



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA APLICADA
MESTRADO EM LINGUÍSTICA APLICADA

MÁRCIO SALES SANTIAGO

**REDES DE PALAVRAS-CHAVE PARA ARTIGOS DE
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DA MEDICINA:
uma proposta à luz da Terminologia**

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo – RS
Outubro 2007

Márcio Sales Santiago

**REDES DE PALAVRAS-CHAVE PARA ARTIGOS DE
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DA MEDICINA:
uma proposta à luz da Terminologia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Krieger

**São Leopoldo - RS
2007**

Catálogo na publicação

S235r	<p>Santiago, Márcio Sales</p> <p>Redes de palavras-chave para artigos de divulgação científica da Medicina : uma proposta à luz da Terminologia. São Leopoldo : UNISINOS, 2007.</p> <p>149 p.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2007.</p> <p>1. Terminologia; 2. Documentação; 3. Linguística aplicada; 4. Variação terminológica da Medicina; 5. Artigo de divulgação científica. I.Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 801.3</p>
-------	--

Ficha elaborada pela equipe de Bibliotecárias
da Biblioteca Carlos Barbosa do Instituto de Artes / UFRGS.

Márcio Sales Santiago

**REDES DE PALAVRAS-CHAVE PARA ARTIGOS DE
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DA MEDICINA:
uma proposta à luz da Terminologia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Krieger

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Graça Krieger
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dr. Antônio Luciano Pontes
Universidade Estadual do Ceará / Universidade de Fortaleza

Prof. Dr. Iran Castro
Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul – Fundação Universitária de Cardiologia

Para Ivan e Socorro,
pelo amor, dedicação e incentivo,
sentimentos que nunca deixaram faltar em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, com quem dividi as angústias e alegrias desta jornada;

Aos meus pais Ivan e Socorro, e à minha irmã Aline, que compreenderam minha ausência e compartilharam meu ideal. Sempre!

À Gabriela Bon, por todo carinho a mim dedicado;

Às professoras deste Programa de Pós-Graduação: Ana Maria de Mattos Guimarães, Ana Maria Stahl Zilles, Ana Cristina Ostermann, Cátia de Azevedo Fronza, Dinorá Moraes de Fraga, Maria Eduarda Giering, Rove Luiza de Oliveira Chishman e Terezinha Marlene Lopes Teixeira, pelos grandes ensinamentos proporcionados durante o curso;

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Letras, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Anna Maria Becker Maciel, Maria José Bocorny Finatto, Cleci Regina Bevilacqua e Lúcia Sá Rabello, por suas belíssimas aulas e por gentilmente terem me recebido como aluno especial;

À professora Sabrina Pereira de Abreu, pelas valiosas orientações na banca de qualificação deste trabalho;

Ao professor e amigo Luciano Pontes, por ter me mostrado o mundo da pesquisa terminológica e por me encorajar a vir estudar no Sul;

À professora Adila Beatriz Naud de Moura, pela amizade;

À professora Maria Lília Dias de Castro, pela crítica e atenta leitura deste trabalho;

Aos meus e minhas colegas de mestrado, em especial à Eliane Moura e a Marcos Gazzana, pela amizade e companheirismo;

Às secretárias do PPGLA, pela atenção dispensada;

A todos os amigos e amigas que fiz nesta “Querência Amada”;

De forma muito especial e particular, agradeço à professora e amiga Maria da Graça Krieger, por ter orientado com maestria e dedicação este trabalho, pelo exemplo de vida que só os grandes são capazes de ensinar, e por desde o primeiro momento ter me acolhido no Rio Grande, ensinando-me muito mais que Terminologia;

Por fim, agradeço a todos – familiares, professores(as), amigos(as), alunos(as) e colegas – que contribuíram de forma direta ou indireta para minha formação humana e intelectual.

O profissional da Medicina tem em suas mãos a possibilidade de manejar uma ferramenta: a palavra que, se bem utilizada, pode resultar fundamental para devolver às pessoas o bem-estar e a saúde perdida.

