado, tal como outros profissionais de saúde e entidades seguradoras.

4.3.4. Seleção do corpus

Os quatro relatórios médicos abordados formam um *corpus* especializado, i.e., um conjunto de textos de um domínio especializado (Palumbo, 2009, p. 26), sendo este o domínio médico. Estes textos foram extraídos durante uma pesquisa por documentos exemplificativos do género textual relatório médico e foram considerados bons candidatos, devido ao facto de serem diferentes subgéneros de relatório médico que, por conseguinte, permitiu uma abordagem mais ampla.

4.3.5. Estudo do contexto institucional

É importante conhecer o contexto institucional em que o género textual ocorre de modo a poder identificar as regras e convenções nele implementadas (Singh, 2012, p. 374). Os textos extraídos originam-se especificamente no centro médico de Hillcrest, centro este que possui vários serviços, incluindo uma unidade de queimados, um hospital dedicado à saúde da mulher, um hospital dedicado à ortopedia, um centro de reabilitação, um centro de educação para a diabetes, uma unidade dedicada à oncologia e um hospital dedicado à prevenção, tratamento e diagnóstico de doenças cardíacas (Hillcrest Medical Center, s.d.).

4.3.6. Análise dos relatórios médicos

Fez-se uma análise da organização estrutural do texto devido ao facto de esta ter sido a característica que mais se destacou durante a leitura e tradução dos relatórios médicos dispostos na presente dissertação. Realizou-se um levantamento dos elementos estruturais de cada relatório médico que serão relacionados com movimentos retóricos em 4.7. *Movimentos retóricos*. Em 4.5. *Aspetos gráficos dos relatórios médicos* realizou-se um levantamento das convenções gráficas observadas. Por último, realizou-se também um

levantamento de aspetos do texto do relatório médico em 4.6. *Aspetos do texto dos relatórios médicos*, tal como o enfoque dado ao doente, o uso dos tempos verbais e os indícios que remetem para o registo científico.

4.3.7. Extração de informação disposta por especialistas

Anteriormente, nos subcapítulos 3.4. *Texto do relatório médico* e 3.5. *Relatório médico vs. relatório de caso clínico – desambiguação*, recorreu-se a um guia de estilo científico (University of Leeds, s.d.), a um artigo descritivo sobre a escrita científica (Ahmad, 2012) e a um artigo sobre casos clínicos redigido por um membro de uma comunidade de saúde (Gopikrishna, 2010).

4.4. Relatórios traduzidos

Este subcapítulo contém, em primeiro lugar, quatro pontos (ver 4.4.1., 4.4.2., 4.4.3., 4.4.4.) que descrevem os textos de partida segundo algumas considerações contextuais abordadas por Bhatia (2004, pp. 196-197), tal como o conteúdo, o propósito comunicativo, o tipo de contexto de situação e os participantes. Cada um dos pontos anteriormente referidos encontra-se acompanhado de uma descrição dos elementos estruturais identificados nos textos de partida, que serão posteriormente implementados em 4.7. *Movimentos retóricos* para a interpretação de movimentos retóricos presentes nestes relatórios médicos.

O quinto ponto (ver 4.4.5.) faz um comentário geral às tarefas de tradução realizadas, tal como uma definição da abordagem de tradução implementada, os erros mais comuns cometidos identificados durante a revisão e as fontes utilizadas com maior frequência.

O sexto ponto (ver 4.4.6.) aborda os problemas de tradução encontrados, destacando-se os problemas de siglas e abreviaturas, de referências culturais e de terminologia. Este ponto também aborda algumas dificuldades de tradução sentidas, tal como dificuldades nas fraseologias médicas mais comuns, na obtenção de fontes e documentação de apoio e, por fim, dificuldades gerais de compreensão.

4.4.1. Relatório 1 – Relatório de história clínica e de exame físico

Este foi o primeiro relatório médico traduzido para esta dissertação, tanto o texto de partida, como o de chegada encontram-se disponíveis para consulta no Anexo A.

O conteúdo do texto refere a história clínica de um doente e os resultados dos exames, incluindo laboratoriais, aos quais o doente foi submetido durante o seu internamento. Ao

apresentar os resultados dos exames, o relatório médico vai além do domínio da medicina geral e abrange o domínio das análises clínicas, devido à apresentação dos resultados das análises à urina e ao sangue, e também contém uma parte que trata a imagiologia, quando refere os resultados dos exames imagiológicos.

Considera-se o propósito comunicativo deste texto como sendo o de apresentar, de forma estruturada, a situação de saúde quer presente, quer prévia do doente.

No que trata o tipo de contexto de situação, este relatório médico está estruturado de forma concisa e dividido em tópicos facilmente reconhecíveis de modo a que o leitor possa consultar a informação que necessita da forma mais rápida possível. Por exemplo, se o doente entregar este relatório médico a um médico especializado numa consulta, o médico especializado tem de conseguir compreender a informação contida no relatório em pouco tempo de modo a saber como proceder.

Foram considerados participantes discursivos neste relatório médico o autor e transcritor, Dr. Steven Benard, e o público-alvo como sendo todas as entidades que possam ter necessidade de acesso ao relatório médico, tais como entidades seguradoras e outros profissionais de saúde, tal como médicos de especialidade.

No que trata o canal ou meio de comunicação, trata-se de um texto escrito. A forma escrita torna o relatório médico fácil de enviar e arquivar. Além disso, o relatório médico por escrito permite um acesso muito mais facilitado do que na sua forma ditada.

Descrição dos elementos estruturais

A estrutura deste relatório médico encontra-se disposta da seguinte forma:

- Título – indica o tópico do relatório médico (aparece no cabeçalho de cada página);
- Elementos identificadores – indica o nome, o número de identificação, o número do quarto do doente e a data de admissão, juntamente com o nome do profissional de saúde (o nome, o número de identificação e a data de admissão do doente aparecem nos cabeçalhos de cada página);
- Diagnóstico de admissão – descreve o primeiro diagnóstico realizado pelo profissional de saúde;
- Queixa principal – indica o principal problema descrito pelo doente;

- História da doença atual – descreve a razão pela qual o doente procurou assistência médica;
- História pregressa – descreve extensivamente os antecedentes médicos do doente, como cirurgias e doenças anteriores;
- Medicação – indica os medicamentos que, se for o caso, o doente está a tomar, assim como eventuais alergias (em maiúsculas) e as consequências do contacto com o alérgeno;
- História social – descreve a profissão do doente, o agregado familiar e se fuma ou consome bebidas alcoólicas;
- História familiar – descreve os antecedentes familiares relevantes para a situação atual do doente;
- Revisão dos sistemas – refere-se aos resultados de um conjunto de questões realizada ao doente, que trata os vários sistemas do corpo humano, de modo a obter dados subjetivos para determinar a causa da condição atual;
- Exame físico – este ponto, que também serve como título, indica o início da segunda parte do relatório em questão e apresenta informações sobre o exame físico ao qual o doente foi submetido;
- Dados de diagnóstico – dados sobre as análises às quais o doente foi submetido, tal como radiografias, análises ao sangue e análises à urina.
- Avaliação – conclusões obtidas, com base nos dados recolhidos, pelo profissional de saúde sobre a condição atual do doente;
- Nome, assinatura e data de transcrição/redação – indica o nome e a assinatura do profissional de saúde que ditou e realizou redigiu o relatório e a data em que a informação foi tanto ditada, como transcrita;
- Logótipo – símbolo e nome da entidade de saúde (aparece no rodapé de cada página).

4.4.2. Relatório 2 – Relatório de radiologia ou de diagnóstico imagiológico

Este foi o segundo relatório médico a ser traduzido para esta dissertação, tanto o texto de partida, como o de chegada encontram-se disponíveis no Anexo B.

Em relação ao conteúdo deste relatório médico, apresenta os resultados e as conclusões retiradas de uma radiografia à anca esquerda de uma doente. Este relatório médico abrange o domínio de especialidade da radiologia e para a sua compreensão e tradução são necessários não só conhecimentos de radiologia, mas também de anatomia.

O propósito comunicativo foi interpretado como semelhante ao relatório anterior, como sendo o de apresentar, de forma estruturada, informação sobre uma radiografia realizada. O tipo de situação e o meio ou canal discursivo foram considerados idênticos aos do relatório médico anterior.

Quanto aos participantes discursivos, o autor e transcritor é o Dr. Neil. Nofsinger, que provavelmente será um médico especializado em Radiologia. O exame em si foi realizado a pedido de outro médico, o Dr. John Youngblood, que pode eventualmente ser o público-alvo se se tratar do médico que acompanha a doente submetida ao exame.

Descrição dos elementos estruturais

A estrutura deste relatório médico encontra-se disposta da seguinte forma:

- Título – indica o tópico do relatório médico;
- Elementos identificadores – indica o nome, o número de identificação, a data de nascimento, a idade e o sexo da doente, juntamente com o número do relatório e o nome do médico prescritor;
- Informações sobre o procedimento – tipo e data do procedimento;
- Diagnóstico primário – indica o diagnóstico principal;
- Informação clínica – indica informação clínica relevante. Neste caso refere a ausência de alergias e a presença de uma fratura na anca esquerda;
- Descrição das imagens – descreve extensivamente o que foi observado nas imagens obtidas;
- Impressões – conclusões obtidas a partir das imagens sobre a condição da doente;
- Nome, assinatura e data de transcrição/redação – indica o nome e a assinatura do profissional de saúde que ditou e redigiu o relatório e a data em que a informação foi tanto ditada, como transcrita;
- Logótipo – símbolo e nome da entidade de saúde.

4.3.3. Relatório 3 – Relatório cirúrgico

Este foi o terceiro relatório médico traduzido, o texto de partida e o texto de chegada encontram-se disponíveis no Anexo C.

Relativamente ao conteúdo deste relatório médico, contém informação sobre um procedimento cirúrgico realizado, uma histerectomia abdominal com suspensão de correção, e abrange o domínio da cirurgia, ao conter informação específica ao procedimento, tal como as referências incluídas aos métodos implementados e instrumentos utilizados.

Este relatório médico partilha um propósito comunicativo semelhante aos outros apresentados nesta dissertação, tendo sido considerado como o de apresentar, de forma estruturada, informação sobre um procedimento cirúrgico realizado. No que trata o meio e o canal discursivo e o tipo de situação, foram considerados idênticos aos anteriores.

Em termos de participantes, quem ditou e transcreveu o relatório médico foi o médico cirurgião, o Dr. Sang Lee. O público-alvo mais provável será o médico que acompanha o doente. Contudo, pode, mais uma vez, servir para apresentar a todas as outras entidades que requerem a apresentação deste relatório médico.

