



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PARA UMA TERMINOLOGIA EM SAÚDE
EM LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em
Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos**

**Por
Betina Moura da Conceição**

Lisboa
2024



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PARA UMA TERMINOLOGIA EM SAÚDE
EM LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em
Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos**

**Por
Betina Moura da Conceição**

Sob orientação da Doutora Mara Moita e
do Professor Doutor Paulo de Carvalho

Lisboa
2024

A todas as estrelas que o céu foi recebendo
e que todos os dias iluminam
o meu caminho

RESUMO

A presente investigação tem como principal objetivo propor a primeira lista terminológica na área da saúde em Língua Gestual Portuguesa (LGP), como primeiro passo para a construção de um recurso lexicográfico, que se acredita que será um contributo para uma comunicação mais eficaz para e com as pessoas surdas, numa área que é um pilar de relevância inquestionável, com barreiras e com dificuldades de comunicação, que precisam de ser melhoradas e para as quais se apresentam algumas propostas.

Este trabalho foi realizado em três fases. Na primeira fase, fez-se a recolha de gestos no *Subcorpus* de saúde em LGP da Universidade Católica Portuguesa (Ref.^a PTDC/LLT-LIN/29887/2017). Na segunda fase, observou-se e elicitou-se gestos por especialistas surdos gestuantes na área da saúde. Na última fase, ocorreu um levantamento do léxico existente da área da saúde nos recursos linguísticos de léxico comum em LGP existentes. Aplicaram-se os respetivos critérios de exclusão, selecionaram-se os gestos e analisaram-se fonologicamente, nos parâmetros: Configuração, Localização e Movimento, as 167 diferentes formas de produção. Do 70% dos gestos que apresentaram alterações e que correspondem a 65 gestos comuns dos diferentes gestuantes. Posteriormente, os gestuantes foram separados em dois grupos, e realizou-se a comparação dentro e entre cada grupo, denominando-os como especialistas na área da saúde e não especialistas na área da saúde.

Os resultados desta análise mostram que os gestos produzidos entre os dois grupos estudados (especialistas e não especialistas) apresentam diferenças articulatórias na sua maioria (98%, 57 em 58 gestos). Dentro do grupo de gestuantes não especialistas, observa-se que 75% dos gestos (33 em 44 gestos) variam e dentro do grupo e que dentro do grupo de especialistas a variação de gestos verifica-se a 74% (17 em 23 gestos). Na análise à variação de parâmetros fonológicos, os gestuantes especialistas apresentam a menor percentagem de alterações com apenas variação em 4% dos termos produzidos. O grupo de não especialistas revelou variação em 16% dos termos produzidos. Na comparação entre o grupo de especialista e não especialista, observou-se um total de variação total de gestos (alteração total dos parâmetros) em 33% dos termos produzidos. Observou-se ainda que o parâmetro fonológico que apresenta maior variação é a Configuração da mão, seguindo-se a Localização e o Movimento.

Optou-se ainda por acrescentar uma segunda análise que revela um fenómeno conceptual na produção gestual de termos que observado ao longo da análise fonológica, registando-se diferentes gestos/conceitos para o mesmo termo/vocábulo, sugerindo alguma polissemia numa terminologia que se quer sem ambiguidades. Observou-se ainda outros fenómenos na criação dos gestos como a identificação do princípio da transparência da denominação, e de Transliteração da Letra Inicial, processos importantes na criação de neologismos.

PALAVRAS-CHAVE: Língua Gestual Portuguesa, Terminologia, Saúde, Recurso lexicográfico, Comunicação.

ABSTRACT

This research is the first terminology list in the area of health in Portuguese Sign Language (LGP) as a first step towards the construction of a lexicographic resource, which we believe will contribute to more effective communication for and with deaf people, in an area that is a pillar of unquestionable relevance, with communication barriers and difficulties that need to be improved and for which some proposals are presented. This work was carried out in three phases. In the first phase, signs were collected from the Health Subcorpus in LGP of the Portuguese Catholic University (Ref. PTDC/LLT-LIN/29887/2017). In the second phase, signs were observed and elicited by deaf specialists in the field of health. In the last phase, a survey was carried out of the existing health lexicon in the existing linguistic resources of the common lexicon in LGP. The signs were selected and phonologically analyzed in terms of parameters: Configuration of the Hand (CH), Location (L), and Movement (M), the 167 different forms of production of the 70% of signs that showed alterations, and which correspond to 65 common signs of the different signs. The results of this analysis show that the signs produced between the two groups studied (specialists and non-specialists) present articulatory differences in their majority (98%, 57 out of 58 signs). Within the group of non-specialist signers, it was observed that 75% of the signs (33 out of 44 signs) varied, and within the group of specialists, the variation of signs was 74% (17 out of 23 signs). In a variation of phonological analysis, the specialist signers present the lowest percentage of alterations in 4% of the terms produced. The group of non-specialists revealed a variation in 16% of the terms produced. In the comparison between the specialist and non-specialist groups, a total variation of signs (total change in parameters) was observed in 33% of the terms produced. It was also observed that the phonological parameter that presents the greatest variation is the CH, followed by L and M. A second analysis reveals a conceptual phenomenon in the production of terms that were observed throughout the phonological analysis, registering different signs/concepts for the same term/word, suggesting some polysemy in terminology that is intended to be unambiguous. Other phenomena were also observed in the creation of signs, such as the identification of the principle of transparency of the denomination and the transliteration of the initial letter, which are important processes in the creation of neologisms.

KEY-WORDS: Portuguese Sign Language, Terminology, Health, Lexicographical Resource, Communication.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial
à **Doutora Mara Moita**
que conseguiu orientar o meu turbilhão de ideias
e ao **Doutor Paulo de Carvalho**
que me fez sempre acreditar que tudo era possível!

Aos especialistas,
Mestre Helena Marques e Mestre Sebastião Palha
pela generosa cooperação!

Às colegas desta viagem, Carolina e Flávia
pela força e coragem e
à Alice pela objetividade e resiliência que partilhamos!

Ao meu querido Carlos Martins, o meu obrigada... é um R que roda e sobe.

Ao meu **NÚCLEO DURO** e restantes amigos que me acompanharam neste percurso.

Obrigada,
à minha **Família Brilhante**, vocês são TUDO para mim!

Um gigante agradecimento ao meu **Marco**, o meu companheiro e o meu melhor amigo
que soube pacientemente estar presente e ausente em cada momento.

**E o meu maior agradecimento, aos meus primeiros e mais atentos professores, os
meus PAIS!**
Muito obrigada a todos, conseguimos!

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
AGRADECIMENTOS	iii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – Enquadramento Teórico	5
1.1. Saúde na Surdez: Acessibilidade à saúde	5
1.1.2. Saúde na Surdez: Barreiras na comunicação e no acesso à saúde	5
1.1.3. Propostas de acessibilidade à saúde na surdez	9
1.1.4. O papel do intérprete de LGP na área da saúde e na comunicação triangular	12
1.1.5. Direitos Humanos – A legislação referente à Não discriminação e à Igualdade no acesso aos serviços de Saúde.....	15
1.2. Terminologia em saúde em LGP: como estratégia para promover o acesso à comunicação e conhecimento em saúde na surdez	18
1.2.1. Neologia, Neologismos do léxico comum e Neologismos terminológicos nas línguas gestuais	19
1.2.2. Neologismos em Portugal	22
1.2.3. Recursos lexicográficos para as línguas gestuais	23
CAPÍTULO 2 – Problema em Estudo	28
2.1. Objetivos do estudo	28
2.2. Tipo e método de estudo	29
CAPÍTULO 3 – Metodologia	30
3.1. Caracterização da amostra	30
3.2. Fase 1 - Recolha dos gestos candidatos a termos da área da saúde no Subcorpus de saúde em LGP da UCP	31
3.2.1. Instrumento de recolha dos gestos do <i>Subcorpus</i> de saúde	31
3.2.2. Procedimento na recolha dos gestos do <i>Subcorpus</i> de saúde.....	31
3.2.3. Critérios de exclusão	32
3.3. Fase 2 - Observação e elicitação dos gestos candidatos a termos por especialistas das diferentes áreas da saúde	32
3.4. Fase 3 – Levantamento do léxico existente da área da saúde em recursos linguísticos de léxico comum	33
3.4.1. Instrumento de recolha dos gestos em recursos linguísticos	33
3.4.2. Procedimentos na recolha dos gestos em recursos linguísticos	35
3.4.3. Análise de dados - Seleção de gestos para análise	35
3.5. Análise fonológica	35
3.6. Análise conceptual	38
3.7. Outros fenómenos	38
CAPÍTULO 4 – Resultados e Discussão	40
4.1. Resultados e discussão da análise fonológica	43
4.1.1. Resultados e discussão das percentagens dos gestos com e sem alterações fonológicas	43
4.1.2. Resultados e discussão das percentagens dos gestos com alterações fonológicas parciais e totais	46

4.1.3. Resultados e discussão das percentagens dos gestos com alterações parciais.....	48
4.1.4. Resultados e discussão das percentagens das alterações no parâmetro fonológico - Configuração da mão	51
4.1.5. Resultados e discussão das percentagens das alterações no parâmetro fonológico - Localização	53
4.1.6. Resultados e discussão das percentagens das alterações no parâmetro fonológico - Movimento	55
4.1.7. Resultados e discussão das percentagens de alterações de coocorrência dos parâmetros fonológicos.....	57
4.1.8. Resultados e discussão das percentagens de alterações dentro do parâmetro da Configuração da mão	65
4.1.9. Resultados e discussão das percentagens de alterações dentro do parâmetro da Localização da M1, no início e no fim, da produção dos gestos	70
4.1.10. Resultados e discussão das percentagens de alterações dentro do parâmetro do Movimento e do tipo de movimento da M1	74
4.2. Resultados e discussão da análise conceptual	78
4.2.1. Gesto de HORMONA.....	79
4.2.2. Gesto de HIV	80
4.2.3. Gesto de PERTURBAÇÃO	81
4.2.4. Gesto de FOBIA	82
4.2.5. Gesto de AGITAÇÃO.....	83
4.2.7. Gesto de ENXAQUECA	84
4.2.8. Gesto de ASMA	85
4.2.9. Gesto de HIPERTENSÃO ARTERIAL	86
4.2.10. Gesto de ESPIRRAR	87
4.3. Outros fenómenos	87
4.3.1. O Gesto de TIROIDE	88
O Princípio da Transparência da Denominação e Transliteração da Letra Inicial	88
4.3.2. O Gesto de BURNOUT	89
O Princípio da Transparência da Denominação	89
4.3.3. A Localização dos gestos associada ao significado dos próprios gestos	91
4.4. Proposta da lista de gestos candidatos a termos de saúde em LGP	92
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

Índice de Tabelas

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	31
TABELA 2. APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS.....	32
TABELA 3. ELICITAÇÃO AOS ESPECIALISTAS.....	33
TABELA 4. TOTAL DE GESTOS DOS RECURSOS.....	34
TABELA 5. GESTOS COMUNS A TODOS.	35
TABELA 6. GESTOS PARA ANÁLISE.	35
TABELA 7. LISTA DOS 28 GESTOS SEM ALTERAÇÕES FONOLÓGICAS.....	41
TABELA 8. LISTA DOS 65 GESTOS COM ALTERAÇÕES FONOLÓGICAS.....	42
TABELA 9. LISTA DOS 28 GESTOS SEM ALTERAÇÕES.	93
TABELA 10. LISTA DOS 65 GESTOS COM ALTERAÇÕES.	94

ÍNDICE DE Figuras

FIGURA 1. EXEMPLO DE GESTO SEM ALTERAÇÃO: GESTO DE FEBRE.	37
FIGURA 2. EXEMPLO DE GESTO COM ALTERAÇÃO PARCIAL: GESTO DE BURNOUT.	37
FIGURA 3. EXEMPLO DE GESTO COM ALTERAÇÃO TOTAL: GESTO DE HORMONA.	37
FIGURA 4. DISTRIBUIÇÃO DAS PERCENTAGENS DOS GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES FONOLÓGICAS.	40
FIGURA 5. PERCENTAGENS DE GESTOS COM ALTERAÇÕES E SEM ALTERAÇÕES ENTRE ESPECIALISTAS.	44
FIGURA 6. PERCENTAGENS DE GESTOS COM ALTERAÇÕES E SEM ALTERAÇÕES.	44
FIGURA 7. PERCENTAGENS DE GESTOS COM ALTERAÇÕES E SEM ALTERAÇÕES ENTRE OS DOIS GRUPOS, ESPECIALISTAS E NÃO ESPECIALISTAS.	45
FIGURA 8. PERCENTAGEM DE GESTOS COM ALTERAÇÕES PARCIAIS E TOTAIS.	46
FIGURA 9. PERCENTAGEM DE GESTOS COM ALTERAÇÕES PARCIAIS E TOTAIS.	47
FIGURA 10. PERCENTAGEM DE GESTOS COM ALTERAÇÕES PARCIAIS E TOTAIS.	47
FIGURA 11. PERCENTAGEM DE GESTOS COM ALTERAÇÕES PARCIAIS.	49
FIGURA 12. PERCENTAGEM DE GESTOS COM ALTERAÇÕES PARCIAIS.	49
FIGURA 13. PERCENTAGEM DE GESTOS COM ALTERAÇÕES PARCIAIS.	50
FIGURA 14. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NA CONFIGURAÇÃO DA MÃO.	51
FIGURA 15. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NA CONFIGURAÇÃO DA MÃO.	52
FIGURA 16. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NA CONFIGURAÇÃO DA MÃO.	52
FIGURA 17. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NA LOCALIZAÇÃO.	53
FIGURA 18. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NA LOCALIZAÇÃO.	54
FIGURA 19. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NA LOCALIZAÇÃO.	54
FIGURA 20. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NO MOVIMENTO.	55
FIGURA 21. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NO MOVIMENTO.	56
FIGURA 22. PERCENTAGEM DE GESTOS COM E SEM ALTERAÇÕES NO MOVIMENTO.	56
FIGURA 23. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA CONFIGURAÇÃO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	58
FIGURA 24. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA LOCALIZAÇÃO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	58
FIGURA 25. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NO MOVIMENTO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	59
FIGURA 26. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA CONFIGURAÇÃO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	60
FIGURA 27. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA LOCALIZAÇÃO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	60
FIGURA 28. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NO MOVIMENTO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	61
FIGURA 29. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA CONFIGURAÇÃO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	62
FIGURA 30. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA LOCALIZAÇÃO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	62
FIGURA 31. COMPARAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NO MOVIMENTO DE FORMA ISOLADA E COMBINADA.	63
FIGURA 32. PERCENTAGENS DE OCORRÊNCIAS QUANTO AOS ARTICULADORES M1 E M1+M2.	65
FIGURA 33. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À SIMETRIA DO ARTICULADOR M2.	66
FIGURA 34. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À SELEÇÃO DE DEDOS.	66
FIGURA 35. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AOS ARTICULADORES M1 E M1+M2.	67
FIGURA 36. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À SIMETRIA DO ARTICULADOR M2.	67
FIGURA 37. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À SELEÇÃO DE DEDOS.	68
FIGURA 38. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AOS ARTICULADORES M1 E M1+M2.	68
FIGURA 39. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À SIMETRIA DO ARTICULADOR M2.	69
FIGURA 40. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À SELEÇÃO DE DEDOS.	69
FIGURA 41. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À LOCALIZAÇÃO.	71
FIGURA 42. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À LOCALIZAÇÃO.	71
FIGURA 43. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À LOCALIZAÇÃO.	72
FIGURA 44. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À LOCALIZAÇÃO.	72
FIGURA 45. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À LOCALIZAÇÃO.	73
FIGURA 46. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO À LOCALIZAÇÃO.	73
FIGURA 47. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AO MOVIMENTO.	75
FIGURA 48. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AO TIPO DE MOVIMENTO.	75
FIGURA 49. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AO MOVIMENTO.	76
FIGURA 50. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AO TIPO DE MOVIMENTO.	76
FIGURA 51. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AO MOVIMENTO.	77
FIGURA 52. PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS QUANTO AO TIPO DE MOVIMENTO.	77
FIGURA 53. GESTO DE HORMONA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.	80

FIGURA 54. GESTO DE HORMONA, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	80
FIGURA 55. GESTO DE HIV, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	80
FIGURA 56. GESTO DE HIV, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	81
FIGURA 57. GESTO DE PERTURBAÇÃO, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	81
FIGURA 58. GESTO DE PERTURBAÇÃO, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	81
FIGURA 59. GESTO DE PERTURBAÇÃO, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	82
FIGURA 60. EXEMPLO DO GESTO DE FOBIA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	82
FIGURA 61. EXEMPLO DO GESTO DE FOBIA DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	82
FIGURA 62. EXEMPLO GESTO DE FOBIA, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	83
FIGURA 63. GESTO DE AGITAÇÃO, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	83
FIGURA 64. GESTO DE AGITAÇÃO, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	83
FIGURA 65. GESTO DE PSICOSE, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	84
FIGURA 66. GESTO DE PSICOSE, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	84
FIGURA 67. GESTO DE ENXAQUECA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	85
FIGURA 68. GESTO DE ENXAQUECA, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	85
FIGURA 69. GESTO DE ASMA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	85
FIGURA 70. GESTO DE ASMA, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	86
FIGURA 71. GESTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	86
FIGURA 72. GESTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	86
FIGURA 73. GESTO DE ESPIRRAR, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	87
FIGURA 74. GESTO DE ESPIRRAR, DO GRUPO DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTAS.....	87
FIGURA 75. GESTO DE TIROIDE DA GESTUANTE ESPECIALISTA.....	88
FIGURA 76. GESTO DE BURNOUT, PRODUZIDO PELA ESPECIALISTA, TRANSMITIDO PELA PLATEIA DE GESTUANTES NÃO ESPECIALISTA.....	89
FIGURA 77. GESTO DE BURNOUT, DA GESTUANTE ESPECIALISTA.....	89
FIGURA 78. GESTO DE BURNOUT DA GESTUANTE ESPECIALISTA.....	90
FIGURA 79. GESTO DE ALZHEIMER À ESQUERDA E GESTO DE NEUROSE À DIREITA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	91
FIGURA 80. GESTO DE ANSIEDADE À ESQUERDA E GESTO DE DEPRESSÃO À DIREITA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	92
FIGURA 81. GESTO DE ANOREXIA, À ESQUERDA E GESTO DE BULIMIA À DIREITA, DO GRUPO DE GESTUANTES ESPECIALISTAS.....	92

LISTA DE ACRÓNIMOS OU SIGLAS

ASL - *American Sign Language*

ASL-NVS - *American Sign Language - Newest Vital Sign*

BSL - *British Sign Language*

CDHPS-FPAS - Centro de Direitos Humanos das Pessoas Surdas da Federação Portuguesa das Associações de Surdos

CEDJRP - Centro de Estudos e Desenvolvimento Jacob Rodrigues Pereira

ELAN - *Eudico Linguistic Annotator*

EREBAS - Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos

ILGP - Intérprete de Língua Gestual Portuguesa

L1 - Língua primeira

LGP – Língua Gestual Portuguesa

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONU - Organização das Nações Unidas

RNID - *Royal National Institute for Deaf People*

SNRIPD - Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Notas Prévias

No decorrer da presente dissertação, a referência a um gesto de Língua Gestual Portuguesa surgirá representado em letras maiúsculas, sendo designado por *glosa*, ou seja, o gesto identificado com uma palavra escrita e associada à língua oral (Quer, 2012).

INTRODUÇÃO

"Enquanto tivermos Pessoas Surdas no mundo, teremos gestos. [...] É minha esperança que todos nós amemos e guardemos a nossa bela língua gestual como a mais nobre dádiva de Deus para as Pessoas Surdas."

[George Veditz, (1913) citado por CDHPS, (2022)]

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

A literatura tem exposto a existência de inacessibilidade linguística (Ernsen, 2018) e as barreiras na comunicação são um grande desafio para as pessoas surdas na área da saúde (Pereira *et al.*, 2020). Condicionadas pela falta de conhecimento e esclarecimento, estas pessoas continuam a sentir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na informação adequada às suas necessidades linguísticas e sensoriais (Kuenburg *et al.*, 2016; Mckee *et al.*, 2015; Emond *et al.*, 2015). Algumas das soluções para colmatar estas dificuldades são apresentadas com base na necessidade de sensibilizar as equipas sobre a melhor forma de comunicar com as pessoas surdas, propondo dar formação aos profissionais de saúde (Pereira *et al.*, 2020; Middleton & Niruban, 2010; Kuenburg *et al.*, 2016; Emond *et al.*, 2015) e contratar de intérpretes com formação adequada que auxiliem na comunicação (Emond *et al.*, 2015; Kuenburg *et al.*, 2016).

Considerando-se que a saúde é uma necessidade básica do ser humano, identificando-se a ausência de terminologia em LGP na área da saúde e reconhecendo-se que a necessidade de uma comunicação eficaz entre profissional de saúde e pessoa surda parte de um léxico especializado e claro, este estudo apresenta como objetivo principal a construção da primeira proposta terminológica em saúde em Língua Gestual Portuguesa (LGP). Este estudo apresenta-se como o ponto de partida para a terminologia em saúde em LGP que deverá ser desenvolvida em estudos futuros.

Para a concretização deste objetivo, foram recolhidos gestos de saúde em LGP, em diferentes bases lexicográficas, recursos e especialistas gestuantes, posteriormente analisados fonologicamente e dos quais resultou uma lista de 252 gestos candidatos a termos de saúde em LGP.

O estudo realizado desenvolveu-se num trabalho de linguística de *corpora*, constituído por um *corpus* de discurso espontâneo, sendo utilizado o *Subcorpus* em Saúde

da UCP (Refª PTDC/LLT-LIN/29887/2017), e por gestos recolhidos de outros recursos lexicográficos, constituindo-se assim um *corpus* de extração de dados.

Após a observação e a recolha dos gestos de saúde do *Subcorpus* de saúde em LGP da UCP, com recurso ao *software* de anotação ELAN (*Eudico Linguistic Annotator*), seguiram-se mais duas fases de trabalho, primeiro a observação e elicitación dos gestos candidatos a termos por especialistas surdos gestuantes, das diferentes áreas da saúde, com o objetivo de obter esclarecimentos sobre algumas produções de gestos e posteriormente o levantamento do léxico existente da área da saúde em 11 recursos linguísticos de léxico comum, listado numa folha de Excel, com o objetivo de se proceder à seleção de gestos para análise.

A primeira análise foi realizada a nível fonológico, considerando qualquer diferença fonológica na produção dos gestos, nomeadamente em três parâmetros fonológicos: Configuração, Movimento e Localização, com o objetivo de comparar os diferentes grupos de gestuantes, os quais distinguimos como especialistas e não especialistas na área da saúde, analisando as diferenças encontradas dentro de cada grupo e também entre os dois grupos, começando por se averiguar quantos gestos eram comuns a todos os grupos e por isso possíveis de comparar. Dos gestos comuns a todos, verificou-se quantos se produziam de forma igual e de forma diferente, e dos que se apresentaram diferentes, analisou-se fonologicamente dentro de cada grupo, as diferentes formas de produção, observando-se os gestos sem alterações, com alterações parciais e com alterações totais, relativamente ao número de parâmetros fonológicos. Depois verificaram-se as diferenças nos três parâmetros fonológicos e a coocorrência dos mesmos e posteriormente, dentro de cada parâmetro, verificou-se a ocorrência de cada fenómeno analisado.

A segunda análise foi realizada a nível conceptual, verificando-se que as diferenças encontradas não são apenas fonológicas, como também relacionadas com a noção do conceito de cada gesto produzido.

E por último, acrescentaram-se dois fenómenos relacionados com os neologismos, a identificação do princípio da transparência da denominação, e o princípio de transliteração da letra inicial, nomeadamente, na formação dos gestos de TIROIDE e BURNOUT, e por último a localização dos gestos associada ao significado dos próprios gestos, uma vez que, por exemplo, os gestos que indicam sentimentos são, maioritariamente, produzidos perto do coração, (exemplo: ANSIEDADE) enquanto os

gestos relacionados com conceitos cognitivos se realizam, maioritariamente, perto da cabeça (exemplos: ALZHEIMER), (Moita M. et al, 2011).

A presente dissertação apresenta-se organizada em cinco capítulos (Enquadramento Teórico, Problema em Estudo, Metodologia, Resultados/Discussão de Resultados e Considerações Finais), além da Introdução, as Referências Bibliográficas. Os cinco capítulos principais serão apresentados seguidamente.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico: O enquadramento teórico deste estudo está organizado em duas secções distintas. Na primeira secção, descreve-se a comunicação na área da saúde no contexto da surdez. Na segunda secção, apresenta-se a escassez de terminologia em LGP para a área da saúde, contextualizando os avanços que foram ocorrendo ao longo dos anos e as lacunas que ainda existem, culminando num objetivo comum que se centra na melhoria da acessibilidade desta população aos serviços de saúde e na construção de uma lista terminológica que pretende ser um contributo profícuo a toda a comunidade Surda, no trabalho dos profissionais de interpretação de LGP e também dos profissionais de saúde.

Na primeira secção, a temática da dificuldade de comunicação e acesso à saúde no contexto da surdez é dividida em quatro subsecções, onde se abordam respetivamente, as barreiras na comunicação e acesso à saúde na surdez através da apresentação de alguns estudos, várias propostas de acessibilidade à saúde na surdez, a intervenção dos intérpretes de LGP na comunicação e um breve destaque aos Direitos Humanos cujo foco se centra nos cuidados de saúde, na acessibilidade, igualdade e inclusão dos cidadãos.

Na segunda secção, prevalece o tema da terminologia como estratégia para promover o acesso à comunicação e conhecimento em saúde na surdez, debruçamo-nos um pouco sobre a neologia nas línguas gestuais. Considerámos importante distinguir os conceitos de neologia, neologismos do léxico comum e neologismos terminológicos nas línguas gestuais, para que ficasse claro o foco no nosso trabalho que incide sobre terminologia e a formação de neologismos terminológicos. De seguida, explicamos os dois momentos cruciais na formação de neologismos em Portugal, quer no léxico comum, quer no léxico de especialidade, e por último, os recursos lexicográficos para as línguas gestuais, um breve percurso da sua evolução histórica, alguns exemplos e a distinção de alguns dos materiais existentes.

Capítulo 2 – Problema em estudo: Este capítulo diz respeito ao problema em estudo e são expostos os objetivos do estudo e apresentados o tipo e método de estudo utilizados.

Capítulo 3 – Metodologia: O terceiro capítulo apresenta e descreve os procedimentos e os instrumentos utilizados na recolha de dados, toda a análise realizada e a exposição da caracterização da amostra considerada.

Capítulo 4 – Resultados e Discussão de Resultados: Este capítulo debruça-se sobre a apresentação e discussão dos resultados que foram obtidos ao longo do estudo.

Capítulo 5 – Considerações finais: capítulo em que se destacam as principais conclusões obtidas, as limitações que ocorreram ao longo da investigação, bem como, as contribuições da presente dissertação para investigações futuras.

CAPÍTULO 1 – Enquadramento Teórico

“E todos os Surdos que conheço são forçosamente ativistas no seu quotidiano, porque não passa um dia que não sejam confrontados com barreiras de comunicação e direitos suprimidos.”

(Gil, 2024)

O capítulo 1, dedicado ao enquadramento teórico é dividido em duas secções distintas. A primeira secção apresenta as dificuldades na comunicação no acesso das pessoas surdas aos serviços de saúde, bem como algumas propostas de acessibilidade à saúde às pessoas surdas, a participação dos intérpretes de LGP como mediadores da comunicação e, ainda, um ponto sobre os Direitos Humanos relativamente à Não discriminação e ao direito à Igualdade no acesso aos serviços de saúde.

A segunda secção aborda a questão da necessidade da existência de léxico de especialidade para a LGP, sendo esclarecidos os diferentes conceitos de neologia, neologismos do léxico comum e neologismos terminológicos nas línguas gestuais, salientando a importância da construção de neologismos terminológicos que ocorrem com a necessidade de nomear conceitos, como por exemplo conceitos relacionados com novas teorias, descobertas, produtos ou tecnologias (Correia, 1998). Seguidamente, consideramos dois importantes momentos na criação de neologismos, quer no léxico comum, quer no léxico de especialidade (Carvalho, 2016). E por fim é apresentada uma breve sequência histórica dos diferentes recursos lexicográficos, tanto a nível internacional como para a LGP e a importância da construção de recursos na definição do estatuto linguístico e cultural das comunidades Surdas (Mckee & Mckee, 2013).

1.1. Saúde na Surdez: Acessibilidade à saúde

Esta secção encontra-se dividida em quatro subsecções. A primeira aborda as barreiras de comunicação, seguida das subsecções que apresentam as propostas de melhoria na acessibilidade, da intervenção dos intérpretes de LGP e dos respetivos Direitos Humanos que a estes temas dizem respeito.

1.1.2. Saúde na Surdez: Barreiras na comunicação e no acesso à saúde

A inacessibilidade linguística é o maior desafio para as pessoas surdas. Uma possível comparação que podemos fazer para perceber esta realidade é imaginarmos que vivemos num país onde não conhecemos ou não dominamos a língua. O quotidiano dos surdos é

assim, mas vivendo no seu próprio país e com uma enorme dificuldade em comunicar (Ernsen, 2018).

A barreira da comunicação é um obstáculo que a comunidade surda enfrenta em todos os setores da sociedade e a que mais impacto tem no acesso a todos os serviços, nomeadamente, numa área tão prioritária e premente como a saúde. Estas falhas comunicativas originam enormes dificuldades na compreensão das queixas do doente surdo por parte dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, lacunas de informação, que podem aumentar a probabilidade de um diagnóstico errado e assim prejudicar o seu estado de saúde (Pereira *et al.*, 2020).

As desigualdades sentidas pelos surdos nesta área continuam condicionadas pela falta de conhecimento e esclarecimento, por essa razão, continua a ser prioritário que se intervenha para garantir que os cidadãos surdos tenham acesso a serviços profissionais de saúde com iguais oportunidades de acesso a informação adequada às suas necessidades linguísticas e sensoriais, como são exemplos: esclarecimentos preventivos, formas de tratamentos ou cuidados de saúde (Kuenburg *et al.*, 2016).

McKee e colegas (2015) realizaram um estudo para avaliar a alfabetização em saúde em surdos falantes da *American Sign Language* (ASL), com uma amostra de 166 surdos e 239 ouvintes. O objetivo foi traduzir, adaptar e desenvolver um instrumento de literacia em saúde em uma versão ASL, o *Newest Vital Sign* (ASL-NVS), avaliando a prevalência e a relação entre surdos e ouvintes sobre um conhecimento inadequado em saúde. Os resultados demonstraram que 48% dos participantes surdos tinham conhecimentos insuficientes nesta área e que, em comparação com os ouvintes, a probabilidade de terem um conhecimento inadequado era 6,9 vezes maior. Este estudo, além de considerar a ASL-NVS uma medida útil de literacia para os surdos, concluiu-se que efetivamente as barreiras de comunicação e de linguagem contribuem para conhecimentos inadequados em saúde e são um fator de baixo reconhecimento da terminologia de saúde, como outros estudos anteriores o tinham demonstrado (Allen, 1986; Pollard & Barnett, 2009; Traxler, 2000; Zazove *et al.*, 1993). Sugerindo que os responsáveis da área da saúde e investigadores da mesma área devem estudar a possibilidade de integrar melhores práticas para combater a falta de literacia e de comunicação em saúde com os indivíduos surdos.

Outro estudo, realizado por Emond e colegas (2015), apoiado numa amostra de 298 surdos falantes de *British Sign Language* (BSL), em que os participantes foram submetidos a uma avaliação de saúde, demonstrou que as pessoas surdas têm uma saúde

mais debilitada. Os resultados apresentados revelaram um maior predomínio de obesidade, níveis de hipertensão mais elevados e mais casos de depressão. Evidenciando ainda outra preocupação relativamente a falhas em diagnósticos de pressão arterial elevada e à escassez de tratamentos em casos de hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e doenças cardiovasculares, demonstrando assim que a má comunicação compromete por exemplo, a adesão a tratamentos e a adoção de mudanças de estilo de vida.

No mesmo estudo, relativamente à comunicação com o médico de família, e apesar do estudo referir que a maioria dos surdos prefere o uso de língua gestual, foi verificado que 53% dos participantes tiveram de fazer uso da leitura labial em vez de lhes ser disponibilizado um intérprete e 15% tiveram de confiar em apontamentos escritos. Estes resultados traduzem uma pobre e desadequada forma de comunicar e levou os participantes a relatar que nas consultas com o seu médico esta má comunicação é uma barreira que afeta inevitavelmente a confiança na relação com este profissional, fazendo com que a compreensão das informações transmitidas fique comprometida, nomeadamente, conselhos como mudanças no estilo de vida, a adesão a tratamentos ou por exemplo a perceção de sintomas crónicos. O que significa que mais importante do que a identificação destas barreiras, é os profissionais de saúde terem consciência que estas afetam a confiança na relação entre o profissional e o surdo e principalmente que colocam os surdos em risco de problemas de saúde.

Este estudo sugere ainda uma urgente necessidade de mudança na consciencialização na área da saúde e dos profissionais de saúde para com a população surda, e remete para o cumprimento da “*The Equality Act 2010*”, uma lei que promove a proteção dos indivíduos da discriminação, fomentando uma sociedade mais justa e com igualdade de oportunidades para todos, (Emond *et al.*, 2015, p. 96), apelando aos Direitos Humanos, que abordaremos em maior pormenor no final deste capítulo.

O *Royal National Institute for Deaf People* (RNID) publicou em 2004, um relatório sobre as experiências de 866 surdos em todo o Reino Unido e as suas opiniões sobre os diferentes serviços de saúde, descobrindo que 42% dos que visitaram o hospital acharam difícil a comunicação com os profissionais de saúde, uma percentagem que aumentou para 66% para as pessoas que usavam a BSL.

Concluíram também que um terço dos entrevistados disse já ter tomado erradamente um medicamento por não ter percebido a informação que lhes foi transmitida. Estes constrangimentos podem dar origem a episódios de ansiedade, níveis elevados de stress

e até depressões, o que reforça a importância de uma comunicação apropriada e a necessidade de ajustes nos serviços hospitalares (Middleton & Niruban, 2010).

Estes autores referem ainda outra preocupação no que diz respeito ao isolamento dos doentes surdos nas unidades de saúde, equipadas por exemplo com telefones sem sistema de texto e televisões sem legendas, e também o facto de não poderem participar em conversas com outros doentes ou qualquer profissional de saúde, o que poderá prejudicar o seu bem-estar e a sua recuperação (Middleton & Niruban, 2010).