Bertha Gutiérrez Rodilla

RESUMO

Esta pesquisa visa propor bases para a construção de redes de palavras-chave para artigos de divulgação científica da Medicina, que levam em conta a terminologia médica presente nesses textos. No Brasil, a carência de redes informativas no mundo virtual nos motivou para o trabalho com a terminologia da Medicina. Em virtude desse aspecto, nosso interesse volta-se para a importância de construir sistemas informativos que permitam a aproximação entre as denominações técnico-científicas e as de caráter sociolinguístico, considerando a diversidade que esta apresenta. Preencher esta lacuna significa melhorar o nível de informatividade para o público leigo que acessa o *site* brasileiro ABC da Saúde em busca de conhecimento especializado na área médica. O estudo se apoia nos fundamentos teóricos da Socioterminologia, da Teoria Comunicativa da Terminologia e da Documentação. O *corpus* da pesquisa é constituído de artigos de divulgação científica da Medicina, extraídos do *site* com o auxílio da ferramenta Corpógrafo. As informações foram armazenadas em fichas dispostas em uma base de dados no *Microsoft Access*, o que permitiu uma melhor organização e tratamento das informações. Em seguida, executamos a etapa de análise dos contextos e de identificação dos termos, unidades e expressões linguísticas que funcionam e têm potencial de palavras-chave. Como resultado, propomos redes de palavras-chave que devem articular tanto um eixo vertical, cobrindo a arquitetura conceitual da temática abordada em cada artigo do *site*, quanto um eixo horizontal, direcionado para a linguagem utilizada nos artigos examinados, os quais comportam vários tipos de variação no plano denominativo.

Palavras-chave: Terminologia. Variação terminológica da Medicina. Documentação. Artigo de divulgação científica. Linguística Aplicada.

ABSTRACT

This research paper aims to propose a framework for the construction of key-word networks for Medicine articles of scientific popularization. The lack of virtual informative networks in Brazil has motivated us to develop this work with the terminology of Medicine. Our main interest is focused on the importance of building informative systems which allow for the bridging between technical-scientific and sociolinguistic terms, considering the diversity which the latter presents. Bridging this gap involves improving the level of informativity for the lay public who use the Brazilian ABC da Saúde site to search for specialized knowledge in the medical area. The study is based on the theoretical assumptions of Socioterminology, Communicative Theory of Terminology and Documentation. The corpus used in this research contains Medicine articles of scientific popularization extracted from the site with the aid of a tool called Corpógrafo. The data was stored in specific records disposed in a Microsoft Access database, which allowed for a better organization and treatment of the information. After that, the next step consisted in analyzing the contexts and identifying the terms, units and linguistic expressions which function as and have the potential of key-words. As a result, we propose key-word networks which must articulate both a vertical axis, covering the conceptual architecture of each article's theme; and a horizontal axis, focusing on the language used in the articles, which contain several types of variation in terms of linguistic denomination.

Key-words: Terminology. Terminological variation of Medicine. Documentation. Medicine articles of scientific popularization. Applied Linguistics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Produção da informação	19
Figura 2: Constituição do termo técnico-científico.....	34
Figura 3: Unidades de conhecimento especializado (CABRÉ, 2000)	41
Figura 4: <i>Ranking</i> do site ABC da Saúde em 31 de março de 2007.	49
Figura 5: Lista dos artigos no Corpógrafo	54
Figura 6: Base de dados – Microsoft Access	55
Figura 7: Ficha da doença Toxoplasmose	55
Figura 8: Ficha da doença AIDS	56
Figura 9: Página sobre Toxoplasmose	59
Figura 10: Página sobre Hidrocefalia Infantil.....	60
Figura 11: Página sobre Acidente Vascular Cerebral	60
Figura 12: Página sobre Lúpus Eritematoso Sistêmico.....	61
Figura 13: Página sobre Hepatite C	61
Figura 14: Página sobre Cianose.....	62
Figura 15: Página sobre Pedra nos Rins	62
Figura 16: Página sobre Ataque do Coração.....	63
Figura 17: Eixos de representação do conhecimento e da discursividade	65
Figura 19: Modulação da linguagem.....	91