Descrição dos elementos estruturais

A estrutura deste relatório médico encontra-se disposta da seguinte forma:

- Título – indica o tópico do relatório médico;
- Elementos identificadores – indica o nome, o número de identificação, a data de nascimento, a idade e o sexo da doente. Indica também a data de admissão e a data do procedimento. E, finalmente, apresenta o nome do médico de admissão, o cirurgião e o assistente durante a cirurgia;
- Diagnósticos pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos – como os nomes indicam, são diagnósticos realizados antes e após a o procedimento cirúrgico;
- Informações sintetizadas sobre a cirurgia – indica o tipo de procedimento, de anestesia e de líquidos IV administrados. Também assinala se foram removidas amostras, a perda de sangue estimada, a diurese e se existiram complicações.
- Descrição – descreve os passos realizados durante a cirurgia e quaisquer ocorrências (como a perda de sangue);

- Nome, assinatura e data de transcrição/redação – indica o nome e a assinatura do profissional de saúde que ditou e redigiu o relatório e a data em que a informação foi tanto ditada, como transcrita;
- Logótipo – símbolo e nome da entidade de saúde.

4.4.4. Relatório 4 – Relatório de patologia

Este foi o quarto e último relatório médico a ser traduzido e trata-se de um relatório de patologia, estando o texto de partida e de chegada disponíveis no Anexo D.

Este relatório médico contém informação sobre a análise microscópica de tecido necrótico do pé direito de um doente. O domínio abrangido por este relatório médico é o da patologia.

Este texto apresenta um propósito comunicativo semelhante a todos os outros anteriormente abordados nesta dissertação, tendo sido considerado como o de apresentar, de forma estruturada, informação sobre uma análise microscópica e ao olho nu da amostra referida. No que trata o meio ou o canal discursivo e o tipo de situação, foram considerados idênticos aos relatórios médicos anteriores.

A principal participante discursiva neste relatório médico é a Dra. Amber L. Wells, que provavelmente será uma médica especializada em patologia. O público-alvo provavelmente será um médico a acompanhar o doente, contudo, este não se encontra mencionado no texto. Logo, o público-alvo pode abranger todas as entidades que possam requerer a apresentação deste relatório médico.

Descrição dos elementos estruturais

A estrutura deste relatório médico encontra-se disposta da seguinte forma:

- Título: indica o tópico do relatório médico;
- Elementos identificadores: elementos identificadores: indica o nome, o número de identificação, a data de nascimento, a idade e o sexo do doente, juntamente com o número do relatório e data da cirurgia em que se retirou a amostra;
- Diagnósticos pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos: como os nomes indicam, são diagnósticos realizados antes e após a o procedimento cirúrgico;
- Dados da amostra: indica qual amostra, bem como a data em que foi recebida e analisada;
- História clínica: breve história clínica do doente do qual foi obtida a amostra;

- Descrição geral: transmite informação sobre o recipiente em que a amostra se encontra e indica o rótulo, o tamanho, o aspeto e a forma da mesma. Por fim, apresenta também as siglas do médico que ditou e transcreveu esta descrição;
- Descrição microscópica: descreve microscopicamente a amostra;
- Diagnóstico microscópico: realizada um diagnóstico a partir da informação obtida;
- Nome, assinatura e data de transcrição/redação: indica o nome e a assinatura do profissional de saúde que ditou e redigiu o relatório e a data em que a informação foi tanto ditada, como transcrita;
- Logótipo: símbolo e nome da entidade de saúde.

4.4.5. Comentário geral às traduções

Este ponto faz uma abordagem geral às traduções e descreve algumas particularidades do processo de tradução, bem como identifica alguns erros cometidos durante a primeira versão das traduções e apresenta algumas fontes consultadas. Todavia, este ponto não aprofunda os problemas e as dificuldades de tradução encontrados, pois estes encontram-se abordados no ponto seguinte (4.4.6. *Problemas e dificuldades de tradução*).

Em termos do nível de literalidade da tradução, visou-se uma tradução equilibrada, i.e., no centro do espectro da tradução literal e livre (Higgins *et al.*, 2000, pp. 16-17). Definiu-se assim a abordagem implementada, pois considerou-se que na tradução dos relatórios médicos as preocupações com os aspetos estéticos da língua no texto de chegada não são o mais importante, sendo vital a preservação total do sentido do texto de partida. Contudo, não se definiu a abordagem como completamente literal por existirem situações em que se deve adequar o texto à situação de chegada como, por exemplo, sistemas de unidades, regras de pontuação e fraseologias mais frequentes no contexto de chegada.

Como referido, o primeiro relatório médico traduzido foi um relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A), tendo sido o conteúdo já abordado no ponto 4.4.1., mas falta referir algumas considerações feitas durante o processo de tradução. Dos quatro relatórios, este é o texto mais extenso, com 501 palavras, e que demorou mais tempo para traduzir, principalmente pelo facto de ter sido o primeiro e a tradução ter sido realizada com uma memória de tradução vazia. No que diz respeito à tradução deste relatório, foi necessária a consulta de várias fontes de domínios diferentes devido ao seu conteúdo que, como referido em 4.4.1., vai ao encontro não só do domínio da medicina geral, mas também das

análises laboratoriais e da imagiologia médica. Uma fonte de consulta rápida que se revelou útil para este relatório médico é o *Dicionário Médico Inglês – Português* (Alves, 1992). Contudo, a fonte mencionada pertence ao português do Brasil, logo serve como apoio, mas não necessariamente para extrair diretamente equivalentes para português europeu.

O segundo relatório médico traduzido foi um relatório de radiologia (Anexo B), cujo conteúdo já foi abordado em 4.4.2. Apresenta uma extensão de 174 palavras, contudo a duração não se equipara à sua extensão devido ao facto de terem surgido dúvidas em relação a termos anatómicos que exigiram a consulta de fontes de anatomia na biblioteca da Universidade de Aveiro, bem como na descrição da posição do doente durante o exame radiológico.

O terceiro relatório médico abordado é um relatório cirúrgico (Anexo C), tendo o conteúdo sido abordado em 4.4.3. Foi o segundo relatório mais extenso, com 266 palavras, e demorou relativamente o mesmo tempo para traduzir que o primeiro devido aos termos especializados de cirurgia e devido ao facto de estar a ser descrito um procedimento altamente especializado, uma histerectomia abdominal com correção de suspensão. A realidade que está a ser transmitida por este texto, o exercício de uma cirurgia, é uma que a maior parte dos tradutores especializados poderá não ter encontrado no percurso da sua formação e é preciso um cuidado extremo para expressar exatamente o que está a acontecer. Não existe uma variedade de fontes de fácil acesso sobre cirurgia, principalmente pelo facto de este domínio abordar uma magnitude imensa de procedimentos cirúrgicos diferentes. Contudo, dissertações médicas sobre determinadas doenças e procedimentos cirúrgicos apresentaram-se como a melhor fonte de consulta.

O quarto e último relatório médico é um relatório de patologia (Anexo D), cujo conteúdo já foi discutido em 4.4.4. Com uma extensão de 181 palavras, foi o relatório mais rápido de traduzir e não apresentou grandes dificuldades, devido à experiência adquirida a partir das traduções anteriores, e por conter um número menor de termos especializados.

Em seguida serão apresentados alguns erros cometidos, que foram em seguida corrigidos durante a primeira revisão. Contudo, espera-se que possa orientar eventuais leitores em relação a alguns cuidados a ter na fase de redação do texto de chegada:

- Lapsos ao repetir, saltar ou omitir siglas e acrónimos – devido a uma sequência de siglas e acrónimos, acabou por se referir ou repetir incorretamente alguns destes.

Por exemplo, durante a tradução do primeiro relatório médico (Anexo A) ocorreu uma repetição de “TGP”, omitindo a sigla “AST”;

- Sinais de pontuação – talvez devido ao uso constante de pontos finais nos relatórios médicos, por vezes ocorreram sequências em que, ao invés de utilizar o sinal de dois pontos (:), aplicou-se apenas um ponto final (.);
- Lapsos durante a conversão de medidas – o português europeu utiliza a vírgula nas casas decimais, enquanto o sistema americano aplica o ponto final para este fim. Ao copiar um segmento do texto de partida para o texto de chegada no MemoQ, por vezes não se adaptaram todos os pontos finais por vírgulas;
- Problemas de formatação na qual se omitiu negritos ou espaçamentos – após a exportação dos documentos a partir do MemoQ, alguns segmentos perderam a sua formatação de origem.

Em relação às fontes consultadas, as mais comuns trataram-se de fontes online devido à sua acessibilidade inerente, tal como o IATE, uma base de dados interinstitucional da União Europeia (iate.europa.eu, s.d.), o glossário presente na página Médicos de Portugal, uma página prestadora de informação variada sobre medicina (medicosdeportugal.pt, s.d.), e a página Atlas da Saúde (atlasdasaude.pt, s.d.), outro órgão de disseminação de informação online sobre a saúde. Contudo, durante a preparação para as traduções, consultou-se uma variedade de recursos em inglês e em português das quais se destacam os seguintes:

- Manuais de anatomia – apresentam a vantagem de frequentemente incluírem imagens. Implementou-se frequentemente a estratégia de comparar as imagens de partes anatómicas em manuais de anatomia de língua inglesa com outros de língua portuguesa para confirmar termos;
- Dicionários médicos – apresentam termos especializados e explicações dos mesmos. No entanto, o uso destes dicionários pode ser ineficaz devido ao tempo necessário para a pesquisa de informação e por existirem diversas lacunas quando se trata de um dicionário de medicina geral e não de um domínio mais especializado da medicina, como, por exemplo, do domínio cirúrgico ou imagiológico;
- Catálogos de lojas de material médico sediadas em Portugal – são excelentes fontes para descobrir os nomes dados a certos instrumentos, especialmente pelo facto de se encontrarem em português europeu;

- Folhetos informativos que acompanham medicamentos – mostraram-se fontes viáveis para a confirmação de nomes atribuídos a sintomas apresentados pelos doentes.

4.4.6. Problemas e dificuldades de tradução

Neste ponto encontram-se descritos problemas e dificuldades encontrados durante a tradução dos relatórios médicos. Definiu-se problemas de tradução como aspetos identificados objetivamente que são de natureza textual, pragmática, cultural e linguística, já as dificuldades de tradução referem-se às situações de cariz subjetivo, que são dependentes da compreensibilidade do texto, da natureza da tarefa de tradução, da especificidade do domínio abordado e poderá depender também do tradutor em si (Nord, 1997, p. 64).

Problemas de tradução – siglas e acrónimos

As abreviaturas são unidades de conhecimento especializado que podem englobar termos médicos compostos químicos, nomes de revistas de investigação, símbolos de sistemas de unidade internacionais, entre outros (Montalt & González-Davies, 2007, p. 237). As siglas e os acrónimos foram um desafio na tradução destes relatórios médicos e em algumas situações apresentaram-se como problemas de tradução. Abaixo encontram-se problemas deste tipo, apresentados em tabelas, seguidos por uma descrição da abordagem realizada para as suas resoluções.

Texto de partida	Texto de chegada
“HEENT:”	“Exame à cabeça, olhos, ouvidos, nariz e garganta (HEENT):”

Tabela 1 Problema de siglas e acrónimos - acrónimo (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

Em primeiro lugar, não se encontra explicitado o significado do acrónimo, referido na tabela acima, no texto de partida, logo foi necessário procurar ocorrências noutros textos na língua de partida. Após encontrar uma ocorrência num artigo (Sharp, 2007), chegou-se à conclusão que o acrónimo se refere a um conjunto de partes do corpo analisadas durante um exame geral realizado pelo médico ao doente.