Uma outra perspectiva com apresentação de consequências semelhantes que encontramos foi na LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), como um instrumento para melhorar a relação entre os profissionais de saúde e os doentes surdos, alegando que a falta de conhecimento desta língua continua a ser uma barreira enorme e pode igualmente causar diagnósticos errados e fazer com que haja um afastamento do doente surdo em relação ao sistema de saúde, como já referimos. Além destas consequências os autores referem que é possível que origine também quebras de sigilo profissional por parte do médico e muitas frustrações por parte do doente surdo, existindo uma urgente necessidade em melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, assim como, aperfeiçoar os serviços de saúde prestados aos doentes surdos (Paz *et al.*, 2020). É também referido que devem ser respeitadas as limitações do doente surdo de forma a evitar que estes se afastem do atendimento dos serviços de saúde, salientando a necessidade de alterações que permitam uma comunicação que reconheça o doente surdo como um todo (Pereira *et al.*, 2020).

Souza (2020) assegura que a relação entre estes profissionais e as pessoas surdas é assinalada pela falta de comunicação, não sendo possível um diagnóstico eficaz o que consequentemente poderá resultar num tratamento ineficaz ou mesmo errado.

É consensual que a comunicação é um enorme obstáculo e que é preciso romper as barreiras linguísticas porque dificultam a relação entre o profissional de saúde e a pessoa surda, geram frustração e um maior distanciamento em relação ao sistema de saúde (Pereira *et al.*, 2020). Nesta revisão, é evidenciada a importância da Declaração de Salamanca em 1994, no reconhecimento da LIBRAS utilizada no processo de comunicação e como forma de inclusão do surdo na sociedade (Irineu & Costa, 2017), no entanto, em várias áreas, como na medicina, a falta de profissionais com conhecimento desta língua e a não contratação de intérpretes faz com que na prática esta forma de comunicação não seja eficaz (Dias *et al.*, 2017).

De seguida, apresenta-se um conjunto de propostas recolhidas que tentam dar resposta a estas lacunas de comunicação identificadas.

1.1.3. Propostas de acessibilidade à saúde na surdez

Como já verificámos, na área da saúde, assim como noutros setores da sociedade, a acessibilidade linguística para os surdos, em geral, é escassa. As barreiras de comunicação são muitas e é urgente criar estratégias que tentem dar resposta a estas lacunas. Emond e colegas (2015) identificaram diferentes propostas que considerámos pertinentes e bastante necessárias, sendo algumas delas muito simples e sem custos financeiros, como por exemplo:

- Chamar presencialmente a pessoa surda na sala de espera.
- Agendar consultas *online*.
- Permitir a solicitação de receitas repetidas *online*.
- Comunicar por meio de mensagens de texto como alternativa ao telefone.

Kuenburg e colegas (2016) sugerem outras alternativas de comunicação como por exemplo:

- Uso de tradutores.
- Cartazes com imagens.
- Tecnologia assistida.

Middleton e Niruban (2010) e Emond e colegas (2015) propõem ainda:

- Utilização de quadros de avisos com informação visual.
- Sistemas de *pager* que vibrem (para que os surdos não tenham receio de não ouvirem quando os chamam).
 - Diminuição ou ausência de ruído das salas, que pode dificultar a perceção da informação;
 - Deslocação da pessoa para um espaço ou sala mais tranquila ou fechar portas e janelas de forma a haver maior silêncio.
 - Outros cuidados como por exemplo, a iluminação, a direção do olhar e o contacto visual.

Middleton e Niruban (2010) destacam ainda que a utilização de máscaras impede totalmente a possibilidade de leitura labial. Emond e colegas (2015) defendem que se deve:

- Organizar uma sessão de sensibilização sobre surdez para todo o pessoal, incluindo os rececionistas.
- Perguntar ao doente surdo como ele prefere comunicar e fazer esse registo nos seus documentos médicos.
- Contactar um intérprete qualificado para participar nas consultas, caso a BSL seja a sua modalidade linguística de eleição, dando preferência ao intérprete que o surdo selecionar.

Utilizar outros recursos, como o uso de leitura labial, anotações por escrito ou a solicitação de um familiar ou amigo para interpretar o discurso não são procedimentos que vão de encontro à Lei da Igualdade, a não ser que seja uma escolha da pessoa surda, estas ações devem ser evitadas.

A tentativa de comunicar através de anotações por escrito é uma abordagem que tendencialmente acontece, mas deve salientar-se que nem sempre é viável porque muitos surdos não conseguem comunicar através das línguas escritas (Pereira & Straub, 2021), não há uma tradução literal entre a língua falada ou escrita e a língua gestuada, por essa razão, pode não ser fácil acompanhar a conversa por escrito ou através da fala, sendo por isso recursos pouco benéficos para muitos surdos (Middleton & Niruban, 2010).

O bilinguismo é uma proposta que pode influenciar a consciencialização das necessidades de comunicação com a implementação de práticas que reduzam o isolamento linguístico, a falta de acesso à informação e as barreiras de comunicação (Wilkinson & Morford, 2020).

No Reino Unido, em muitos hospitais já se usam métodos que tentam da melhor forma responder às dificuldades de comunicação com os doentes surdos, um exemplo é um *software* de comunicação que se desloca por toda a unidade hospitalar, o conjunto é composto por um computador portátil com ligação à internet e uma *webcam* num suporte que facilmente é transportado.

O computador contém um *software* que permite o acesso a um intérprete de BSL online em tempo real e também possibilita o acesso a 500 frases médicas, que podem ser

utilizadas por exemplo para auxiliar na comunicação se um intérprete não estiver disponível (Middleton & Niruban, 2010).

Um outro exemplo é apresentado na Áustria, onde os centros de saúde para surdos estão ligados a hospitais que oferecem acesso aos cuidados de saúde com profissionais que conhecem a cultura surda e são capazes de se comunicar em língua gestual ou outras formas de comunicação individualizada, tendo em conta as necessidades dos seus doentes (Fellinger & Holzinger, 2014; Fellinger et al., 2005).

Pereira e colegas (2020) realçam a importância de sensibilizar as equipas de profissionais, notando uma diferença entre os médicos que estão a exercer a profissão e os internos que ainda estão a estudar. Afirmando que os primeiros desconhecem as consequências de uma comunicação ineficiente com as pessoas surdas, mas que os internos se mostram mais sensíveis às necessidades destas pessoas, apontando as metodologias de sensibilização e de interação com doentes surdos desde o início da sua formação, como um fator que os faz experimentar diferentes situações reais que mostram a vulnerabilidade dos surdos reforçando a empatia e um olhar ético-humanístico.

A empatia é uma chave que pode ajudar muito os profissionais de saúde a comunicarem com doentes surdos. Um exercício que podem fazer é tentarem colocar-se no lugar de uma pessoa surda e imaginarem como seria um dia inteiro sem ouvir, o quanto é conflagrador estar sempre a pedir para que as pessoas repitam o que dizem e ainda ter de lidar com a impaciência, os estereótipos e os preconceitos. Muitos surdos queixam-se da falta de empatia e compreensão dos profissionais de saúde e sentem que estes não entendem o quanto é difícil estar um ambiente hospitalar com as barreiras de comunicação que existem (Middleton & Niruban, 2010).

De uma forma geral, os profissionais de saúde desconhecem a complexidade sociolinguística da comunidade surda e o quanto isso tem relevo nas suas interações. Além disso, os surdos são menos escolarizados e por isso muitas vezes a figura de um intérprete pode ser ineficaz, será importante dar conhecimento que o médico deve simplificar o seu discurso, explicando ou evitando os termos técnicos (Johnston & Napier, 2010).

Aceder aos cuidados de saúde sem barreiras é um direito das pessoas com deficiência perfeitamente definido na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Kuenburg *et al.*, 2016) e por isso devem ser feitos todos os esforços e

adaptações possíveis. É difícil criar uma relação médico-doente devido à barreira linguística e muitos surdos afirmam que já deixaram de ir ao médico por medo de não serem compreendidos (Pereira *et al.*, 2020).

Como já foi referido, vários autores defendem a necessidade de sensibilizar as equipas sobre a melhor forma de comunicar com as pessoas surdas, sugerindo facultar formação aos profissionais de saúde, acreditando que o atendimento se tornará mais eficaz e permitirá o acesso dos surdos em pleno (Pereira *et al.*, 2020; Middleton & Niruban, 2010; Kuenburg *et al.*, 2016; Emond *et al.*, 2015), outra sugestão é a contratação de intérpretes com formação adequada que auxiliem na comunicação (Emond *et al.*, 2015; Kuenburg *et al.*, 2016) e também assistentes de comunicação (Middleton & Niruban, 2010). A presença de um intérprete é necessário tanto para os profissionais de saúde como para os surdos, é importante que os profissionais sejam sensibilizados para isso (Emond *et al.*, 2015).

Esperamos que esta pesquisa onde se reúnem vários estudos realizados noutros países e também diferentes propostas possíveis de serem aplicadas na nossa realidade, sejam um importante contributo para a melhoria da comunicação em saúde para as pessoas surdas.

1.1.4. O papel do intérprete de LGP na área da saúde e na comunicação triangular

Como já referimos, a falta de compreensão das diferenças culturais e linguísticas, a ineficácia dos vários meios de comunicação e o nível de literacia em saúde da população surda originam dificuldades na passagem de informação entre os profissionais de saúde e os doentes surdos que contribuem para uma inadequada acessibilidade aos cuidados de saúde (Hommes *et al.*, 2018).

Estes autores investigaram a perceção dos intérpretes de ASL sobre as barreiras à comunicação entre os doentes surdos e os profissionais de saúde e concluíram que no parecer dos intérpretes, em quase metade das consultas, os doentes não compreenderam as instruções dos profissionais de saúde e em 81% das vezes estes profissionais raramente asseguraram que a mensagem foi compreendida pelo doente, sugerindo que a melhoria dos cuidados de saúde na comunidade surda depende da melhoria da comunicação, da alfabetização em saúde e da capacitação dos doentes, assim como, da responsabilização das organizações por assegurarem intérpretes de ASL e recursos de comunicação.

A comunicação entre profissionais de saúde e doentes é uma das relações interpessoais mais complexas e quando estes não possuem a proficiência adequada na língua de comunicação é necessário um intérprete, com a competência e sensibilidade deste profissional as dificuldades linguísticas podem ser parcialmente ultrapassadas e poderá proporcionar-se uma relação triangular entre doente, intérprete e clínico que com as suas próprias dinâmicas maximizem a comunicação.

A melhoria da sensibilidade cultural e linguística nos cuidados ao doente está associada a um conjunto de resultados positivos na saúde, incluindo uma maior satisfação do doente. O contrário, a inacessibilidade linguística, pode aumentar a sensação de incapacidade do doente angustiado, que mesmo que seja bilingue, pode ser menos hábil quando fala uma segunda língua, devido à ansiedade no momento (Ayonrinde, 2013).

Um estudo na área da saúde mental sobre a comunicação clínica na surdez concluiu que os intérpretes devem ser vistos como membros valiosos das equipas clínicas e ser apoiados na interpretação de conteúdo afetivo mais angustiante. Os médicos devem colaborar com os intérpretes, de forma a melhorar o seu conhecimento sobre questões de saúde mental que são relevantes para as pessoas surdas, com formação organizada e contínua, em que o pensamento reflexivo seja uma competência primordial (Chatzidamianos *et al.*, 2019).

Os mesmos autores sugerem que sendo o intérprete uma ponte entre o doente e o médico, é importante que o doente confie nele para poder confiar no médico, pois esta confiança é um elemento que transmite que os três intervenientes do triângulo de comunicação são importantes, destacando também que a continuidade do mesmo intérprete seria essencial para promover e manter a aliança terapêutica, uma vez que a mudança deste pode afetar a qualidade do serviço de interpretação. Além da confiança e da continuidade dos intérpretes, estes investigadores defendem ainda que a empatia e a compaixão pelos doentes são fatores importantes na comunicação clínica e facilita a crença nos profissionais de saúde.

Este estudo evidencia a necessidade de estabelecer o triângulo de cuidados em ambientes clínicos interpretados em língua gestual, como um modelo importante e viável, dando o exemplo de que os serviços beneficiariam se existisse uma folha de informações resumidas explicando o papel dos intérpretes de língua gestual, incluindo também questões práticas, como por exemplo, falar com o doente e não com o intérprete.

A interpretação tornou-se numa profissão cada vez mais importante na vida moderna, devido às tendências da globalização e da necessidade de pessoas comunicarem em diferentes línguas (Wang, 2019). Segundo este autor, um formato de interpretação que acontece com muita frequência nas atividades diárias de um intérprete é sob a forma de diálogo, onde os dois lados mantêm um alto nível de interação e respondem um ao outro, e onde a fidelidade da interpretação é o princípio mais importante que se deve respeitar, sugerindo que uma forma de analisar e comprovar a fidelidade na interpretação do diálogo é o Modelo Triangular de Seleskovitch, que apresentaremos seguidamente de acordo com as três fases estruturais que lhe correspondem: a Compreensão, a Deverbalização e a Reformulação.

- A Compreensão é considerada a base da interpretação e desempenha um papel fundamental na perceção correta e completa do idioma de origem. Por um lado, o intérprete precisa ter uma boa capacidade linguística e dominar os dois idiomas, por outro lado, deve compreender o significado implícito e a intenção do orador e concentrar-se não na forma linguística, mas em transmitir a mensagem de forma completa e clara, tendo em conta o objetivo que é abranger a comunicação entre todas as partes envolvidas na interação.

- A fase de Deverbalização é muitas vezes difícil de entender, mas é o elemento fulcral da teoria de interpretação, considerada a soma entre a compreensão e a reformulação, corresponde ao processo de análise da língua de partida e acontece no cérebro dos intérpretes que têm o seu trabalho mais facilitado se conseguirem perceber bem esta fase. Como auxílio podem ainda fazer anotações para ajudá-los a terminar a sua interpretação.

- A Reformulação é a etapa mais óbvia do processo interpretativo e desempenha um papel de reorganização e reformulação do conteúdo original na língua de chegada. Com base na fase de deverbalização, o intérprete constrói a sua produção na língua-alvo verificando os constituintes gramaticais e se necessário reajustando o discurso ao público-alvo.

Resumidamente, o processo de interpretação é um processo dinâmico de compreensão, análise e reformulação de pensamentos.

A partir do Modelo Triangular surgem ainda dois métodos cujo objetivo é melhorar a fidelidade da interpretação, que são o Processamento lógico e a Compreensão da essência da fala.

- O Processamento lógico acontece durante a fase da compreensão e como o nome indica, é a necessidade de os intérpretes captarem a relação lógica entre as frases e fazerem um raciocínio lógico para produzir uma frase.

- A Compreensão da essência da fala é um dos métodos mais usados e acontece durante a fase de deverbalização e o objetivo é perceber o sentido da língua de origem. O intérprete deve tentar extrair e apurar o sentido da mensagem original, ou seja, se o discurso não for muito preciso o intérprete deve processar o discurso de origem e fazer algumas alterações, que pode ser uma omissão ou um resumo, com a finalidade de tornar o discurso compreensível para o recetor, transmitindo o sentido da língua de origem.

Antes de passarmos para a segunda secção deste capítulo, com o tema da terminologia, finalizamos esta secção com um resumo sobre os Direitos Humanos, com foco nos cuidados de saúde, na acessibilidade, igualdade e inclusão dos cidadãos.

1.1.5. Direitos Humanos – A legislação referente à Não discriminação e à Igualdade no acesso aos serviços de Saúde

Desde a sua criação em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) construíram vários documentos onde se reúnem muitos dos assuntos relacionados aos Direitos Humanos. Sem a pretensão de elaborar uma investigação exaustiva sobre este tema, consideramos pertinente juntar a este estudo algumas das conclusões das declarações que entendemos serem um pilar que justifica a necessidade de desenvolver o presente trabalho, que terá como objetivo ajudar na comunicação e acessibilidade na área de saúde em LGP e com a pretensão de que os Direitos apresentados sejam futuramente tidos em conta.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em 1948, a Igualdade e o Acesso à saúde, são dois dos Direitos Humanos básicos adotados pela ONU, conforme o artigo 25º, “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário,

ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários” (Assembleia Geral da ONU, 1948, art.º 25).

Avançando até 1992, quando se assinou a Declaração Sobre os Direitos das Pessoas Pertencentes a Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas, a ONU quis defender os direitos das pessoas pertencentes a estas minorias destacando a importância de envolver estas comunidades no desenvolvimento económico da sociedade, afirmando assim que os Estados devem considerar a adoção de medidas adequadas com o objetivo de permitir a integral participação das pessoas referentes a minorias no desenvolvimento económico do seu país (Assembleia Geral da ONU, 1992).

Em 1994, a Declaração de Salamanca, trouxe o importante reconhecimento da língua gestual como forma de comunicação entre os surdos, devendo esta ser reconhecida garantindo que os surdos tenham acesso à educação na língua gestual do seu país (UNESCO, 1994, p.18).

Em 1996, a Declaração Universal dos Direitos Linguísticos teve como objetivo definir a igualdade nos direitos linguísticos e promover um compromisso internacional corrigindo os desequilíbrios linguísticos existentes. Esta Declaração teve também como objetivo, garantir o respeito e o desenvolvimento de todas as línguas e determinar os princípios de uma paz linguística a nível mundial, considerada como uma condição fundamental do convívio social, destacando que “todas as comunidades linguísticas têm direito a designarem-se a si próprias na sua língua” (UNESCO, 1996, art.º 33).

Mais recentemente, na Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006, definiu-se como objetivo a promoção, proteção e garantia de plenos direitos humanos e liberdade, para todas as pessoas com deficiência, reconhecendo qualquer forma de comunicação: o braille, a comunicação tátil, a linguagem falada, a língua gestual e outras formas de comunicação não faladas. Ficando o Estado com o dever de assegurar o acesso aos serviços públicos, à informação e à comunicação, de forma que as todas as pessoas possam viver de forma independente (Assembleia Geral da ONU, 2006, art.º 2).

Sendo a Acessibilidade um dos princípios gerais da Convenção, é igualmente dever do Estado eliminar barreiras à acessibilidade fornecendo formas de assistência, como por exemplo, os intérpretes de língua gestual, como facilitadores na comunicação no acesso das pessoas Surdas (Assembleia Geral da ONU, 2006, art.º 9).

As pessoas têm o direito de se expressar através da forma de comunicação que preferirem, sendo o uso da língua gestual reconhecida, assim como, a identidade, cultura e linguística dos Surdos, assegurando a Não discriminação e a Participação e inclusão plena e efetiva na sociedade, outros dois princípios da Convenção (Assembleia Geral da ONU, 2006, art.º 3).

Como referimos no primeiro ponto desta secção, a falta de informação e acessibilidade das pessoas com dificuldades de comunicação prejudica-lhes a vida e coloca-as em situação de desvantagem social significativa, principalmente em áreas fundamentais como a saúde, educação, governança local e justiça (OMS, 2011).

Em 2015, os Estados-membros da ONU comprometeram-se a cumprir num período de 15 anos, um plano à escala mundial com um total de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que representam as prioridades globais para a Agenda 2030 em várias áreas que afetam a qualidade de vida de todos os cidadãos. Destacamos o Objetivo 3 - Saúde de qualidade, que visa garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, assegurando o acesso às diferentes áreas dos serviços de saúde (UNRIC, 2018).

A dissertação que se apresenta surge com o objetivo de contribuir para a diminuição das barreiras de comunicação e também de ajudar na igualdade ao acesso dos cuidados de saúde. Neste sentido, consideramos igualmente importante destacar, do mesmo plano de ação, o Objetivo 10 - Reduzir as desigualdades, combatendo dentro dos países e entre eles, as diferenças a nível social, económico e político, empoderando a promoção da inclusão, independentemente da idade, género, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição económica ou outra, de forma a assegurar a igualdade de oportunidades e de resultados, promovendo ou eliminando a respetiva legislação com o objetivo de reduzir práticas discriminatórias (UNRIC, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, no relatório com o nome, “Saúde um Direito Humano - Relatório de primavera 2019” é responsabilidade dos sistemas de saúde a melhoria da saúde das pessoas, protegendo-as e tratando-as com dignidade. O que só é possível, através da melhoria dos serviços prestados, garantindo a acessibilidade a toda a população (OPSS, 2019).

Quando as dificuldades no terreno são muitas, falar em Direitos Humanos pode parecer fazer pouco sentido, mas na verdade é necessário ter conhecimento dos grandes

documentos, declarações nacionais e internacionais, que são as ferramentas que delimitam as práticas, quer ligadas à saúde, quer políticas ou sociais. É nestes documentos onde se encontram as diretrizes para melhorar a informação e prestação de serviços para todas as pessoas com deficiência, incluindo os surdos (OMS, 2011).

O acesso à saúde é fundamental e não passa apenas por existir um Sistema Nacional de Saúde, é importante que este exista e seja acessível, e a acessibilidade significa por exemplo, irmos a uma consulta médica e conseguirmos comunicar com o profissional de saúde e percebermos o nosso estado de saúde, assim como, a necessidade e a explicação de uma medicação ou um tratamento. Para isso é necessário que todos os meios para que essa comunicação ocorra sejam considerados, que sejam cumpridos os Direitos à devida acessibilidade e concretizadas as melhores propostas para que não haja discriminação.

A próxima secção deste enquadramento teórico diz respeito ao tema da terminologia em saúde em LGP, igualmente um meio de acesso à comunicação e conhecimento em saúde.

1.2. Terminologia em saúde em LGP: como estratégia para promover o acesso à comunicação e conhecimento em saúde na surdez

A terminologia pode ser compreendida como o conjunto de termos específicos de uma determinada área de especialidade e os termos são as unidades lexicais, que adquirem um tipo de significado que lhes permite nomear os seus conceitos próprios, para serem usadas em áreas especializadas específicas, fazendo da terminologia uma disciplina que se ocupa do estudo e descrição dos termos (Nascimento & Correia, 2012, p.81).

A escassez de recursos terminológicos acentua as barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários pelas comunidades surdas (Emond *et al.*, 2015; Kuenburg *et al.*, 2016).

Na LGP, uma lacuna existente é precisamente, a ausência de terminologias específicas estáveis que permitam ser usadas em contextos académicos, científicos e técnicos, como por exemplo na área da saúde em que nos debruçamos, essas terminologias carecem de ser descritas (Nascimento & Correia, 2012, p.81).

O nosso foco é a saúde, mas a urgência da necessidade de terminologia verifica-se em todas as áreas. Carvalho, (2019) refere um estudo realizado em 2012, pela Unidade

de Investigação do CEDJRP (Centro de Estudos e Desenvolvimento Jacob Rodrigues Pereira), no prelo, que revelou que 91% dos inquiridos responderam que as maiores dificuldades sentidas por docentes de LGP e intérpretes de LGP consistiam na inexistência de terminologia em LGP para as diversas áreas curriculares.

1.2.1. Neologia, Neologismos do léxico comum e Neologismos terminológicos nas línguas gestuais

Neologia

A mudança é uma das características que mais se destaca nas línguas humanas, é observável principalmente ao nível do léxico, mas ocorre em todos os elementos e estruturas do saber linguístico (fonológica, morfológica, sintática, semântica e pragmática). No léxico, manifesta-se essencialmente pela capacidade de criar palavras novas, os neologismos, ou abandonar outras que caem em desuso, os arcaísmos (Correia, 1998).

A mesma autora afirma que a neologia tanto pode ser a capacidade que uma língua tem de incluir novas unidades lexicais que renovam o léxico, como o seu estudo de observação, registo, datação, descrição e análise, ou seja, a neologia poderá ser definida como o estudo de neologismos que vão emergindo na língua.

Neologismos do léxico comum

Um neologismo é uma unidade lexical vista como uma novidade para a comunidade linguística, mas como o resultado do processo lexical para a neologia. A dificuldade na definição deste conceito diz respeito às três condicionantes que se combinam aquando da sua criação, ou seja, considera-se um determinado item quando surge, no contexto em que está relacionado e no registo linguístico em que acontece (Correia, 1998). Nenhum neologismo é arbitrário, partindo sempre do fundo lexical (Nascimento, 2009) o que significa que um neologismo quando é criado tem sempre uma motivação, com o uso e quanto mais acomodado no léxico de uma língua a sua motivação pode deixar de ser identificada pelos gestuantes ganhando arbitrariedade. Assim sendo, relativamente à construção de neologismos, o fundo lexical é formado por itens que se combinam entre si de forma a aceitar ou a rejeitar um novo gesto (Carvalho, 2016).

No léxico comum, os neologismos são unidades do discurso que atingem um caráter permanente e estável e que passam para o sistema da língua por necessidade do próprio sistema, ou seja, essas formações entram no sistema linguístico (Correia, 1998).

Nascimento (2009) defende que os processos de construção lexical e de construção terminológica são semelhantes, ou seja, a criação de vocábulos da língua comum ou termos especializados, não é muito diferente, reforçando através da afirmação de Lara (1999) que a diferença é que os vocábulos se formam na comunidade linguística com influência dos diferentes contextos históricos e culturais e o termo especializado forma-se por estímulos tecnológicos, comerciais ou científicos, quando há a necessidade de definir com rigor um objeto, um conceito de um teoria, um método ou um procedimento. Carvalho (2016) concluiu após a análise de seis estudos (três estudos sobre neologismos do léxico comum das línguas gestuais e outros três sobre neologismos do léxico de especialidade das línguas gestuais) que os métodos utilizados para a criação de ambos os neologismos seguem as mesmas regras, apesar de existirem algumas diferenças ao nível da formação e construção dos gestos e em relação às entidades habilitadas para criar esses neologismos.

Dando o exemplo de um desses estudos sobre a formação de neologismos no léxico comum, elaborado por Tovar (2010) e citado por Carvalho (2016), este afirma que os neologismos enriquecem o léxico de forma que se tenham signos linguísticos que possibilitem aos falantes de uma língua organizar e categorizar a realidade de outra forma, contudo, refere também que existem restrições linguísticas de produção que não devem ser transpostas, que são maioritariamente restrições de percepção, considerando que estas são importantes no sentido do compreender se um neologismo é de fácil articulação e percepção, tendo assim, uma maior probabilidade de ser mais natural para o gestuante.

Neologismos terminológicos nas línguas gestuais

Os neologismos terminológicos resultam unicamente da necessidade de definir novas conceções e são desde a sua criação unidades da língua que fazem parte da linguagem de especialidade a que pertencem (Correia, 1998).

Segundo Correia (1998), relativamente à formação dos neologismos terminológicos estes podem ser construídos dentro do sistema da própria língua por: palavras derivadas, compostas ou palavras que ganham novo significado, e também por siglas, acrónimos, amálgamas e abreviações ou podem ser importados de outra língua.

Estes últimos requererão uma atenção redobrada devido às perturbações que podem ocorrer quer no sistema fonológico, morfológico ou ortográfico da língua de acolhimento.

Segundo a mesma autora, os neologismos pertencem ao subsistema linguístico que é a linguagem de especialidade do qual fazem parte e o seu resultado decorre da necessidade de nomear conceitos relacionados a novas teorias, descobertas, produtos ou tecnologias, e por essa razão, um neologismo terminológico deve caracterizar-se pelas seguintes condições linguísticas:

- Deve denominar um conceito estável, previamente delimitado de forma explícita e clara com o qual deve manter uma relação de univocidade, ou seja, que só admita uma interpretação.
- Ser breve e conciso.
- Ser construído de acordo com as regras do próprio sistema linguístico.
- Ser transparente.
- Poder constituir uma base de séries de palavras derivadas.
- E adaptar-se ao sistema fonológico e ortográfico da língua.

Para além destas condições linguísticas, Cabré (1993) citado por Correia (1998) propõe ainda que um neologismo terminológico deve caracterizar-se pelas seguintes condições sociolinguísticas:

- Ser fruto de uma efetiva necessidade denominativa.
- Não deve apresentar conotações negativas nem provocar associações inconvenientes.
- Deve pertencer a um registo formal de especialidade.
- Ser memorizado com facilidade (o que resultará forçosamente da sua conformidade ao sistema linguístico onde é produzido).
- E não ir contra as linhas básicas da política linguística previamente estabelecida.

Para ser possível que os neologismos terminológicos obedeçam às condições anteriores, estes deverão observar-se às condições seguintes:

- Contar com a supervisão de especialistas que orientem as propostas neológicas.
- Não deve contradizer as regras patentes nos restantes termos do mesmo domínio.

- Assumir que uma forma inaceitável, mesmo que amplamente consolidada pelo uso, pode ser abolida.
- E por último, não se deve proceder à normalização de um termo sem ter em conta o sistema conceptual e denominativo de que faz parte.

Este conjunto de condições propostas por Cabré (1993) e citadas por Correia (1998), conferem a viabilidade de implantação que um neologismo terminológico deverá obedecer aquando da sua criação.

Segundo Correia (1998), Cabré (1993) assume que tão importante como criar um neologismo, é a sua normalização, ou seja, normalizar os termos a utilizar em comunicação científica e disseminar essas normas junto dos seus utilizadores mais diretos, como por exemplo, cientistas ou técnicos, organismos de ensino, meios de comunicação, ou instituições oficiais.

1.2.2. Neologismos em Portugal

Segundo Carvalho (2016) relativamente à língua gestual em Portugal, observam-se dois momentos distintos que se podem considerar um marco importante na criação de neologismos, quer no léxico comum, quer no léxico de especialidade.

No léxico comum, com o uso da LGP como meio de estabelecer a comunicação informal, considera-se o intervalo de tempo entre 1989 e 1997, que foi o período que antecedeu o reconhecimento da LGP na Constituição da República (Carvalho, 2016), pela Lei 1/97 de 20 de setembro (AR, 1997).

Este período foi marcado pelo surgimento das primeiras formações em LGP e dos primeiros cursos de tradução e interpretação. E ainda, pela publicação das duas grandes obras, o *Gestuário* (SNRIPD, 1992) e *Para uma Gramática da Língua Gestual Portuguesa* (Amaral *et al.*, 1994) que até hoje são uma referência na história da LGP e que deram início a um período considerado como “o período científico da LGP” (Carvalho, 2016, p.27).

No ano de 1999, foi ainda reconhecida a profissão de Intérprete de LGP, pela Lei 89/99 de 5 de julho (AR, 1999).

O desenvolvimento do léxico de especialidade em LGP no ocorreu no período entre 2005 e 2013, coincidiu com a criação das primeiras licenciaturas na área de LGP, a ampliação da escolaridade obrigatória até ao 12º ano e também com o ingresso de pessoas surdas a maiores níveis de escolaridade e a profissões com maior exigência e

especialização (Carvalho, 2016). Coincidiu ainda com a regulamentação pela primeira vez da educação bilingue para alunos surdos, com a publicação do decreto-lei 3/2008 (ME, 2008), com a criação das escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos (EREBAS), com a formação de equipas para a intervenção precoce de crianças surdas e a publicação dos programas curriculares de LGP e de língua portuguesa como segunda língua para alunos surdos (Carvalho, 2016).

Apesar do desenvolvimento do léxico de especialidade não ter sido tão notório como para o léxico comum, todos estes acontecimentos contribuíram para o despertar da necessidade que ainda hoje assistimos de insuficientes equivalentes em língua gestual em diversas áreas onde a formação de neologismos cresceu de forma desregulada. Por um lado, por falta de uma planificação linguística para a LGP, e por outro lado, por falta de recursos lexicográficos (Carvalho, 2016).

1.2.3. Recursos lexicográficos para as línguas gestuais

Segundo a perspetiva de Carvalho e Sofiato (2020), desde o século XVIII que se tentam registar as línguas gestuais, mas apesar dos respetivos progressos, os desafios dos que tentam compilar materiais lexicográficos estão longe de acabar. A primeira tentativa de registo de uma língua gestual foi em 1760, pela mão do Abade Ferrand, um discípulo do Abade de L'Épée, que tal como viria a fazer o próprio Abade L'Épée, manuscreeu um dicionário, este com mais de 4000 entradas em francês, mas com apenas uma centena de correspondências em gestos. Estes dicionários, assim como os restantes que foram surgindo apresentavam uma grande dificuldade na equivalência entre as unidades das duas línguas, para além disso, eram escritos por pessoas ouvintes e essencialmente utilizados pelos mestres de surdos, mestres que eram ouvintes e que não sabiam língua gestual e que ensinavam pessoas surdas sem recurso a imagens e onde a forma dos gestos era descrita apenas através da escrita (Carvalho e Sofiato, 2020).

No século XIX, o uso de desenho ou gravura na descrição dos gestos constitui um grande progresso na produção de materiais lexicográficos, a essa obra deu-se o nome de *Iconographie des signes* (Pélessier, 1856). Ao contrário dos recursos anteriores, este dicionário foi compilado por uma pessoa surda para ser utilizado por pessoas surdas, sendo um enorme avanço a utilização de imagens, em vez da escrita, na explicação dos gestos (Carvalho e Sofiato, 2020).

Ao mesmo tempo, distinguem-se três abades, o Abade *Sicard*, o *Pélessier* e o *Lambert*, pela escolha que parece mais sensata, para a pesquisa pelo aluno surdo, que seria por ordem noemática (por conceito) (Vergês, 2006).

Ainda no século XIX, mas que viriam a ser as bases da educação bilingue no século XX:

“Bébian foi o primeiro a refletir em seus trabalhos sobre a noção gramatical de uma língua gestual (...) e a necessidade de criar materiais didáticos para a educação de surdos” e também a descrever “todos os parâmetros fonológicos da língua francesa de sinais, criando símbolos para representá-los” (Carvalho & Sofiato, 2020, p.5).

Este trabalho foi o primeiro material didático para o ensino da língua gestual e da língua escrita e inspirou William Stokoe a publicar em 1960 a sua obra, que viria a revolucionar os estudos linguísticos das línguas gestuais. Sendo ainda também o suporte para a construção do atual dicionário escolar bilingue para a Língua Gestual Portuguesa/Português, <http://academialgp.weebly.com> (Carvalho & Sofiato, 2020).

Ainda em relação aos materiais lexicográficos impressos, mas referindo o século XX, devido à inovação que propuseram tanto a nível da macroestrutura como da microestrutura, é importante referir o *Dictionary of British Sign Language/English* (1992) e o *Signs of Australia: New Dictionary of Auslan* (1998), uma vez que ambos permitiram entradas pelos parâmetros fonológicos e o primeiro tem ainda uma completa descrição gramatical da língua, assim como as respetivas glosas e a notação de William Stokoe (Carvalho & Sofiato, 2020).