LISTA DE SIGLAS

CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ISA	– <i>International Federation of Standardizing Associations</i>
ISO	– <i>International Organization for Standardization</i>
IULA	– Instituto Universitário de Linguística Aplicada, da Universidade Pompeu Fabra
IULATERM	– Grupo de pesquisa e estudos em léxico, terminologia, discurso especializado e engenharia linguística do Instituto Universitário de Linguística Aplicada
LA	– Linguística Aplicada
LC	– Linguística de <i>Corpus</i>
OLF	– <i>Office de Langue Française</i>
ORTDC	– Projeto Organização Retórica de Artigos de Divulgação Científica
TCT	– Teoria Comunicativa da Terminologia
TGT	– Teoria Geral da Terminologia
TST	– Teoria Sociocognitiva da Terminologia
UCE	– Unidade de Conhecimento Especializado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA.....	16
1.1 O conhecimento científico divulgado.....	16
1.2 O artigo de divulgação científica.....	17
1.3 A linguagem médica divulgada: aspectos terminológicos	21
2 TERMINOLOGIA E DOCUMENTAÇÃO	24
2.1 Terminologia	25
2.1.1 Teorias terminológicas	27
2.1.1.1 Teoria Geral da Terminologia	27
2.1.1.2 Socioterminologia.....	29
2.1.1.3 Teoria Comunicativa da Terminologia.....	31
2.1.1.4 Teoria Sociocognitiva da Terminologia	33
2.1.2 O termo	34
2.2 Documentação	37
2.2.1 Documentação e Terminologia: um diálogo produtivo.....	39
2.2.2 Descritor e palavra-chave	40
2.3 Variação terminológica	42
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
3.1 Linguística de <i>Corpus</i>	46
3.2 Constituição do <i>corpus</i>	48
3.3 Estrutura organizacional dos artigos de divulgação científica do <i>site</i> ABC da Saúde.....	50
3.4 Organização e tratamento do <i>corpus</i>	53
3.5 Seleção dos termos, das unidades e das expressões linguísticas	56
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	58
4.1 Observações preliminares.....	58
4.2 Identificação das unidades e das expressões linguísticas	64

4.2.1	Explicação do termo técnico-científico	66
4.2.2	Uso de outras denominações	70
4.3	Esquemas de palavras-chave	75
4.3.1	Explicação do termo técnico-científico	76
4.3.1.1	Por paráfrase	76
4.3.1.2	Por definição.....	76
4.3.2	Uso de outras denominações	77
4.3.2.1	De um termo para uma denominação	77
4.3.2.2	De um termo para duas denominações	77
4.3.2.3	De um termo para três denominações.....	77
4.3.2.4	De dois termos para uma denominação.....	78
4.3.2.5	De um termo; para outro termo; para três denominações.....	78
4.3.2.6	De uma denominação para um termo	78
4.3.2.7	Do termo para a sigla.....	79
4.3.2.8	Do termo para o acrônimo ou vice-versa.....	79
4.3.2.9	Do termo; para a sigla; para outra denominação	80
4.3.2.10	Do acrônimo; para outro acrônimo; para o termo por extensão.....	80
4.3.3	Redução e outras denominações.....	80
4.3.3.1	De um termo; para o termo reduzido; para outras denominações	80
4.3.3.2	De uma denominação; para um termo; para variação do termo reduzido....	81
4.3.4	Outros casos.....	81
4.3.4.1	Do termo; para a sigla; para outras denominações; para a explicação do termo por paráfrase.....	81
5	REDES DE PALAVRAS-CHAVE.....	82
5.1	Critérios de construção	82
5.2	Configuração das redes de palavras-chave.....	84
5.3	Proposta das redes de palavras-chave.....	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS	94
	ANEXO A – CORPUS	100
	ANEXO B – FICHAS DA BASE DE DADOS	129

INTRODUÇÃO

Em decorrência do processo de evolução e ampliação do conhecimento que a humanidade experimenta atualmente, o crescimento da terminologia é cada vez maior. Na sociedade de hoje, o contato com o conhecimento deixou de ser restrito aos especialistas, passando a estar presente no dia-a-dia dos cidadãos.

Com a crescente produção científica e o interesse do público em geral pelo conhecimento, os tipos de comunicações sobre temas técnico-científicos multiplicam-se, considerando tanto o nível de formação das pessoas, como sua importância para o usuário¹. Uma das formas utilizadas para aproximar as pessoas sem conhecimento especializado à informação da ciência é a publicação de artigos de divulgação científica², cuja finalidade maior é permitir o acesso do grande público, através de uma linguagem simples, ao conteúdo especializado.