Em segundo lugar, não se encontraram ocorrências nas quais o acrónimo estava em vigor na língua de chegada. A estratégia adotada foi a de explicitar o acrónimo por extenso e

referir que se trata de um exame. Contudo, também se incluiu o acrónimo de partida dentro da língua de chegada, caso ocorra a eventualidade de se encontrar em vigor.

Texto de partida	Texto de chegada
“(…) RLQ.”	“(…) quadrante inferior direito (QID).”

Tabela 2 Problema de siglas e acrónimos - sigla (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

Esta é uma sigla que se encontra em vigor na língua de partida e que trata um dado quadrante de uma região do corpo, neste caso da região abdominal. Destaca-se o facto de o autor do texto não ter feito uma introdução da sigla, o que pode dificultar a compreensão ao leitor. De modo a facilitar a compreensão a outros leitores, optou-se por explicitar por extenso esta abreviatura na sua primeira ocorrência no texto de chegada, acompanhada da abreviatura traduzida entre parêntesis e implementá-la nas ocorrências seguintes.

Texto de partida	Texto de chegada
“(…) WBCs”	“(…) WBC (…)”
“(…) BUN (…)”	“(…) AUS (…)”
“LFTs (…)”	“LFT (…)”
“(…) GGT (…)”	“(…) GGT (…)”
“(…) AST (…)”	“(…) AST (…)”
“(…) GPT (…)”	“(…) TGP (…)”

Tabela 3 Problema de siglas e acrónimos - abreviaturas (à esquerda) e traduções (à direita), ocorrências no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

Mais uma vez, foi necessário, em primeiro lugar, pesquisar cada abreviatura para compreender os seus significados na língua de partida e, em seguida, pesquisar os termos na língua de chegada para verificar quais se encontram em vigor. As tentativas de procurar ocorrências na língua de chegada procederam-se da seguinte forma:

1. Pesquisar a abreviatura em questão, num motor de pesquisa, ao escrevê-lo de forma idêntica como na língua de partida, i.e., sem fazer qualquer alteração em relação à ocorrência de partida. Caso não existam ocorrências em fontes fiáveis, proceder para o passo seguinte;

2. Traduzir literalmente a abreviatura em questão e inserir essa tradução num motor de pesquisa. Proceder para o passo seguinte se não se encontrar uma abreviatura em vigor;
3. Identificar o que trata a abreviatura, e.g. exame hepático, procurar artigos sobre exames hepáticos até surgir uma ocorrência numa fonte fiável.

Regra geral, não foram necessários mais passos, contudo se fosse necessário provavelmente implicaria colocar a abreviatura por extenso no texto de chegada, talvez acompanhada de uma abreviatura nova introduzida pelo tradutor.

Ao contrário do problema de tradução anterior, nestas abreviaturas não se considerou adequado realizar uma explicitação devido ao impacto que esta estratégia teria na extensão do relatório médico, pois iria aumentar o tamanho da frase de tal forma que teria o efeito contrário ao desejado, i.e., iria dificultar a leitura e a compreensão em vez de a facilitar.

Problemas de tradução – referências culturais

Definir o que é realmente a cultura é difícil devido ao facto de a sua principal característica ser a instabilidade (Montalt & González-Davies, 2007, p. 177). Contudo, para o propósito desta dissertação e para a classificação dos problemas de tradução, considera-se um problema de cariz cultural as situações em que, durante a tradução, foi necessário ter particularmente em conta o contexto profissional, académico ou institucional em que o texto se insere. Considerou-se também como problemas de adequação cultural as situações em que foi necessário ter em conta a suscetibilidade ou a atitude do público-alvo após a leitura de um dado segmento textual.

Texto de partida	Texto de chegada
“Steven Benard, MD”	“Dr. Steven Benard”
“John Youngblood, MD”	“Dr. John Youngblood”
“Sang Lee, MD”	“Dr. Sang Lee”

Tabela 4 Problema de referência cultural – nomes e designações profissionais (à esquerda) e traduções (à direita), ocorrências em vários relatórios (Anexo A, Anexo B e Anexo C).

O principal problema de tradução representado é a questão das designações atribuídas aos profissionais dentro de duas instituições de saúde de culturas diferentes. A atribuição de títulos aos membros de uma comunidade pode ser considerada como o reflexo de

culturas institucionais, acadêmicas e profissionais no que trata o papel que lhes é atribuído. O primeiro passo para compreender o problema é compreender que variações dos títulos existem na instituição em que se situa o texto de partida: existe “MD” para “Doctor of Medicine” e “DO” para “Doctor of Osteopathy”, nos exemplos anteriormente referidos apenas existe a primeira variação. Nas instituições de saúde portuguesas, refere-se aos médicos como “Dr.” ou “Dra.”, consoante a flexão de género.

Outro problema de tradução que poderia eventualmente ocorrer seria devido à ausência de flexão de género nas designações na língua de partida. Se o tradutor tiver dúvidas em relação a isto, pode eventualmente procurar informações nos quadros hospitalares nas páginas dos respetivos hospitais, solicitar mais informações ao cliente ou, se não conseguir depurar o género, indicar “Dr./Dra.” no texto de chegada.

Texto de partida	Texto de chegada
“(…) local doctor.”	“(…) médico local”

Tabela 5 Problema de referência cultural – segmento do texto de partida (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

O problema resulta mais uma vez do facto de no contexto de partida e no de chegada existirem instituições de saúde diferentes e daí advêm diferenças nas entidades funcionais que as compõem. Um tradutor pode traduzir “local doctor” por “médico de família”, contudo não existe a garantia de fornecer assim uma tradução funcionalmente adequada. “Local doctor” não aparenta ter a mesma conotação que “médico de família”, especialmente pelo facto de “médico de família” surgir frequentemente como equivalente de “general practitioner” (Wonca Europe, 2002).

Texto de partida	Texto de chegada
“(…) : Admission temperature 99.6 F; 4 hours after admission it was 102.6 F.”	“(…) : temperatura de admissão 37,56 °C; 4 horas após a admissão apresentava 39,22 °C.”

Tabela 6 Problema de referência cultural – segmento do texto de partida com unidades de medida (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

Os sistemas de unidades de medida e a representação dos números são também o reflexo de uma cultura académica e institucional. Na cultura dos Estados Unidos tende-se a implementar a temperatura em graus Fahrenheit, já na cultura portuguesa implementa-se as unidades em graus Celsius. Tendo este fator em conta, é necessário fazer uma conversão. Para tal, existem diversos conversores de medidas disponíveis online.

Outro fator a realçar é a representação das casas decimais, na cultura de partida implementa-se o ponto (.) para separar o número das suas casas decimais, já na cultura de chegada implementa-se a vírgula (,).

Texto de partida	Texto de chegada
“(…) a 31-year-old white man (…)”	“O doente, caucasiano, de 31 anos (…)”

Tabela 7 Problema de referência cultural – segmento que refere o doente (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

O problema cultural apresentado neste exemplo diz respeito à questão de como referir a ascendência de um doente. Traduzido literalmente seria “homem branco de 31 anos”, contudo esta forma de referência torna-se cada vez menos usual no português europeu. É mais comum referir a designação étnica de pessoas brancas como caucasianas (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2018).

Problemas de tradução – terminologia

Apresentou-se como difícil caracterizar o que é um problema terminológico dentro da tradução médica. No âmbito desta dissertação, considera-se problema terminológico como situações em que a tradução de um dado termo foi dificultada e em que se teve de aplicar determinados passos na resolução do problema com o qual o tradutor se deparou.

	Texto de partida	Texto de chegada
(1)	“(…) dry heaves.”	“(…) vómitos secos.”
(2)	“Flat plate and upright films of the abdomen (…)”	“Radiografias abdominais em decúbito dorsal e de pé (…)”
(3)	“(…) left femoral neck (…)”	“(…) esquerda do colo do fémur.”
(4)	“(…) blunt and sharp dissection.”	“(…) dissecação romba e cortante.”
(5)	“(…) cassette.”	“(…) cassete.”

Tabela 8 Problemas terminológicos – termos do texto de partida (à esquerda) e traduções (à direita), ocorrências em todos os relatórios (Anexo A-D).

As situações acima referidas são os problemas terminológicos mais comuns, em que existe a necessidade de transpor um termo, mas surge uma incerteza em relação à sua tradução. A resolução dos problemas de tradução deste tipo normalmente requer duas etapas, sendo a primeira a compreensão do significado do termo dentro do contexto em que se

situa ao recorrer a fontes na língua de partida e, em seguida, a pesquisa do equivalente do termo em fontes na língua de chegada.

Abaixo segue-se uma descrição mais detalhada, para cada segmento, dos problemas encontrados:

1. Este exemplo ocorre no primeiro relatório médico (Anexo A). “Dry heaves” trata-se de um sintoma que acompanha a condição atual do doente. Em primeiro lugar, foi necessário determinar com precisão o significado no texto de partida, para tal procuraram-se fontes na língua de partida: “Dry heaving, sometimes called retching, refers to vomit-like feelings without any substance” (Healthline.com). Em seguida, inseriu-se um conjunto de palavras traduzidas pertencentes à definição anterior num motor de pesquisa (e.g. “vômito” “seco”) e obtiveram-se ocorrências em páginas em português europeu que tratam assuntos médicos;
2. Este exemplo ocorre também no primeiro relatório médico (Anexo A). O segmento refere-se a um exame imagiológico ao qual o doente foi submetido. Pelo contexto, dos exames imagiológicos abdominais, determinou-se do que se tratava e, em seguida, procuraram-se fontes em português europeu em que existissem ocorrências dos termos. Contudo, para o caso de “decúbito dorsal” foi necessária ajuda para a resolução do problema, pois o termo foi inicialmente traduzido por “deitado”, tendo “decúbito dorsal” sido recomendado. Em seguida, localizou-se facilmente uma ocorrência deste termo (Escola Superior de Enfermagem do Porto, s.d.);
3. Este exemplo ocorre no segundo relatório médico (Anexo B). Apresenta o problema de se referir a uma região anatómica, i.e., trata-se de um termo especializado de anatomia. Para satisfazer os requisitos de compreensão do termo foi necessário comparar imagens de enciclopédias de anatomia na língua de partida e em seguida comparar as imagens das mesmas regiões com enciclopédias na língua de chegada. Após fazer a comparação das imagens, pesquisou-se o termo obtido na língua de chegada até se encontrar uma ocorrência que permitisse confirmar do que se trata (Rede CUF, s.d.);
4. Este exemplo surge no terceiro relatório médico (Anexo C). Trata-se de uma referência a dois tipos de dissecação realizados durante a cirurgia. Em primeiro lugar foi necessário consultar fontes na língua de partida para concluir que “blunt dissection” significa dissecação com recurso aos dedos ou um dissector e que

“sharp dissection”, como o nome indica, requer o uso de uma ferramenta cortante como, por exemplo, um bisturi (Hillcrest Medical Center, p. 71). Em segundo lugar, foi necessário encontrar uma fonte em português que pudesse ser utilizada. Após pesquisar pelo nome do procedimento em inglês num motor de busca, encontrou-se a referência a “dissecção romba e cortante” num fórum de tradução (ProZ, 2010);

5. Este exemplo ocorre no quarto relatório médico (Anexo D). Refere-se ao recipiente em que a amostra extraída numa biópsia é colocada. Após o passo de compreensão, encontraram-se ocorrências em catálogos de instrumentos e ferramentas médicas de vendedores sediados em Portugal (Hipermed, 2016).