Em Portugal foram também surgindo alguns trabalhos, como por exemplo:

- *Mãos que Falam* (Prata, 1980);
- *O Gestuário* (SNRIPD, 1992);

Apesar da evolução no funcionamento a nível tecnológico para materiais multimédia e posteriormente numa primeira fase dos materiais *online*, os problemas estruturais tanto a nível macro, como a nível da microestrutura continuaram, uma vez que a lexicografia não acompanhou essa evolução e alguns problemas persistiram, como por exemplo, a pesquisa por língua gestual, a falta de exemplos de uso, a falta de armazenamento e o uso de um *corpus* digital (Carvalho & Sofiato, 2020).

Relativamente aos materiais lexicográficos multimédia surgiram em Portugal, por exemplo:

- *O primeiro Dicionário de Língua Gestual Portuguesa* (Martins, 1997);
- *Os Materiais de Apoio ao Ensino da Língua Gestual Portuguesa: +LGP* (Faria, 2011);
- *Língua Gestual Portuguesa: Regionalismos entre Lisboa e Porto* (Cabrita & Silva, 2005);
- *Dicionário de Língua Gestual Portuguesa: Versão escolar*. Lisboa: Laboratório de Fonética da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. (CD) (Delgado-Martins, 2000);
- *O Gestuário Digital* (APECDA, 2008);
- *Os Meus Primeiros Gestos* (Morgado, 2010).

Mais tarde, com o desenvolvimento de materiais *online* muitos dos problemas identificados foram sendo aperfeiçoados, como por exemplo, o espaço usado por vídeos que deixa de ter limitações e a capacidade de adicionar e rever informação. Surgindo novos desafios, como por exemplo, a constituição de um *corpus*, a seleção de lemas e a informação linguística e gramatical (Carvalho & Sofiato, 2020).

Apesar dos novos desafios que surgiram, este tipo de suporte parece ser o único que permitirá reunir condições para se propor um dicionário bilingue, uma vez que tendo por base um *corpus* da língua e a possibilidade de entradas por parâmetros gramaticais das línguas gestuais, estes dicionários além de serem bilingues, são também bidirecionais, com pesquisa possível em ambas as línguas (Carvalho, 2016).

A vantagem da disseminação e partilha dos gestos através de plataformas *online* onde se podem discutir, propor e aprovar novos gestos é a possibilidade de padronização dos gestos, que estando acessíveis a todos, possibilitam uma interação e rápida utilização através de vídeo (Carvalho, 2016b).

Os utilizadores podem aceder de diferentes formas a um léxico gestualizado, por um lado amenizando as pressões de tamanho e seleção, e por outro, como um recurso mais inclusivo e menos limitado por fatores de produção, custo e condições de uso comparativamente a um material impresso (Mckee & Mckee, 2013).

Alguns exemplos de materiais *online* que existem:

- Fórum *ASL-STEM (Science, Technology, Engeneering and Mathematics)* - <https://aslstem.cs.washington.edu/>
- Instituto de *Rochester* de Tecnologia (RIT-NTID). O *Project Technical Signs Project* (TSP) - https://deaftec.org/stem-dictionary/dictionary_term/antibody/
- EncicloSigno em Contexto (sinais-termo da área do Corpo Humano) - <https://enciclosigns.wixsite.com/enciclosigns>
- *Spread The Sign* - <https://www.spreadthesign.com/pt.pt/search/>

Em Portugal, os materiais lexicográficos *online* existentes ainda são poucos, sendo exemplos:

- Academia LGP, do Instituto Jacob Rodrigues Pereira da Casa Pia de Lisboa - <http://academialgp.weebly.com>
- Dicionário terminológico em LGP, em Ciências da Linguagem, da UCP (que se encontra *offline* de momento).
- Infopédia, dicionários Porto Editora - <https://www.infopedia.pt/>
- LGP fundamental - <https://portallgp.ics.lisboa.ucp.pt/>

É indiscutível a importância destes materiais na nossa história tanto como é urgente que se realizem mais estudos em diferentes áreas, como por exemplo, estudos em terminologia para a construção de um léxico de especialidade que permita a disseminação de termos específicos (Sousa, 2019).

A construção de dicionários de línguas gestuais tem sido fundamental em muitos países para definir os surdos como comunidades linguísticas distintas, elevando o seu estatuto linguístico e cultural e reconhecendo a identidade de uma comunidade surda de um país, equiparando-a com comunidades surdas de outros países. Além de darem conhecimento de uma língua a pessoas que a desconhecem, a construção de dicionários tem como primordial objetivo o apoio na educação de surdos, aumentando a sua participação na sociedade através do reconhecimento da língua, assim como, da prática dos seus intérpretes (Mckee & Mckee, 2013).

Segundo Martins e colegas (2012), um dicionário de língua é uma coleção de palavras ou gestos gerais ou especializados (termos) geralmente ordenados por ordem alfabética, contendo habitualmente a categoria gramatical, a definição, termos relacionados e exemplos de uso contextual.

Os dicionários gerais normalmente apresentam palavras ou gestos de uso corrente e repetido das línguas e os dicionários terminológicos reúnem termos específicos de uma determinada área de conhecimento, que pode ser científica ou artística, mas sempre de uma área especializada por oposição à língua corrente, incidindo sobre os termos do domínio de especialidade em questão, abrangendo a variação e a sinonímia dos mesmos e a informação sobre a sua frequência.

Um dicionário é estruturado em dois níveis, ao nível macroestrutural, abrangendo o prefácio, introdução, nomenclatura, guia de utilização, convenções, abreviaturas e possíveis apêndices, e ao nível microestrutural, respondendo a questões lexicográficas, como a etimologia, a fonética, a classe gramatical e a informação semântica através da descrição dos significados.

Outros materiais como enciclopédias, glossários ou vocabulários diferem de um dicionário na descrição das unidades lexicais, pela falta de informação linguística sobre cada entrada e por apresentarem um elenco geralmente mais reduzido.

Uma enciclopédia contém informações detalhadas por exemplo sobre conceitos, indivíduos ou factos históricos. Um glossário é uma listagem de itens lexicais específicos de uma área de uma língua e pode surgir como apêndice de uma obra. E um vocabulário é “o termo usado para o elenco de unidades lexicais pertencentes a um autor ou a um registo de língua” (Martins *et al.*, 2012, p.13).

Após o enquadramento teórico deste trabalho, onde foram expostos diferentes temas, como a dificuldade de comunicação e acesso à saúde pelas pessoas surdas, propostas de melhoria da acessibilidade, a importância dos intérpretes de LGP na comunicação, a relevância dos Direitos Humanos, assim como, a temática da terminologia e o percurso dos recursos lexicográficos para as línguas gestuais, de seguida é apresentado o segundo capítulo em que é referido o problema em estudo, os objetivos (geral e específicos) deste estudo e o tipo e método de estudo escolhidos.

CAPÍTULO 2 – Problema em Estudo

“O aspeto mais interessante da linguagem humana é a capacidade de expressão que promove. Através da linguagem, exprimimos a simplicidade ou complexidade do mundo que nos rodeia e do nosso mundo interior”

(Mineiro, 2017, p.5)

A decisão deste estudo nasceu durante a pandemia COVID-19. Nesse período, iniciou-se um pequeno trabalho exploratório ao qual se pretende dar agora continuidade. O tema desta dissertação surge também na identificação de escassez de recursos lexicográficos, os quais como intérprete de LGP tenho necessidade em recorrer.

Após uma pesquisa e dado os poucos recursos lexicográficos existentes em LGP, referidos anteriormente, a proposta para este trabalho resulta da ausência de lexicografia terminológica na área da saúde, apesar da existência de um *Subcorpus* de Saúde em LGP pertencente ao *Corpus* (Refª PTDC/LLT-LIN/29887/2017) da UCP, e coincidentemente do especial interesse que tenho pela mesma área.

Sendo a saúde uma necessidade basilar, o objetivo de construir uma lista terminológica nesta área é que promova a acessibilidade a toda a comunidade Surda, e contribua para a eficácia do trabalho dos intérpretes de LGP e dos profissionais de saúde, como um passo para melhorar a comunicação existente nesta área.

Como já foi referido, a inexistência de terminologia em LGP para diferentes áreas é uma das principais dificuldades sentidas entre os profissionais (Carvalho, 2016) e a inexistência de terminologias em saúde acentuam as barreiras no acesso aos cuidados primários nas comunidades Surdas (Emond, 2015; Kuenburg, 2016).

Este projeto contou com a colaboração de dois especialistas na área da saúde mental, gestuantes, surdos e proficientes em LGP, no sentido de se discutir sobre os termos utilizados no contexto da respetiva área, na qual não existe ainda uma estabilização.

2.1. Objetivos do estudo

Esta dissertação apresenta os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Constituir uma lista terminológica em saúde em LGP.

Objetivos específicos:

- Recolher dados de todos os gestos em saúde em LGP, em diferentes bases lexicográficas, recursos e especialistas gestuantes.
- Analisar fonologicamente a estrutura dos gestos encontrados.
- Apresentar uma lista de gestos candidatos a termos de saúde em LGP.

2.2. Tipo e método de estudo

O tipo de estudo será um estudo de linguística de *corpora*, constituído por um *corpus* de discurso espontâneo, sendo utilizado o *Subcorpus* em Saúde da UCP, onde serão analisados gestos anteriormente anotados em glosa-ID, com recurso ao *software* de anotação ELAN (Wittenburg *et al.*, 2006), selecionando os gestos existentes na área da saúde que se considerem relevantes e em condições para serem recolhidos e posteriormente extraídos para análise. Foram igualmente recolhidos gestos de outros recursos lexicográficos, constituindo-se assim outro *corpus*, este de extração de dados, o que formou um *corpus* composto de vários *corpora*.

A construção desta lista de gestos candidatos a termos tem como objetivo ser um princípio para uma terminologia em saúde em LGP, e toda a sua metodologia será explicada no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3 – Metodologia

“Para o ser humano a deficiência linguística é uma calamidade, pois só a linguagem nos permite a total integração na nossa condição e cultura humanas, nos permite comunicar com os nossos semelhantes, adquirir e partilhar informação”

(Sacks, 1989)

Este capítulo encontra-se dividido em 3 partes distintas, tal como se desenvolveu o presente trabalho, e nos quais se encontram descritos todos os instrumentos e procedimentos de recolha de dados.

Assim sendo, apresenta-se a **Fase 1 - Recolha dos gestos candidatos a termos da área da saúde no *Subcorpus* de saúde em LGP da UCP;** a **Fase 2 – Observação e elicitación dos gestos candidatos a termos por especialistas das diferentes áreas da saúde;** e a **Fase 3 - Levantamento do léxico existente da área da saúde em recursos linguísticos de léxico comum.**

Explica-se de seguida cada uma das fases de trabalho, depois a análise dos dados, expondo a seleção de gestos para serem analisados, e posteriormente os 2 tipos de análises que serão realizadas: **1) Análise fonológica** **2) Análise conceptual**, assim como, exemplos de outros fenómenos encontrados e considerados importantes registar.

Antes de se explicar como se procederam respetivamente cada uma das fases de trabalho, apresenta-se primeiro a amostra considerada.

3.1. Caracterização da amostra

Apesar de terem sido recolhidos e analisados gestos de vários gestuantes como veremos posteriormente, devido às características de especialidade do nosso estudo, consideramos como amostra apenas os sujeitos especialistas na área da saúde.

A amostra deste trabalho é assim constituída por três profissionais, gestuantes, surdos, fluentes em LGP e especialistas na área da saúde. Estes indivíduos responderam a um questionário simples, confirmando a informação necessária para o perfil indispensável ao estudo, com o objetivo de validar os conhecimentos relativos à terminologia na área da saúde.

	Idade Aquisição de LGP	Formação Académica	Anos de Experiência Profissional	Contacto com a Comunidade Surda
Especialista 1	Desde bebé	Mestrado em Medicina	1 ano	Desde bebé
Especialista 2	Desde bebé	Licenciatura em Ciências Psicológicas Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento	1 ano	Desde bebé
Especialista 3	1 ano	Mestrado em Psicologia	8 anos	Desde bebé, com uma interrupção de 11 anos

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Crítérios de inclusão: A condição determinante na seleção da amostra foi a combinação entre três fatores, nomeadamente, o facto de todos terem frequentado formação superior na área da saúde, serem surdos e ao mesmo tempo gestuantes fluentes em LGP.

3.2. Fase 1 - Recolha dos gestos candidatos a termos da área da saúde no Subcorpus de saúde em LGP da UCP

A primeira fase deste trabalho consistiu em fazer um levantamento de todos os gestos relacionados com a área da saúde do *Subcorpus* em Saúde em LGP da UCP, o que totalizou, inicialmente ainda sem exclusões em 864 gestos, extraídos de 14 diferentes vídeos.

3.2.1. Instrumento de recolha dos gestos do *Subcorpus* de saúde

O *Subcorpus* em Saúde em LGP da UCP é na sua maioria constituído por vídeos de uma gestuante surda, portuguesa, licenciada em medicina.

Nestes vídeos, a gestuante encontra-se a lecionar aulas da formação avançada, em “Comunicação em Saúde com a Pessoa Surda”, da UCP. Além dos gestos desta gestuante, foram recolhidos gestos de outros vídeos, pertencentes ao mesmo *Subcorpus*, igualmente relacionados com saúde, mas de gestuantes não especialistas na área.

3.2.2. Procedimento na recolha dos gestos do *Subcorpus* de saúde

Após a observação de cada vídeo, os gestos candidatos a termos de saúde foram anotados em glosa-ID, com recurso ao *software* de anotação ELAN, completando a anotação anteriormente já existente.

O total dos gestos foram extraídos para uma folha de *excel* e listados juntamente com a informação do local onde foram retirados e uma breve explicação sobre a produção de cada um.

3.2.3. Critérios de exclusão

Após se listarem os 864 gestos, este total sofreu os seguintes critérios de exclusão:

- Gestos que se repetiam.
- Gestos que estavam anotados, mas não pertenciam à área da saúde.
- Gestos em que não foi possível verificar com clareza a sua produção, nos vídeos disponibilizados.

Mediante esta seleção e considerados todos os gestuantes, o total de gestos candidatos a termos reduziu para 309, como mostra a tabela seguinte:

Gestos extraídos inicialmente	864
Vídeos de extração de gestos	14
Gestos após critérios de exclusão	309

Tabela 2. Aplicação dos critérios.

3.3. Fase 2 - Observação e eliciação dos gestos candidatos a termos por especialistas das diferentes áreas da saúde

Segundo Quer (2012), para se investigar uma área específica de uma língua gestual, o primeiro passo é identificar gestuantes dessa área, selecionando gestuantes nativos, que sejam fluentes e representativos na área pretendida.

Assim sendo, antes de prosseguirmos este estudo e devido a diversas dúvidas que surgiram, decidimos reunir com os profissionais de saúde no sentido de obter esclarecimentos sobre algumas produções de gestos.

A maioria dos gestos obtidos foram considerados de medicina geral, mas durante a observação foram identificados alguns gestos e também termos escritos, possivelmente associados à área da saúde mental, motivo pelo qual se criou uma categoria com este total, que resultou em 74 termos correspondentes à especialidade da saúde mental.

Estes 74 termos foram elicitados aos dois especialistas de saúde mental da nossa amostra, dos quais se obtiveram 45 gestos em LGP, produzidos e gravados individualmente pelos próprios especialistas e 29 termos sem equivalência em LGP.

Termos elicitados em português	74
Gestos em LGP	45
Termos sem equivalência em LGP	29

Tabela 3. Elicitação aos especialistas.

Na área da medicina geral, a maioria dos gestos recolhidos por serem coincidentemente da gestuante especialista na área, não foi necessário elicitar novamente.

Contudo, tentou-se igualmente consultar a profissional no sentido de clarificar dúvidas na produção de alguns gestos, o nunca foi possível por indisponibilidade da mesma.

3.4. Fase 3 – Levantamento do léxico existente da área da saúde em recursos linguísticos de léxico comum

Uma vez identificadas diferentes propostas de gestos para os termos do *Subcorpus* em Saúde, efetuou-se o levantamento noutros recursos linguísticos com o objetivo de verificar as diversas produções dos gestos encontrados.

3.4.1. Instrumento de recolha dos gestos em recursos linguísticos

Nesta terceira fase, foram consultados 11 recursos lexicais, cujo resultado são 1986 gestos relacionados com a área da saúde, encontrados em 10 dos 11 recursos consultados, como mostra a tabela seguinte:

Diferentes recursos lexicais existentes	Gestos da área da saúde	Observações
<i>Mãos que falam</i> (1980) Laboratório de Fonética da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa	3	

<i>Gestuário</i> (1991) Secretariado Nacional para a Reabilitação de Pessoas com Deficiência	25	
<i>Para uma gramática da Língua Gestual Portuguesa</i> (1994) Lisboa: Editorial Caminho	0	não foram encontrados termos de saúde
<i>Guia prático de Língua Gestual Portuguesa: Ouvir o Silêncio</i> (2007). Edição Nova Educação	35	
<i>O Gestuário Digital</i> (2008) Secretariado Nacional para a Reabilitação de Pessoas com Deficiência	25	
<i>Dicionário de LGP</i> (2010) Porto Editora	415	
<i>Spreadthesign</i> (2010) <i>European Sign Language Centre</i>	911	
<i>Os Meus Primeiros Gestos</i> (2010) Casa Pia de Lisboa	26	
<i>Academia da LGP</i> (2011) Fundação PT/CPL. Fundação PT/CPL. http://videos.sapo.pt/academialgp (apesar do <i>site</i> ter um novo endereço: https://academialgp.weebly.com/ foi pesquisado o antigo por ser possível pesquisar por termo, ao contrário do <i>site</i> atual em que essa pesquisa não é possível)	4	
<i>Dicionário de LGP</i> (2018) Infopédia Dicionários Porto Editora. https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-gestual	500	Todos os termos escritos, correspondentes aos gestos encontrados dos restantes recursos, foram colocados no motor de busca
<i>VSL on Tourism</i> (2020) Erasmus+ Programme of the European Union	42	

Tabela 4. Total de gestos dos recursos.

3.4.2. Procedimentos na recolha dos gestos em recursos linguísticos

O total dos gestos foi listado numa folha de Excel, fazendo corresponder cada lista ao recurso onde foi retirado, com o objetivo de posteriormente se proceder à seleção de gestos para análise como explicado a seguir (apêndice 8).

3.4.3. Análise de dados - Seleção de gestos para análise

Concluídas as três fases anteriores e com todos os gestos listados, procedeu-se à seleção dos gestos para análise, esta seleção foi realizada com o objetivo de ser possível comparar os gestos produzidos pelos diferentes gestuantes especialistas na área da saúde.

Assim sendo, tendo em conta todos os gestos produzidos pelos respetivos especialistas, verificou-se em que recursos estes mesmos gestos eram produzidos por gestuantes não especialistas, e concluímos haver 93 gestos comuns a todos.

Total de gestos comuns a todos	93
---------------------------------------	-----------

Tabela 5. Gestos comuns a todos.

Posteriormente e porque o objetivo será analisar as diferenças encontradas, verificou-se destes 93 gestos, quais os que apresentavam uma produção idêntica e quais os que se produziam de forma diferente, e percebeu-se que o total de gestos de produção diferente são 65, os quais serão posteriormente analisados.

Total de gestos selecionados para análise	65
--	-----------

Tabela 6. Gestos para análise.

3.5. Análise fonológica

Na realização da análise fonológica, qualquer diferença na produção dos gestos foi considerada, nomeadamente, nos três parâmetros fonológicos designados como principais, segundo o Modelo *Hand Tier* proposto por *Sandler* (1986-1989) citado por *Mineiro* (2010, p.66): a Configuração, o Movimento e a Localização.

Estes três parâmetros foram escolhidos após um pré-teste realizado a 20% dos gestos, nos quais se verificou que ocorriam as diferenças mais significativas entre gestos, ao

contrário do parâmetro de Orientação da Palma da Mão e dos Aspetos Não Manuais, que não tiveram qualquer expressão neste estudo.

Todas as formas de produção encontradas para cada um dos gestos foram observadas e analisadas nos três parâmetros fonológicos, e os registos foram realizados num documento em formato *excel* (apêndice 5), para permitir os filtros necessários para trabalhar os dados e criar as tabelas dinâmicas das correlações possíveis.

Os dados encontram-se dispostos e analisados numa tabela pela seguinte ordem: **Termo/Gesto, Configuração** de ambos os articuladores, M1 (mão dominante) e M2 (mão não dominante), utilizando a seleção de dedos do sistema fonético para as línguas gestuais HamNoSys, Tipos de **Movimento**, Simples, Complexo, Local, Trajetório ou Local + Trajetório e **Localização** (inicial e final), distinguindo quatro espaços distintos (Espaço gestual cabeça frontal, Espaço gestual tronco frontal, Tocar cabeça frontal e Tocar tronco frontal).

A análise fonológica comparativa foi realizada com base nas diferenças fonológicas encontradas nos gestos, com o principal objetivo de comparar os diferentes grupos de gestuantes, agrupando-se os gestos em dois grupos distintos, nomeadamente, os gestos do grupo de gestuantes especialistas na área da saúde e os gestos do grupo de gestuantes não especialistas da área da saúde, e procedemos às seguintes análises:

- Comparação dentro do grupo de gestuantes especialistas.
- Comparação dentro do grupo de gestuantes não especialistas.
- Comparação entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas.

A formação destes grupos tem como objetivo conferir as diferenças encontradas entre cada grupo analisado e verificar quais são e onde se encontram as maiores diferenças, se será dentro dos especialistas, se dentro dos não especialistas, ou entre os dois grupos de gestuantes.

Assim sendo, todos os estudos foram realizados de forma igual nos 3 distintos grupos de comparação considerados.

Começou-se por verificar dentro de cada grupo, quantos gestos são iguais e quantos são diferentes, e em seguida, dentro dos que se apresentam diferentes, verificamos os gestos com alterações parciais e totais em cada grupo, criando as seguintes descrições:

- **Gesto sem alteração** – o gesto não sofre nenhuma diferença nos parâmetros fonológicos estudados (Figura 1).

- **Gesto com alteração parcial** – o gesto difere em 1 ou 2 dos parâmetros fonológicos estudados (Figura 2).

- **Gesto com alteração total** – o gesto difere em 3 parâmetros fonológicos, ou seja, o gesto é completamente distinto (Figura 3).

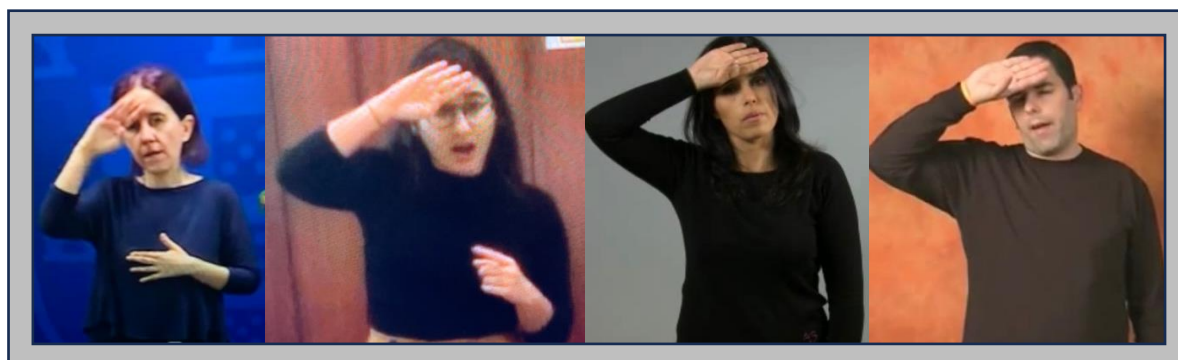


Figura 1. Exemplo de Gesto sem alteração: gesto de FEBRE.



Figura 2. Exemplo de Gesto com alteração parcial: gesto de BURNOUT.

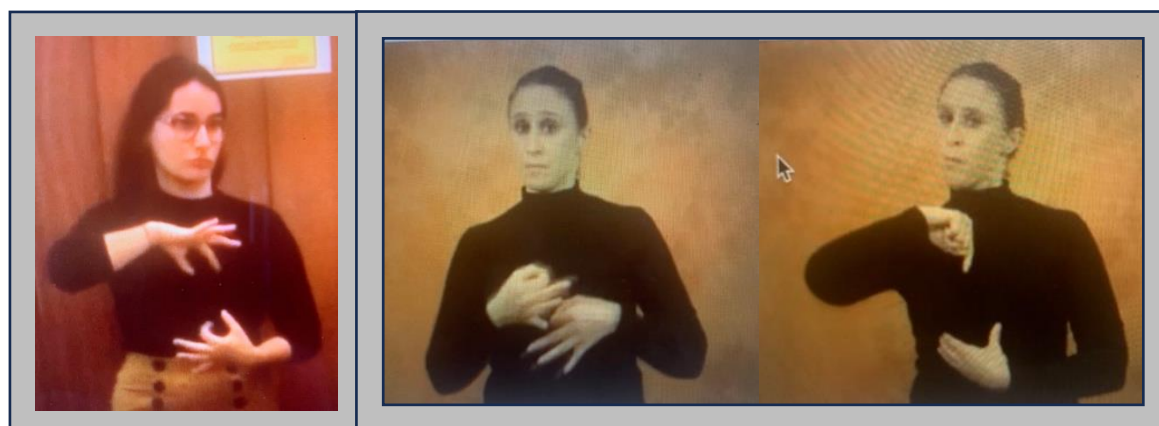


Figura 3. Exemplo de Gesto com alteração total: gesto de HORMONA.

Seguidamente, verificaram-se as diferenças nos três parâmetros fonológicos, Configuração da mão, Localização e Movimento, observando-se também a sua coocorrência.

Dentro de cada um dos parâmetros verificou-se a ocorrência de cada fenómeno analisado, ou seja, na Configuração, inicial e final, verificou-se quanto à ocorrência de ambos os articuladores, M1 (mão dominante) e M2 (mão não dominante), se os gestos são produzidos apenas com a mão dominante ou com ambas (bimanuais). Se o comportamento da M2 é simétrico ou assimétrico e também quanto à seleção dedos, verificando a predominância das configurações com 0, 1, 2, 3 ou 4 dedos selecionados, utilizando a seleção de dedos do sistema fonético para as línguas gestuais, *HamNoSys* (Hanke, 2004).

Na Localização, inicial e final, distinguindo-se quatro espaços distintos (*Espaço gestual cabeça frontal*, *Espaço gestual tronco frontal*, *Tocar cabeça frontal* e *Tocar tronco frontal*). E no Movimento, inicial e final, foram verificados os Tipos de Movimento, *Simplex*, *Complexo*, *Local*, *Trajatório* ou *Local + Trajatório*.

3.6. Análise conceptual

Durante a análise dos parâmetros fonológicos, considerámos importante mencionar que as alterações encontradas não se referem apenas ao nível fonológico, foram também encontradas variações que denominámos como conceptuais, como veremos na apresentação dos resultados.

Um exemplo é o gesto de FOBIA, que revelou 3 produções diferentes nos 2 grupos de gestuantes. Um gesto com alterações totais a nível fonológico e ao mesmo tempo, conceptualmente diferente, como veremos vários nos resultados.

Surgirão outros exemplos de gestos que apesar de serem semelhantes fonologicamente, são conceptualmente diferentes, ou seja, não diferem nos 3 parâmetros fonológicos, mas a diferença que apresentam, contrasta na produção do gesto apresentado quanto ao seu resultado conceptual.

3.7. Outros fenómenos

Por último, acrescentamos a análise a alguns fenómenos que considerámos bastante relevantes pela importância que podem ter na continuação que se espera deste estudo futuramente, como a identificação de dois fenómenos relacionados com a criação de neologismos, o princípio da transparência da denominação, e o princípio de transliteração da letra inicial, nomeadamente, na formação dos gestos de TIROIDE e BURNOUT, e por último a localização dos gestos associada ao significado dos próprios gestos, uma vez que, por exemplo, os gestos que indicam sentimentos são, maioritariamente, produzidos perto do coração, (exemplo: ANSIEDADE) enquanto os gestos relacionados com conceitos cognitivos se realizam, maioritariamente, perto da cabeça (exemplos: ALZHEIMER), (Moita M. et al, 2011).

CAPÍTULO 4 – Resultados e Discussão

“O modo como se estabelece a comunicação entre especialistas de um determinado domínio, ou entre especialistas e não-especialistas, tem um papel decisivo na veiculação e eficácia de uma linguagem de especialidade”.

(Palma *et al.*, 2007, p.457)

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes, correspondentes às duas análises realizadas, a análise fonológica seguida da conceptual, assim como, os fenómenos terminológicos observados de acordo com o descrito na metodologia, terminando com a proposta da lista de gestos candidatos a termos de saúde em LGP, as principais limitações a este estudo e as sugestões para investigações futuras.

Nas 3 fases consideradas na metodologia, antes de realizar a análise fonológica, foram recolhidos gestos de 3 fontes distintas, do *Subcorpus* de saúde em LGP da UCP, dos especialistas da área da saúde e dos recursos linguísticos de léxico comum. Após esta recolha, tal como foi explicado, procedeu-se à seleção dos gestos para serem analisados, o que somou um total de 93 gestos.

Deste total de 93 gestos, 65 são gestos que apresentam alterações fonológicas e 28 são gestos sem alterações o que em termos percentuais, corresponde a 70% de gestos com alterações fonológicas e 30% de gestos sem alterações.

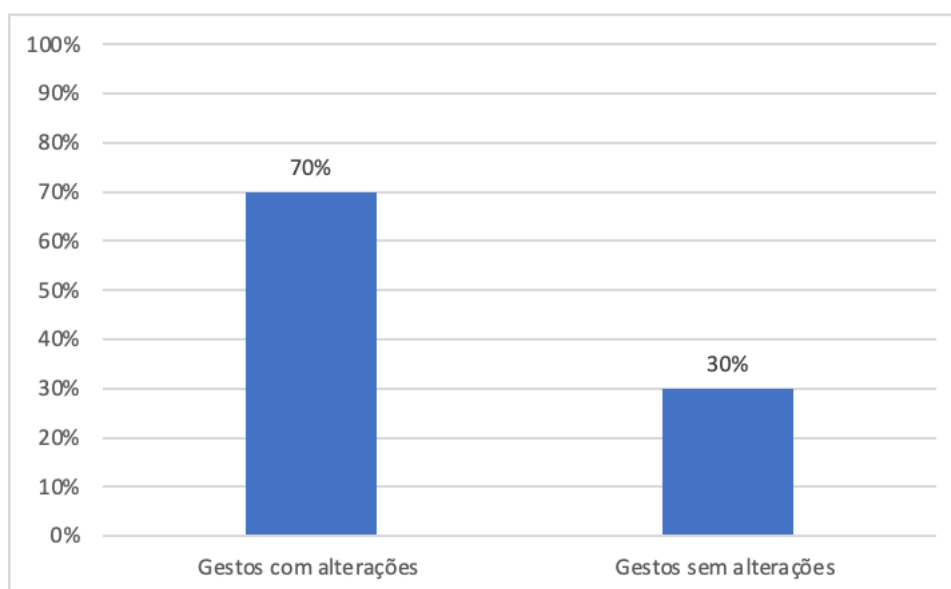


Figura 4. Distribuição das percentagens dos gestos com e sem alterações fonológicas.

As tabelas seguintes apresentam em glosa os respectivos gestos, a primeira indica a glosa dos 28 gestos que não apresentam diferenças fonológicas, ou seja, sem variação, e que por isso não foram analisados.

ACIDENTE	AUTONOMIA	EMERGÊNCIA	RESPIRAR	VÍCIO
AMBULÂNCIA	CONFUSÃO	ENFERMEIRO	RITMO	VIDA
ANOREXIA	CONSCIENTE / CONSCIÊNCIA	FEBRE	SAÚDE	VÍRUS
ANTI-SOCIAL	CORONAVÍRUS	NEUROSE	TEMPERATURA	VOMITAR
ANSIEDADE	DEFICIENTE	PENSAMENTO	TRATAMENTO	
ATAQUE PÂNICO	DOR	PSICOTERAPIA	TRAUMA	

Tabela 7. Lista dos 28 gestos sem alterações fonológicas.

A segunda tabela apresenta os 65 gestos, das quais foram estudadas todas as formas de produção encontradas para cada um dos gestos, o que somou um total de 167 gestos, que foram registrados num documento em formato Excel, (apêndice 5) para permitir a aplicação dos filtros necessários para trabalhar os dados e criar as tabelas dinâmicas das correlações possíveis.

AGITAÇÃO	CORPO	HORMONA	RAIVA
ALERGIA	DEMÊNCIA	HOSPITAL	SANGUE
ALZHEIMER	DEPRESSÃO	ICTERÍCIA	SARAMPO
ASMA	DESMAIO	INFEÇÃO	SAÚDE MENTAL
AUTISMO	DOENÇA	ISOLADO / ISOLAMENTO	SENTIMENTO DE CULPA
AUTO-ESTIMA	DOENTE	MÉDICO	SINTOMAS
AVC	ENFERMEIRA	MEMÓRIA	STRESS
BEM-ESTAR	ENXAQUECA	MORRER	SUICIDIO
BURNOUT	ESPIRRO / ESPIRRAR	NAÚSEAS	TIROIDE
BULIMIA	ESQUIZÓFRENIA	NEURODESENVOLVIMENTO	TOSSE

CANCRO	FATORES DE RISCO	OBSESSIVO-COMPULVISO	TRATAR
CÉREBRO	FERIDA	PERTURBAÇÃO	URGÊNCIA / URGENTE
CHOQUE	FOBIA	PSICOLOGIA	VACINA
CÓLICA	GRIPE	PSICÓLOGO	VÓMITO
COMPORTAMENTO	HEREDITÁRIO / HEREDITARIEDADE	PSICOSE	
CONTROLAR	HIPERTENSÃO	PSIQUIATRIA	
CORAÇÃO	HIV	PULMÃO	

Tabela 8. Lista dos 65 gestos com alterações fonológicas.

Desta segunda lista importa esclarecer 3 situações que se julgam importantes:

- Considerou-se o mesmo gesto para cada par apresentado pois o seu conceito parece ser o mesmo e categorialmente não foi possível distinguir o par de gestos dentro de uma estrutura sintática:
 - ESPIRRO e ESPIRRAR.
 - HEREDITÁRIO e HEREDITARIEDADE.
 - ISOLADO e ISOLAMENTO.
 - URGENTE e URGÊNCIA.