O número de publicações especializadas em divulgar o conhecimento científico tem aumentado sensivelmente durante os últimos anos. Observamos também o aparecimento de *sites* na internet que se preocupam em facilitar o acesso ao conhecimento especializado através de artigos adequados ao usuário leigo.

De forma pioneira, a cidade de Porto Alegre sedia, desde 2000, um *site* inteiramente dedicado à divulgação de informações educativas sobre temas da área da saúde, intitulado ABC da Saúde³. Este *site*, através de seus artigos de divulgação científica, objetiva “veicular ao público leigo informações e orientações, de caráter educativo, na área da saúde, promovendo a qualidade de vida através da prevenção e controle de doenças e problemas de saúde coletiva.” (<http://www.abcdasaude.com.br/sobre.php#Quem>).

¹ No decorrer deste trabalho, ao se referir a nomes que possam ser flexionados, estaremos nos referindo a ambos os sexos.

² Na literatura, é comum aparecerem termos equivalentes, como por exemplo, texto de divulgação científica, texto de divulgação, texto de vulgarização, entre outras denominações.

³ <http://www.abcdasaude.com.br>

Em relação ao artigo de divulgação científica do *site* supra citado, observamos que este lança mão de uma série de recursos linguísticos, no intuito de permitir uma maior compreensão do usuário sobre a temática proposta. Além dos recursos linguísticos já empregados pelos autores dos artigos em questão, um outro poderia facilitar sobremaneira o acesso à informação, para todo e qualquer leitor de artigos de divulgação do *site*. O recurso o qual nos referimos seria um sistema de informações remissivas, representado por redes de palavras-chave.

Estes mecanismos, bastante tradicionais na Documentação, designam-se a orientar os usuários leigos, ou seja, aqueles que não dominam a terminologia da área, na busca, recuperação e ampliação da informação. Nesse caso, os termos, as unidades e as expressões linguísticas assumem grande valor pragmático quando representam nódulos cognitivos básicos do conteúdo, em geral apresentados em linguagem própria dos especialistas.

No Brasil, a carência de sistemas informativos no mundo virtual nos motivou para o trabalho com a terminologia da Medicina. Nosso interesse volta-se para a importância de propor bases para a construção de redes de palavras-chave que permitam a aproximação entre as denominações técnico-científicas e as de caráter sociolinguístico, considerando a diversidade terminológica que esta apresenta. Preencher esta lacuna significa melhorar o nível de informatividade para o público leigo que acessa o *site* ABC da Saúde em busca de conhecimento especializado nas áreas que constituem as Ciências da Saúde.

Em relação ao plano denominativo, os estudos terminológicos levam em conta a variação terminológica, embora as palavras-chave nem sempre coincidam com a terminologia da área, como será referido. Observamos, ainda, que praticamente não há bibliografia a respeito de construção de redes de palavras-chave na área da saúde, especificamente da Medicina e, quando há, sempre se referem a construções na base conceitual.

Ao mesmo tempo, sabemos que a Medicina, como campo do saber, é objeto de grande interesse na sociedade atual que, cada vez mais, busca informações sobre os mais diferentes aspectos de seu conhecimento. Dessa forma, optamos por analisar uma série de artigos de divulgação científica do *site* ABC da Saúde, redigidos exclusivamente por especialistas de quase todas as áreas da saúde, tendo o público leigo como destinatário dessa comunicação. Atualmente, o ABC da Saúde é um *site* de grande visitação, mas que ainda não dispõe de uma rede estruturada de palavras-chave que facilitem a busca, o acréscimo e a recuperação da

informação. Trata-se, desse modo, de uma proposição que deve beneficiar os usuários do *site*, assim como outras propostas de divulgação que visam à informação de artigos destinados aos leitores leigos.

Dessa forma, objetivamos propor critérios para a estruturação de redes de palavras-chave adequadas a artigos de divulgação científica da Medicina, no sentido de:

(1) contribuir para o avanço dos estudos de Terminologia que estabeleçam a interface conceitual, linguística (nível significante) e pragmática dos termos da Medicina;

(2) favorecer as consultas dos usuários leigos, permitindo busca e ampliação da informação do conhecimento no domínio pesquisado.