Texto de partida	Texto de chegada
“(…) peritoneum (…)”	“(…) peritoneu (…)”

Tabela 9 Problema terminológico – termo do texto de partida (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório de radiologia e de diagnóstico imagiológico (Anexo B).

Na tradução da entrada acima levantou-se outro problema terminológico. Durante a tradução verificou-se a existência de três possíveis termos para o mesmo conceito: peritoneu; peritônio; peritônio (sendo esta última provavelmente uma variante do português do Brasil). Para resolver esta situação, verificou-se a qualidade e a quantidade de ocorrências através de um motor de pesquisa:

- Existiu um número maior de fontes que tratam a saúde em que ocorre o termo peritoneu;
- No que trata a quantidade de ocorrências utilizando o filtro “site:pt” e com enfoque nos termos ao colocá-los entre aspas (e.g. “peritoneu” site:pt) inserido no motor de pesquisa google:
 - “Peritoneu” apresentou 7130 resultados;
 - “Peritônio” apresentou 469 resultados;
 - “Peritônio” apresentou 3150 resultados.

Tendo em vista os resultados quer qualitativos, quer quantitativos da pesquisa, optou-se pela primeira opção, “peritoneu”.

Texto de partida	Texto de chegada
------------------	------------------

<p>“A wedge of the overlying periosteum was taken and roughened with a bone rasp.”</p>	<p>“Foi extraído um segmento em forma de cunha do periósteo suprajacente que foi raspado com um raspador de osso. [EN: <i>A wedge of the overlying periosteum was taken and roughened with a bone rasp.</i>]”</p>
---	--

Tabela 10 Problema terminológico – segmento com termos problemáticos (à esquerda) e tradução (à direita), ocorrência no relatório cirúrgico (Anexo C).

O problema de tradução suprarreferido foi o maior desafio dentro das traduções realizadas. Existe um conjunto de termos especializados no segmento em questão e estes em conjunto transmitem detalhes de um passo do procedimento cirúrgico. O problema centra-se, acima de tudo, no facto de existir uma mistura de termos especializados com expressões que podem eventualmente ser considerados menos especializados. Por exemplo, “wedge” refere-se à forma de um segmento extraído e o procedimento completo tem o nome de “wedge resection” (Wu, et al., 2011), contudo, o segmento em questão refere apenas “A wedge (...) was taken”, sendo o verbo “taken” um que não tem a mesma aplicação especializada. Em seguida, existe a expressão “roughened with a bone rasp”, cujo propósito da ação não é explicitado.

Por último, esta confluência de termos especializados e verbos, cujo grau de especialização é indeterminado, apresenta-se como um entrave à compreensão. Nestas situações o ideal seria contactar o autor do texto de modo a compreender o que, de facto, se quer dizer ou pedir ao requisitante da tradução que peça esta informação ao profissional de saúde que redigiu o texto de partida. De modo a evitar uma interpretação incorreta, tentou-se implementar o máximo de literalidade na tradução do segmento e acompanhá-lo com o segmento de partida em inglês entre parêntesis retos.

Dificuldade de tradução – escolher as opções adequadas ao contexto de chegada

Uma dificuldade observada após receber a validação das traduções destacou-se como sendo a escolha das opções que melhor se adequam ao contexto de chegada. Montalt & González-Davies (2007, p. 151) recomendam que durante a redação do texto de chegada não se deve apenas estar atento ao conteúdo transmitido, mas também às expressões preferidas para o transmitir.

Encontram-se abaixo apresentadas algumas opções realizadas durante a tradução para as quais foram dadas sugestões mais adequadas após as traduções terem sido sujeitas a validação:

Texto de partida	Texto de chegada (Antes de validação)	Texto de chegada (Após validação)
“PAST HISTORY:”	“HISTORIAL MÉDICO:”	“HISTÓRIA PREGRESSA:”
“(…) conjunctivae pink.”	“(…) conjuntivas cor-de-rosa.”	“(…) conjuntivas rosadas.”
“UA completely negative.”	“Uranálise completamente negativa.”	“Análises à urina negativas.”
“No evidence of free air.”	“Não existem indícios de ar livre.”	“Não existem indícios de pneumoperitoneu.”
“(…) a fracture of indeterminate age that shows probable non- union.”	“(…) uma fratura de idade indeterminada que indica uma provável separação.”	“(…) uma fratura de idade indeterminada que indica uma provável não consolidação.”
“Estimated Blood Loss: Negligible.”	“Estimativa de perda sanguínea: negligenciável.”	“Estimativa de perda sanguínea: insignificante.”

Tabela 11 Dificuldades de tradução - segmentos dos textos de partida (Anexos A, B e C), com as traduções antes de validação e com as alterações após validação.

Os exemplos acima referidos são situações que podem ter ocorrido por diversas razões, tal como uma abordagem excessivamente literal, o facto de estes segmentos à primeira vista não representarem um problema de tradução evidente e não terem recebido o devido enfoque ou mesmo uma falta de conhecimento das colocações prediletas para a cultura de chegada. Contudo, isto permite frisar a importância da validação por parte de especialistas do domínio quando se realiza a tradução especializada, pois os especialistas conseguem muitas vezes intuitivamente implementar as colocações e fraseologias mais correntes.

Dificuldade de tradução – filtrar a informação disponível

Como referido em 4.4.5. *Comentário geral às traduções*, filtrar a informação disponível representou também uma dificuldade. Durante a pesquisa online por fontes redigidas em português, observou-se uma prevalência do português do Brasil nas fontes disponíveis, mesmo após implementar estratégias de filtração de páginas, como, por exemplo, procurar

apenas páginas de domínios .pt. A única solução para esta situação consiste mesmo em dedicar muito tempo à procura de fontes adequadas.

Dificuldade de tradução – compreender os textos de partida

Por fim, a última dificuldade a referir foi a compreensão dos textos dos relatórios médicos. Os textos encontram-se redigidos por profissionais de saúde que implementam um misto de fraseologias especializadas e expressões mais comuns e, como um tradutor não é um profissional de saúde, surgem frequentemente problemas na compreensão dos textos. As estratégias a implementar para a compreensão do texto implicam a consulta de fontes na língua de partida, muitas vezes artigos, que consigam simplificar informação, de modo a compreender o que está a ser tratado.

4.5. Aspetos gráficos dos relatórios médicos

Tendo em conta que membros de diferentes comunidades profissionais têm perspetivas e interpretações que variam em relação ao que compõe um género textual (Bhatia, 2004, p. 29), é interessante observar que os membros da comunidade profissional deste centro médico têm várias expectativas em relação à apresentação dos relatórios médicos, sendo estas expectativas apresentadas através de um conjunto de instruções (Ireland & Stein, 2010, pp. 18-23) que serão abordados nos pontos seguintes.

4.5.1. Aspetos gráficos comuns

No manual de transcrição médica, os exemplos de relatórios médicos encontram-se acompanhados de um conjunto de regras em termos de formatação e de pontuação:

- Dois espaços após um sinal de dois pontos (:);
- Utilizar um sinal de dois pontos (:) em vez de travessão (–);
- Utilizar margens de 2,54 cm;
- Justificar o texto à esquerda;
- Utilizar sinal de dois pontos (:) após tópicos introdutórios breves (e.g. “SINAIS VITAIS: temperatura de admissão (...)”);
- Nas páginas subsequentes à primeira, deixar um espaçamento de uma linha depois dos títulos;

- Nas páginas subsequentes à primeira, deixar um espaçamento de quatro linhas entre o cabeçalho e o texto seguinte (i.e., o texto começa na quarta linha);
- Deixar um espaçamento de quatro linhas entre o último parágrafo e a linha para a assinatura/rúbrica;
- A linha para a assinatura/rubrica deve ser composta, no mínimo, por 25 *underscores*;
- Deixar um espaçamento duplo entre parágrafos.

Frisa-se que as instruções servem especificamente para os textos que circulam dentro deste centro médico e que não constituem um guia de estilo para todos os relatórios médicos que circulam nos Estados Unidos.

4.5.2. Conflitos com o uso comum português

As instruções acima conseguem facilmente ser mantidas durante a tradução para português. No entanto, para além das instruções suprarreferidas, existem mais duas apresentadas que podem entrar em conflito com o português europeu:

- A data deve encontrar-se disposta em mês/dia/ano (MM/DD/AAAA);
 - No entanto, no português europeu é comum apresentar a data em dia/mês/ano (DD/MM/AAAA).
- Após sinal de dois pontos (:), a palavra seguinte deve encontrar-se com a primeira letra em maiúscula.
 - Todavia, no português europeu é mais comum a palavra que segue o sinal de dois pontos começar com minúscula, embora não se tenha encontrado uma regra formal para este caso.

4.5.3. Outros aspetos gráficos relevantes

Existem outros aspetos que não foram definidos como regras propriamente ditas, mas é relevante destacá-los por terem um impacto na facilidade de leitura:

O logótipo que acompanha o texto

Como tradutor, é importante considerar a existência e a função do logótipo. Serve, mais que tudo, para indicar o estabelecimento de saúde no qual se realizou o procedimento médico e/ou onde se redigiu o relatório médico.

O uso de maiúsculas para referir as alergias

Texto de partida	Texto de chegada
"(...) ALLERGIC TO PENICILLIN."	"(...) ALÉRGICO A PENICILINA."

Tabela 12 Exemplo de uso de maiúsculas em relatórios médicos. Ocorrência no relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A).

A razão mais evidente para o uso de maiúsculas é o facto de tornar a informação mais visível numa primeira leitura. É necessário considerar que se a visibilidade desta informação for comprometida, também poderá comprometer a saúde do doente, i.e., se a informação passar despercebida, o profissional de saúde pode não tomar as precauções necessárias no cuidado da saúde do doente.

4.6. Aspetos do texto dos relatórios médicos

4.6.1. Enfoque, ou não enfoque, no doente

No primeiro relatório existem várias referências ao doente, mas deve observar-se que a única circunstância em que é apresentado o nome do doente é na parte superior dos relatórios. Isto poderá dever-se também à característica impessoal inerente do registo científico, como referido em 3.4.2. *Registo do relatório médico*. Seguem-se os exemplos retirados do primeiro relatório médico, o relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A):

- **"The patient** is a 31-year-old white man with acute (...);
- **"The patient** states that the pain is constant (...);
- **"The patient** is anorectic";
- **"The patient** also has had associated fever and chills to date".

Além de "patient", recorre-se também ao pronome pessoal "he" para referir o doente:

- **"He** also gives a 1-year history of lower abdominal colicky pain.";
- **"He** was seen by his local medical doctor (...);
- **"He** has positive cough reflex (...)".