- Considerou-se uma análise aos gestos de BURNOUT e TIROIDE porque, no contexto em que ocorrem, a gestuante especialista produz os seus gestos e alguma variação gestual em interação com uma plateia de gestuantes não especialistas (o que se tornou uma discussão de neologismos muito interessante).

- Não se considerou para análise o gesto de HEMORRAGIA, apesar de aparecer na tabela do apêndice 6, pois verificou-se que a sua produção ocorreu em contextos diferentes.

4.1. Resultados e discussão da análise fonológica

A quantificação dos gestos das listas anteriores, como já foi referido, corresponde em termos percentuais, a 70% de gestos com alterações fonológicas e 30% de gestos sem alterações, e foi o ponto de partida para a análise fonológica que se segue.

É ainda importante referir que aos 70% de gestos, que correspondem ao total de 65 gestos comuns a todos os gestuantes, com alterações fonológicas, foi possível estabelecer as seguintes comparações:

- Dentro do grupo de gestuantes especialistas é possível comparar um total de 23 gestos, comuns aos vários gestuantes especialistas.
- Dentro do grupo de gestuantes não especialistas é possível comparar um total de 44 gestos, comuns aos vários gestuantes não especialistas.
- E entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas é possível comparar um total de 58 gestos, comuns a ambos os grupos.

4.1.1. Resultados e discussão das percentagens dos gestos com e sem alterações fonológicas

Grupo de gestuantes especialistas

Dentro do grupo de gestuantes especialistas, foi possível observar que 74% são gestos que apresentam alterações (ou seja, 17 dos 23 gestos dos que foram possíveis comparar) e 26% são gestos sem alterações.

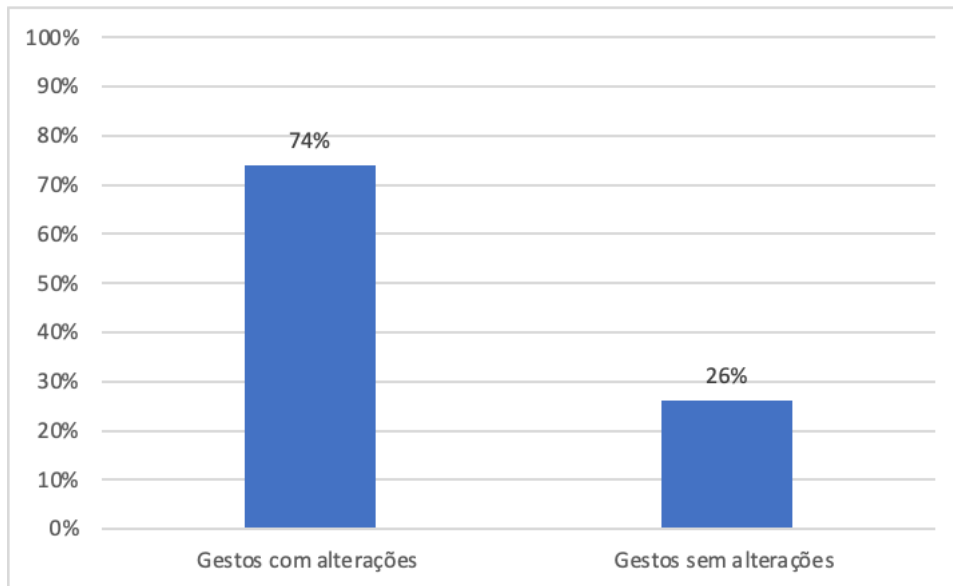


Figura 5. Percentagens de gestos com alterações e sem alterações entre especialistas.

Grupo de gestuantes não especialistas

Dentro do grupo de gestuantes não especialistas, 75% são gestos com alterações (ou seja, 33 dos 44 gestos dos que foram possíveis comparar) e 25% são gestos sem alterações.

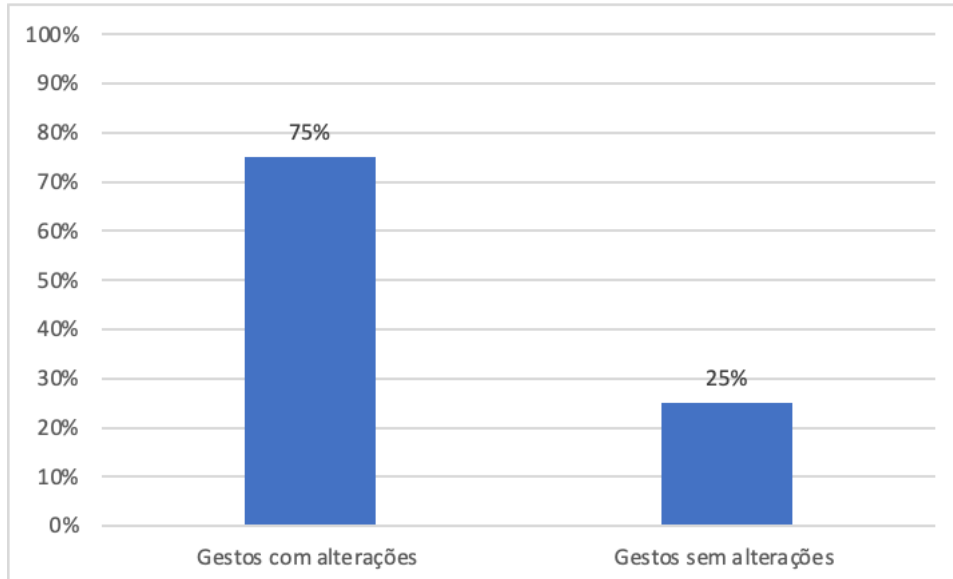


Figura 6. Percentagens de gestos com alterações e sem alterações.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

Entre os dois grupos de gestuantes, podemos verificar que 98% são gestos com alterações (ou seja, 57 dos 58 gestos dos que foram possíveis comparar) e apenas 2% são gestos sem alterações.

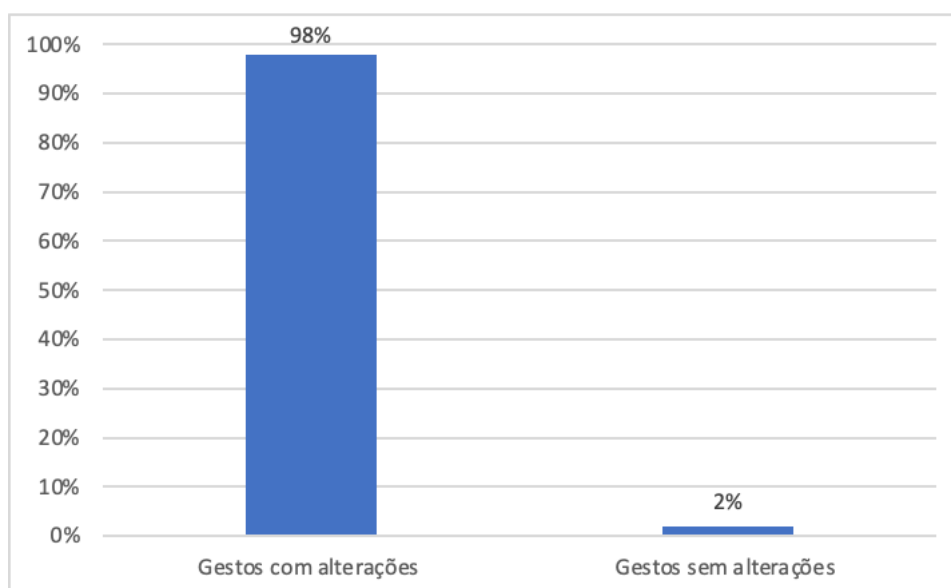


Figura 7. Percentagens de gestos com alterações e sem alterações entre os dois grupos, especialistas e não especialistas.

Como podemos reparar, da comparação realizada dentro cada grupo, especialistas e não especialistas, a percentagem de gestos que sofre alterações na sua produção é idêntica, apresentando uma percentagem de 74%, para o grupo de especialistas e 75%, para o grupo dos não especialistas. O mesmo se verifica com os gestos que não sofrem alterações, apresentando uma percentagem de 26% e 24%, para o grupo de especialistas e não especialistas, respetivamente.

Contudo, não nos podemos esquecer que apesar de em percentagem, os valores apresentados serem parecidos, o número total de gestos comparados em cada grupo foi bastante diferente, 23 especialistas e 44 não especialistas, o que faz com que no primeiro grupo apenas 17 gestos apresentam alterações na sua produção, e no segundo grupo um total de 33 gestos.

Na comparação entre os dois grupos de gestuantes, tal como desconfiámos no início deste estudo, revela-se a maior percentagem de diferenças, com 98% do total, o que significa que em quase todos os gestos, (57 em 58) do total de gestos se encontram alterações na sua produção, o que parece sugerir uma enorme variação, instabilidade e possível falta de conhecimento no vocabulário ou nos conceitos, como iremos propor na análise conceptual deste estudo, ou falta de literacia na área da saúde em LGP, como

vimos anteriormente no enquadramento teórico, como sendo um dos problemas que afeta a comunicação em saúde.

Por outro lado, dentro do grupo de especialistas, apesar de não muito significativas, as diferenças são as menores verificadas, o que parece começar a sugerir uma concordância na escolha dos gestos para os respetivos conceitos.

4.1.2. Resultados e discussão das percentagens dos gestos com alterações fonológicas parciais e totais

Grupo de gestuantes especialistas

Dentro do grupo de gestuantes especialistas, observamos que 94% (correspondendo a 16 gestos) são gestos com alterações parciais, ou seja, que diferem em 1 ou em 2 parâmetros fonológicos, e que 6% (correspondendo a 1 gesto) apresenta total alteração fonológica, ou seja, alteração nos 3 parâmetros observados.

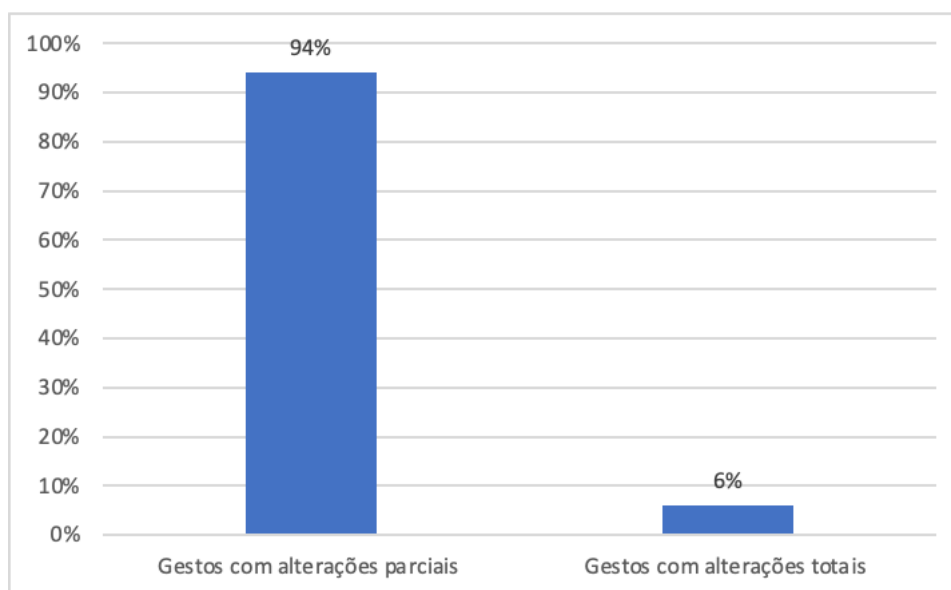


Figura 8. Percentagem de gestos com alterações parciais e totais.

Grupo de gestuantes não especialistas

Dentro do grupo de gestuantes não especialistas, observamos que 79% são gestos com alterações parciais (correspondendo a 26 gestos) e 21% (correspondendo a 7 gestos) são gestos com alterações totais.

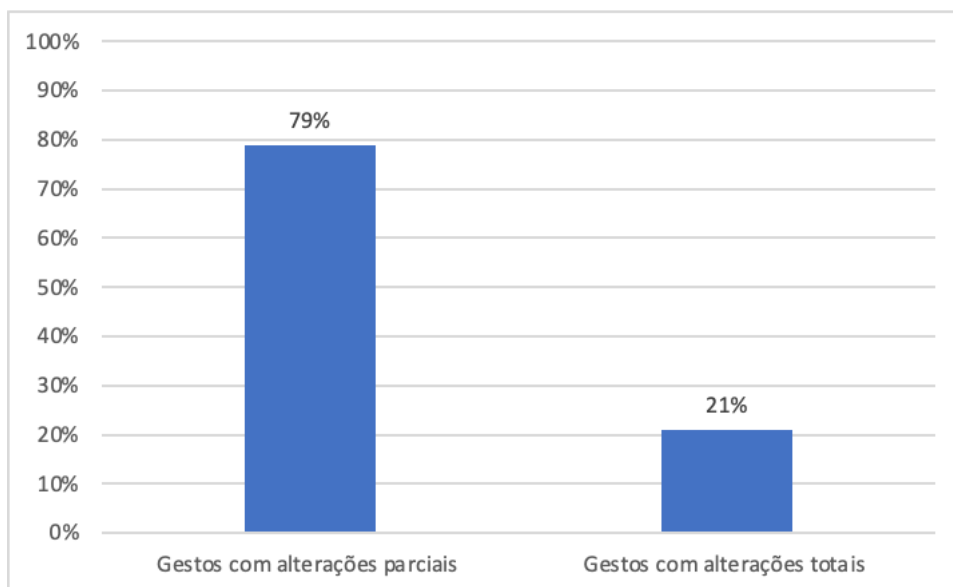


Figura 9. Percentagem de gestos com alterações parciais e totais.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

Entre os dois grupos de gestuantes, dos gestos que são produzidos de formas diferentes, observamos que 67% (correspondendo a 38 gestos) são gestos com alterações parciais e 33% (correspondendo a 19 gestos) são gestos com alterações totais.

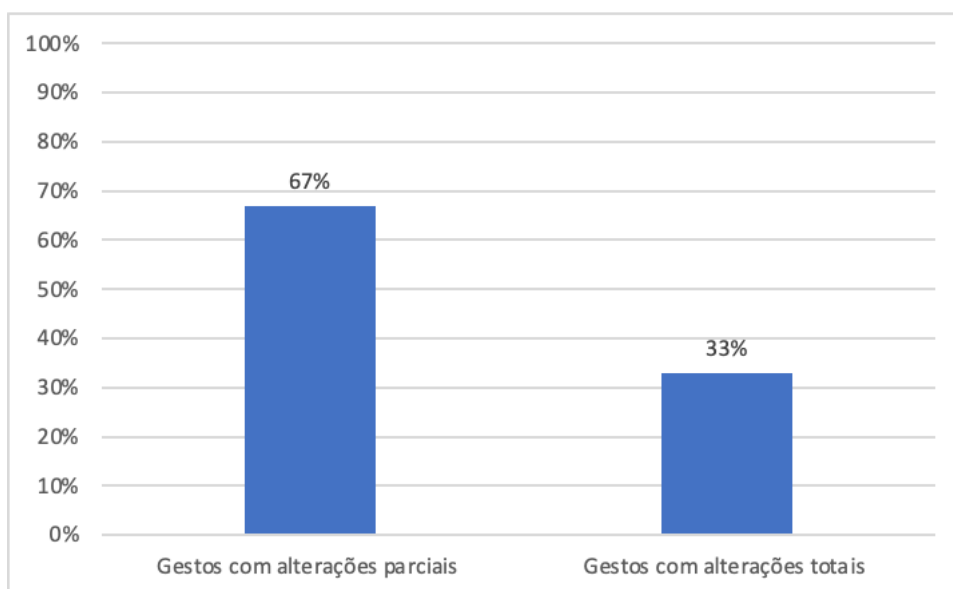


Figura 10. Percentagem de gestos com alterações parciais e totais.

Nesta análise, podemos observar que dentro do grupo de gestuantes especialistas existe um total de 94% de gestos com alterações parciais, variando em 1 ou 2 parâmetros

fonológicos. Contudo, dentro do grupo de gestuantes não especialistas, a percentagem é de 79%, variando no mesmo número de parâmetros, e entre os dois grupos de gestuantes, os gestos que apresentam alterações parciais são 67%.

Observando as alterações totais, podemos afirmar que dentro do grupo de gestuantes especialistas, apenas 6% são gestos com alterações em 3 parâmetros, dentro do grupo de gestuantes não especialistas, o número sobe para 21% e entre os dois grupos de gestuantes o total é de 33% com alterações nos 3 parâmetros analisados.

Podemos afirmar que a menor diferença se encontra dentro do grupo dos especialistas, com apenas 6% de gestos a diferirem totalmente, recordando que o gesto que difere em 3 parâmetros fonológicos, é um gesto é completamente díspar, como definido anteriormente na metodologia. Ou seja, dentro do grupo de especialistas na área, apesar de se registaram diferenças, estas são quase todas, 94%, em apenas um ou dois parâmetros.

Podemos afirmar igualmente que entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas, a percentagem de gestos com alterações totais (33%), é maior do que dentro de cada grupo, (especialistas, 6%, e não especialistas, 21%), isto reverlará que existe variação lexical entre léxico comum e léxico terminológico. Este resultado pode ser considerado como uma razão para se criar uma terminologia em saúde em LGP, e perante o maior número de gestos com alteração total entre os grupos.

4.1.3. Resultados e discussão das percentagens dos gestos com alterações parciais

No grupo de gestuantes especialistas

Dentro do grupo de gestuantes especialistas observamos que 75% (correspondendo a 12 gestos) são gestos com alterações parciais em 1 parâmetro e 25% (correspondendo a 4 gestos) são gestos com alterações parciais em 2 parâmetros fonológicos.

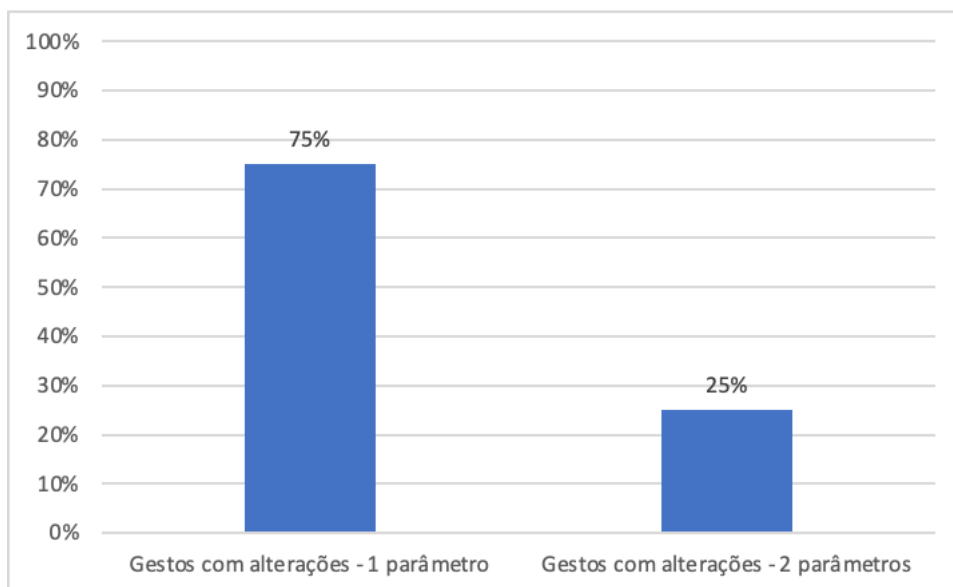


Figura 11. Percentagem de gestos com alterações parciais.

No grupo de gestuantes não especialistas

Dentro do grupo de gestuantes não especialistas observamos que 38% (correspondendo a 10 gestos) são gestos com alterações parciais em 1 parâmetro e 62% (correspondendo a 16 gestos) são gestos com alterações parciais em 2 parâmetros fonológicos.

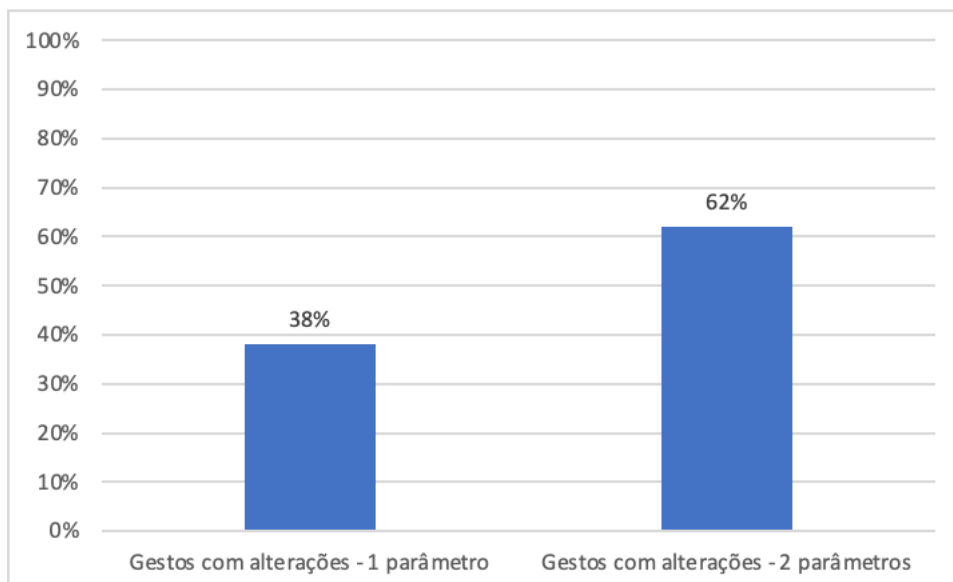


Figura 12. Percentagem de gestos com alterações parciais.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

Entre os dois grupos de gestuantes, observamos que 37% (correspondendo a 14 gestos) são gestos com alterações parciais em 1 parâmetro e 63% (correspondendo a 24 gestos) são gestos com alterações parciais em 2 parâmetros fonológicos.

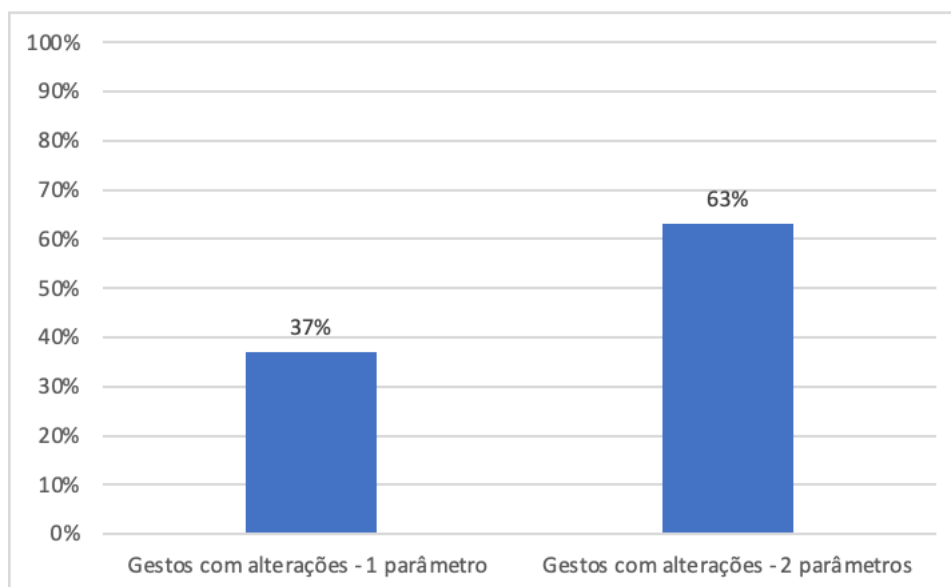


Figura 13. Percentagem de gestos com alterações parciais.

Como podemos observar, dentro do grupo de gestuantes especialistas existe um total de 75% de gestos com alterações em 1 parâmetro fonológico, dentro do grupo de gestuantes não especialistas, a percentagem é de 38% e entre os dois grupos de gestuantes a percentagem é de 37%.

Comentando as alterações em 2 parâmetros, podemos afirmar que dentro do grupo de gestuantes especialistas, apenas 25% são gestos com estas alterações, dentro do grupo de gestuantes não especialistas, o número sobe para 62% e entre os dois grupos de gestuantes o total é de 63%.

Nesta análise, os dados sugerem que dentro do grupo de não especialistas (62%) e entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas, (63%) a percentagem de gestos com alterações parciais em 2 parâmetros estudados é maior, e pelo contrário, dentro dos especialistas a percentagem é de apenas 25%, sendo maior para as alterações parciais em 1 parâmetro (75%), contrariamente às percentagens do grupo de não especialistas (38%) e entre os dois grupos de gestuantes (37%).

O que significa que, apesar de todos os grupos apresentarem diferenças parciais, o grupo de especialistas, com um resultado de 75% de alterações, parece demonstrar que

apesar de existirem diferenças, estas, sendo em apenas 1 parâmetro, sugerem ser são muito menores.

Dos três resultados anteriores, poder-se-á dizer que o grupo de especialistas é o grupo que apresenta menos alterações nos gestos. As alterações que apresentam são maioritariamente parciais, e dentro dos parâmetros alterados parcialmente, difere maioritariamente em apenas um.

4.1.4. Resultados e discussão das percentagens das alterações no parâmetro fonológico - Configuração da mão

No grupo de gestuantes especialistas

Dentro deste grupo a Configuração da mão é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 57% dos gestos com alterações (13 gestos) e 43% (10 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

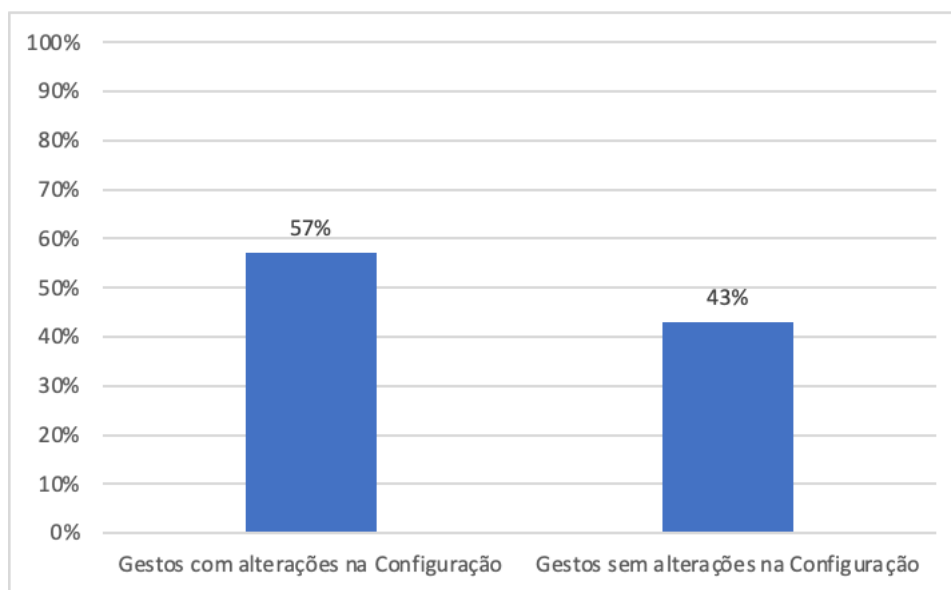


Figura 14. Percentagem de gestos com e sem alterações na Configuração da mão.

No grupo de gestuantes não especialistas

No grupo dos gestuantes não especialistas, a Configuração da mão é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 68% dos gestos com alterações (30 gestos) e 32% (14 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

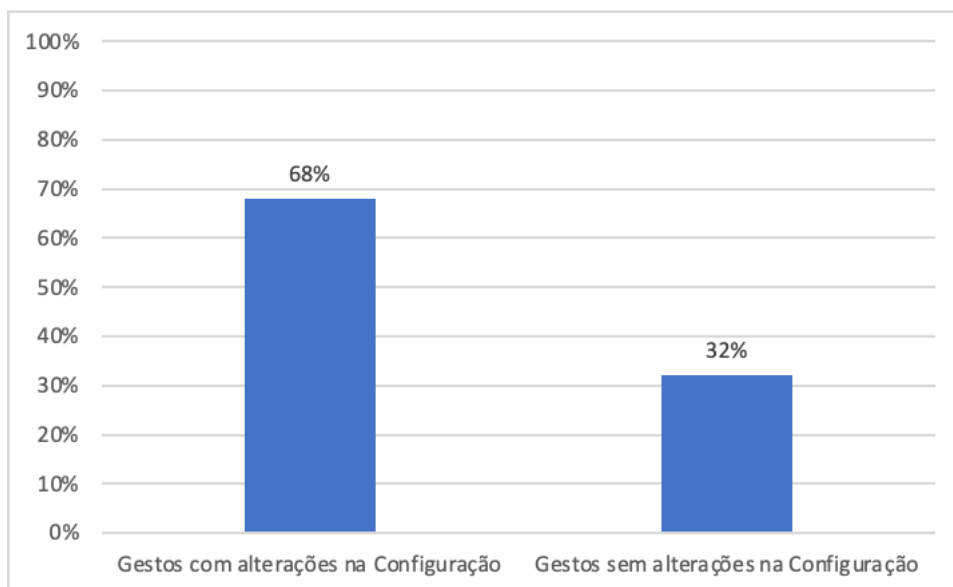


Figura 15. Percentagem de gestos com e sem alterações na Configuração da mão.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

A Configuração da mão é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 93% dos gestos com alterações (54 gestos) e 7% (7 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

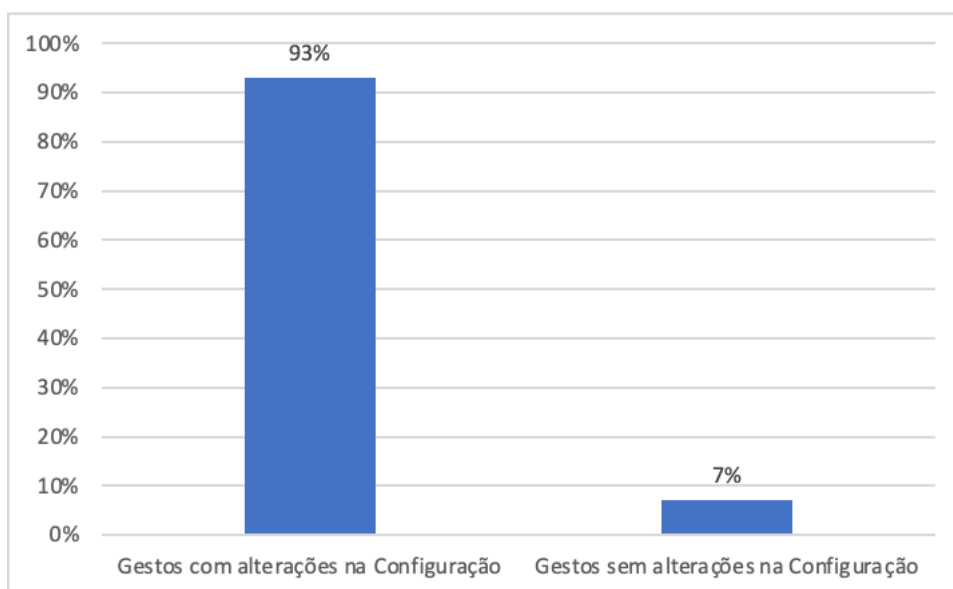


Figura 16. Percentagem de gestos com e sem alterações na Configuração da mão.

Quando ocorrem alterações na Configuração da mão, como podemos observar nos gráficos apresentados, estas são bastantes significativas, sendo verificado mais de metade

dos gestos com este parâmetro alterado, com 57% dentro do grupo de especialistas e 68% nos não especialistas. Esta alteração é ainda mais evidente na comparação entre os dois grupos, aumentando para 93%.

4.1.5. Resultados e discussão das percentagens das alterações no parâmetro fonológico - Localização

No grupo de gestuantes especialistas

Dentro deste grupo a Localização é o parâmetro fonológico onde se verificou 30% dos gestos com alterações (7 gestos) e 70% (16 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

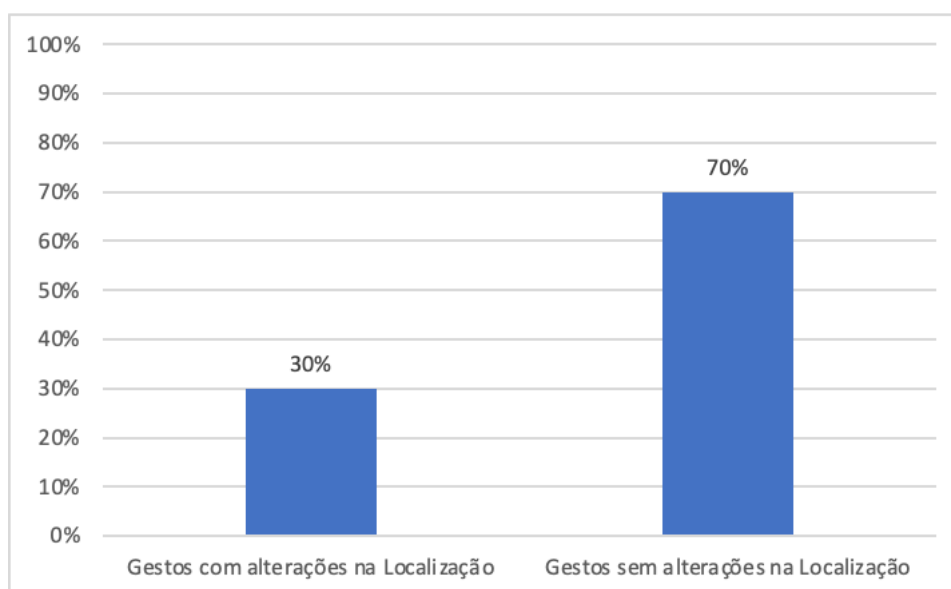


Figura 17. Percentagem de gestos com e sem alterações na Localização.