Estas atitudes significam levar em conta a variação da terminologia médica, relacionando tanto os termos empregados pelos profissionais desta área, quanto às aquelas expressões reconhecidas como sinônimos e nomes populares das doenças, geralmente usadas pela comunidade leiga.

Como se percebe, a tentativa de articular diferentes níveis de linguagem em redes de palavras-chave, que compreenda variações no nível do significante, é o fio condutor principal desta pesquisa. Considerando, então, a relevância de “um sistema segundo de informações” (KRIEGER; MACIEL; BEVILACQUA, 1994), representado por redes de palavras-chave, pretendemos, ao realizar esta pesquisa, contribuir para o desenvolvimento dos estudos aplicados de Terminologia que procuram atender a necessidades de informação de usuários leigos sobre temas relativos à área da saúde, especificamente a Medicina, além de fornecer subsídios para suprir a carência no desenvolvimento de sistemas informativos virtuais que vão permitir a busca, a ampliação e a recuperação de informações de temas inter-relacionados conceitualmente.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, seguidos das referências e de dois anexos.

No capítulo 1, fazemos considerações a respeito da divulgação do conhecimento

científico, do artigo de divulgação científica, além de mostrar características da linguagem médica.

No capítulo 2, desenvolvemos a revisão dos fundamentos teóricos que regem nossa pesquisa, a Terminologia e a Documentação, caracterizando-as e mostrando o diálogo profícuo que se estabelece entre ambas. Abordamos as noções de termo, descritor e palavra-chave, as quais são pertinentes e servem como ponto de partida para as questões investigadas. Dedicamos, ainda, um momento para a discussão a respeito da variação terminológica.

No capítulo 3, voltado para os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, expomos a maneira como foi constituído o *corpus*. Mostramos a estrutura dos artigos de divulgação científica que compõem o *corpus* textual, além de detalharmos as etapas operacionais da pesquisa.

No capítulo 4, descrevemos como foi realizada a análise e a discussão dos dados, fazendo observações preliminares acerca dos modos de apresentação da sinonímia e da variação linguística nos artigos do *site*, para somente em seguida, passar a identificar as unidades e as expressões linguísticas aspirantes a palavras-chave. Elaboramos ainda neste capítulo esquemas de palavras-chave, os quais consideramos de extrema importância no processo de construção das redes.

No capítulo 5, como resultado da pesquisa, apresentamos a posposta de redes de palavras-chave, mostrando seus critérios de construção e sua disposição gráfica.

No capítulo destinado às considerações finais, apresentamos as conclusões do estudo, assim como sugestões para futuras pesquisas. Em seguida, apontamos a bibliografia que serviu como referências citadas e consultadas. Como anexos, foram incluídos os artigos de divulgação científica que compõem o *corpus* textual deste trabalho, bem como as fichas que auxiliaram na análise dos dados da pesquisa.

1 A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

A divulgação científica ajuda as pessoas a conhecer os avanços do mundo e a criar acessos a esse conhecimento.

Miguel Nicolelis

Neste capítulo, expomos uma pequena introdução acerca da divulgação do conhecimento científico, para em seguida apresentarmos uma breve caracterização do artigo de divulgação científica, mostrando as peculiaridades de sua construção textual que envolve, de um lado, a dimensão informativo-textual e, de outro, a dimensão comunicativo-pedagógica. Fechando o capítulo, falamos da Medicina, expondo aspectos particulares de sua linguagem.

1.1 O conhecimento científico divulgado

Graças ao avanço da ciência e do conhecimento técnico, científico e tecnológico, há cada vez mais o interesse dos jovens pela pesquisa. Nas escolas, tanto do nível fundamental quanto do nível médio, alunos se interessam por pesquisas que envolvem conhecimento nas áreas de ciências da computação, linguagem, humanas, biológicas e exatas. Nas universidades, constatamos o interesse dos estudantes pela pesquisa acadêmica. Diversas agências de fomento à pesquisa, como, por exemplo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), incentivam os alunos de graduação e de pós-graduação para a prática da pesquisa com bolsas de auxílio, bem como promove prêmios com o objetivo de incentivar o gosto pela ciência. Por conta disso, as pesquisas de caráter técnico, científico e

tecnológico, nas mais diferentes áreas do conhecimento, têm avançado constantemente. Ao verificar estes fatos, chegamos a uma conclusão: produz-se ciência no país.