Contudo, é interessante observar que em nenhum dos outros relatórios é referido o doente no corpo do texto, apenas surge o nome do doente nos cabeçalhos. Nos outros relatórios

médicos existe um enfoque no objeto principal de análise, tal como uma radiografia, um procedimento cirúrgico e as amostras retiradas numa biópsia:

- “Orthopedic device is noted transfixing **the left femoral neck**.”;
- “After an abdominal hysterectomy had been performed by Dr. Withers, the peritoneum was closed by him and **the procedure** was turned over to me.”;
- “Received in formaldehyde labeled "necrotic material, right plantar abscess" are **multiple pieces of white, tan and yellow tissue** that are irregular in size and shape.”

Os exemplos acima mencionados servem para destacar que os relatórios médicos seguintes tendem a focar-se apenas no tópico em questão, apresentando uma abstração em relação ao doente em si. Isto pode dever-se ao facto de os relatórios médicos serem géneros textuais fortemente orientados para o assunto que tratam e não permitirem abstrações. Por exemplo, o primeiro relatório médico descreve expressamente o doente por se tratar de um relatório de história clínica e de exame físico e o objeto de análise deste relatório é o doente, visto como um todo. Em contraste, o segundo relatório médico faz um enfoque exclusivo no exame radiológico a que uma doente foi submetida, logo interessa apenas a parte do corpo da doente que surge nas imagens e a doente em si não é o objeto principal de análise. O terceiro relatório médico foca-se apenas no procedimento cirúrgico. Por último, o quarto relatório médico foca-se numa amostra de tecido, que apesar de ter sido extraída a partir do pé de um doente, foca-se apenas nessa mesma amostra.

Contudo, pressuposições à parte, não se encontraram referências a esta estratégia dentro do manual de transcrição de onde estes relatórios médicos foram retirados. Logo, pode tratar-se de uma estratégia intuitiva ou de uma regra informal.

4.6.2. *Uso dos tempos verbais*

Destaca-se a implementação de diferentes tempos verbais, consoante o tempo de enunciação, nos relatórios médicos como uma outra forma de identificar os subgéneros de relatório médico abordados. Não se pode dizer que exista um uso semelhante dos tempos verbais entre os quatro relatórios médicos abordados, pois estes apresentam tempos de enunciação diferentes:

- O primeiro relatório médico (Anexo A), por descrever quer a doença atual, quer a história clínica prévia do doente, apresenta uma variedade de tempos verbais muito maior;

- O segundo relatório médico (Anexo B) tem a tendência de utilizar verbos no presente, pois está a descrever o que está a ser observado naquele momento nas radiografias;
- O terceiro relatório médico (Anexo C) faz uma descrição após o procedimento ter sido realizado e destaca-se a presença de verbos na forma do passado;
- O quarto relatório médico (Anexo D) apresenta dois momentos diferentes, o momento em que se recebeu o recipiente com a amostra, para o qual se implementam formas verbais no passado e o momento de análise, para o qual se utilizou com maior frequência formas verbais no presente.

A título de curiosidade e de modo a comprovar o que foi suprarreferido, inseriu-se as partes descritivas dos textos de partida, num software de identificação de partes da fala, o Stanford Log-linear Part-Of-Speech Tagger e criou-se uma tabela com o número de ocorrências das formas verbais:

Resultados – <i>Stanford Log-linear Part-Of-Speech Tagger</i>				
Verbos	Relatório 1 (Anexo A)	Relatório 2 (Anexo B)	Relatório 3 (Anexo C)	Relatório 4 (Anexo D)
Não conjugados	4	0	0	0
Passado	10	0	15	0
Gerúndio, participio presente	8	1	3	0
Participio passado	9	5	15	4
Presente, não na terceira pessoa do singular	0	1	0	4
Presente na terceira pessoa do singular	19	6	1	2

Tabela 13 Ocorrências de tempos verbais extraídos com recurso ao Stanford Log-linear Part-Of-Speech Tagger.

O software mencionado permite filtrar partes do discurso, permitindo, assim, observar algumas tendências no uso de formas verbais no passado e no presente.

4.6.3. Semelhanças com o registo científico

É também interessante observar que existem vários exemplos de frases que estão de acordo com o registo científico, pois são claras, i.e., transmitem apenas uma ideia, e são objetivas, pois transmitem factos sem atribuir mais valores:

- “The pain worsened throughout the day, radiating to his back and becoming associated with dry heaves”;
- “The patient also has had associated fever and chills to date”;
- “He also gives a 1-year history of lower abdominal colicky pain associated with diarrhea”;
- “No adenopathy or bruits noted”;
- “No murmurs noted”;
- “Fairly exuberant callus formation is noted laterally along the femoral shaft”;
- “Orthopedic device is noted transfixing the left femoral neck”.

Além disso, os relatórios tendem a estar redigidos de forma sucinta, i.e., utilizam a linguagem como um recurso económico e o facto de a informação se encontrar altamente estruturada e dividida por tópicos permite este facto. Isto também está de acordo com as diretrizes referentes à ideia de um texto pronto para ser lido “na diagonal”, como apresentado no guia de estilo de escrita científica referido em 3.4.2. *Registo do relatório médico*. Eis os exemplos:

- “Surgical, no previous operations”;
- “Illnesses, none”;
- “REVIEW OF SYSTEMS: Noncontributory”;
- “NECK: Supple. No adenopathy or bruits noted”;
- “CHEST: Clear to auscultation and percussion”;
- “CARDIAC: Regular rate and rhythm”.

Existem também exemplos consistentes com as técnicas de modalização referidas em 3.4.2. *Registo do relatório médico*:

- “The left femoral neck region **appears** anatomically aligned”;

- “These changes **are consistent** with an abscess cavity”;
- “(...) there is a radiolucent band consistent with a fracture of indeterminate age that **shows probable** non-union”.

4.7. Movimentos retóricos

Os movimentos retóricos referem-se a unidades semânticas e funcionais de texto que apresentam os seus próprios propósitos comunicativos e contribuem cada um para o propósito comunicativo geral do texto (Biber, Connor, & Upton, 2007). Nos pontos referentes a cada relatório médico (ver 4.4.1., 4.4.2., 4.4.3. e 4.4.4.) fez-se um levantamento da organização do texto em termos estruturais que, em seguida, foi apresentada em tópicos listados. Contudo, realizar apenas o levantamento dos elementos estruturais permite apenas uma análise superficial da estrutura dos relatórios médicos abordados. De modo a combater este facto, elaboraram-se um conjunto de tabelas nas quais se procurou identificar movimentos retóricos associados a esses mesmos elementos estruturais.

A abordagem aos movimentos retóricos foi realizada após consultar artigos que tratam a estruturação retórica de relatórios laboratoriais estudantis (Parkinson, 2017) e relatórios de auditoria no contexto empresarial (Flowerdew & Wan, 2010). Contudo, apesar de os relatórios referidos partilharem uma colónia de géneros textuais com os relatórios médicos, estes apresentam demasiadas diferenças para poder adaptar as abordagens referidas na íntegra. Para tal, criou-se uma abordagem que permitisse interpretar os movimentos dos relatórios médicos abordados e foram consideradas também três a quatro fases na estruturação dos relatórios médicos que englobam estes movimentos:

- Fase de identificação – normalmente localiza-se na parte inicial do relatório médico, envolve a apresentação de dados que permitam identificar o relatório médico, o doente e o profissional de saúde. Os movimentos que fazem parte desta fase normalmente demonstram o propósito de identificar o relatório médico;
- Fase de apresentação de informação sumariada – considerou-se como a fase que contém informação resumida sobre o que irá ser tratado no corpo do texto. Os movimentos que nesta pertencem tendem a resumir informação sobre a instância de saúde em questão;

- Fase de descrição – considerou-se como sendo a fase em que é apresentada a informação de forma mais extensa. Os movimentos que nela surgem tendem a apresentar o propósito de descrever extensivamente o que está a ser tratado;
- Fase de conclusão – considerou-se como fase de conclusão aquela em que o profissional de saúde termina o relatório com uma observação/diagnóstico final com base na informação da fase descritiva. Contudo, não se considerou que o terceiro relatório médico, o relatório cirúrgico (Anexo C), contivesse esta fase, logo encontra-se incluída apenas nos outros três relatórios.

Todavia, esta definição dos movimentos por fases foi criada meramente para esta dissertação, de modo a servir como uma forma de classificar os movimentos dos relatórios médicos, logo não se pode indicar que se adeque empiricamente a todos os relatórios médicos. Seguem-se as tabelas realizadas:

Relatório 1 – Relatório de história clínica e de exame físico (Anexo A)		
	Elementos estruturais	Movimentos retóricos
IDENTIFICAÇÃO	• Título	M1 – Identificar o tópico geral do relatório
	• Elementos identificadores	M2 – Identificar o doente M3 – Identificar o médico de admissão
INFORMAÇÃO SUMARIADA	• Diagnóstico de admissão	M4 – Sumariar o diagnóstico de admissão
	• Queixa principal	M5 – Indicar a queixa principal
DESCRIÇÃO	• História da condição atual	M6 – Descrever detalhadamente o que levou o doente à admissão hospital
	• História pregressa	M7 – Descrever instâncias de saúde passadas do doente
	• Medicação	M8 – Descrever os medicamentos que o doente toma atualmente e as suas alergias
	• História social	M9 – Localizar o doente num contexto social
	• História familiar	M10 – Indicar se a doença atual pode estar ligada aos familiares
	• Revisão dos sistemas	M11 – Indicar se a revisão aos vários sistemas do doente apresentou conclusões
	• Exame físico	M12 – Descrever as observações feitas durante o exame físico que o médico realizou ao doente
	• Dados de diagnóstico	M13 – Indicar os valores dos resultados de diversos exames realizados ao doente
CONCLUSÕES	• Avaliação	M14 – Apresentar uma avaliação final com base nas informações apuradas

Tabela 14 Movimentos retóricos dentro do relatório de história clínica e de exame físico

Como se pode observar, este relatório médico, como todos os outros abordados, inicia-se com a identificação. Distingue-se a fase de identificação da informação sumariada pelo facto de a primeira fase conter informação útil para uma pesquisa numa base de dados ou arquivo (e.g. nomes próprios, datas de nascimento, números de identificação de relatórios, entre outros) e a segunda contém informação que auxilia o início da leitura, ao orientar o leitor em relação aos principais problemas ou à situação que requer a maior atenção. Neste

relatório médico em particular destaca-se o número considerável de movimentos descritivos, pois existe a necessidade de abordar várias facetas da saúde do doente.