No grupo de gestuantes não especialistas

No grupo dos gestuantes não especialistas, a Localização é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 39% dos gestos com alterações (17 gestos) e 61% (27 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

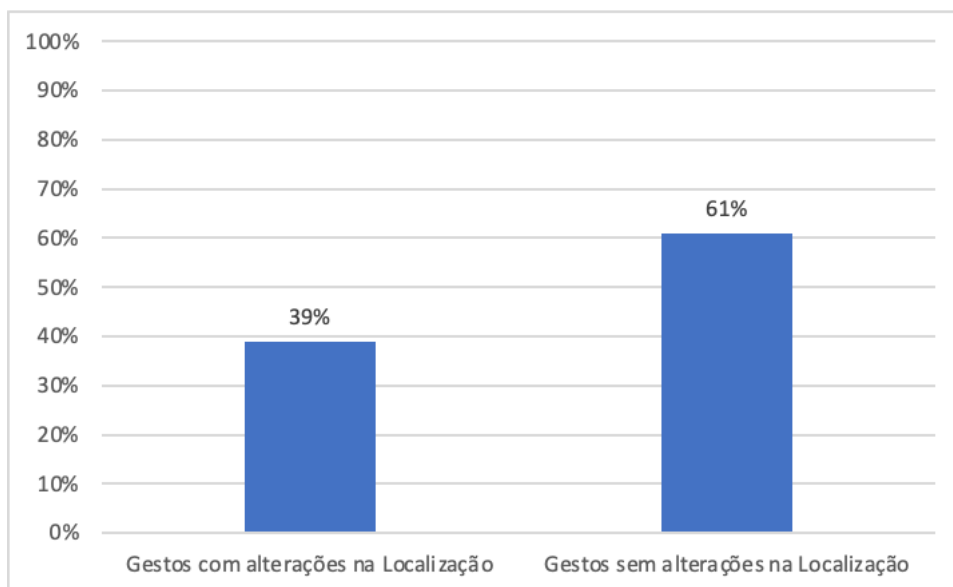


Figura 18. Percentagem de gestos com e sem alterações na Localização.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

A Localização é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 56% dos gestos com alterações (33 gestos) e 44% (25 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

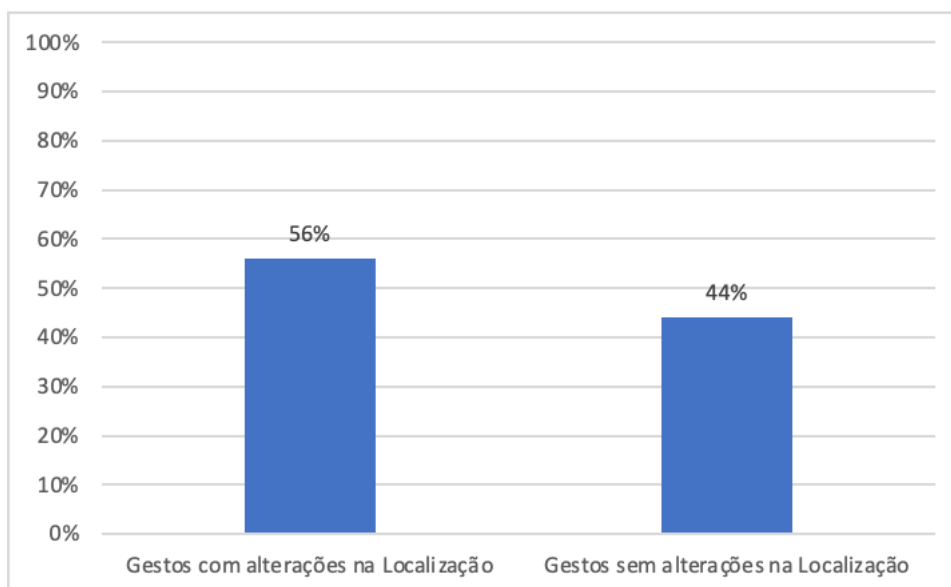


Figura 19. Percentagem de gestos com e sem alterações na Localização.

A Localização parece apresentar menos alterações do que o parâmetro anterior, de qualquer forma, tal como se verificou na Configuração, a Localização sofre mais alterações entre os dois grupos de gestuantes, 56%, e menos alterações dentro de cada grupo, 30% nos especialistas e 39% nos não especialistas.

4.1.6. Resultados e discussão das percentagens das alterações no parâmetro fonológico - Movimento

No grupo de gestuantes especialistas

Dentro deste grupo o Movimento é o parâmetro fonológico onde se verificou 13% dos gestos com alterações (3 gestos) e 87% (20 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

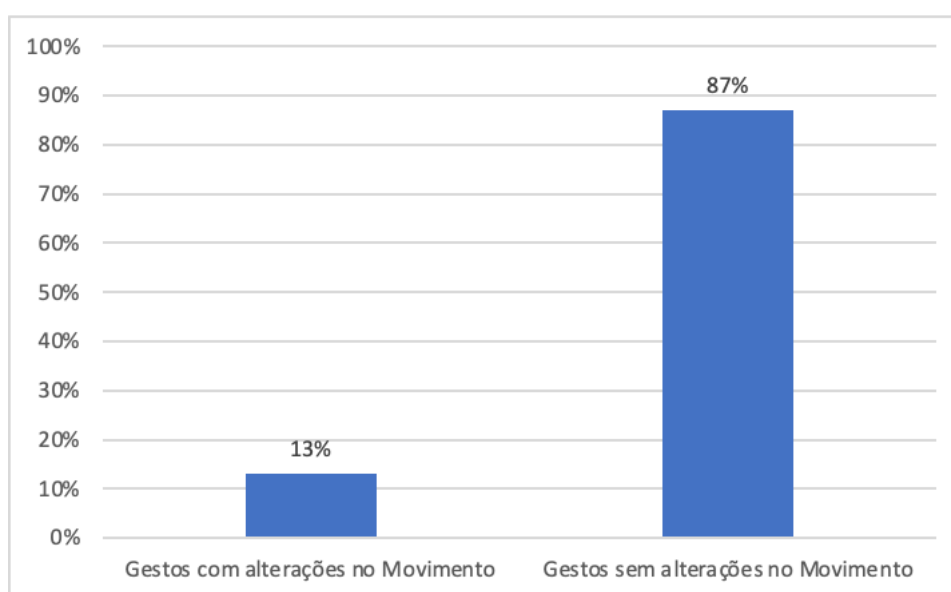


Figura 20. Percentagem de gestos com e sem alterações no Movimento.

No grupo de gestuantes não especialistas

No grupo dos gestuantes não especialistas o Movimento é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 36% dos gestos (16 gestos) com alterações e 64% (28 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

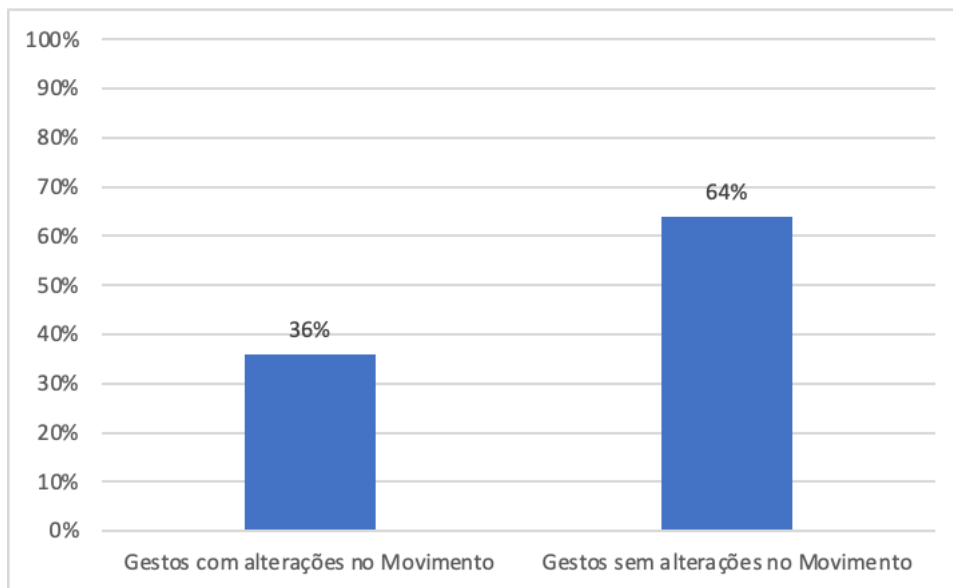


Figura 21. Percentagem de gestos com e sem alterações no Movimento.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

O Movimento é o parâmetro fonológico onde se verificou cerca de 55% dos gestos (32 gestos) com alterações e 45% (26 gestos) em que não se verificou qualquer alteração.

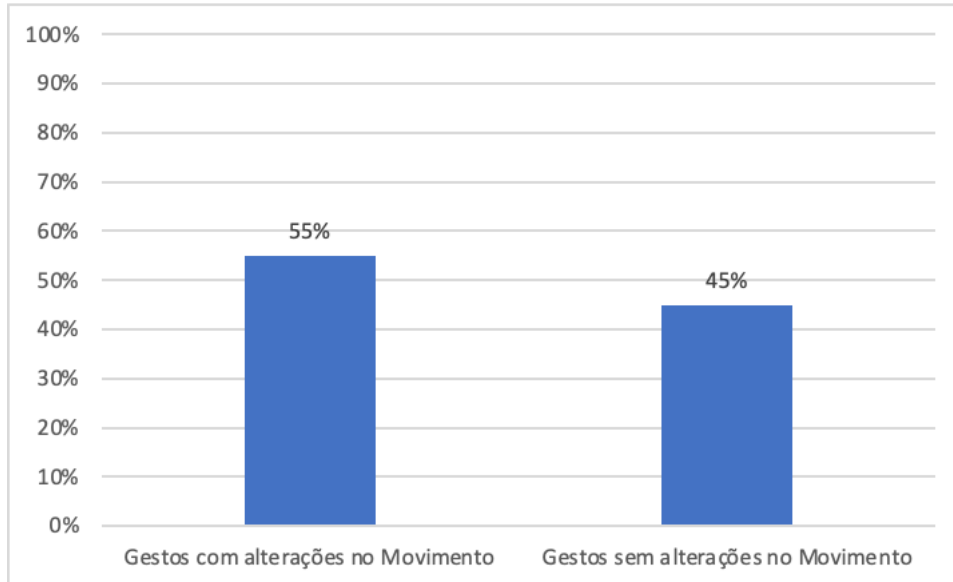


Figura 22. Percentagem de gestos com e sem alterações no Movimento.

O Movimento é o parâmetro com menor alteração, comparativamente aos restantes. Observando os três parâmetros fonológicos estudados a Configuração da mão é o parâmetro com maior percentagem de alterações encontradas, seguindo-se a Localização e por último o Movimento.

Poder-se-á dizer que tal como aconteceu nos restantes parâmetros, também no Movimento, a percentagem de alterações é menor dentro de cada grupo de gestuantes, 13% nos especialistas e 36% nos não especialistas, e maior entre os dois grupos de gestuantes com 55%.

As alterações mantêm-se pela mesma ordem em todos os grupos, nomeadamente:

- **Dentro do grupo dos especialistas:** a Configuração com 57%, a Localização 30% e o Movimento 13%.

- **Dentro do grupo dos não especialistas:** a Configuração com 68%, a Localização 39% e o Movimento 36%.

- **Entre os grupos de especialistas e não especialistas:** a Configuração com 93%, a Localização 56% e o Movimento 55%.

Pode-se considerar que as maiores alterações registadas, em qualquer um dos parâmetros, como já se referiu anteriormente, se encontram entre os dois diferentes grupos de gestuantes, com 93% a divergir na Configuração da mão, 56% a divergir na Localização e 55% a divergir no Movimento.

No grupo de especialistas observam-se as menores diferenças encontradas, reduzindo para 57% o parâmetro mais variável, a Configuração, seguindo-se a Localização com 30% e o Movimento com 13%.

4.1.7. Resultados e discussão das percentagens de alterações de coocorrência dos parâmetros fonológicos

No grupo de gestuantes especialistas

Alterações na ocorrência da Configuração de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

No grupo de gestuantes especialistas, a Configuração da mão altera, isoladamente, em 35% dos gestos (8 gestos), em coocorrência com a Localização em 17% (4 gestos), em coocorrência com o Movimento não apresenta alterações e em coocorrência com a Localização e o Movimento em 4% dos gestos (1 gesto).

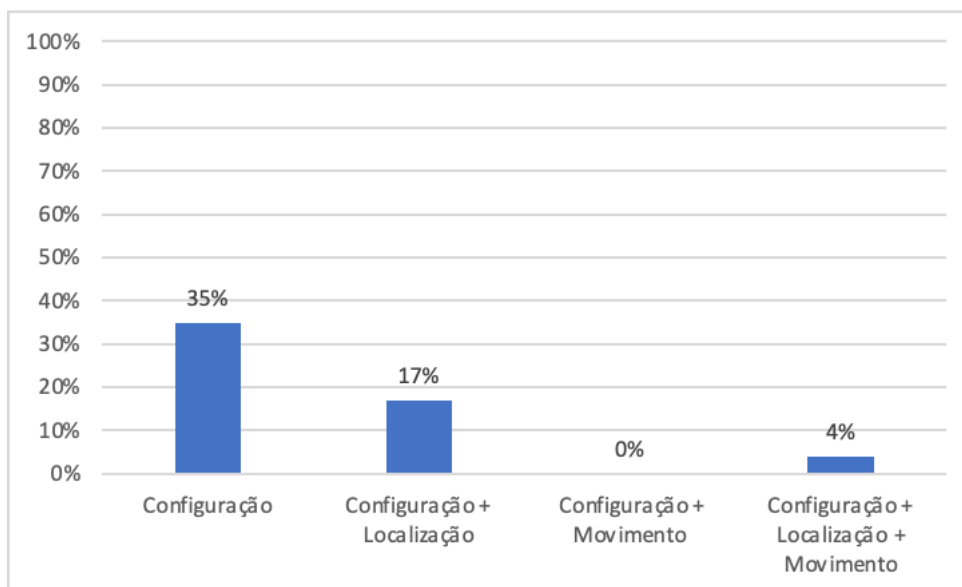


Figura 23. Comparação da ocorrência de alterações na Configuração de forma isolada e combinada.

Alterações na ocorrência da Localização de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

No mesmo grupo de gestuantes, a Localização sofre alterações de forma isolada em 9% dos gestos (2 gestos), juntamente com a Configuração em 17% (4 gestos), com o Movimento não apresenta alterações, e em coocorrência com a Localização e o Movimento em 4% dos gestos (1 gesto).

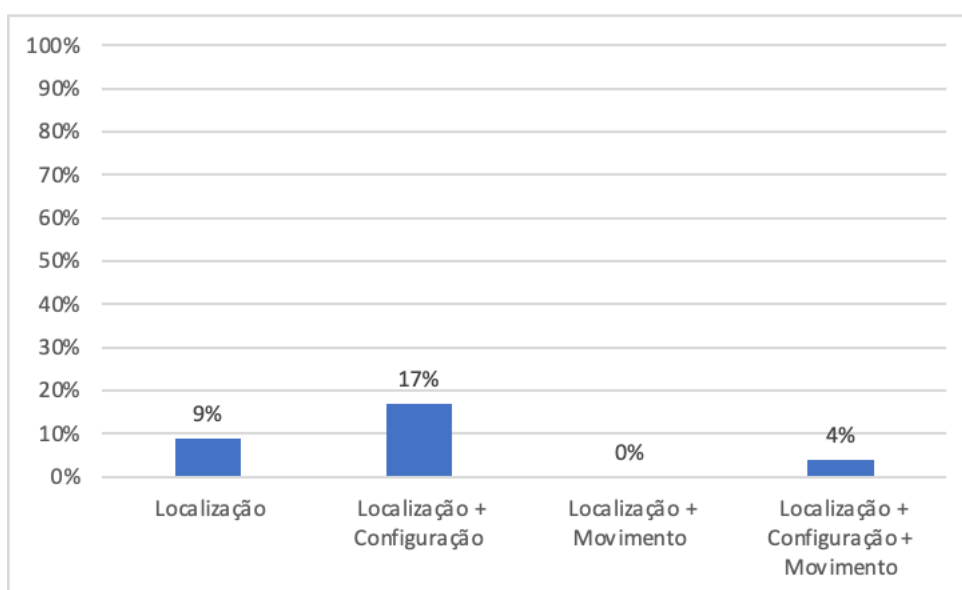


Figura 24. Comparação da ocorrência de alterações na Localização de forma isolada e combinada.

Alterações na ocorrência do Movimento de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

O Movimento ocorre com alterações, de forma isolada, em 9% dos gestos (2 gestos), e apenas surge combinado com a Localização e a Configuração simultaneamente, com já foi referido, em 4% dos gestos (1 gesto).

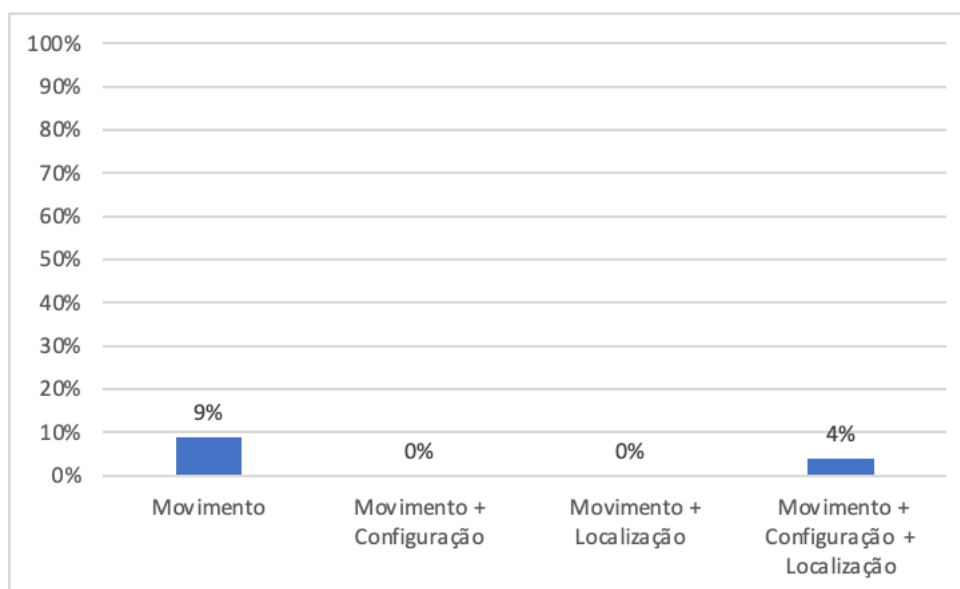


Figura 25. Comparação da ocorrência de alterações no Movimento de forma isolada e combinada.

No grupo de gestuantes não especialistas

Alterações na ocorrência da Configuração de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

No grupo de gestuantes não especialistas, a Configuração da mão altera, isoladamente, em 16% dos gestos (7 gestos), em coocorrência com a Localização em 21% (9 gestos), em coocorrência com o Movimento 16% (7 gestos) e em coocorrência com a Localização e o Movimento também em 16% dos gestos (7 gestos).

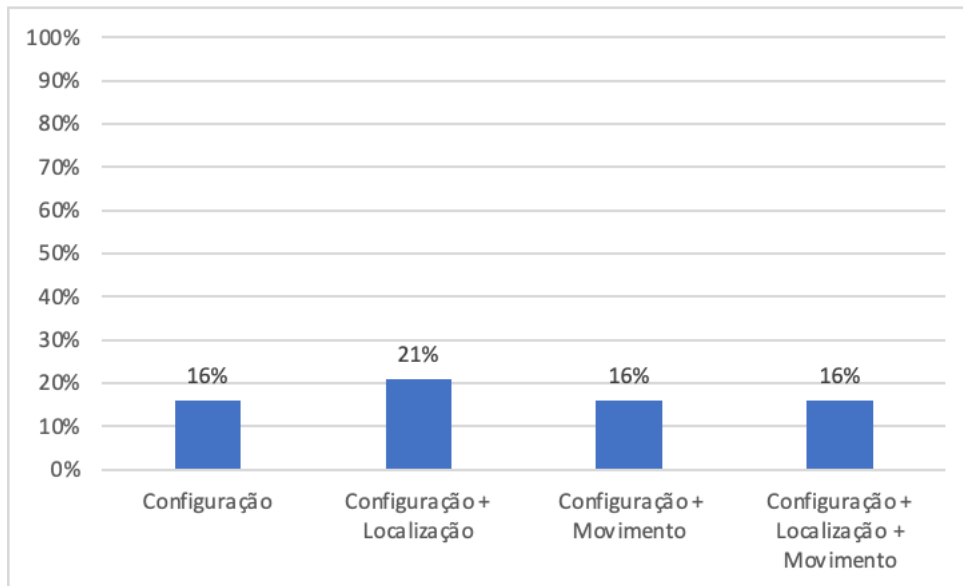


Figura 26. Comparação da ocorrência de alterações na Configuração de forma isolada e combinada.

Alterações na ocorrência da Localização de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

No mesmo grupo de gestuantes, a Localização sofre alterações de forma isolada em 2% dos gestos (1 gesto), juntamente com a Configuração em 21% (9 gestos), com o Movimento não apresenta alterações e em coocorrência com a Localização e o Movimento em 16% dos gestos (7 gestos).

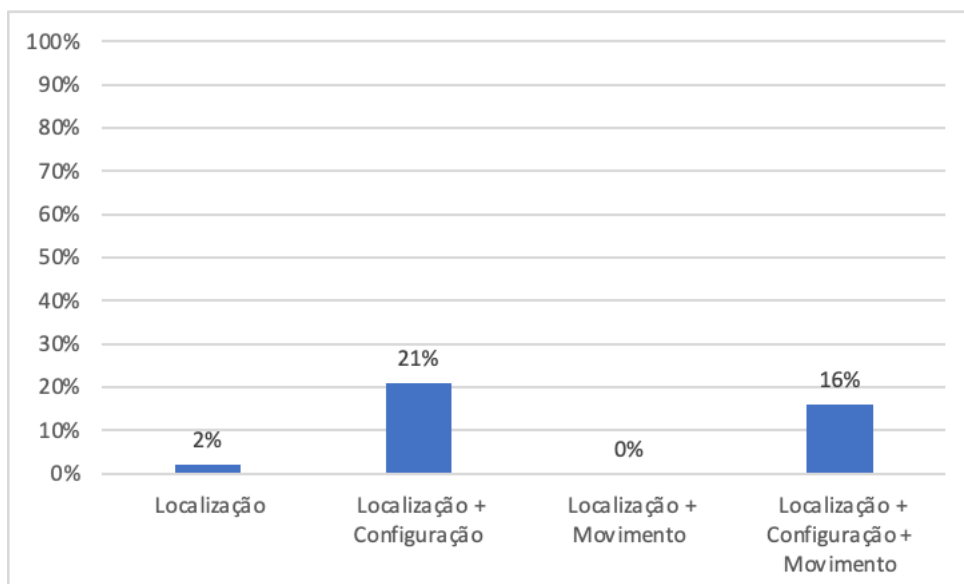


Figura 27. Comparação da ocorrência de alterações na Localização de forma isolada e combinada.

Alterações na ocorrência do Movimento de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

O Movimento ocorre de forma isolada em 5% dos gestos (2 gestos), juntamente com a Configuração em 16% (7 gestos), com o Movimento não apresenta alterações e em coocorrência com a Localização e o Movimento também em 16% dos gestos (7 gestos).

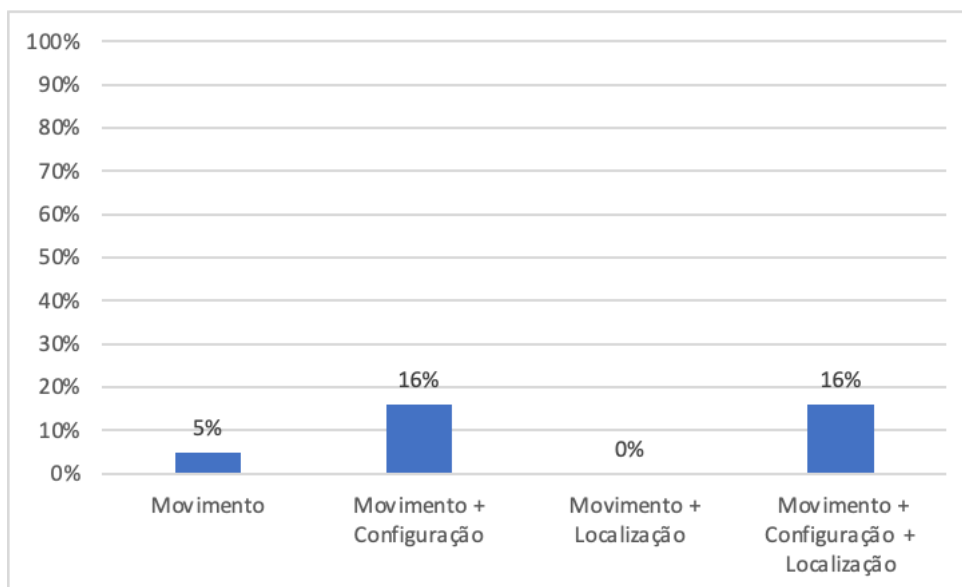


Figura 28. Comparação da ocorrência de alterações no Movimento de forma isolada e combinada.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas

Alterações na ocorrência da Configuração de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas, a Configuração da mão altera isoladamente em 19% dos gestos (11 gestos), em coocorrência com a Localização em 22% (13 gestos), em coocorrência com o Movimento 19% (11 gestos) e em coocorrência com a Localização e o Movimento 33% dos gestos (19 gestos).

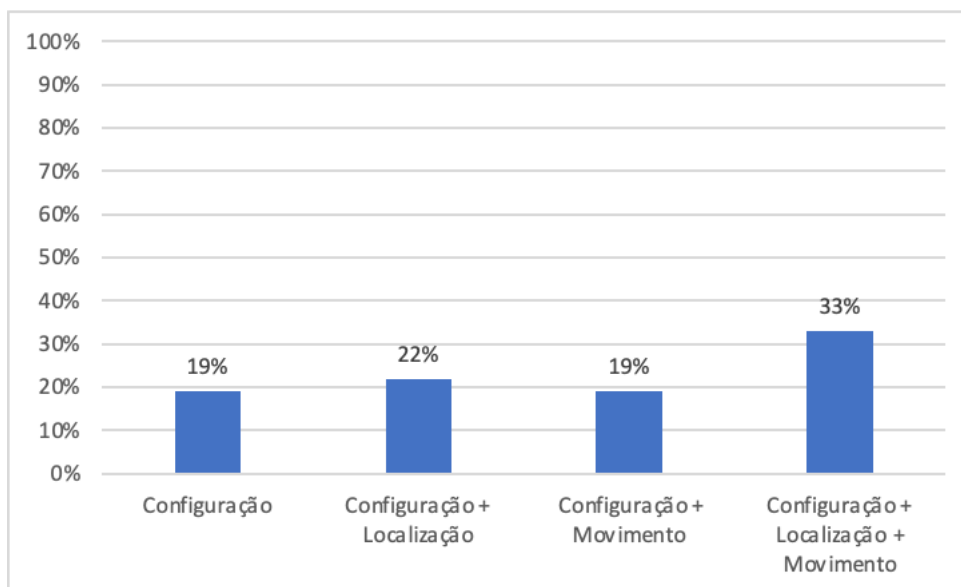


Figura 29. Comparação da ocorrência de alterações na Configuração de forma isolada e combinada.

Alterações na ocorrência da Localização de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

Entre os dois grupos de gestuantes, a Localização sofre alterações de forma isolada em 2% dos gestos (1 gesto), juntamente com a Configuração em 22% (13 gestos), com o Movimento não apresenta alterações e em coocorrência com a Localização e o Movimento 33% dos gestos (19 gestos).

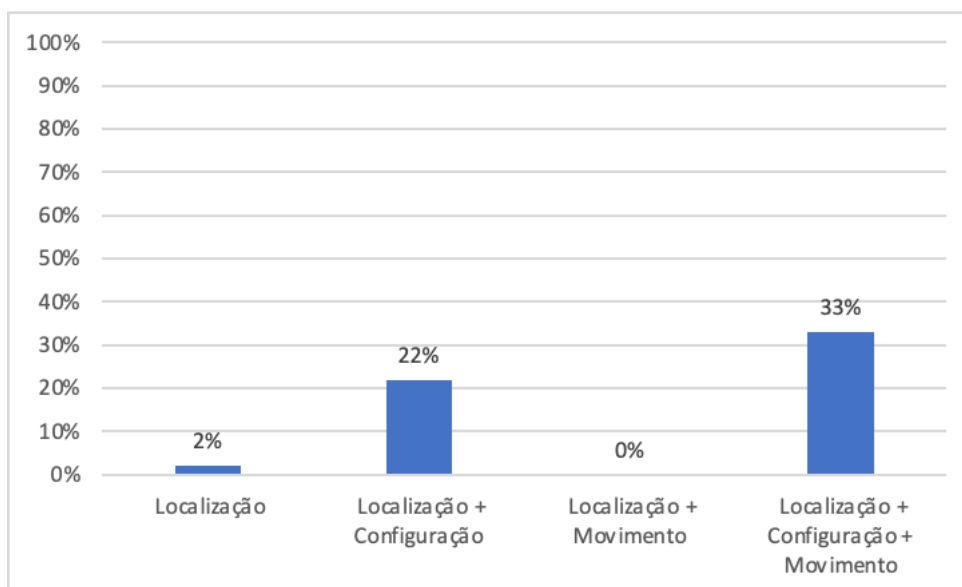


Figura 30. Comparação da ocorrência de alterações na Localização de forma isolada e combinada.

Alterações na ocorrência do Movimento de forma isolada e em coocorrência com os outros parâmetros

O Movimento ocorre de forma isolada em 3% dos gestos (2 gestos), juntamente com a Configuração em 19% (11 gestos), e com a localização, como vimos anteriormente, não apresenta alterações e em coocorrência com a Localização e o Movimento 33% dos gestos (19 gestos).

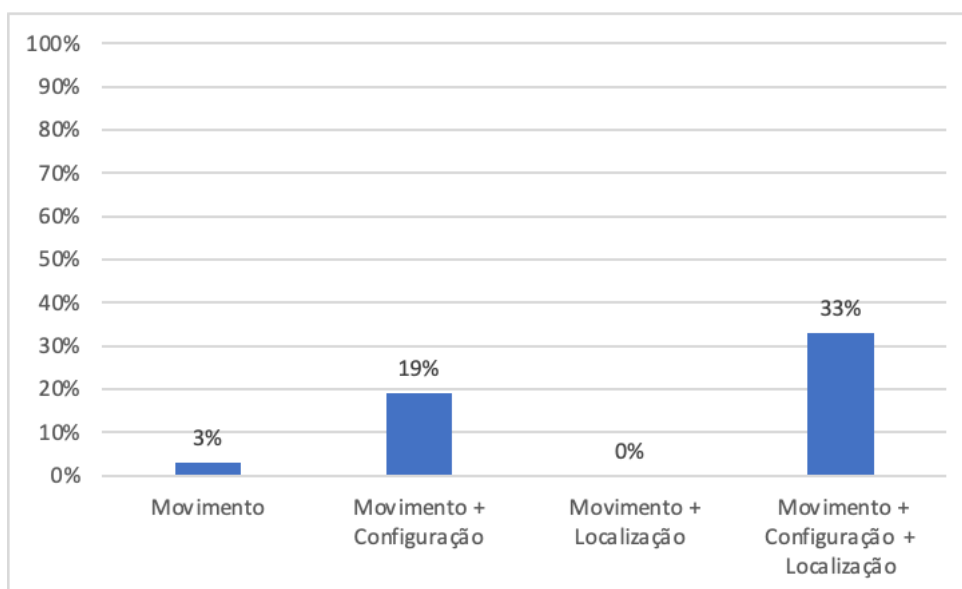


Figura 31. Comparação da ocorrência de alterações no Movimento de forma isolada e combinada.

Como podemos observar, no grupo de gestuantes especialistas, as maiores alterações encontradas são na Configuração da mão, de forma isolada, em 35% dos gestos e na Configuração da mão em coocorrência com a Localização em 17%.

O movimento apenas alterou em 9% dos gestos, ocorrendo de forma isolada, e não teve qualquer expressão quando combinado com cada um dos outros parâmetros (0%).

Neste grupo podemos também observar que o valor da coocorrência dos três parâmetros é de apenas 4%.

No grupo de gestuantes não especialistas, as alterações encontradas são bastantes diferentes do grupo anterior, variando os parâmetros de forma combinada, em maior percentagem, do que de forma isolada, ou seja, a Configuração da mão altera em coocorrência com a Localização em 21%, em coocorrência com o Movimento 16% e em coocorrência com a Localização e o Movimento, também em 16% dos gestos.

Pelo contrário, os parâmetros sofrem alterações isoladamente, em menor percentagem, apresentando a Configuração da mão 16% dos gestos, a Localização apenas 2% e o Movimento 5%.

Entre os dois grupos de gestuantes, as alterações são semelhantes às encontradas dentro do grupo de não especialistas, ou seja, os parâmetros alteram em coocorrência em percentagem maior do que de forma isolada, apresentando a Configuração em coocorrência com a Localização 22%, em coocorrência com o Movimento 19% e em coocorrência com a Localização e o Movimento 33% dos gestos.

De forma isolada a Configuração da mão altera em 19% dos gestos, a Localização apenas em 2% e o Movimento em 3%.

Assim sendo, parece que a Configuração é mais uma vez o parâmetro que apresenta maiores alterações, e estas alterações são semelhantes dentro do grupo de não especialistas e entre os dois grupos de gestuantes, com 16% e 19%, respetivamente.

Nos gestuantes especialistas podemos observar que a Configuração se destaca em relação aos restantes parâmetros analisados, apresentando 35% de alterações de forma isolada, ou seja, como já vimos anteriormente, este grupo apesar de apresentar alterações, estas são menores, parecendo haver uma maior concordância nos gestos.

Outro dado que parece ser relevante são os 33% dos gestos que correspondem às alterações na coocorrência dos três parâmetros, Configuração, Localização e Movimento, entre os dois grupos de gestuantes, que como podemos observar, é bastante mais elevado do que os 16% dentro do grupo de não especialistas e do que os 4% dentro do grupo de especialistas, o que parece transmitir uma maior discordância na produção de gestos, que definimos por isso como, gestos distintos, por apresentarem alterações totais (nos 3 parâmetros).

Outra informação que podemos registar, são as alterações na combinação da Localização com o Movimento de 0%, este valor é comum a todos os grupos, ou seja, estes parâmetros só sofrem alterações quando combinados com a Configuração.

Tudo parece indicar mais uma vez, que o grupo de gestuantes especialistas, como vimos na análise anterior, é o grupo que apresenta menores alterações, e quando estas ocorrem, a percentagem maior centra-se em apenas um parâmetro isoladamente, que por sua vez, e com grande evidência, é novamente a Configuração, em 35% dos gestos.