Ciapuscio (2003a) diz que o termo *divulgar* é de origem latina e que em francês significa *vulgarizar*; em italiano, *popularizar/divulgar*; em espanhol, *divulgar*; em alemão, *popularizar*. Em qualquer desses idiomas, inclusive em português, divulgar significa “Tornar público ou notório; publicar; propagar, difundir, vulgarizar” (FERREIRA, 2004, p. 694).

O público leigo tem acesso a essa produção científica, geralmente, por meio da mídia, em especial, pela televisão. Entretanto, em razão do crescimento da informática, da popularização do computador e do acesso cada vez maior à internet, a veiculação da informação, das novidades no campo tecnológico, bem como dos resultados de pesquisas em diferentes domínios, têm sido divulgados cada vez mais pela rede mundial de informação.

Segundo Feitosa (1991) o ato de escrever é parte inerente ao trabalho do pesquisador. Isto significa que tão importante quanto os resultados de determinada pesquisa, é a ação de divulgá-la, em um primeiro momento, para a comunidade científica e, posteriormente, para o público em geral. Sendo assim, a divulgação do conhecimento caracteriza-se como um processo de comunicação de absoluta importância, pois uma descoberta científica para ser reconhecida deve ser publicada.

Divulgar, porém, não implica em, necessariamente, comunicar com eficiência. Toda comunicação se destina a um tipo específico de público. Quando um especialista ou um pesquisador escreve para seus pares, ele não se preocupa em sinalizar através de marcas ou de recursos linguísticos o que quer dizer. Entretanto, ao escrever para o leigo, o autor do texto deve ter em mente uma preocupação específica: guiar seu leitor, a fim de proporcionar leitura eficiente e agradável. Somente dessa forma, o autor terá comunicado como deveria, atingindo assim, seu objetivo: a circulação do conhecimento científico através da leitura de seu texto pelo leitor leigo, ação esta que se faz através do artigo de divulgação científica.

1.2 O artigo de divulgação científica

A linguagem utilizada pela ciência é, por vezes, de difícil compreensão, uma vez que os cientistas fazem uso de um vocabulário especializado, muito diferente daquele usado

cotidianamente pelas pessoas que não possuem o conhecimento especializado em áreas do saber.

Sager (1990) nos diz que entre os membros de uma comunidade científica qualquer, a comunicação frequentemente acontece em eventos científicos, como, por exemplo, encontros e congressos, e também através de livros e publicações. Com efeito, é nesse cenário que os especialistas comumente utilizam o “jargão” de suas respectivas ciências, restringindo sobremaneira a comunicação. Nesse sentido, a “língua dos cientistas”, torna-se inacessível, estranha e difícil para os leigos, colocando-os à margem do conhecimento científico.

Pelo fato de o público em geral desconhecer os “jargões” técnico-científicos, a atividade de divulgar o conhecimento relativo à técnica e a ciência constitui-se em uma prática não apenas comunicativa, mas também pedagógica, em que se estabelece um elo entre a comunidade científica e a leiga. Como prática comunicativa, reformula as características discursivas e textuais, fazendo uso de recursos linguísticos, como expressões explicativas, definições, paráfrases, além de variações denominativas no nível socioprofissional; como prática pedagógica, revela uma preocupação de caráter didático no processo de divulgação.

Seria então imprescindível a criação de um gênero textual⁴ situado entre o falar científico e o falar comum, objetivando ligar dois lados distintos e fazendo circular o conhecimento técnico, científico e tecnológico. O artigo de divulgação científica é exatamente o gênero textual que está entre a comunicação especializada e a comunicação geral.

Para Ciapuscio (2003b) quando nos referimos ao artigo de divulgação científica, em qualquer que seja o ponto de vista, falamos no gênero que adentra no terreno da linguagem profissional. É neste instante que a terminologia exerce um papel substantivo dentro da linguagem, na perspectiva tanto do texto especializado como no texto de divulgação.