Relatório 2 – Relatório de radiologia ou de diagnóstico imagiológico		
Elementos estruturais		Movimentos retóricos
IDENTIFICAÇÃO	• Título	M1 – Identificar o tópico geral do relatório
	• Elementos identificadores	M2 – Identificar o doente M3 – Identificar o médico prescritor
INFORMAÇÃO SUMARIADA	• Informação sobre o procedimento	M4 – Sumariar o diagnóstico de admissão
	• Diagnóstico primário	M5 – Indicar o diagnóstico primário
	• Informação clínica	M6 – Indicar a informação geral sobre a condição de saúde da doente
DESCRIÇÃO	• Descrição das imagens	M7 – Descrever extensivamente o que está a ser observado nas imagens
CONCLUSÕES	• Impressões	M8 – Apresentar conclusões em relação à informação apresentada

Tabela 15 Movimentos retóricos dentro do relatório de radiologia ou de diagnóstico imagiológico

Em contraste com o anterior, este relatório médico apresenta um número inferior de movimentos descritivos, pois trata-se da descrição de radiografias, logo existe uma unidade de análise mais reduzida.

Relatório 3 – Relatório cirúrgico		
	Elementos estruturais	Movimentos retóricos
IDENTIFICAÇÃO	• Título	M1 – Identificar o tópico geral do relatório
	• Elementos identificadores	M2 – Identificar o doente M3 – Identificar o médico de admissão, o cirurgião e o assistente durante a cirurgia
INFORMAÇÃO SUMARIADA	• Diagnósticos pré-cirúrgico e pós-cirúrgico	M4 – Indicar os diagnósticos pré e pós-cirúrgicos
	• Informações listadas sobre o procedimento	M5 – Listar todas as informações sobre o procedimento: o tipo, a anestesia, as amostras obtidas, os fluídos IV, a perda sanguínea, a diurese e as complicações
DESCRIÇÃO	• Descrição do procedimento cirúrgico	M6 – Descrever extensivamente o procedimento cirúrgico

Tabela 16 Movimentos retóricos dentro do relatório cirúrgico

Em comparação com todos os outros relatórios médicos abordados nesta dissertação, este relatório médico não apresenta uma fase de conclusão. Isto deve-se ao facto de este relatório médico não consistir numa construção de argumentos em função de um diagnóstico final, mas sim numa descrição detalhada do que ocorreu durante o procedimento cirúrgico.

Relatório 4 - Relatório de patologia		
Elementos estruturais		Movimentos retóricos
IDENTIFICAÇÃO	• Título	M1 – Identificar o tópico geral do relatório
	• Elementos identificadores	M2 – Identificar o doente M3 – Identificar o relatório através de um número de identificação
INFORMAÇÃO SUMARIADA	• Diagnósticos pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos	M4 – Indicar os diagnósticos realizados durante a cirurgia em que se obteve a amostra
	• Dados sobre a amostra	M5 – Indicar qual o espécime obtido e em que data foi recebido e em que data foi descrito
	• História pregressa	M6 – Indicar sinteticamente a história pregressa do doente
DESCRIÇÃO	• Descrição geral	M7 – Descrever geralmente as amostras quando recebidas
	• Descrição microscópica	M8 – Descrever as amostras do ponto de vista microscópico
CONCLUSÕES	• Diagnóstico microscópico	M9 – Apresentar um diagnóstico segundo o que se observou

Tabela 17 Movimentos retóricos dentro do relatório de patologia

Ao verificar as quatro tabelas, pode verificar-se que existem diferenças fundamentais nos movimentos seguidos em cada relatório médico. Isto deve-se ao facto de constituírem subgéneros de relatórios médicos diferentes, de domínios diferentes que, por sua vez, tratam assuntos diferentes. Foi por esta razão que se procurou estabelecer um elo entre estes relatórios médicos ao identificar três a quatro grandes fases. Destaca-se também que não se inseriu o logótipo e a assinatura dos profissionais de saúde dos elementos estruturais referidos nos pontos 4.4.1, 4.4.2., 4.4.3. e 4.4.4., pois, apesar de cumprirem uma função no documento, foram considerados mais como elementos que acompanham o texto, mas que não fazem realmente parte dele, i.e., são elementos cotextuais.

Considerações finais

Durante o desenvolvimento desta dissertação, foi possível apurar onde o relatório médico se situa dentro do mundo da tradução. Situa-se na tradução médica, um mundo que apresenta determinadas características, tal como domínios de especialidade próprios, terminologia especializada e uma variedade de géneros textuais médicos. Também se abordou o tradutor médico como um agente da tradução especializada e as competências que apresenta, desde linguísticas e de escrita a competências como a sua atitude num mundo de especialização em que encontrará não apenas outros tradutores, mas também profissionais de saúde.

Através da presente dissertação, pôde também observar-se que o relatório médico acarreta todos os elementos de caracterização de um género textual segundo Bhatia (2004), pois tem um propósito comunicativo de relatar, é altamente convencionalizado e estruturado ao nível das entidades de saúde e, desta forma, apresenta limites na sua intenção comunicativa e forma. Além destes, os profissionais de saúde dominam o género textual com perícia e conseguem naturalmente organizar o texto segundo a situação ao existirem diversos relatórios médicos que variam com o evento de saúde. E, finalmente, o relatório médico reflete uma cultura profissional ao estar diretamente relacionado com a atividade diária do profissional de saúde e tem uma integridade que pode ser identificada ao observar as estruturas textuais definidas.

Foi possível contextualizar o relatório médico no mundo dos géneros textuais, ao situá-lo dentro da colónia dos géneros textuais relatores. Indicou-se, também, que este género textual apresenta um conjunto de subgéneros textuais que partilham o propósito comunicativo, mas que apresentam variações de assunto e de domínio especializado. Fez-se um levantamento de artigos e de um guia de estilo de modo a identificar o texto do relatório médico como semelhante ao registo científico, mas, em simultâneo, distinguiu-se o relatório médico dos relatórios de caso clínico, com os quais partilha algumas semelhanças, mas cuja principal diferença é o facto de apresentar um fim profissional e o outro um fim académico.

Na última parte deste trabalho realizou-se, em primeiro lugar, a tradução de quatro subgéneros textuais de relatório médico diferentes. Esta tradução ocorreu de modo a facilitar uma abordagem do ponto de vista da tradução a este género textual no que concerne as dificuldades e problemas de tradução e com o objetivo de inserir quatro exemplos de traduções de inglês para português europeu para servir de consulta a quem

necessitar. Contudo, nesta última parte também se fizeram várias abordagens diferentes com o objetivo de extrair o máximo de informação caracterizante dos textos de partida de modo a corroborar com o que foi abordado nos três primeiros capítulos desta dissertação, que apresentaram a vertente mais teórica. Fez-se um levantamento dos aspetos gráficos dos relatórios médicos, do ponto de vista das convenções de formatação, dos aspetos do texto do relatório médico, como o enfoque no doente, aspetos discursivos tais como os tempos verbais implementados e os exemplos em que ocorrem semelhanças com o registo científico. Fez-se também um levantamento dos elementos estruturais do relatório médico a partir dos quais se elaborou uma proposta para os movimentos retóricos presentes nos relatórios médicos abordados, na qual se sugere também três a quatro grandes fases nos relatórios médicos: a identificação; a apresentação de informação sumariada; a descrição; e, em todos os casos exceto no relatório cirúrgico (Anexo C), uma conclusão.

Importa salientar também a importância da validação dos textos de chegada por parte de especialistas do domínio, neste caso das ciências da saúde, de modo a assegurar que a terminologia e o registo aplicados estão de acordo com o que é habitual na cultura de chegada. Esta validação é um passo para a garantia da inserção dos textos de chegada numa cultura de chegada com uma linguagem mais corrente e sem suscitar problemas de compreensão.

Finalmente, o estudo de documentos tão específicos como o relatório médico pode ser uma mais-valia para o mundo da tradução, contudo existem alguns entraves em relação à aquisição de exemplos de relatórios médicos, pois são documentos confidenciais que normalmente não se encontram disponíveis ao público. De modo a efetuar um estudo com um conjunto maior de relatórios médicos seria necessário optar por uma das seguintes alternativas:

- Solicitar a profissionais de saúde de diversas entidades hospitalares que redigissem relatórios médicos, de cariz hipotético, como se fosse no seu quotidiano;
- Solicitar aos doentes relatórios médicos com todas as informações pessoais completamente eliminadas;
- Encontrar um número mais vasto de manuais médicos e de transcrição médica dos quais se possam extrair exemplares.

Todavia, as alternativas referidas não são fáceis de efetuar. Espera-se, acima de tudo, que esta dissertação tenha sido um pequeno passo para uma abordagem mais aprofundada do relatório médico dentro do mundo da tradução médica e dos géneros textuais abordados no mundo da tradução médica.

Referências

- ABBYY. (s.d.). *What is OCR and OCR Technology*. Obtido em 22 de Maio de 2018, de abbyy: <https://www.abbyy.com/en-me/finereader/what-is-ocr/>
- Ahmad, J. (2012). Stylistic features of scientific English: A study of scientific research articles. 2(1), 47.
- Alves, E. (1992). *Dicionário Médico Inglês - Português*. São Paulo: Atheneu.
- atlasdasaude.pt. (s.d.). *Ficha Técnica*. Obtido em 2 de junho de 2018, de Atlas da Saúde: <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/ficha-tecnica>
- Baker, M. (1992). *In Other Words: A Coursebook on Translation*. Londres: Routledge.
- Baker, P., & Ellece, S. (2011). *Key terms in discourse analysis*. Londres: A&C Black.
- Bhatia, V. (2004). *Worlds of written discourse: A genre-based view*. Londres: A&C Black.
- Biber, D., Connor, U., & Upton, T. (2007). *Discourse on the move: Using corpus analysis to describe discourse structure*. Amesterdão: John Benjamins Publishing.
- Cragie, S., Higgins, I., Hervey, S. G., & Gambarotta, P. (2000). *Thinking Italian translation*. Londres: Routledge.
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2003-2018). *caucasiano*. Obtido em 2 de junho de 2018, de infopédia: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/caucasiano>
- Donato, H. (2017). Como escrever um artigo que seja aceite para publicação. 23^o Congresso Nacional de Medicina Interna. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (s.d.). *Posicionar decúbito dorsal*. Obtido em 10 de 5 de 2018, de Plataforma de Procedimentos de Enfermagem: <http://pope.esenf.pt/wordpress/sample-page/unidades-curriculares/unidade-curricular/posicionamento/posicionar-decubito-dorsal/>
- Flowerdew, J., & Wan, A. (2010). The linguistic and contextual in applied genre analysis: The case of the company audit report. *English for Specific Purposes*, 29, 78-83.
- Gopikrishna, V. (2010). A report on case reports. *Journal of Conservative Dentistry*, 265–271.
- Hatim, B., & Mason, I. (1997). *The Translator as Communicator*. Londres: Routledge.

Healthline.com. (s.d.). *What Causes Dry Heaving and How Is It Treated?* Obtido em 10 de 05 de 2018, de Healthline: <https://www.healthline.com/health/dry-heaving>

Hillcrest Medical Center. (s.d.). *About us*. Obtido em 21 de Maio de 2018, de Hillcrest Medical Center: <https://hillcrestmedicalcenter.com/content/about-us>

Hipermed. (2016). *Hipermed Saúde*. Obtido em 10 de maio de 2018, de Hipermed: http://www.hipermed.pt/media/catalog_files/np/hipermed_catalogo_geral_julho_2016_semprecos.pdf

House, J. (1997). *Translation Quality Assessment. A Model Revisited*. Tübingen: G. Narr.

iate.europa.eu. (s.d.). *About*. Obtido em 2 de junho de 2018, de IATE: <http://iate.europa.eu>

Ireland, P., & Stein, C. (2010). *Hillcrest Medical Center: Beginning Medical Transcription, 7th Edition*. Boston: Delmar Cengage Learning.