4.1.8. Resultados e discussão das percentagens de alterações dentro do parâmetro da Configuração da mão

Dentro do parâmetro da Configuração da mão, para cada grupo de gestuantes, foram analisadas as alterações ocorridas nos articuladores, tanto para a mão dominante (M1), como para a mão não dominante (M2). Como poderemos ver em seguida, verificaram-se as percentagens das ocorrências de gestos realizados com a M1, ou com M1 + M2 (bimanuais, com ambas as mãos), ou se a M2 apresenta um comportamento simétrico ou assimétrico em relação à M1 (respetivamente, se a Configuração é a mesma nas duas mãos ou se é diferente) e por último, nesta análise, verificou-se a seleção de dedos, ou seja, que percentagem de gestos se realizou com Configurações com 0, 1, 2, 3 ou 4 dedos selecionados.

No grupo de gestuantes especialistas

Percentagem de ocorrências, quanto aos articuladores, gestos produzidos com a M1 ou M1 + M2

No grupo de gestuantes especialistas, podemos observar que 40% dos gestos são produzidos apenas com a mão dominante, M1 (ou seja, 34 gestos) e 60% com as duas mãos, M1 + M2 (ou seja, 50 gestos).

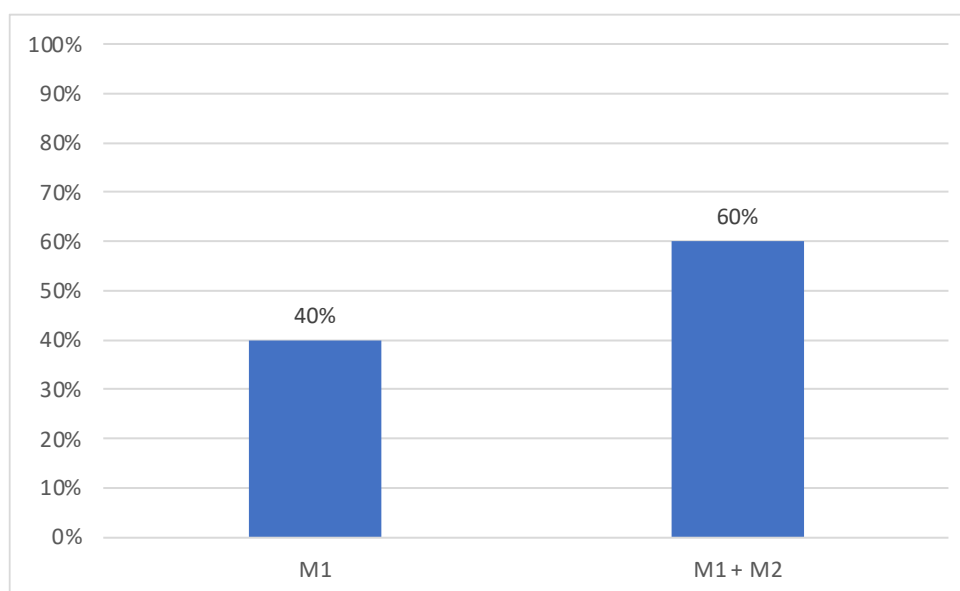


Figura 32. Percentagens de ocorrências quanto aos articuladores M1 e M1+M2.

Percentagem de ocorrências, quanto ao articulador, M2, de gestos produzidos simétrica ou assimetricamente

Neste grupo, o comportamento da M2, verifica-se simétrico na sua maioria, em 78% (em 39 gestos) e apenas assimétrico em 22% (em 11 gestos).

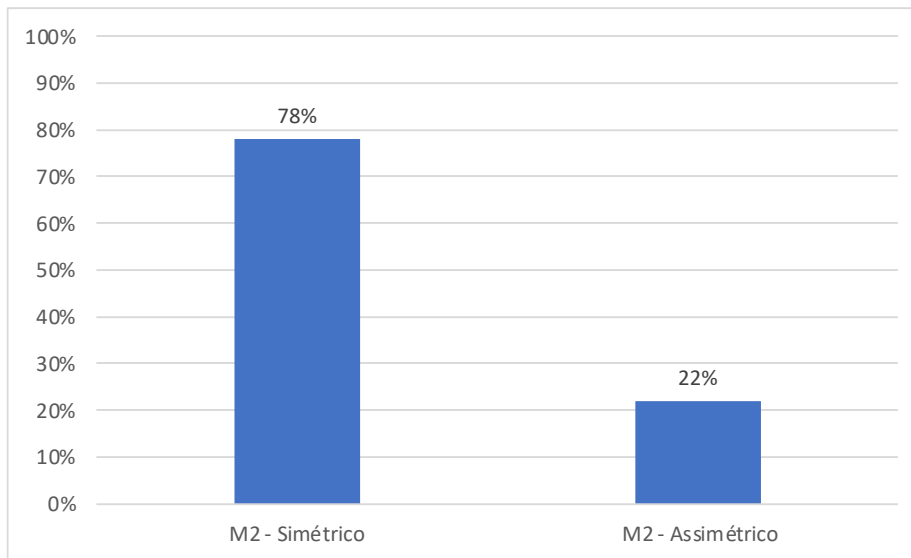


Figura 33. Percentagem de ocorrências quanto à simetria do articulador M2.

Percentagem de ocorrências, quanto às configurações do articulador M1, de gestos produzidos com 0, 1, 2, 3 ou 4 dedos selecionados (HamNoSys)

Nos gestuantes especialistas, verificou-se uma percentagem de 12% (em 10 gestos) nas Configurações com 0 dedos selecionados, 33% (em 28 gestos) com 1 dedos selecionados, 8% (em 7 gestos) com 2 dedos selecionados, 5% (em 4 gestos) com 3 dedos selecionados e 42% (em 35 gestos) com 4 dedos selecionados.

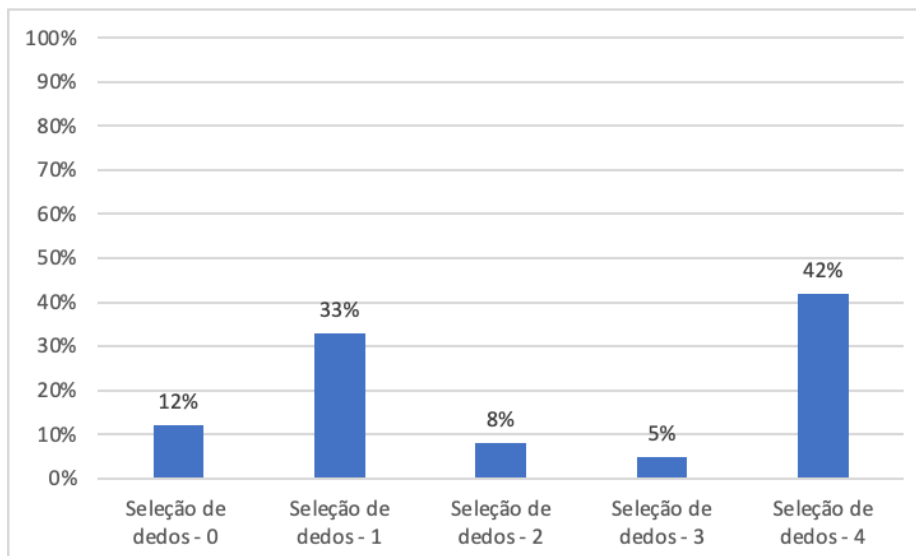


Figura 34. Percentagem de ocorrências quanto à seleção de dedos.

No grupo de gestuantes não especialistas

Percentagem de ocorrências, quanto aos articuladores, gestos produzidos com a M1 ou M1 + M2

No grupo de gestuantes não especialistas, podemos observar que 40% (em 34 gestos) dos gestos são produzidos com a M1 e 60% (em 51 gestos) com a M1 + M2.

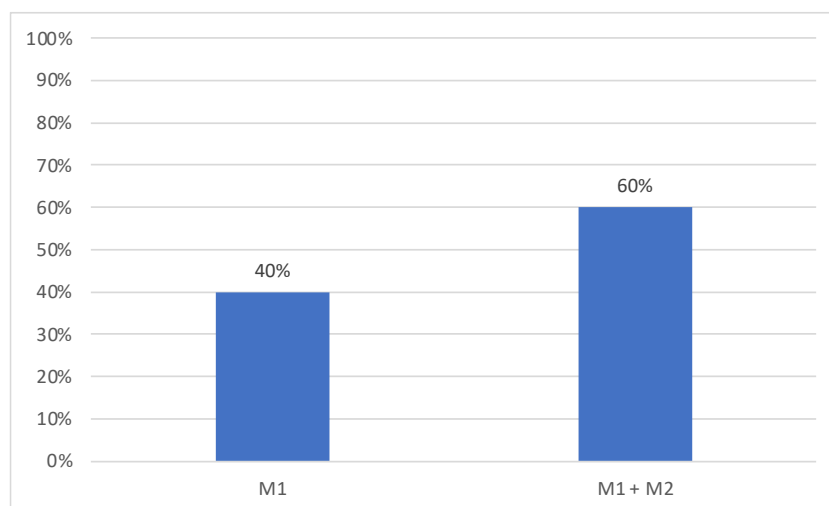


Figura 35. Percentagem de ocorrências quanto aos articuladores M1 e M1+M2.

Percentagem de ocorrências, quanto ao articulador, M2, de gestos produzidos simétrica ou assimetricamente

Neste grupo, o comportamento da M2, verifica-se simétrico na sua maioria, em 70% (em 36 gestos) e apenas assimétrico em 30% (em 15 gestos).

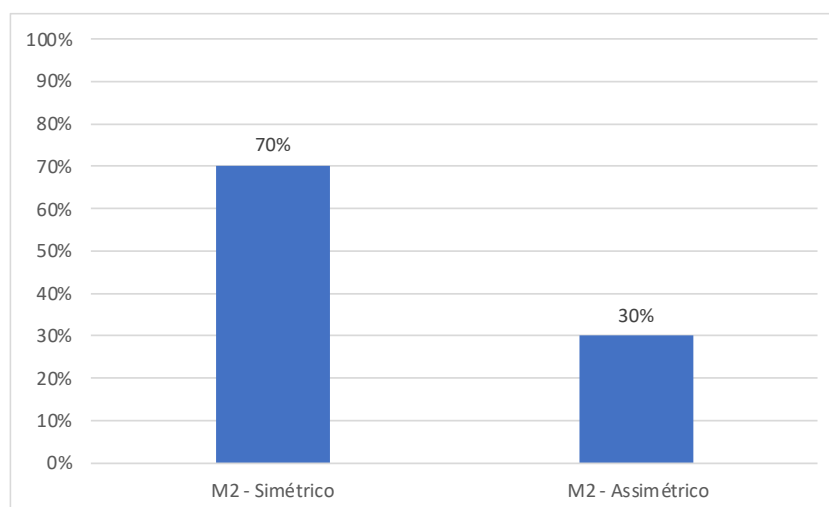


Figura 36. Percentagem de ocorrências quanto à simetria do articulador M2.

Percentagem de ocorrências, quanto às configurações do articulador, M1, de gestos produzidos com 0, 1, 2, 3 ou 4 dedos selecionados (HamNoSys)

Nos gestuantes não especialistas, verificou-se uma percentagem de 18% (em 15 gestos) nas Configurações com 0 dedos selecionados, 30% (em 26 gestos) com 1 dedos selecionados, 10% (em 9 gestos) com 2 dedos selecionados, 6% (em 4 gestos) com 3 dedos selecionados e 36% (em 31 gestos) com 4 dedos selecionados.

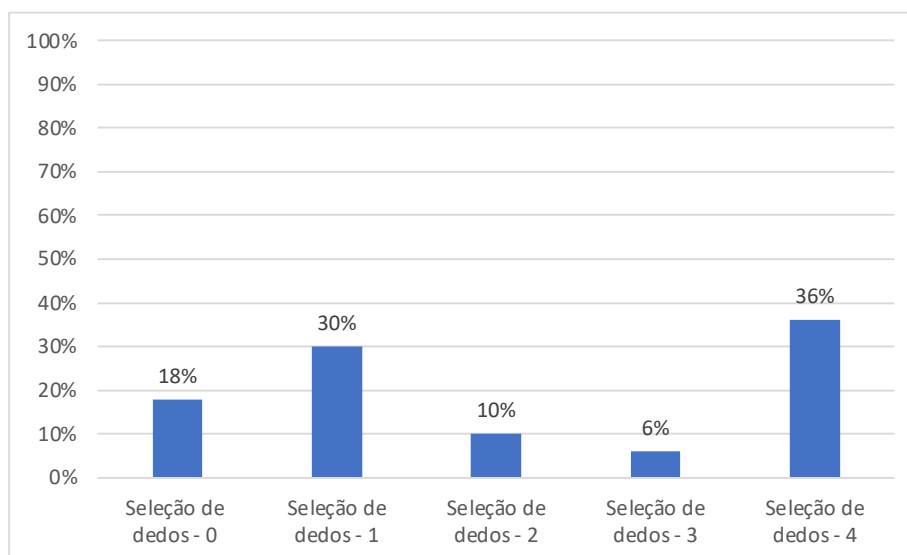


Figura 37. Percentagem de ocorrências quanto à seleção de dedos.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas
Percentagem de ocorrências, quanto aos articuladores, gestos produzidos com a M1 ou M1 + M2

Entre os dois grupos de gestuantes, podemos observar que 40% (em 67 gestos) dos gestos são produzidos apenas com a M1 e 60% (em 100 gestos) com a M1 + M2.

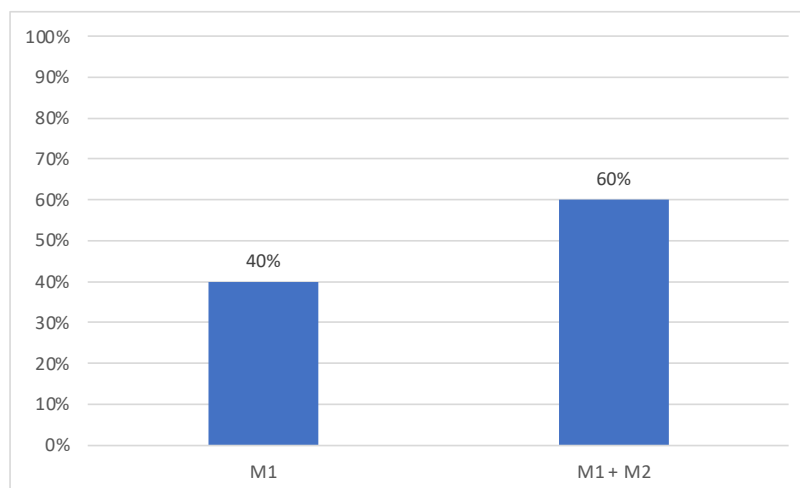


Figura 38. Percentagem de ocorrências quanto aos articuladores M1 e M1+M2.

Percentagem de ocorrências, quanto ao articulador, M2, de gestos produzidos simétrica ou assimetricamente

Entre os dois grupos, o comportamento da M2, verifica-se simétrico na sua maioria, em 73% (em 73 gestos) e apenas assimétrico em 27% (em 27 gestos).

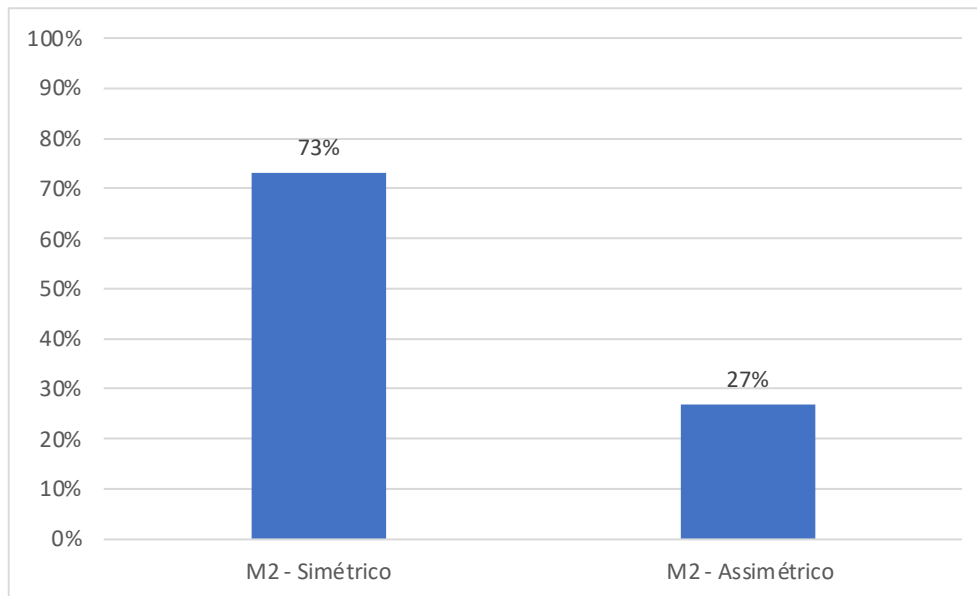


Figura 39. Percentagem de ocorrências quanto à simetria do articulador M2.

Percentagem de ocorrências, quanto às configurações do articulador, M1, de gestos produzidos com 0, 1, 2, 3 ou 4 dedos selecionados (HamNoSys)

Entre os dois grupos de gestuantes, verificou-se uma percentagem de 15% (em 25 gestos) nas Configurações com 0 dedos selecionados, 32% (em 53 gestos) com 1 dedo selecionados, 9% (em 16 gestos) com 2 dedos selecionados, 5% (em 8 gestos) com 3 dedos selecionados e 39% (em 65 gestos) com 4 dedos selecionados.

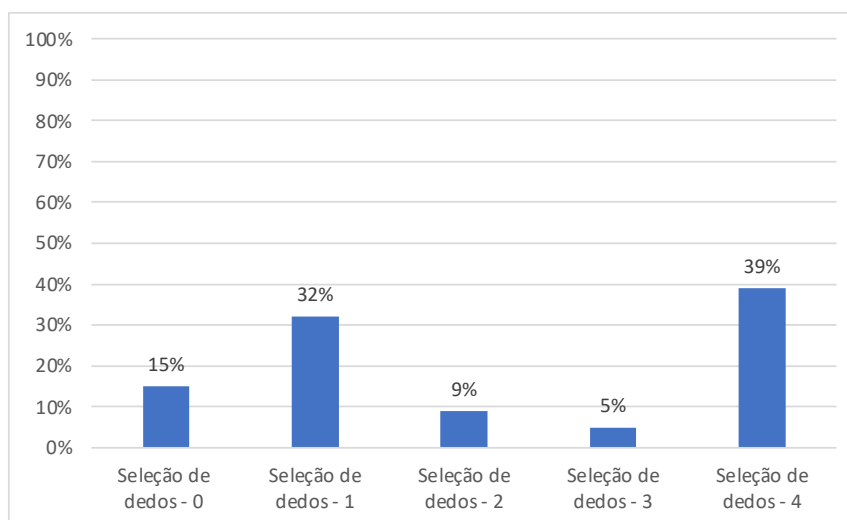


Figura 40. Percentagem de ocorrências quanto à seleção de dedos.

Como podemos observar, em todos os grupos, coincidentemente, 40% dos gestos são produzidos apenas com a M1 e 60% com ambos os articuladores, M1 + M2, ao contrário do que corroboram as concepções, de Stokoe (1960), de Battison (1978), de Sandler (1989), de Brentari (1998), citados por Silva (2020), que assumem a M1 como o articulador predominante na execução de gestos nas línguas gestuais, no nosso estudo verifica-se o contrário.

Tal como aconteceu no parâmetro anterior, o comportamento da M2, verifica-se simétrico na sua maioria, entre os 70 e 78%, e assimétrico em valor muito inferior, em todas as situações verificadas, entre 22 e 30%.

Na seleção de dedos, verificaram-se percentagens igualmente semelhantes em todos os grupos, ou seja, com maior percentagem encontram-se as Configurações com 4 dedos selecionados, com valores entre os 36 e os 42%, seguida das Configurações que selecionam apenas 1 dedo, com valores entre os 30 e os 33%, em terceiro lugar, as Configurações com 0 dedos, com valores entre os 12 e 18%, e só depois com 2 dedos, com valores entre os 8 e os 10% e por fim com 3 dedos, com valores entre os 5 e os 6%.

4.1.9. Resultados e discussão das percentagens de alterações dentro do parâmetro da Localização da M1, no início e no fim, da produção dos gestos

O parâmetro da Localização foi verificado em quatro espaços distintos, tanto no início, como no fim da produção dos diferentes gestos, nomeadamente, *Espaço gestual cabeça frontal*, *Espaço gestual tronco frontal*, *Tocar na cabeça frontal* e *Tocar no tronco frontal*.

No grupo de gestuantes especialistas – no início da produção dos gestos

No grupo de gestuantes especialistas, como podemos observar no gráfico, 2% (em 2 gestos) corresponde aos gestos iniciados no *Espaço gestual cabeça frontal*, 31% (em 26 gestos) ao *Espaço gestual tronco frontal*, 35% (em 29 gestos) ao *Tocar na cabeça frontal* e 32% (em 27 gestos) *Tocar no tronco frontal*.

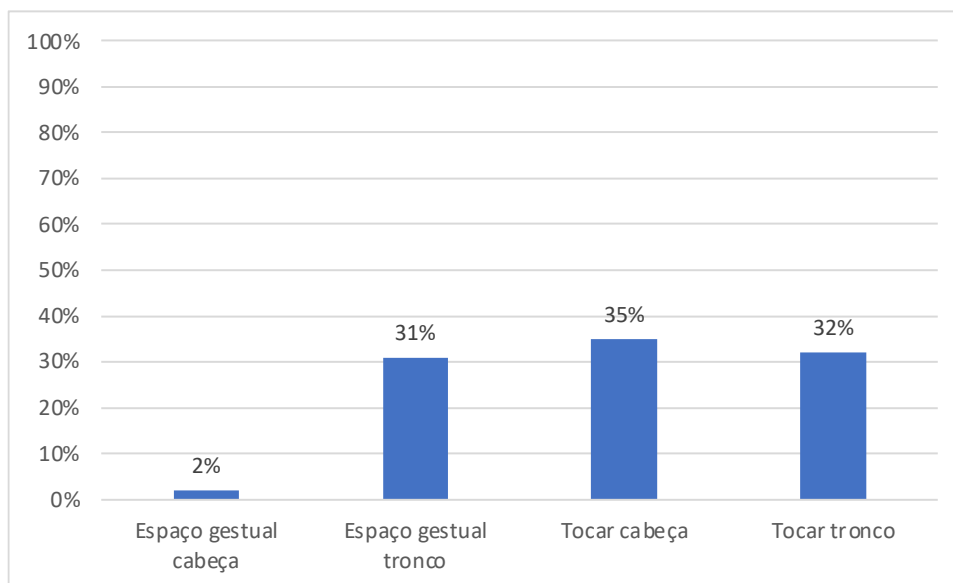


Figura 41. Percentagem de ocorrências quanto à Localização.

No grupo de gestuantes especialistas – no fim da produção dos gestos

No fim da produção dos gestos, podemos reparar que 6% (em 5 gestos) terminam no *Espaço gestual cabeça frontal*, 57% (em 48 gestos) no *Espaço gestual tronco frontal*, 12% (em 10 gestos) no *Tocar na cabeça frontal* e 25% (em 21 gestos) no *Tocar no tronco frontal*.

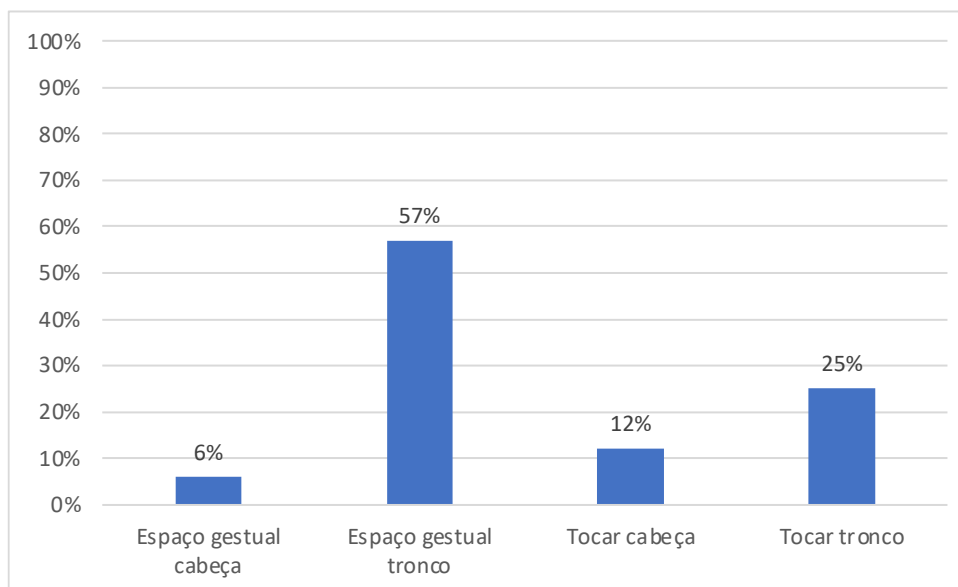


Figura 42. Percentagem de ocorrências quanto à Localização.

No grupo de gestuantes não especialistas – no início da produção dos gestos

No grupo de gestuantes não especialistas, como podemos observar no gráfico, 2% (em 2 gestos) corresponde aos gestos iniciados no *Espaço gestual cabeça frontal*, 28% (em 24 gestos) ao *Espaço gestual tronco frontal*, 40% (em 34 gestos) ao *Tocar na cabeça frontal* e 30% (em 25 gestos) *Tocar no tronco frontal*.

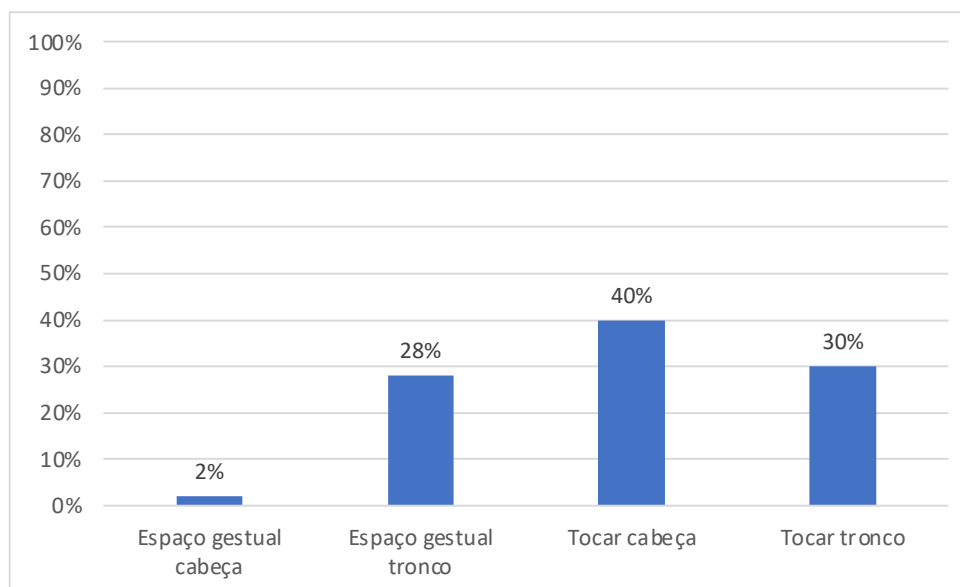


Figura 43. Percentagem de ocorrências quanto à Localização.

No grupo de gestuantes não especialistas – no fim da produção dos gestos

No fim da produção dos gestos, podemos verificar que 6% (em 5 gestos) terminam no *Espaço gestual cabeça frontal*, 46% (em 39 gestos) no *Espaço gestual tronco frontal*, 18% (em 15 gestos) no *Tocar na cabeça frontal* e 30% (em 26 gestos) no *Tocar no tronco frontal*.

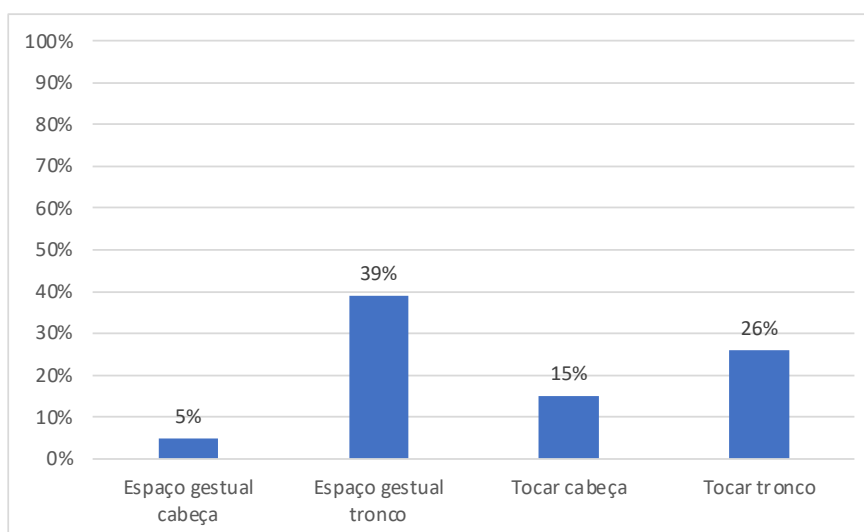


Figura 44. Percentagem de ocorrências quanto à Localização.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas – no início da produção dos gestos

Entre os grupos de gestuantes, podemos observar no gráfico que 2% (em 4 gestos) correspondem aos gestos iniciados no *Espaço gestual cabeça frontal*, 29% (em 49 gestos) ao *Espaço gestual tronco frontal*, 38% (em 63 gestos) ao *Tocar na cabeça frontal* e 31% (em 51 gestos) *Tocar no tronco frontal*.

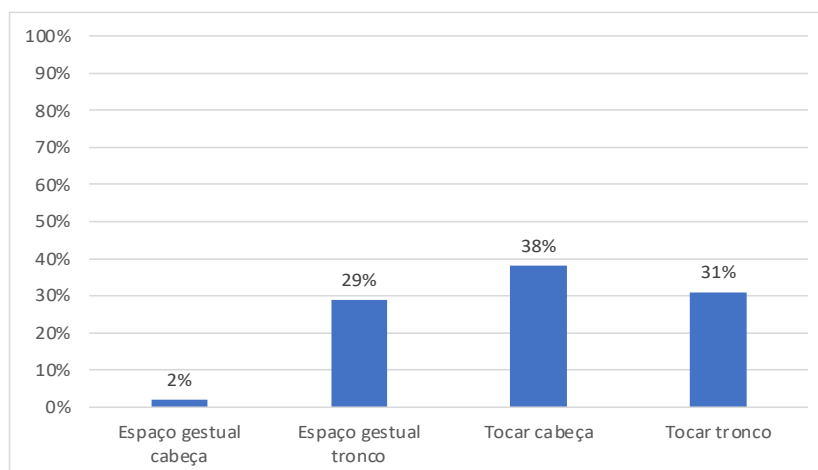


Figura 45. Percentagem de ocorrências quanto à Localização.

Entre os grupos de gestuantes – no fim da produção dos gestos

No fim da produção dos gestos, podemos reparar que 5% (em 9 gestos) terminam no *Espaço gestual cabeça frontal*, 50% (em 84 gestos) no *Espaço gestual tronco frontal*, 16% (em 26 gestos) no *Tocar na cabeça frontal* e 29% (em 48 gestos) no *Tocar no tronco frontal*.

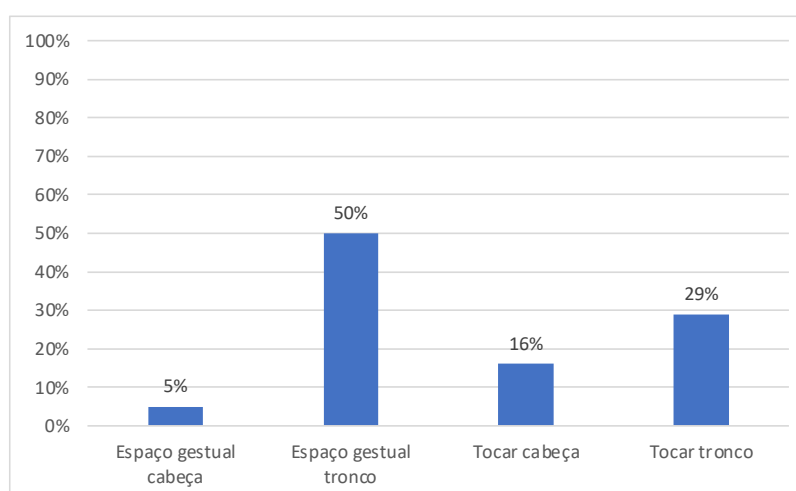


Figura 46. Percentagem de ocorrências quanto à Localização.

A análise do parâmetro da localização, nos quatro espaços distintos que foram verificados, parece sugerir que a menor percentagem de gestos ocorre no *Espaço gestual cabeça frontal*, com o valor de 2% no início da produção dos gestos, em todos os grupos, e no fim da produção, com valores entre os 5% e os 6%.

Os restantes espaços que foram considerados, parecem apresentar valores semelhantes, no início da produção, em qualquer dos grupos analisados, registando valores entre 28% e os 40%, contudo, poderemos verificar que a Localização, *Tocar na cabeça frontal*, na produção inicial, é a que apresenta as percentagens mais elevadas, variando entre os 35 e os 40%. E no fim da produção, é o *Espaço gestual tronco frontal*, que apresenta valores superiores, entre 39% e os 57%.

4.1.10. Resultados e discussão das percentagens de alterações dentro do parâmetro do Movimento e do tipo de movimento da M1

Dentro do parâmetro do Movimento, foi analisado, para cada grupo de gestuantes, a alteração *Local* (alteração da configuração da mão), *Trajatório* (alteração da localização) e *Local + Trajatório* (alteração da configuração e da localização) dos gestos, relativamente à mão dominante, assim como, o tipo de Movimento Simples (se é Local ou Trajatório) ou Complexo (se é Local e Trajatório).

No grupo de gestuantes especialistas – Movimento Local, Trajatório ou Local + Trajatório

No grupo de gestuantes especialistas, verificou-se que 6% (em 5 gestos) dos gestos alteram no Movimento Local, 60% (em 50 gestos) no Trajatório e 34% (em 29 gestos) no Movimento Local + trajatório.