No Brasil, o número de textos e de publicações especializadas em divulgar o conhecimento técnico, científico e tecnológico tem aumentado sensivelmente durante os últimos anos. Em decorrência de tal aumento, desde o início da década de 1990, ampliaram-se os estudos linguísticos acerca dos artigos de divulgação científica. Podemos citar como exemplo a obra clássica de Coracini (1991), além de outros trabalhos relevantes sobre essa

⁴ Entende-se como gênero textual todas as “realizações linguísticas concretas definidas por propriedades sócio-comunicativas” (MARCUSCHI, 2002, p. 23).

temática: Leibrunder (2000), Zamboni (2001), e o Projeto Organização Retórica de Artigos de Divulgação Científica (ORTDC)⁵.

Com relação aos autores deste gênero, dizemos que geralmente são jornalistas, sendo que podem ser escritos também pelos próprios especialistas, no momento em que exercem o papel de divulgadores, buscando explicitar seu campo de saber. É em virtude desse aspecto que Mortureux (1982) explica que a característica maior do texto de divulgação científica é que este gênero é elaborado a partir de um texto mais especializado.

Em razão dessa dualidade (jornalistas e especialistas no papel de divulgadores), este texto tanto ocupa o plano da mídia (jornal, revista, internet etc.) sob a forma de gênero voltado à divulgação de temas científicos para o público em geral, como preenchem o espaço da pesquisa científica. Assim, na elaboração de um artigo de divulgação científica, o autor trabalha na formulação de um novo discurso, que, como vimos, tem como ponto de partida o discurso científico.

Em virtude dessa condição – conteúdo científico dirigido ao público leigo –, esse gênero caracteriza-se pelo emprego concomitante da linguagem específica e daquela de circulação geral, o que corresponde respectivamente ao léxico especializado e ao comum. Por esse motivo, os artigos dessa natureza buscam adequar a linguagem técnico-científica à linguagem comum, buscando uma equivalência linguística entre as duas. Observemos a figura abaixo:



Figura 1: Produção da informação

Dessa maneira, o que o autor de um artigo de divulgação científica faz é produzir a informação, através de uma linguagem acessível, fazendo uma espécie de conversão de um

⁵ O Projeto ORTDC é coordenado pela Profa. Dra. Maria Eduarda Giering, pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, e já analisou 120 artigos de divulgação científica publicados em contexto midiático.

conhecimento puramente especializado para um nível mais claro, que possa ser inteligível por leitores leigos. Assim, além da característica informativa, percebemos uma preocupação com o padrão de linguagem presente nesse gênero, o que também expressa, como já colocamos, uma finalidade didática.

Com relação ao aspecto conceitual, Ciapuscio (1998) faz uma análise a respeito deste nível em categorias distintas de textos que tratam da mesma temática e que se destinam a diferentes tipos de leitores, medindo a profundidade e o alcance do conhecimento veiculado através de dois parâmetros:

(1) pela utilização de uma terminologia específica;

(2) pelo reconhecimento da variação terminológica.

A autora analisa de que maneira a variação dos termos, no plano conceitual, se adequa à variação no plano do discurso, no intuito de modular o nível de informatividade a ser oferecida ao leitor, de forma que o texto se torne mais ou menos inteligível. Segundo a análise realizada, ao não oferecer variação terminológica, o texto mostra um maior grau de densidade do conhecimento especializado proposto ao leitor. Nesse sentido, podemos apontar que a variação denominativa caracteriza o artigo de divulgação científica, pois o uso desta revela a preocupação do autor em escrever um texto que seja claro para seu destinatário, baseado no nível de conhecimento do público leitor.

Assim, ao escrever um artigo de divulgação, o especialista, enquanto divulgador, transpõe para o público leitor, em geral leigo, a terminologia decodificada em uma linguagem de mais fácil compreensão, em que estão presentes os conhecimentos inerentes da ciência e da tecnologia. Dessa maneira, a linguagem de divulgação técnica e científica não apenas deve trabalhar em colaboração com o terminólogo, mas também ser solidária com os princípios fundamentais do trabalho com as terminologias, com a meta sempre de procurar solucionar questões cotidianas na prática profissional.