James, C. (1989). Genre analysis and the translator. *Target*, 1, 29-41.

Jornal da Universidade de Aveiro. (2009). *DLC disponibiliza ferramentas de apoio à tradução*. Obtido de UA online: <http://uaonline.ua.pt/pub/detail.asp?c=14135>

Malaysian Medical Council. (14 de November de 2006). *Medical Records and Medical Reports*. Obtido de Official Portal of Malaysian Medical Council: <http://www.mmc.gov.my/images/contents/ethical/Medical-RecordsMedical-Reports.pdf>

medicosdeportugal.pt. (s.d.). *Glossário*. Obtido em 10 de maio de 2018, de Médicos de Portugal: <https://www.medicosdeportugal.pt/glossario/>

Montalt, V. (2011). Medical translation and interpreting. Em *Handbook of Translation Studies* (Vol. 2, pp. 79-83). Amesterdão: John Benjamins Publishing.

Montalt, V., & González-Davies, M. (2007). *Medical Translation Step by Step: Learning by Drafting*. Manchester: St. Jerome Pub.

Munday, J. (2016). *Introducing Translation Studies: Theories and applications*. Routledge.

Nord, C. (1997). *Translating as a Purposeful Activity. Functionalist Approaches Explained*. Manchester: St. Jerome.

O'Neill, M. (1998). Who Makes a Better Medical Translator: The Medically Knowledgeable Linguist or the Linguistically Knowledgeable Medical Professional? A Physician's Perspective. Em H. Fischbach, & H. Fischbach (Ed.), *Translation and Medicine* (pp. 69-80). Amesterdão: John Benjamins Publishing.

Palumbo, G. (2009). *Key terms in translation studies*. Londres: Bloomsbury Publishing.

Parkinson, J. (2017). The student laboratory report genre: A genre analysis. *English for Specific Purposes*, 45, 1-13.

ProZ. (2010). *blunt and sharp dissection*. Obtido em 5 de maio de 2018, de ProZ: https://por.proz.com/kudoz/english_to_portuguese/medical_general/3754657-blunt_and_sharp_dissection.html

Rede CUF. (s.d.). *Fratura do Colo do Fémur*. Obtido em 10 de 5 de 2018, de Saúde CUF: <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/centros/unidade-de-cirurgia-da-anca-e-bacia/sintomas-doencas-tratamentos/fratura-do-colo-do-femur>

Sharp, K. (2007). Atypical Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 628-630.

Singh, M. K. (2012). Revisiting Genre Analysis: Applying Vijay Bhatia's Approach. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 66, 370-379.

University of Leeds. (s.d.). Obtido em 20 de 5 de 2018, de www.reading.ac.uk: <https://www.reading.ac.uk/web/files/sta/skills-scientific-writing-uni-of-leeds.pdf>

Wonca Europe. (2002). *A definição europeia de medicina geral e familiar*. Obtido em 2 de junho de 2018, de [woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org): <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>

Wu, K.-Y., Lertvikool, S., Huang, K.-G., Su, H., Yen, C.-F., & Lee, C.-L. (2011). Laparoscopic hysterectomies for large uteri. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 50(4), 411-414. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455911001628>

Anexo A – Relatório de história clínica e de exame físico

Texto de partida 1/2

HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION OR EMERGENCY DEPARTMENT TREATMENT RECORD

Patient Name: Roger Parks

Patient ID: 11009

Room No.: 812

Date of Admission/Date of Arrival: 12/01/- - - -

Admitting/ Attending Physician: Steven Benard, MD

Admitting Diagnosis: Rule out appendicitis.

Chief Complaint: Abdominal pain.

HISTORY OF PRESENT ILLNESS: The patient is a 31-year-old white man with acute onset of right lower quadrant pain waking him up from sleep at approximately 3 a.m. on the morning of admission. The pain worsened throughout the day, radiating to his back and becoming associated with dry heaves. The patient states that the pain is constant and is worsened by walking or movement. The patient states his last bowel movement was on the previous evening and was normal. The patient is anorectic. He also gives a 1-year history of lower abdominal colicky pain associated with diarrhea. He was seen by his local medical doctor and given a diagnosis of irritable bowel syndrome; however, the pain is worse tonight and is unlike his previous bouts of abdominal pain. The patient also has had associated fever and chills to date.

PAST HISTORY: Surgical, no previous operations. Illnesses, none. Hospitalized for epididymitis 10 years ago.

MEDICATIONS: None. He is ALLERGIC TO PENICILLIN. It makes him bloated.

SOCIAL HISTORY: Carpenter. Lives with his wife and 2 children. He does not drink or smoke.

FAMILY HISTORY: insignificant for familial inflammatory bowel disease except for the fact that his mother has colonic polyps. Father living and well. No siblings.

REVIEW OF SYSTEMS: Noncontributory.

PHYSICAL EXAMINATION: This is a 31-year-old white man with knees raised to his abdomen and complaining of severe pain. **VITAL SIGNS:**

(Continued)

Texto de chegada 1/2

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E DE EXAME FÍSICO OU DE TRATAMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Nome do doente: Roger Parks

N.º de identificação do doente: 11009

Quarto n.º: 812

Data de admissão/Data de entrada: 01/12/- - - -

Médico responsável pela admissão: Dr. Steven Benard

Diagnóstico de admissão: excluir hipótese de apendicite.

Queixa principal: dor abdominal.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: o doente é um homem caucasiano de 31 anos que foi admitido no começo de dores agudas no quadrante inferior direito (QID) que o despertaram às 3 da manhã do dia de admissão. A dor aumentou no decorrer do dia, projetando-se para as costas e acompanhando-se de vômitos secos. O doente indica que a dor é constante e piora ao andar ou ao movimentar-se. O doente indica que defecou na noite anterior e que não detetou nada fora do normal. O doente apresenta anorexia. Apresenta também um historial de um ano de dores abdominais semelhantes a cólicas, acompanhadas de diarreia. Numa consulta com o seu médico local foi-lhe diagnosticado síndrome de cólon irritável. No entanto, a dor apresentada esta noite é pior e difere dos ataques de dor abdominal anteriores. Até à data, condição do doente tem sido acompanhada de hipertermia e calafrios.

HISTÓRIA PREGRESSA: cirúrgico, nunca submetido a operações. Doenças, nenhuma. Internado por epididimite há 10 anos.

MEDICAÇÃO: nenhuma. É ALÉRGICO À PENICILINA. Provoca-lhe distensão abdominal.

HISTÓRIA SOCIAL: carpinteiro. Vive com a mulher e 2 filhos. Não bebe nem fuma.

HISTÓRIA FAMILIAR: irrelevante para doenças inflamatórias intestinais hereditárias, com a exceção da mãe do doente que sofre de pólipos do cólon. O pai está vivo e saudável. Não tem irmãos.

REVISÃO DOS SISTEMAS: Sem interesse clínico.

EXAME FÍSICO: trata-se de um homem, caucasiano, de 31 anos, com os joelhos flectidos até ao abdómen com queixas de dor severa.

(Continuação na página seguinte)

Texto de partida 2/2

HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION OR EMERGENCY DEPARTMENT TREATMENT RECORD

Patient Name: Roger Parks

Patient ID: 11009

Date of Admission: 12/01/- - -

Page 2

Admission temperature 99.6 F; 4 hours after admission it was 102.6 F. HEENT: Normocephalic, atraumatic; EOMs intact; negative icterus, conjunctivae pink. NECK: Supple. No adenopathy or bruits noted. CHEST: Clear to auscultation and percussion. CARDIAC: Regular rate and rhythm. No murmurs noted. Peripheral pulses 2+ and symmetrical. ABDOMEN: Bowel sounds initially positive but diminished. He has positive cough reflex, positive heel tap, and positive rebound tenderness. The pain is definitely worse in his RLQ. RECTAL: Heme-negative. Tenderness toward the RLQ. Normal prostate. Normal male genitalia. EXTREMITIES: No clubbing, cyanosis, or edema. NEUROLOGIC: Nonfocal.

DIAGNOSTIC DATA: Hemoglobin 14.6, hematocrit 43.6, and 13,000 WBCs. Sodium 138, potassium 3.8, chloride 105, CO₂ 24, BUN 10, creatinine 0.9, and glucose 102. Amylase was 30. UA completely negative. LFTs within normal limits. Alkaline phosphatase 78, GGT 9, AST 39, GPT 12, bilirubin 0.9. Flat plate and upright films of the abdomen revealed localized abnormal gas pattern in right lower quadrant. No evidence of free air.

ASSESSMENT: Rule out appendicitis. Some concern of whether this could be an exacerbation of developing inflammatory bowel disease. Due to the patient's history, increasing temperature, and localizing symptoms to his right lower quadrant, the patient needs surgical intervention to rule out appendicitis.

Steven Benard, MD

SB:xx

D:12/01/- - -

T:12/01/- - -

Texto de chegada 2/2

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E DE EXAME FÍSICO OU DE TRATAMENTO NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Nome do doente: Roger Parks
N.º de identificação do doente: 11009
Data de entrada: 12/01/- - - -
Página 2

SINAIS VITAIS: temperatura de admissão 37,56 °C; 4 horas após a admissão apresentava 39,22 °C. Exame à cabeça, olhos, ouvidos, nariz e garganta (HEENT): normocefálico, atraumático, músculos extraoculares intactos, sem icterícia, conjuntivas rosadas. PESCOÇO: flexível. Não indica adenopatias, nem murmúrios. TÓRAX: auscultação e percussão não revelaram anomalias. CARDÍACO: frequência e ritmo regulares. Não foram identificados murmúrios. Pulsos periféricos 2+ e simétricos. ABDÓMEN: ruídos intestinais inicialmente positivos, mas reduzidos. Tem um reflexo de tosse positivo, sinal de markel positivo e sinal de blumberg positivo. A dor é mais intensa no QID. RETO: hemonegativo. Sensibilidade no QID. Próstata normal. Genitais masculinos normais. EXTREMIDADES: sem hipocratismo, cianose ou edemas. NEUROLÓGICO: não focal.

DADOS DE DIAGNÓSTICO: hemoglobinas 14,6, hematocritos 43,6 e WBC 13 000. Sódio 138, potássio 3,8, cloreto 105, CO₂ 24, AUS 10, creatinina 0,9 e glicose 102. Amílase encontrava-se a 30. Análises à urina negativas. LFT dentro dos limites normais. Fosfatase alcalina 78, GGT 9, AST 39, TGP 12, bilirrubina 0,9. Radiografias abdominais em decúbito dorsal e de pé revelaram um padrão de gases anormal no QID. Não existem indícios pneumoperitoneu.