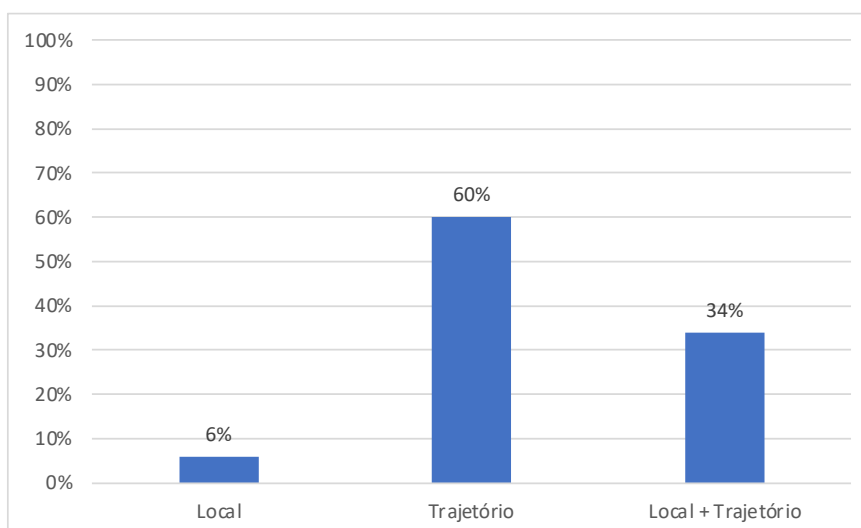


Figura 47. Percentagem de ocorrências quanto ao Movimento.

No grupo de gestuantes especialistas – Tipo de movimento, Simples ou Complexo

Quanto ao Tipo de movimento, nos gestuantes especialistas, verificou-se 65% de gestos com Movimento Simples (em 55 gestos) e 35% com Movimento Complexo (em 29 gestos).

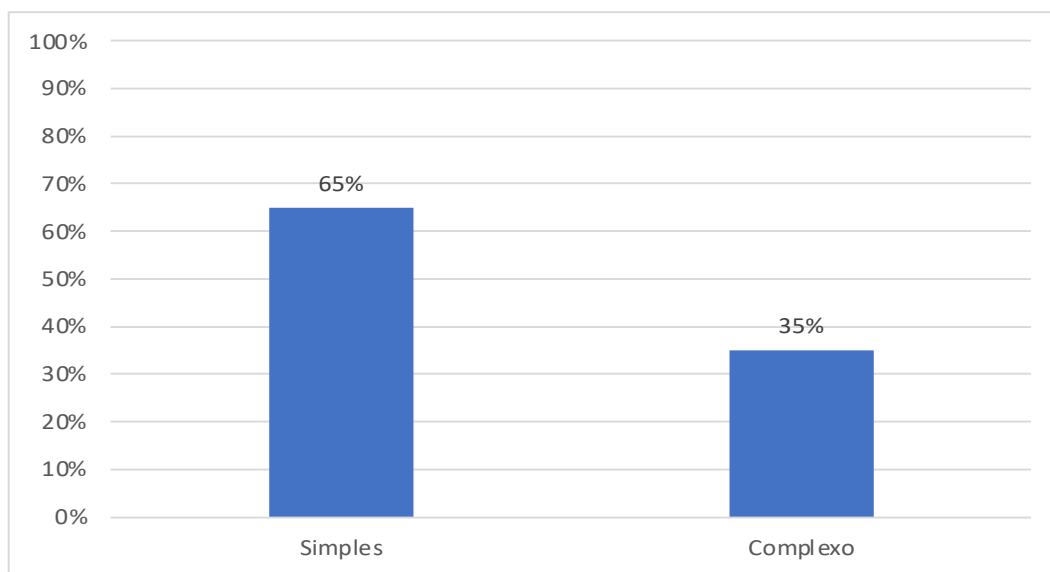


Figura 48. Percentagem de ocorrências quanto ao Tipo de Movimento.

No grupo de gestuantes não especialistas – Movimento Local, Trajetório ou Local + Trajetório

No grupo de gestuantes não especialistas, verificou-se que 6% dos gestos (em 5 gestos) alteram no Movimento Local, 47% (em 40 gestos) no Trajetório e 47% (em 40 gestos) no Movimento Local + trajetório.

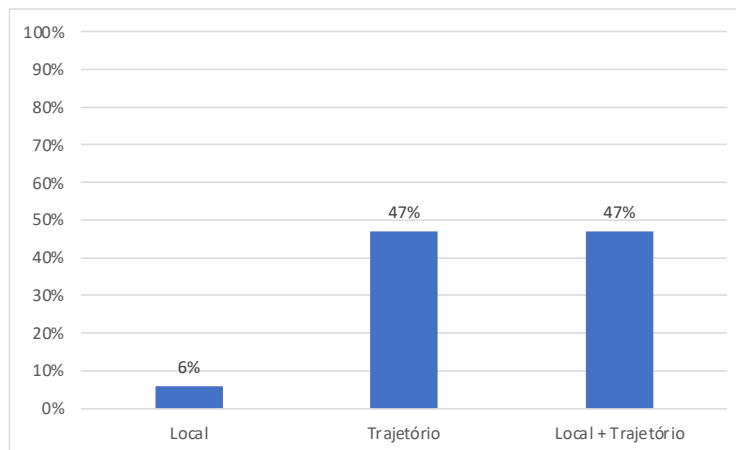


Figura 49. Percentagem de ocorrências quanto ao Movimento.

No grupo de gestuantes não especialistas – Tipo de movimento, Simples ou Complexo

Quanto ao Tipo de movimento, nos gestuantes não especialistas, verificou-se 53% de gestos (em 45 gestos) com Movimento Simples e 47% (em 40 gestos) com Movimento Complexo.

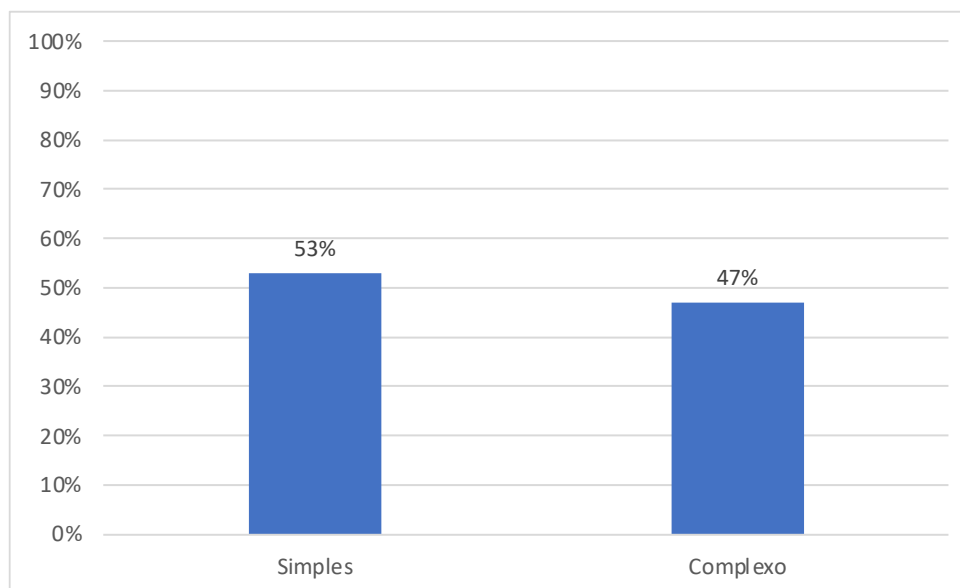


Figura 50. Percentagem de ocorrências quanto ao Tipo de Movimento.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas – Movimento Local, Trajetório ou Local + Trajetório

Entre os grupos, verificou-se que 6% dos gestos (em 10 gestos) alteram no Movimento Local, 53% (em 88 gestos) no Trajetório e 41% (em 69 gestos) no Movimento Local + trajetório.

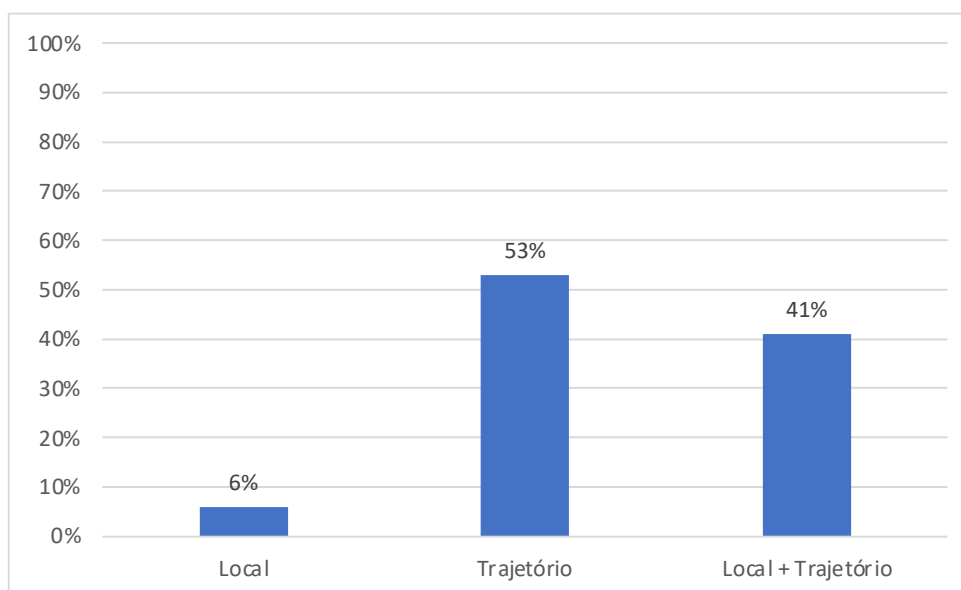


Figura 51. Percentagem de ocorrências quanto ao Movimento.

Entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas – Tipo de movimento, Simples ou Complexo

Quanto ao Tipo de movimento, entre os dois grupos, verificou-se 59% de gestos (em 98 gestos) com Movimento Simples e 41% (em 69 gestos) com Movimento Complexo.

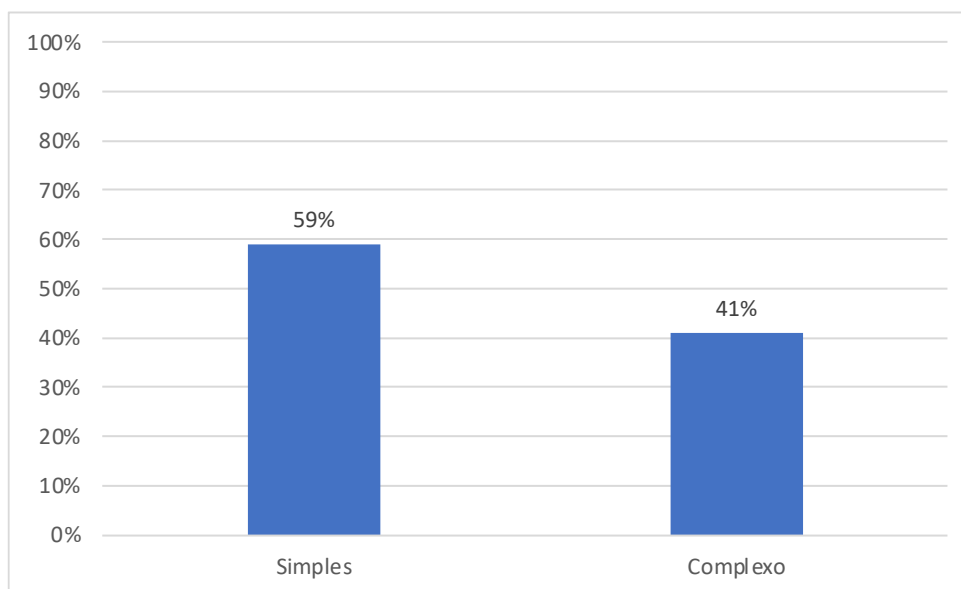


Figura 52. Percentagem de ocorrências quanto ao Tipo de movimento.

Após se observarem os valores obtidos para cada uma das análises anteriores, relativas ao Movimento e Tipo de movimento, parece ser possível poder afirmar-se que

a alteração do movimento local é o parâmetro com a menor percentagem apresentada, com 6% em todos os grupos. Ao contrário deste valor, apresenta-se o movimento trajetório e os dois movimentos em simultâneo, local + trajetório, com valores entre os 47% e os 60% e os 34 e os 47%, respetivamente.

Contudo, parece haver uma predominância na alteração do movimento trajetório no grupo dos gestuantes especialistas com 60% e também entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas, com 53%, este resultado corrobora com o referido por Brentari (1998) e citado por Silva (2020), em que o movimento trajetório é o tipo de movimento mais frequente nas línguas gestuais.

Quanto ao tipo de movimento, este é predominantemente simples em todos os grupos, apresentando o grupo dos gestuantes especialistas, a maior percentagem, 65%, entre os dois grupos de gestuantes, 59% e nos gestuantes não especialistas, 53%, este resultado também é semelhante ao referido por Brentari (1998) e citado por Silva (2020), determinando que este último tipo de movimento é frequente na articulação das línguas gestuais.

Por sua vez, o movimento complexo apresenta uma percentagem de 35% nos gestuantes especialistas, 41% entre os dois grupos de gestuantes e 47% nos gestuantes não especialistas.

4.2. Resultados e discussão da análise conceptual

Antes de se iniciar os resultados da análise conceptual, importa lembrar o conceito de termo. Os termos são unidades lexicais que assumem significados específicos quando são utilizados em comunicação especializada. Esses significados permitem nomear conceitos científicos e técnicos, e devem por isso ter uma estrutura e um referencial que lhe confira essa capacidade (Correia, 2005, p.15).

Tendo como referência os trabalhos pioneiros em terminologia realizados por Martins e Pais (1997), procurámos por uma terminologia sem ambiguidades, reconhecendo que os gestos terminológicos não podem ser polissémicos e que não podem ter variação. Esta análise despertou para a observação de alguns dos fenómenos terminológicos.

Como verificámos durante a análise fonológica dos dados, observam-se diferenças entre os gestos além de natureza fonológica. Essa diferença, que denominámos como conceptual, parece ser significativa no conhecimento sobre os diferentes conceitos e na própria transparência conceptual.

Inicialmente, pensou-se que apenas os gestos distintos (com 3 parâmetros fonológicos diferentes), pareciam ser conceptualmente diferentes, mas como veremos nos exemplos, percebeu-se que gestos semelhantes fonologicamente, também apresentam diferenças conceptuais.

A terminologia na área da saúde em LGP, parece mostrar-se ainda muito instável o que se reflete nos resultados obtidos, portanto não é de estranhar que apesar das maiores diferenças encontradas sejam entre gestuantes especialistas e não especialistas, também no grupo de gestuantes especialistas se encontrem algumas diferenças, até porque os especialistas também são de diferentes áreas da saúde.

Entre gestuantes especialistas e não especialistas, onde veremos os exemplos mais interessantes, alguns deles parecem sugerir um baixo conhecimento de terminologia de e de literacia em saúde, que podem ser justificados pelas barreiras de comunicação e de linguagem que contribuem para conhecimentos inadequados em saúde das pessoas surdas, um aspeto que foi referido no enquadramento teórico deste trabalho, pelo estudo efetuado por Mckee e colegas (2015).

Assim sendo, importa referir que os exemplos seguintes, sugerem efetivamente, em alguns casos, uma clara diferença fonológica, alguns são gestos distintos, pois diferem nos três parâmetros estudados como já referido, mas mais do que isso, e que parece mais interessante neste ponto do estudo é a evidente divergência entre a perceção dos conceitos que parece surgir em cada um dos gestos selecionados como exemplo.

Observem-se os exemplos selecionados

4.2.1. Gesto de HORMONA

Como se pode observar no gesto de HORMONA, a gestuante especialista parece sugerir que algo que passa de um lado para outro, como a função de uma hormona, de ser mensageira.



Figura 53. Gesto de HORMONA, do grupo de gestuantes especialistas.

A gestuante não especialista, realiza o gesto de HORMONA, como a composição dos gestos de CÉLULA + INTERNO, parecendo dar a entender que é algo que se passa no interior das células.

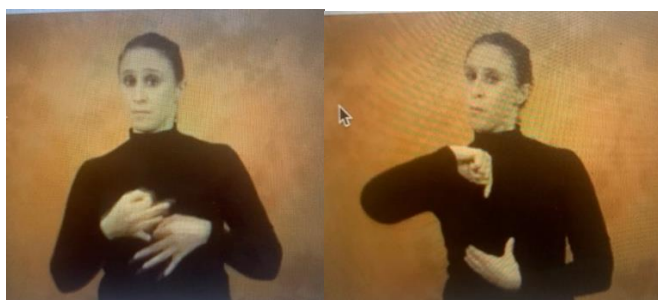


Figura 54. Gesto de HORMONA, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.2. Gesto de HIV

O gesto de HIV (vírus da imunodeficiência humana) a gestuante especialista uso o alfabeto manual e gestua H + I + V.



Figura 55. Gesto de HIV, do grupo de gestuantes especialistas.

A gestuante não especialista produz o gesto equivalente ao gesto de SIDA, (Síndrome da imunodeficiência adquirida) para transmitir HIV, dando a sugerir que se trata do mesmo conceito.



Figura 56. Gesto de HIV, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.3. Gesto de PERTURBAÇÃO

O gesto de PERTURBAÇÃO produzido pela primeira gestuante especialista é realizado de forma semelhante ao gesto de PROBLEMA.



Figura 57. Gesto de PERTURBAÇÃO, do grupo de gestuantes especialistas.

A segunda gestuante especialista, em saúde mental, realiza o gesto de PERTURBAÇÃO, fazendo uma torção com as mãos, com os dedos afastados (configuração em garra), sugerindo os dois hemisférios cerebrais.

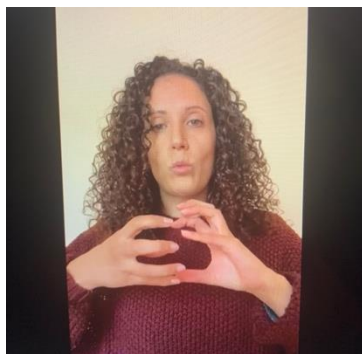


Figura 58. Gesto de PERTURBAÇÃO, do grupo de gestuantes especialistas.

A gestuante não especialista produz o gesto de forma semelhante ao gesto de ANSIEDADE.



Figura 59. Gesto de PERTURBAÇÃO, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.4. Gesto de FOBIA

Como se pode observar no gesto de FOBIA, há diferenças entre todos os gestuantes. A gestuante especialista produz um gesto semelhante com o gesto de TRAUMA.

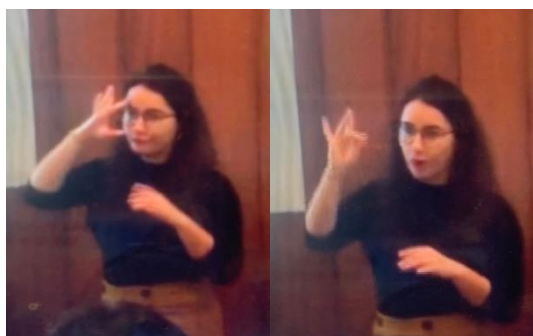


Figura 60. Exemplo do gesto de FOBIA, do grupo de gestuantes especialistas.

O gestuante especialista em saúde mental, realiza o gesto como uma composição dos gestos de MEDO + RECUSAR.

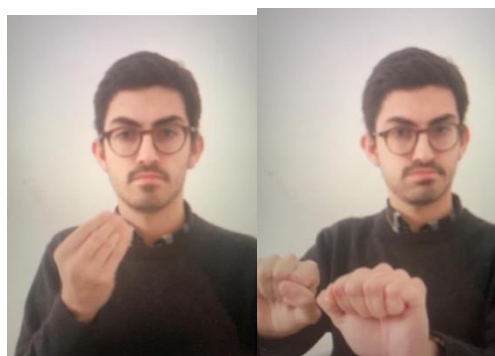


Figura 61. Exemplo do gesto de FOBIA do grupo de gestuantes especialistas.

E a gestuante não especialista produz o gesto de forma semelhante ao gesto de um medo aterrorizante.



Figura 62. Exemplo Gesto de FOBIA, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.5. Gesto de AGITAÇÃO

O gesto AGITAÇÃO, produzido por uma gestuante não especialistas, este sugere confusão ou alvoroço.

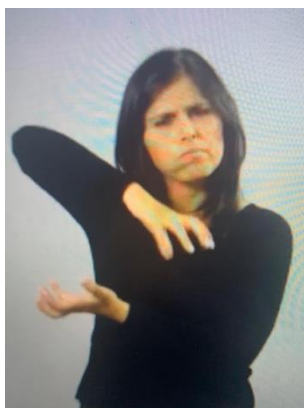


Figura 63. Gesto de AGITAÇÃO, do grupo de gestuantes não especialistas.

Quando produzido por uma gestuante especialista, vemos a produção do que parece uma alteração de um comportamento, o gesto de MOVIMENTO + PESSOA AGITADA.



Figura 64. Gesto de AGITAÇÃO, do grupo de gestuantes especialistas.

4.2.6. Gesto de PSICOSE

No gesto de PSICOSE, realizado pela gestuante especialista, a produção é localizada na cabeça, indicando que algo muda na cabeça de um indivíduo, referindo-se, ao que parece ser um sintoma.



Figura 65. Gesto de PSICOSE, do grupo de gestuantes especialistas.

Por outro lado, o gesto produzido pela gestuante não especialista, pode-se observar que esta realiza o gesto composto de PROBLEMA + PSICOLÓGICO, uma produção que parece de caráter menos específico.

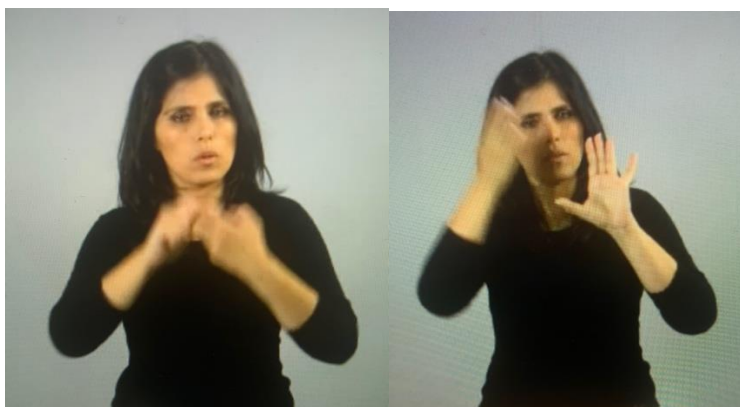


Figura 66. Gesto de PSICOSE, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.7. Gesto de ENXAQUECA

O gesto de ENXAQUECA produzido pelo gestuante especialista é realizado com uma configuração que parece indicar a dor pulsátil (como a própria explicou no vídeo correspondente).



Figura 67. Gesto de ENXAQUECA, do grupo de gestuantes especialistas.

A gestuante não especialista produz o gesto composto de ENXAQUECA semelhante a dor de cabeça, APONTAR (cabeça) + DOR.



Figura 68. Gesto de ENXAQUECA, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.8. Gesto de ASMA

No exemplo do gesto de ASMA, a gestuante especialista refere-se na sua produção à identificação e localização dos órgãos afetados pela doença, os brônquios.



Figura 69. Gesto de ASMA, do grupo de gestuantes especialistas.

Enquanto a gestuante não especialista produz o gesto de ASMA expressando o ato de usar a bomba, que as pessoas asmáticas usam com regularidade.



Figura 70. Gesto de ASMA, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.2.9. Gesto de HIPERTENSÃO ARTERIAL

Observe-se o gesto de HIPERTENSÃO ARTERIAL da gestuante especialista, apesar de parecer semelhante com o gesto da gestuante não especialista, como se pode ver na sequência de imagens, há uma importante diferença.



Figura 71. Gesto de HIPERTENSÃO ARTERIAL, do grupo de gestuantes especialistas.



Figura 72. Gesto de HIPERTENSÃO ARTERIAL, do grupo de gestuantes não especialistas.

É possível verificar que a gestuante especialista eleva o braço no final da produção do gesto, tendo em conta o significado de hipertensão arterial, ou seja, tensão arterial elevada.

A gestuante não especialista, sobe igualmente o braço, mas no fim desce-o, o que parece demonstrar que apesar de ter feito o gesto inicialmente semelhante, ao terminar com o baixar no braço, sugere que não domina o conceito de hipertensão.

4.2.10. Gesto de ESPIRRAR

Repare-se no exemplo do gesto de ESPIRRAR, apesar da imagem não ser a melhor, a gestuante especialista contém o espirro, evitando que as gotículas se dispersem.



Figura 73. Gesto de ESPIRRAR, do grupo de gestuantes especialistas.

Ou contrário dos exemplos das gestuantes não especialistas, que realizam o gesto de ESPIRRAR, não contendo as gotículas.

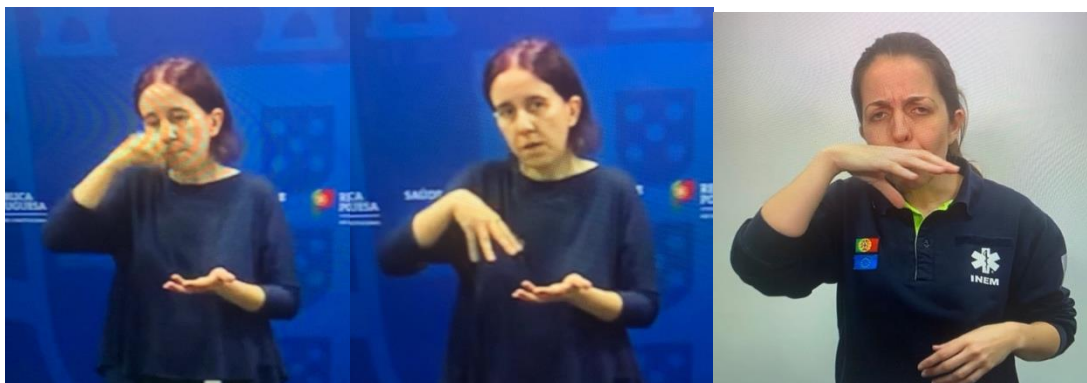


Figura 74. Gesto de ESPIRRAR, do grupo de gestuantes não especialistas.

4.3. Outros fenómenos

Durante a elaboração desta dissertação, não foi possível ignorar outros fenómenos observados, dos quais se destacam os três exemplos seguintes, quanto à formação de gestos, e num segundo ponto quanto à localização.

4.3.1. O Gesto de TIROIDE

O Princípio da Transparência da Denominação e Transliteração da Letra Inicial

A gestuante especialista realiza três produções distintas do gesto de TIROIDE correspondendo cada uma às três imagens seguintes.



Figura 75. Gesto de TIROIDE da gestuante especialista.

Estas imagens foram retiradas de um vídeo em que a gestuante especialista na área da saúde está a ser questionada sobre este gesto, e em que explica que a sua escolha recai sobre a produção correspondente à primeira imagem, justificando que apesar de ambos os gestos serem realizados na mesma localização (onde se encontra a tiroide), a escolha da produção com a configuração em “T” está relacionada à clareza do gesto, ou seja, “T” (do alfabeto manual) de tiroide.

Esta escolha corresponde a um fenómeno de conceção de neologismos por transliteração da letra inicial, ou seja, de gestos construídos por empréstimos por inicialização, com movimento horizontal retilíneo curto (Nascimento & Correia, 2012, p.91).

No enquadramento teórico, não se descrevem este tipo de exemplos, mas considerou-se relevante acrescentar, (apesar de não ser tido tempo para aprofundar este tema, pretende-se fazê-lo em estudos futuros), estes empréstimos elegem a letra inicial da palavra e fazem a transliteração para a configuração de mão do alfabeto manual correspondente e criam o gesto (Nascimento & Correia, 2012, p.91).

No respetivo vídeo, a gestuante justifica que não escolhe os restantes gestos como preferidos por considerá-los confusos. O segundo gesto porque está a apontar para a localização da tiroide, mas havendo vários órgãos naquela mesma localização pode não ser tão claro, e o terceiro porque apesar da tiroide ter o formato de uma borboleta, como

indica o gesto, o facto de ser naquela localização, pode parecer indicar que alguém lhe está a apertar o pescoço.

Além de ser um gesto construído por transliteração da letra inicial, a gestuante especialista, ao selecionar o gesto que parece ser o menos ambíguo, está ainda a seguir.

4.3.2. O Gesto de BURNOUT

O Princípio da Transparência da Denominação

Outro exemplo encontrado que acompanha o mesmo princípio da transparência da denominação é o gesto de BURNOUT.

Na primeira imagem apesar da gestuante ser especialista, esta está a produzir um gesto que lhe está a ser transmitido pela plateia de não especialistas.



Figura 76. Gesto de BURNOUT, produzido pela especialista, transmitido pela plateia de gestuantes não especialista.

E como podemos observar na segunda imagem, difere do gesto que a própria produz para o conceito em questão.

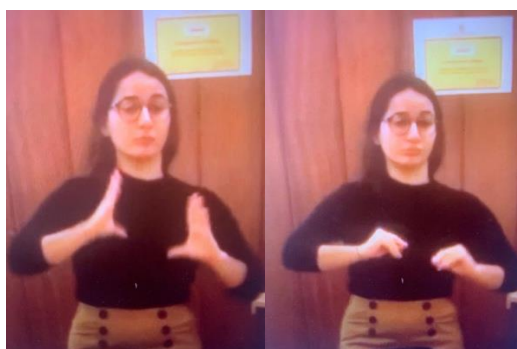


Figura 77. Gesto de BURNOUT, da gestuante especialista.

Os especialistas que colaboraram neste trabalho realizam o gesto de BURNOUT de forma semelhante, contudo com os braços cruzados, justificando que se não se produz

assim, pode confundir-se com o gesto de ACEITAR, ficando desta forma, mais perceptível e sem margem para dúvidas.

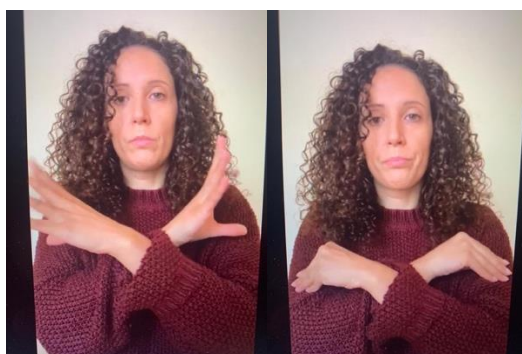


Figura 78. Gesto de BURNOUT da gestuante especialista.

BURNOUT e TIROIDE - Porque são Neologismos?

Nascimento (2009) defende que os processos de construção lexical e de construção terminológica são semelhantes, ou seja, a criação de vocábulos da língua comum ou termos especializados, não é muito diferente, Carvalho (2016) concluiu que os métodos utilizados para a criação de ambos os neologismos seguem as mesmas regras, apesar de existirem algumas diferenças ao nível da formação e construção dos gestos e em relação às entidades habilitadas para criar esses neologismos.

No enquadramento teórico, sentiu-se a necessidade de escrever sobre o tema porque a neologia faz parte do estudo terminológico, mas para o âmbito deste mestrado não houve tempo para desenvolver esta questão, mas é objetivo fazê-lo no doutoramento, contudo,

imensos exemplos foram surgindo ao longo deste trabalho, como é o exemplo destes gestos de BURNOUT e TIROIDE sobre os quais se considerou esta secção e se dedicou à explicação dos mesmos.

Estes neologismos terminológicos, que seguem o princípio da transparência da denominação, que segundo (Correia, 2005, p.7) é um dos princípios orientadores na criação de neologismos, que afirma que a clareza dos termos deve ser um dos objetivos a alcançar por qualquer intervenção terminológica, parecem seguir também outras condições linguísticas, as quais devem caracterizar um neologismo terminológico, como denominar um conceito estável e que só admita uma interpretação, ser breve e conciso, ser transparente, poder constituir uma base de séries de palavras derivadas, ser construído

de acordo com as regras do próprio sistema linguístico e adaptar-se ao sistema fonológico e ortográfico da língua (Correia, 1998).

Para além destas condições linguísticas, pode verificar-se também que ambos os gestos seguem as condições sociolinguísticas que descritas no enquadramento teórico deste trabalho, propostas por Cabré (1993) citadas por Correia (1998), ou seja, ser uma efetiva necessidade denominativa, não deve apresentar conotações negativas nem provocar associações inconvenientes e ser memorizado com facilidade.

Assim sendo, estes exemplos são neologismos terminológicos, transparentes e que seguidores das regras de criação, e deverão sofrer um estudo mais aprofundado em estudos futuros.

4.3.3. A Localização dos gestos associada ao significado dos próprios gestos

O terceiro fenómeno, que não se conseguiu deixar de referir, está relacionado com a localização dos gestos, em que muitas vezes o ponto de localização, se associa ao significado do próprio gesto (Sousa, 2019), por exemplo, os gestos que indicam sentimentos são, maioritariamente, produzidos perto do coração, enquanto os gestos relacionados com conceitos cognitivos se realizam, maioritariamente, perto da cabeça (Moita M. et al, 2011).

Neste trabalho os gestos relacionados com conceitos cognitivos e produzidos perto da cabeça, são, como exemplo, os gestos de ALZHEIMER, AUTISMO, COMPORTAMENTO, DEMÊNCIA, ENXAQUECA, EPILEPSIA, ESQUIZÓFRENIA, NEUROSE, NEURODESENVOLVIMENTO e PSICOSE.

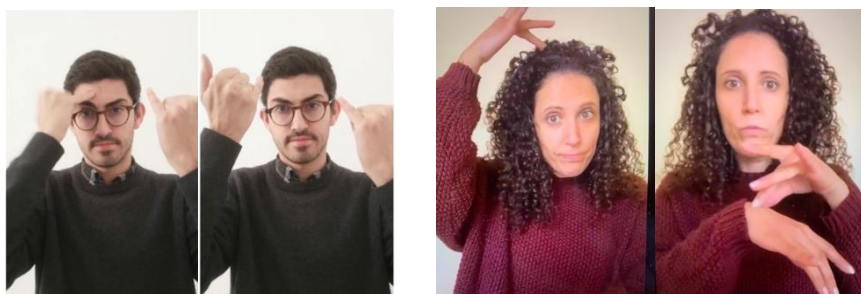


Figura 79. Gesto de ALZHEIMER à esquerda e gesto de NEUROSE à direita, do grupo de gestuantes especialistas.

Gestos que indicam sentimentos e produzidos perto do coração, são, por exemplo, os gestos de ANSIEDADE, AUTO-ESTIMA, DEPRESSÃO e EMOÇÃO.



Figura 80. Gesto de ANSIEDADE à esquerda e gesto de DEPRESSÃO à direita, do grupo de gestuantes especialistas.

No fundo, o gesto é realizado correspondendo à localização do órgão afetado, como por exemplo, nos gestos de ASMA, AFASIA, ALERGIA, ALOPECIA, ANOREXIA, AUTISMO, BULIMIA, DEMÊNcia, CÓLICA, ENFARTE, ESPIRRO, GRIPE.



Figura 81. Gesto de ANOREXIA, à esquerda e gesto de BULIMIA à direita, do grupo de gestuantes especialistas.

Apresentados os três fenômenos, que apesar de não serem os únicos, serão alguns que se querem aprofundar no doutoramento, propõe-se de seguida a tão esperada lista de gestos candidatos a termos, como último ponto deste extenso e trabalhoso capítulo.

4.4. Proposta da lista de gestos candidatos a termos de saúde em LGP

A lista que se apresenta disponibiliza 252 gestos candidatos a termos de saúde em LGP.

O objetivo deste estudo foi reunir todos os gestos de saúde em LGP, de diferentes bases lexicográficas, recursos e especialistas gestuantes, analisar fonologicamente a sua estrutura e finalmente apresentar uma lista de gestos candidatos a termos, de saúde em LGP, esta lista terminológica, tem como objetivo ser um primeiro passo, para uma

terminologia em saúde em LGP, que será posteriormente desenvolvida em estudos futuros.

Com a mesma pretensão dos primeiros estudos em terminologia, que tiveram como objetivo ultrapassar as barreiras da comunicação profissional causados pela imprecisão, diversificação de denominações e polissemia que se verificam na língua (Palma *et al.*, 2007), também este trabalho tem como objetivo tornar mais clara a comunicação em saúde em LGP.

A criação desta lista de gestos, candidatos a termos, tem esse mesmo objetivo, ser o primeiro passo para melhorar a comunicação, numa área que é um pilar na vida de todos. Esperamos com esta lista criar futuramente uma ferramenta que seja muito útil a todos os que dela necessitarem.

Assim sendo, primeiramente foram considerados os **28 gestos** que pertencerem ao grupo dos gestos que eram comuns a todos os gestuantes, e que não apresentaram alterações fonológicas, e por isso considerados gestos estabilizados, quer pelos gestuantes especialistas, quer pelos gestuantes da comunidade surda, ou seja, os gestuantes não especialistas.

ACIDENTE	AUTONOMIA	EMERGÊNCIA	RESPIRAR	VÍCIO
AMBULÂNCIA	CONFUSÃO	ENFERMEIRO	RITMO	VIDA
ANOREXIA	CONSCIENTE / CONSCIÊNCIA	FEBRE	SAÚDE	VÍRUS
ANTI-SOCIAL	CORONAVÍRUS	NEUROSE	TEMPERATURA	VOMITAR
ANSIEDADE	DEFICIENTE	PENSAMENTO	TRATAMENTO	
ATAQUE PÂNICO	DOR	PSICOTERAPIA	TRAUMA	

Tabela 9. Lista dos 28 gestos sem alterações.

O segundo grupo de gestos considerado, são os **65 gestos** que também pertencerem ao grupo de gestos que eram comuns a todos os gestuantes, apresentando estes, alterações fonológicas, as quais foram analisadas em todas as suas 167 diferentes produções.

AGITAÇÃO	CORPO	HORMONA	RAIVA
ALERGIA	DEMÊNCIA	HOSPITAL	SANGUE

ALZHEIMER	DEPRESSÃO	ICTERÍCIA	SARAMPO
ASMA	DESMAIO	INFEÇÃO	SAÚDE MENTAL
AUTISMO	DOENÇA	ISOLADO / ISOLAMENTO	SENTIMENTO DE CULPA
AUTO-ESTIMA	DOENTE	MÉDICO	SINTOMAS
AVC	ENFERMEIRA	MEMÓRIA	STRESS
BEM-ESTAR	ENXAQUECA	MORRER	SUICIDIO
BURNOUT	ESPIRRO / ESPIRRAR	NAÚSEAS	TIROIDE
BULIMIA	ESQUIZÓFRENIA	NEURODESENVOLVIMENTO	TOSSE
CANCRO	FATORES DE RISCO	OBSESSIVO-COMPULVISIVO	TRATAR
CÉREBRO	FERIDA	PERTURBAÇÃO	URGÊNCIA / URGENTE
CHOQUE	FOBIA	PSICOLOGIA	VACINA
CÓLICA	GRIPE	PSICÓLOGO	VÓMITO
COMPORTAMENTO	HEREDITÁRIO / HEREDITARIEDADE	PSICOSE	
CONTROLAR	HIPERTENSÃO	PSIQUIATRIA	
CORAÇÃO	HIV	PULMÃO	

Tabela 10. Lista dos 65 gestos com alterações.

O terceiro grupo de gestos, são **152** gestos, da seleção de gestos da gestuante especialista do *Subcorpus* de Saúde da UCP, (apêndice 4) que não foram analisados, por não ter produções semelhantes, quer por outro gestuante especialista, quer pelos gestuantes não especialistas, em nenhum dos registos consultados, mas por serem

produções de uma gestuante especialista, na área da saúde, se consideram como gestos candidatos a termos.

Por último, o quarto grupo de gestos candidatos selecionado para a proposta, são os restantes 7 gestos, dos gestuantes especialistas em saúde mental, (apêndice 2) que não foram analisados fonologicamente, por não se ter obtido produções semelhantes, quer por outro gestuante especialista, quer pelos gestuantes não especialistas, mas por serem gestos produzidos um gestuante especialista na área se consideram igualmente para esta proposta, são os gestos de ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO, CHOQUE, CONFLITUOSO, DISTORÇÃO, EMOÇÃO, ISOLAMENTO e RAIVA.

A lista de gestos candidatos a termos de saúde em LGP encontra-se resumida no apêndice 10.

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Temos ainda de aprender que eles e outros, somos nós todos. A Humanidade beneficia com a diversidade, aprendendo a respeitar o direito do outro existir e de ter a sua identidade, cultura e língua.” (Gil, 2024)

Sobre a LGP, ocorreu um marco importante na criação de neologismos, quer no léxico comum quer no léxico de especialidade, e todos os acontecimentos, que destes momentos fizeram parte, contribuíram para o despertar da necessidade que até hoje observamos de escassos equivalentes em língua gestual, em diversas áreas (Carvalho, 2016).

Para compreender os fenómenos desta língua, importa conhecer a sua história e saber o seu percurso. A necessária de léxico de especialidade é recente, muito devido à ampliação da escolaridade obrigatória até ao 12º ano e também com o ingresso de pessoas surdas a maiores níveis de escolaridade e a profissões com maior exigência e especialização (Carvalho, 2016).

Este estudo cumpriu todos os objetivos definidos inicialmente, sendo que foi possível recolher os gestos em saúde em LGP em diferentes recursos lexicográficos com contributo de especialistas gestuantes e foi possível analisar fonologicamente a estrutura dos gestos. Além destes objetivos, explorou-se conceptualmente os gestos em análise.

O presente trabalho resulta numa lista de 252 gestos candidatos a termos, da área da saúde em LGP.

Numa primeira fase, foram recolhidos inicialmente ainda sem exclusões, 864 gestos candidatos a termos, da área da saúde do *Subcorpus* de saúde em LGP da UCP, de 14 vídeos, os quais reduziram para 309, após aplicação dos critérios de exclusão. Na segunda fase, procedeu-se à observação e à eliciação dos gestos candidatos a termos, por especialistas das diferentes áreas da saúde, um grupo de 74 termos, associados à área da saúde mental foram elicitados aos dois especialistas da respetiva área, dos quais se obtiveram 45 gestos em LGP, produzidos e gravados individualmente pelos próprios especialistas, e 29 termos sem equivalência em LGP. Numa terceira fase, realizou-se o levantamento do léxico existente da área da saúde em recursos linguísticos de léxico

comum, foram consultados 11 recursos lexicais, cujo resultado foram 1986 gestos relacionados com a área da saúde.

Após estas três fases, com o objetivo estudar as alterações fonológicas encontradas, procedeu-se à seleção dos gestos para análise. Esta seleção teve como objetivo comparar os gestos produzidos pelos diferentes gestuantes especialistas na área da saúde. Tendo em consideração a todos os gestos produzidos pelos gestuantes especialistas, verificou-se em que recursos os mesmos gestos eram produzidos por gestuantes não especialistas para possível comparação. Concluiu-se existirem 93 gestos comuns a todos os gestuantes.

Destes 93 gestos, 65 apresentaram alterações fonológicas o que corresponde a 70% dos gestos que foram analisados fonologicamente em todas as suas 167 formas de produção encontradas. Agrupando-se os gestos em dois grupos distintos, os gestos do grupo de gestuantes especialistas na área da saúde e os gestos do grupo de gestuantes não especialistas, procedeu-se às seguintes análises:

- Comparação de 23 gestos dentro do grupo de gestuantes especialistas..
- Comparação de 44 gestos dentro do grupo de gestuantes não especialistas.
- Comparação de 58 gestos entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas.

O primeiro resultado obtido na análise fonológica foi a percentagem de gestos que apresenta variação na sua produção, sendo 74% no grupo de gestuantes especialistas, 75% no grupo de gestuantes não especialistas e 98% entre os dois grupos de gestuantes.

Dos gestos que apresentam variação, verificou-se se estas correspondiam a alterações totais (nos 3 parâmetros) ou parciais (em 1 ou 2 dos parâmetros). Observou-se que a maior percentagem de 33% nas alterações totais ocorreu entre os dois grupos de gestuantes. Neste contexto, observa-se a existência de variação lexical comum e terminológica entre gestuantes, o que revela a existência de algum léxico terminológico e para a necessidade de criação uma terminologia.

Na análise de alterações parciais, (em 1 ou 2 parâmetros fonológicos), no grupo de gestuantes especialistas, 75% dos gestos alteram em apenas 1 parâmetro, sendo o único grupo que apresenta valores elevados neste contexto. As restantes análises comparativas revelam valores elevados nas alterações em 2 parâmetros, com 62% no grupo de não especialistas e 63% e entre os dois grupos de gestuantes. Ou seja, os gestuantes especialistas, como sugerem os resultados, apresentam menor percentagem de alterações,

estas são maioritariamente parciais, e dentro dos parâmetros alterados parcialmente, diferem maioritariamente em apenas um.

Dos três parâmetros fonológicos estudados, a Configuração da mão é o parâmetro com maior percentagem de alterações encontradas, seguindo-se a Localização e por último o Movimento.

As alterações mantêm-se pela mesma ordem em todos os grupos, nomeadamente:

- **Dentro do grupo dos especialistas:** a Configuração com 57%, a Localização 30% e o Movimento 13%.

- **Dentro do grupo dos não especialistas:** a Configuração com 68%, a Localização 39% e o Movimento 36%.

- **Entre os grupos de especialistas e não especialistas:** a Configuração com 93%, a Localização 56% e o Movimento 55%.

Quando comparamos a ocorrência dos parâmetros de forma isolada, ou em coocorrência, verificámos que, mais uma vez, a Configuração da mão se destaca, apresentando um valor de 35% de alterações, ocorrendo de forma isolada, correspondendo esta percentagem ao grupo dos gestuantes especialistas.

Na análise da coocorrência dos três parâmetros, 33% dos gestos correspondem às alterações na coocorrência dos três parâmetros entre os dois grupos de gestuantes, o que é bastante mais elevado do que os 16% nos gestuantes não especialistas, e os 4% nos gestuantes especialistas, apresentando novamente menor percentagem de alterações.

Dentro do parâmetro da Configuração da mão, em todos os grupos, 40% dos gestos são produzidos apenas com a M1, e 60% com ambos os articuladores, M1 + M2, o que significa que são maioritariamente bimanuais, e também simétricos, sendo o maior valor, 78%, dos gestuantes especialistas. As configurações com 4 dedos selecionados apresentam valores superiores e semelhantes em todos os grupos, entre os 36 e os 42%, seguida das Configurações que selecionam apenas 1 dedo, com valores entre os 30 e os 33%, em terceiro lugar, as Configurações com 0 dedos, com valores entre os 12 e 18%.

Dentro do parâmetro da Localização, podemos verificar que o *Tocar na cabeça frontal*, na produção inicial, é o local que apresenta as percentagens mais elevadas, variando entre os 35 e os 40%. E no fim da produção, é o *Espaço gestual tronco frontal*, que apresenta valores superiores, entre 39% e os 57%.

Dentro do parâmetro do Movimento, e como últimas conclusões da análise fonológica, parece haver uma predominância na alteração do Movimento Trajetório no grupo dos gestuantes especialistas com 60%, e também entre os dois grupos de gestuantes, especialistas e não especialistas, com 53%. Quanto ao Tipo de Movimento, este é predominantemente Simples em todos os grupos, apresentando o grupo dos gestuantes especialistas, a maior percentagem de 65%. Estes resultados são similares aos referidos por Brentari (1998) e citados por Silva (2020), que refere que o *movimento trajetório* é o tipo de movimento mais frequente nas línguas gestuais, assim como, o *movimento simples*.

Conforme Souza (2021) seguindo o proposto por Cabré (1993, p.32-33) os terminógrafos, têm por objeto a atribuição de termos aos conceitos, fazendo da Terminologia uma ciência que se importa, além da estrutura lexical (código linguístico), com a correlação desta com a estrutura conceitual (estrutura geral do conhecimento), tratando de termos científicos e técnicos de áreas distintas, como por exemplo, a Linguística, a Educação, a Biologia, a Medicina, entre outras (Souza, 2021).

Souza (2021) percebe que os estudos na área da Terminologia, tanto nas línguas orais como nas linguais gestuais, podem ser a base para orientação de trabalhos de áreas de especialidade, e a sua importância é destacada no preenchimento de lacunas existentes em áreas específicas com termos que emergem, assim como, para suprimir a polissemia e os processos que acontecem sem base linguística, no surgimento de neologismos.

Neste estudo, foi encontrada uma grande variação lexical entre os gestuantes observados, quer sejam especialistas na área ou não, como vimos nos resultados, existindo uma predominância maior de alterações entre os dois grupos considerados, especialistas e não especialistas e também dentro do grupo dos gestuantes não especialistas, ao contrário do que aconteceu no grupo dos especialistas. Estes resultados revelam a existência de uma variação lexical entre grupos e alguma variação fonológica dentro do grupo de especialistas. Esta última observação dever-se-á porque as propostas terminológicas ainda não estão estabilizadas nem registadas.

Esta variação surge porque nos referimos a neologismos terminológicos e estes não estão estabilizados e por isso há várias propostas para a criação de termos, esta variação dura um período até haver estabilização. Enquanto os termos surgem e durante um período, a terminologia pode ser utilizada como léxico comum e há variação, este léxico de especialidade demora mais tempo a estabilizar porque não tem o uso que tem o léxico

comum, com o uso, as propostas vão-se unificar porque as terminologias não são polissémicas.

Apesar do léxico comum, de uma forma geral, a língua em si estar estabilizada, a terminologia é quase inexistente (Carvalho, 2016). Esta escassez de terminologia deve-se ao facto de não existirem até agora gestuantes na especialidade, sendo os gestos utilizados como palavras comuns e não como termos. Assim sendo, a variação ocorre porque não existe uma lista de termos proposta por especialistas.

O facto de começarem a aparecer profissionais em diferentes áreas de especialidade permite que as terminologias dessas respetivas especialidades surjam porque há a necessidade de comunicação e registo, com transparência e sem variação.

Apesar de não se ter aprofundado o tema, por falta de tempo, percebeu-se que já há discussões sobre os neologismos terminológicos e colocamos dois exemplos de gestos, BURNOUT e TIROIDE, que o demonstram na perfeição, fez-se uma introdução ao tema no enquadramento teórico exatamente porque se perceba a sua importância e porque é objetivo aprofundá-lo no doutoramento.

A LGP tem-se desenvolvido bastante nos últimos anos, mas a terminologia nas diversas especialidades é ainda muito escassa, há uma grande lacuna em vocabulário em diversas áreas científicas e ainda uma grande instabilidade.

A análise conceptual surge com este propósito, de mostrar exemplos desta ambiguidade, desta variação e também como já referimos, o que parece ser um baixo conhecimento da terminologia e literacia em saúde, deixando a sugestão, como Mckee e colegas (2015) fizeram nos seus estudos, de se integrar melhores práticas para combater a falta de literacia e comunicação em saúde com os indivíduos surdos, propondo formação na área a todos os profissionais de saúde, propondo de igual forma a criação de materiais, que auxiliem essas mesmas lacunas.

Esta investigação resulta numa proposta de uma lista de 252 gestos candidatos a termos de saúde em LGP, e o objetivo é que este trabalho seja o ponto de partida, para a criação, desenvolvimento, consolidação e posterior disseminação da terminologia nesta área, acreditando que contribuirá no acesso igualitário à área da saúde pelas pessoas surdas.

A sugestão que deixo é a criação de uma equipa de especialistas, que estude e desenvolva esta área da terminologia, e que posteriormente crie e dissemine os termos de saúde, e que possa influenciar outros investigadores a trabalhar nesta área da terminologia, com novos caminhos a serem percorridos, no sentido de apoiar todos os que trabalham em prol da comunidade surda.

Principais limitações ao estudo

- O *Subcorpus* de saúde da UCP, ser composto por gestos de apenas uma gestuante especialista na área da saúde.
- A indisponibilidade da gestuante especialista, do *Subcorpus* de saúde da UCP, ficando por responder questões que teriam sido um poderoso contributo para este estudo.
- E a inexistência de verbetes em LGP (em estudos futuros o objetivo é a elaboração de verbetes).

Como investigação futura sugiro as seguintes propostas

- Identificar a existência de variação na terminologia, das diferentes áreas da saúde em LGP, efetuando estudos para a resolução desse problema e criando um grupo de trabalho, para discussão de propostas de gestos.
- Criar um grupo de investigação para criação de novos gestos (para termos com gestos ainda inexistentes).
- Elaborar os verbetes em LGP dos conceitos apresentados para sedimentar este trabalho.
- Criar um recurso lexicográfico *online* para disseminação da terminologia em saúde em LGP.
- Separar os termos por especialidades nas áreas da saúde.
- Apresentar uma versão modelizada por um gestuante virtual (por exemplo, avatar 3D), para que possa ser divulgado do portal da LGP da UCP e possa contribuir para a partilha, disseminação e padronização do léxico de especialidade em LGP na área da saúde.

- Ampliar a várias áreas de conhecimento, os mecanismos de reconhecimento dos gestos utilizados nos termos de saúde selecionados, de forma a perceber se o processo será semelhante, consoante forem surgindo especialistas, surdos e gestuantes das diferentes áreas do conhecimento.

- Realizar estudos que contribuam para o aumento do registo e disseminação de propostas terminológicas, em diferentes áreas de estudo, disponibilizando aos profissionais gestuantes, acesso a recursos de apoio em LGP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, M. A., COUTINHO, A. & DELGADO-MARTINS, M. R. (1994). Para uma Gramática da Língua Gestual Portuguesa. Lisboa: Editorial Caminho.

ACADEMIA DA LGP (2011) Fundação PT/CPL.

<http://videos.sapo.pt/academialgp/playview>.

ACADEMIA DA LGP (2017) Fundação PT/CPL. <https://academialgp.weebly.com/>.

AYONRINDE, I. (2003). Importance of Cultural Sensitivity in Therapeutic Transactions. *Disease Management and Health Outcomes*. 11. 233-248. 10.2165/00115677-200311040-00004.

AR (1997). Lei Constitucional n.º 1/97 de 20 de Setembro, I Série-A nº 154.

AR (2008). Decreto-Lei 3º 3/2008, de 7 de Janeiro. Diário da República, I Série, nº4.

BALTAZAR, A. (2010) Dicionário de Língua Gestual Portuguesa. Porto: Porto Editora.

BONNAL-VERTGÈS, F. (2006). Langue des Signes Française (LSF): des lexiques des XVIII et XIX siècle. Sabria, Richard (ed.). *Les Langues des signes (LS): recherches sociolinguistiques et linguistique*. (Glottopol), pp. 160-190. Recuperado em Maio 10, 2010 http://www.univ-rouen.fr/dyalang/glottopol/numero_7.html.

CARMO, H., MARTINS, M., MORGADO, M. & ESTANQUEIRO, P. (2007). *Programa Curricular de Língua Gestual Portuguesa – Educação pré-escolar e ensino básico*. Lisboa: Direção-Geral da Inovação e do Desenvolvimento Curricular – Ministério de Educação de Portugal.

CARVALHO, P. (2016). A emergência do léxico de especialidade na língua gestual portuguesa: proposta de construção de um dicionário bilingue-bidirecional online. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

CARVALHO, P. (2016b). A Emergência do Léxico de Especialidade na Língua Gestual Portuguesa: Proposta de Construção de um Dicionário Bilíngue Bidirecional online. Ideação, Revista do Centro de Educação, Letras e saúde Campus de Foz do Iguaçu, Brasil.

CARVALHO, P. & SOFIATO, C. (2021). Materiais lexicográficos e pedagógicos para a educação de surdos: revisitando a história e as produções. Journal Perspectiva, volume 38, número 4; pág. 1-24. <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2020.e65934>;

CARVALHO, P. (2019). A educação de Surdos na Casa Pia de Lisboa: Resenha histórica. Lisboa: Casa Pia de Lisboa, IP.

CHATZIDAMIANO, G., FLETCHER, I., WEDLOCK, L. & LEVER, R. (2019). Clinical communication and the ‘triangle of care’ in mental health and deafness: Sign language interpreters’ perspectives. Patient Education and Counseling. 102. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.016>.

COELHO, O. (2010). *Spreadthesign.com/pt*. Porto: Centro de Investigação e Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (2006). Disponível em: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_d_eficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf. Acedido em: 31 de Maio de 2022.

CORREIA, M. (1998). Neologia e Terminologia. In Mateus e Correia (orgs). Terminologia: questões teóricas, métodos e projetos (pp.59-74). Lisboa: Europa-América.

CORREIA, M. (2005). «Terminologia, neologia e normalização: Como tratar os empréstimos neológicos». In: *Terminómetro*, número especial: A terminologia em Portugal e países de língua portuguesa em África, pp. 15-20.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948). Disponível em: <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>.

Acedido em: 30 de Maio de 2022.

DELGADO-MARTINS, R. M. & PAIS, S. M. (1997). Emergência de uma terminologia linguística em Língua Gestual Portuguesa. In *Actas do XIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Linguística*. Vol. II (pp. 57-62). Lisboa: APL/ Colibri.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1999). Lei Constitucional n.º 89/99 de 5 de Julho, I Série-A n.º 218.

DICIONÁRIO DE LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA (2018) Infopédia Dicionários Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-gestual>.

EMOND, A., RIDD, M., SUTHERLAND, H., ALLSOP, L., ALEXANDER, A., & KYLE, J. (2015). Access to primary care affects the health of Deaf people. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 65(631), 95–96. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683629>.

ERNSEN, B. (2018). Léxico bilíngue alfabético de sinais-termo da psicologia em libras. ANAIS - I Congresso Internacional de Lexicologia, Lexicografia, Terminologia e Terminografia das Línguas de Sinais e II Fórum Internacional sobre Produção de Glossários e Dicionários em Línguas de Sinais. Fundação de Apoio á Pesquisa do Distrito Federal. ISBN 978-85-473-3649-3. Appris Editora.

FARIA-NASCIMENTO, S. (2009). *Representações Lexicais da Língua de Sinais Brasileira. Uma Proposta Lexicográfica*. (Dissertação de doutoramento). Brasília: Instituto de Letras, Departamento de Linguística, Português (LIP), Brasil.

FARIA-NASCIMENTO, S. & CORREIA, C. (2011). Um olhar sobre a morfologia dos gestos. ed. 1, 1 vol., (pp 67-104) ISBN: 978-972-54-0318-1. Lisboa: Universidade Católica Editora.

FELLINGER, J. & HOLZINGER, D. (2014). Creating innovative clinical and service models for communication: Institut fuer Sinnes und Sprachneurologie. *Journal of*

Developmental and Behavioral Pediatrics, 35, 148–153.
doi:10.1097/DBP.0000000000000019.

FELLINGER, J., HOLZINGER, D., SCHOBERBERGER, R. & LENZ, G. (2005). Psychosocial characteristics of deaf people: Evaluation of data from a special outpatient clinic for the deaf. *Der Nervenarzt*, 76, 43–51. doi:10.1007/s00115-004-1708-5.

FERREIRA, A. V. (ED.) (1992). *Gestúário da Língua Gestual Portuguesa*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

GIL, C. (2024) Imaginem... Uma comunidade. <https://accesslab.pt/imaginem-uma-comunidade/>. Acedido a 14 de março de 2024.

JOHNSTON, T. & NAPIER, J. (2010). Medical Signbank: *Bringing Deaf People and Linguists Together in the Process of Language Development*. Article in *Sign Language Studies*. doi:10.1353/sls.0.0042.

HANKE, T. (2004). *HamNoSys—Representing sign language data in language resources and language processing contexts*. In M. T. Lino, M. F. Xavier, F. Ferreira, R. Costa, & R. Silva (Eds.). *Proceedings of the Fourth International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC'04)* (pp. 1–6). Lisboa: LREC.

HOMMES, R. E., BORASH, A. I., HARTWIG, K. & DEGRACIA, D. (2018). American Sign Language Interpreters Perceptions of Barriers to Healthcare Communication in Deaf and Hard of Hearing Patients. *Journal of community health*, 43(5), 956–961. <https://doi.org/10.1007/s10900-018-0511-3>.

KUENBURG, A., FELLINGER, P. & FELLINGER, F. (2016). Health Care Access Among Deaf People, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Volume 21, Issue 1, January 2016, Pages 1–10, <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>.

LARA, LUIS FERNANDO (1999). Término y Cultura: hacia una teoría del término. In: Cabré, Maria Teresa. (Org.) *Terminología y modelos culturales*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, p.39-60.

MARTINS, FERREIRA, JOSÉ & MINEIRO, ANA (2012). Os dicionários e os avatares gestuais: o que são, como se fazem e para que servem. Lisboa: Universidade Católica Editora.

MARTINS, MARIA RAQUEL DELGADO (1998) “Emergência de uma terminologia linguística em Língua Gestual Portuguesa” In: Actas do XIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Linguística, Lisboa: APL / Colibri.

MESQUITA, I. (2007). Guia Prático de Língua Gestual Portuguesa: Ouvir o Silêncio. Braga: Nova Edição.

MCKEE, M. M., PAASCHE-ORLOW, M. K., WINTERS, P. C., FISCELLA, K., ZAZOVE, P., SEN, A. & PEARSON, T. (2015). Assessing Health Literacy in Deaf American Sign Language Users. *Journal of health communication*, 20 Suppl 2 (02), 92–100. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1066468>.

MCKEE, R. & MCKEE, D. (2013). Making an Online Dictionary of New Zealand Sign Language. *Lexikos*. 23. 10.5788/23-1-1227.

MIDDLETON, A., NIRUBAN, A., GIRLING, G. & MYINT, P. K. (2010). Communicating in a healthcare setting with people who have hearing loss. *BMJ*, 341, c4672. doi:10.1136/bmj.c4672. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Phyo-Myint/publication/46820215_Practice_Pointer_Communicating_in_a_healthcare_setting_with_people_who_have_hearing_loss/links/53cfff6f0cf2fd75bc5b4d14/Practice-Pointer-Communicating-in-a-healthcare-setting-with-people-who-have-hearing-loss.pdf?origin=publication_detail. Acedido em: 2 de junho de 2022.

MIDDLETON, A. & NIRUBAN, A. (2010). PRACTICE POINTER Communicating in a healthcare setting with people who have hearing loss. doi: 10.1136/bmj.c4672.

MINEIRO, A. & COLAÇO, D. (2010). Introdução à fonética e à fonologia nas línguas gestuais e nas línguas orais. Coleção PRO_LGP: 1 vol., ISBN: 978-972-54-0264-1. Lisboa: Universidade Católica Editora.

MINEIRO, A. & MOITA, M. (2014). Cérebro e bilinguismo: pontes e pontos de encontro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/34893>. Acedido a 10 de junho de 2022.

MINEIRO, A., NUNES, M. V. S., MOITA, M., SILVA, S. & CASTRO-CALDAS, A. (2014). Bilingualism and bimodal bilingualism in deaf people: a neurolinguistic approach. Em Marc Marschark, Gladys Tang & Harry Knoors (Eds.), *Bilingualism and bilingual deaf education*, pp. 187-210. New York: Oxford University Press.

MINEIRO, A. (2017). Visitando a linguagem enquanto capacidade cognitiva inscrita na evolução do Homem. *Cadernos de Saúde* 8 Vol. 9, Número único, 2017, p. 5-14.

MOITA, M., CARMO, P., CARMO, H., FERREIRA, J. P. & MINEIRO, A. (2011). Estudos preliminares para a modelização de um avatar para a LGP: os descritores fonológicos. *Cadernos de Saúde* vol. 4, n. 2 (pp. 25-35). Lisboa: Universidade Católica Editora.

MORGADO, M. (2010). *Os meus primeiros gestos*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa. (DVD).

O CDHPS-FPAS - Centro de Direitos Humanos das Pessoas Surdas (2013). Disponível em: <https://cdhps.fpasurdos.pt/index.php?id=102>. Acedido em: 31 de Maio de 2022.

OMS (2011). Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo, Brasil. Organização Mundial da Saúde 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/?sequence=4>. Acedido em: 26 de junho de 2022.

ONU (1992). Declaração sobre os Direitos das Pessoas Pertencentes a Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Disponível em: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracao_minorias.pdf. Acedido em: 26 de junho de 2022.

OPSS (2019). Saúde um Direito Humano - Relatório de primavera 2019. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental2019.pdf>. Acedido em: 31 de maio de 2022.

PAZ, M., ARAÚJO, A. SILVA, G., ARAÚJO, G., CUNHA, D., SILVA, J., CAMPOS, C., SILVA, C., LIMA, A., CARVALHO, A., BATISTA, V, MARTINS, G., LEÃO, D., COELHO, B., ARAÚJO, S., SILVA, A. & BELTRÃO, R. (2020). Libras as a tool to improve the medical-patient-deaf patient relationship: a brief bibliographic review. *Research, Society and Development*, 9(11), e8439119921. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9921> Acedido em: 7 de junho de 2022.

PÉLLISSIER, P. (1856). *Iconographie des signes faisant partie de l'enseignement primaire des sourds-muets*. Paris: Imprimerie et Librairie de Paul Dupont. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k131991f.r=p%C3%A9lissier.langfr>.

PEREIRA, A., PASSARIN, N., NISHIDA, F. & GRACEZ, V., (2020). Meu Sonho É Ser Compreendido: Uma Análise da Interação Médico-Paciente Surdo durante Assistência à Saúde. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA* 44 (4): e121; Centro Universitário de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200028>. Acedido em: 8 de junho de 2022.

PEREIRA, A. & STRAUB, S. (2021). As questões de acessibilidade para os surdos na saúde em SINOP: A escrita em língua portuguesa. *Revista Humanidades e Inovação*. *Revista Humanidades e Inovação* v.8, n.37. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3136>. Acedido a 8 de junho de 2022.

PRATA, M.I. (1980). *Mãos que falam*. Lisboa, Portugal: Laboratório de Fonética da Faculdade de Letras/Universidade de Lisboa e Direcção Geral do Ensino Básico do Ministério da Educação.

QUER, J. (2012). *Investigação em Linguística das Línguas Gestuais*. ed. 1, 1 vol., pp 20 ISBN: 978-972-54-0371-6. Lisboa: Universidade Católica Editora.

REIS, A. (2008). *Gestuário Digital*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação & Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Auditivas.

SACKS, O. (1998). *Vejo Uma Voz: Uma viagem ao mundo dos surdos*. Relógio D'Água Editores, pp26.

SANTOS, H. R. (2018.). O estudo da terminologia em Libras com o apoio de corpora. *Revista Diálogos (RevDia)*, Dossiê temático “Educação, Inclusão e Libras, v. 6, n. 1, jan.-abr., [<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/revdia>].

SILVA, G. A., SIMONASSI, G., SANCHEZ-MENDES, L. & KENEDY, E. (2019). Iconicidade E Reconhecimento Lexical Na Língua Brasileira De Sinais. *PERcursos Linguísticos*, 9(22), 141–160. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/percursos/article/view/26941>.

SOUSA, A. (2019). A Língua Gestual Portuguesa no Ensino das Geometria Descritiva - Terminologia Específica. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa; <http://hdl.handle.net/10400.14/28522>.

SOUZA, M. (2021). Glossários ilustrados bilíngues (Libras-Português): por uma pedagogia lexicoterminológico-funcional. Orientadora: Francisca Geny Lustosa. Coorientadora: Sandra Patrícia de Faria do Nascimento. 330 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/60592>.

TOVAR, L. (2010). La Creación de Neologismos en la Lengua de Señas Colombiana. *Lenguaje*, 38(2), 237-312.

UNESCO (1945). Constituição da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Representação da Unesco no Brasil. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001472/147273por.pdf>. Acedido em: 26 de junho de 2022.

UNESCO (1994) Declaração de Salamanca e o Enquadramento da Acção – Necessidades Educativas Especiais. Adaptado pela Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, Salamanca. Disponível em: [https://pnl2027.gov.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1011&fileName=Declaraao_Salamanca.pdf](https://pnl2027.gov.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1011&fileName=Declaraao_Salamanca.pdf). Acedido em: 2 de junho de 2022.

UNESCO (1996). Declaração Universal dos Direitos Linguísticos. Disponível em: <http://www.penclubportugues.org/comites/declaracao-universal-dos-direitos-linguisticos/>. Acedido em: 26 de junho de 2022.

UNRIC (2018). Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. Disponível em: www.unric.org/pt. Acedido a 23 de junho de 2022.

VOCATIONAL SIGN LANGUAGE ON TOURISM (2020). 2020-1-TR01-KA202-093111. <https://www.vslontourism.com/>.

WANG, H. (2019). A study on the Dialogue Interpretation Based on Triangular Model. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 346.

WILKINSON, E. & MORFORD, J. (2020). How Bilingualism Contributes to Healthy Development in Deaf Children: A Public Health Perspective. *Maternal and Child Health Journal* (2020) 24:1330–1338 <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02976-6>.

WITTENBURG, P., BRUGMAN, H., RUSSEL, A., KLASSMANN, A. & SLOETJES, H. (2006). ELAN: a Professional Framework for Multimodality Research. In: *Proceedings of LREC 2006, Fifth International Conference on Language Resources and Evaluation*.

APÊNDICES

ANEXOS