AVALIAÇÃO: excluir a hipótese de apendicite. Existe a hipótese de se tratar de uma exacerbação de uma doença intestinal inflamatória. Devido à história clínica do doente, ao aumento da temperatura e aos sintomas localizados no seu QID, o doente necessita de intervenção cirúrgica para excluir a hipótese de apendicite.

Dr. Steven Benard

SB:xx [iniciais de quem ditou e do transcritor]
D:12/12/- - - [data em que foi ditado]
T:12/01/- - - [data em que foi transcrito]

Anexo B – Relatório de radiologia

Texto de partida 1/1

RADIOLOGY REPORT OR DIAGNOSTIC IMAGING REPORT

Patient Name: Marietta Mosley

Patient ID: 11446 **DOB:** 01/24/- - - - **Age:** 75 **Sex:** F

Report No.: 03-2801

Ordering Physician: John Youngblood, MD

Procedure: Left hip x-ray.

Date of Procedure: 08/05/- - - -

PRIMARY DIAGNOSIS: Fractured left hip.

CLINICAL INFORMATION: Left hip pain. No known allergies.

Orthopedic device is noted transfixing the left femoral neck. I have no old films available for comparison. The left femoral neck region appears anatomically aligned. At the level of an orthopedic screw along the lateral aspect of the femoral neck, approximately at the level of the lesser trochanter, there is a radiolucent band consistent with a fracture of indeterminate age that shows probable nonunion. There is bilateral marginal sclerosis and moderate offset and angulation at this site.

Fairly exuberant callus formation is noted laterally along the femoral shaft.

IMPRESSION

1. No evidence for significant displacement at the femoral neck.
2. Probable nonunion of fracture transversely through the shaft of the femur at about the level of the lesser trochanter.

Neil Nofsinger, MD

NN:xx

D:08/05/- - - -

T:08/05/- - - -

Texto de chegada 1/1

RELATÓRIO DE RADIOLOGIA OU DE DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO

Nome do doente: Marietta Mosley

N.º de identificação do doente: 11446 **DN:** 24/01/- - - - **Idade:** 75 **Sexo:** F

Relatório n.º: 03-2801

Médico prescritor: Dr. John Youngblood

Procedimento: raio-x da anca esquerda.

Data do procedimento: 05/08/- - - -

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: fratura na anca esquerda.

INFORMAÇÃO CLÍNICA: dor na anca esquerda. Não tem alergias identificadas.

Observa-se um dispositivo ortopédico a fixar o colo fémur esquerdo. Não tenho imagens anteriores para comparação. A região do colo do fémur esquerdo encontra-se anatomicamente alinhada. No nível do parafuso ortopédico na região lateral do colo do fémur, aproximadamente ao nível do trocânter inferior, existe uma imagem radiológica compatível com uma fratura de idade indeterminada que indica uma provável não consolidação. Existe artrose bilateral marginal e um desalinhamento moderado e angulação neste local.

Formação de calosidade evidente identificada lateralmente na diáfise do fémur.

IMPRESSÕES

1. Não existem indícios de deslocamento no colo do fémur.
2. Uma provável não consolidação transversal da fratura, desde a diáfise até ao nível do trocânter do fémur inferior.

Dr. Neil Nofsinger

NN:xx [iniciais de quem ditou e do transcritor]

D:05/08/- - - - [data em que foi ditado]

T:05/08/- - - - [data em que foi transcrito]

Anexo C – Relatório cirúrgico

Texto de partida 1/2

OPERATIVE REPORT

Patient Name: Kathy Sullivan

Patient ID: 11525 **DOB:** 08/16/- - - - **Age:** 52 **Sex:** F

Date of Admission: 06/25/- - - -

Date of Procedure: 06/25/- - - -

Admitting Physician: Taylor Withers, MD

Surgeon: Sang Lee, MD

Assistant: Taylor Withers, MD

Preoperative Diagnosis: Urinary incontinence secondary to cystourethrocele.

Postoperative Diagnosis: Urinary incontinence secondary to cystourethrocele.

Operative Procedure: Total abdominal hysterectomy with suspension correction.

Anesthesia: General endotracheal.

Specimen Removed: None.

IV Fluids: 900 mL crystalloid.

Estimated Blood Loss: Negligible.

Urine Output: 100 mL by Foley catheter.

Complications: None.

DESCRIPTION: After an abdominal hysterectomy had been performed by Dr. Withers, the peritoneum was closed by him and the procedure was turned over to me.

(Continued)

Texto de chegada 1/2

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome da doente: Kathy Sullivan

N.º de identificação de doente: 11525 **DN:** 16/08/- - - - **Idade:** 52 **Sexo:** F

Data de entrada: 25/06/- - - -

Data do procedimento: 25/06/- - - -

Médico responsável pela admissão: Dr. Taylor Withers

Cirurgião: Dr. Sang Lee

Assistente: Dr. Taylor Withers

Diagnósticos pré-cirúrgico: incontinência urinária devido a cistourethrocele.

Diagnósticos pós-cirúrgico: incontinência urinária devido a cistourethrocele.

Procedimento cirúrgico: histerectomia abdominal total com correção por suspensão.

Anestesia: geral endotraqueal.

Amostras removidas: nenhuma.

Fluídos IV: 900 ml cristalóide.

Estimativa de perda sanguínea: insignificante

Diurese: 100 ml através de Sonda de Foley.

Complicações: nenhuma.

DESCRIÇÃO: após uma histerectomia abdominal realizada pelo dr. withers, o peritoneu foi fechado pelo mesmo e o procedimento foi-me delegado.

(Continuação na página seguinte)

Texto de partida 2/2

OPERATIVE REPORT

Patient name: Kathy Sullivan

Patient ID: 11525

Date of Procedure: 06/25/- - - -

Page 2

At this time the suprapubic space was entered. The anterior portions of the bladder and urethra were dissected free by blunt and sharp dissection. Bleeders were clamped and electrocoagulated as they were encountered. A wedge of the overlying periosteum was taken and roughened with a bone rasp. The urethra was then attached to the overlying symphysis by placing 2 No. 1 catgut sutures on each side of the urethra and 1 in the bladder neck. The urethra and bladder neck pulled up to the overlying symphysis bone very easily with no tension on the sutures. Bleeding was controlled by pulling the bladder neck up to the bone. Penrose drains were placed on each side of the vesical gutter. Blood loss was negligible. The procedure was then turned back over to Dr. Withers, who proceeded with closure.

Sang Lee, MD

SL:xx

D:06/25/- - - -

T:06/26/- - - -

Texto de chegada 2/2

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome da doente: Kathy Sullivan

N.º de identificação de doente: 11525

Data do procedimento: 25/06/- - - -

Página 2

Nesta altura entrou-se no espaço supravescical. As porções anteriores da bexiga e da uretra foram soltas através de dissecação firme e precisa. Os vasos sanguíneos foram clampados e electrocoagulados à medida que surgiram.

Foi extraído um segmento em forma de cunha do periósteeo suprajacente que foi raspado com um raspador de osso. [EN: *A wedge of the overlying periosteum was taken and roughened with a bone rasp.*]. A uretra foi ligada à sínfise púbica por 2 pontos, com catgut n.º 1, em cada lado da uretra e 1 ponto no colo vesical. A uretra e o colo vesical foram puxados até à sínfise suprajacente com bastante facilidade e sem tensão nas suturas. A hemorragia foi controlada ao puxar o colo vesical até ao osso. Drenos de penrose foram colocados em cada lado da bexiga. A perda sanguínea foi insignificante. O procedimento depois voltou a ser delegado ao Dr. Withers, que procedeu ao fecho.

Dr. Sang Lee

SL:xx [iniciais de quem ditou e do transcritor]

D:25/06/- - - - [data em que foi ditado]

T:26/06/- - - - [data em que foi transcrito]

Anexo D – Relatório de patologia

Texto de partida 1/1

PATHOLOGY REPORT

Patient Name: Mark L. Smith

Patient ID: 11058 **DOB:** 05/03/- - - - **Age:** 37 **Sex:** M

Pathology Report No.: 03-S-5698

Date of Surgery: 07 /17 /- - - -

Preoperative Diagnoses

1. Diabetic plantar space abscess of the right foot.
2. Grade 2 diabetic ulceration of the right foot.

Postoperative Diagnoses

1. Diabetic plantar space abscess of the right foot.
2. Grade 2 diabetic ulceration of the right foot.

Specimen Submitted: Necrotic tissue, right foot.

Date Specimen Received: 07 /17 /- - -

Date Specimen Reported: 07/18/- - - -

CLINICAL HISTORY: Pain and ulceration, right foot; diabetes mellitus.

GROSS DESCRIPTION: Received in formaldehyde labeled "necrotic material, right plantar abscess" are multiple pieces of white, tan and yellow tissue that are irregular in size and shape. In aggregate it is about 3 cm of tissue. Selected pieces are submitted in a single cassette.

ALW:xx

D:07/17/- - - -

T:07/17/- - - -

MICROSCOPIC DESCRIPTION: There is acute and chronic inflammation and granulation tissue. These changes are consistent with an abscess cavity.

MICROSCOPIC DIAGNOSIS: Soft tissue from plantar surface of right foot debridement: Acute and chronic inflammation and granulation tissue.

Amber L. Wells, MD

ALW:xx

D:07/18/- - - -

T:07/18/- - - -

Texto de chegada 1/1

RELATÓRIO DE PATOLOGIA

Nome do Doente: Mark L. Smith

N.º do Doente: 11058 **DN:** 05/03/- - - - **Idade:** 37 **Sexo:** M

Relatório de Patologia n.º: 03-S-5698

Data da Cirurgia: 17/07/- - - -

Diagnósticos pré-cirúrgicos

1. Abscesso plantar diabético no pé direito.
2. Ulcera diabética de grau 2 no pé direito.

Diagnósticos pós-cirúrgicos

1. Abscesso plantar diabético no pé direito.
2. Ulcera diabética de grau 2 no pé direito.

Amostra Submetida: tecido necrótico, pé direito.

Data de Receção da Amostra: 17/07/- - - -

Data da elaboração do relatório da amostra: 18/07/- - - -

HISTÓRIA CLÍNICA: dor e ulcera, pé direito; diabetes mellitus.

DESCRIÇÃO GERAL: recebeu-se a amostra, em formaldeído, com o rótulo “material necrótico, abscesso plantar do pé direito”, com múltiplas partes de tecido branco, castanho e amarelo, que são irregulares em tamanho e forma. No total, trata-se de cerca de 3 cm de tecido. As partes selecionadas foram submetidas numa única cassette.

ALW:xx

D:17/07/- - - -

T:17/07/- - - -

DESCRIÇÃO MICROSCÓPICA: o tecido apresenta inflamação crónica e aguda e granulação. Estas alterações são consistentes com uma cavidade de abscesso.

DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO: tecido mole da planta do pé direito sujeito a desbridação. O tecido apresenta inflamação crónica e aguda, bem como granulação.

Dra. Amber L. Wells

ALW:xx [iniciais de quem ditou e do transcritor]

D:18/07/- - - - [data em que foi ditado]

T:18/07/- - - - [data em que foi transcrito]