1.3 A linguagem médica divulgada: aspectos terminológicos

A Medicina, como uma das mais antigas e sedimentadas áreas do conhecimento humano, desenvolveu uma linguagem que, para os leigos, é hermética e de difícil compreensão, visto que é repleta de particularidades. Rodilla (2005, p. 131) afirma:

Dentro do campo da terminologia científica e técnica, as ciências da saúde e, concretamente, a medicina, apresentam algumas peculiaridades e problemas específicos entre os quais podemos destacar os que derivam dos intercâmbios comunicativos que se estabelecem entre o profissional e o usuário do sistema de saúde ou o leigo em geral.⁶

Ao se deparar com um texto de Medicina, o leigo tem a sensação de estar adentrando em uma nova linguagem, embrenhada de “palavras” e “expressões” desconhecidas. Este pensamento é bem comum quando se acessam, por meio de textos, tanto de natureza escrita quanto oral, as terminologias específicas de cada área do saber. Isto quer dizer que todo ramo de especialidade tem seus termos, seus conceitos, suas fraseologias e sua linguagem especializada.

Vale ressaltar que os termos da Medicina são regularmente formados a partir de radicais, prefixos e sufixos gregos e latinos, o que expressa uma tentativa de alcançar o máximo de exatidão no significado, assim como uma troca comunicativa eficiente dos conhecimentos científicos entre cientistas de diferentes línguas e culturas.

Mattoso Câmara Jr. (1975) refere-se a campos semânticos constituídos por termos da língua portuguesa oriundos do latim popular, do latim erudito e de outras línguas. Entre esses campos semânticos, estão termos representativos dos campos das partes do corpo humano. O escritor e médico Moacyr Scliar, com Doutorado em Saúde Pública, afirma em um de seus vários livros acerca da Medicina (2002, p. 55), que para perceber a formação e entender o termo médico “[...] é preciso saber que, como outras linguagens técnicas ou científicas, ele tem seus componentes. O primeiro deles é a raiz. A esta são acrescentados prefixos e sufixos.” De fato, observando o termo *nefrologia*, notamos a presença do prefixo “nefro”, que em grego quer dizer rim, e “logos”, que significa estudo. Logo, a nefrologia pode ser

⁶ “[...] dentro del campo de la terminología científica y técnica, las ciencias de la salud y, en concreto, la medicina, presentan algunas peculiaridades y problemas específicos entre los que pueden destacarse los que se derivan de los intercambios comunicativos que se establecen entre el profesional y el usuario del sistema sanitario o el profano en general.”

entendida como o estudo do rim. Outros exemplos de afixos gregos usados na formação de termos médicos também comprovam essa explicação: o prefixo “*hemo-*” forma, por exemplo, *hemopatia*, *hemodiálise*; sufixos como “*-ite*” designam doenças inflamatórias de órgãos: *bronquite*, *amigdalite*; “*-oma*”, indicam *tumor*, como é o caso de *blastoma* e *mioma*. Esse tipo de formação, oriundo de domínios essencialmente clássicos, baseia sua terminologia em formantes greco-latinos, como é o caso da Medicina.

Não obstante, com o decorrer do tempo, constatamos uma ampliação de recursos na formação dos termos médicos, como por exemplo, a denominação de uma doença por meio da utilização do nome do cientista que descobriu ou foi fundamental na descoberta dela: *Doença de Chagas*, *Mal de Parkinson*, *Tumor de Ewing*, só para citar alguns casos.

Outro fato que destacamos no conjunto das características terminológicas da linguagem médica é a busca pela precisão conceitual, em que cada unidade terminológica empregada, em princípio, tem um único significado, um conceito próprio, aceito e compartilhado pela comunidade científica que a utiliza.

No entanto, essa compreensão de língua ideal, padronizada, uniforme, dá lugar a uma concepção de língua dinâmica, variável, cujas unidades em universos discursivos especializados variam em função dos contextos social, situacional, espacial e linguístico em que circulam. Para Finatto (2001, p.67)

A partir do referencial socioterminológico, influenciado pelos modelos variacionistas labovianos de descrição da linguagem, passou a ser reconhecida e validada a abordagem das questões relativas à comunicação profissional a partir de, pelo menos, três ângulos diferentes: (a) pelo enfoque linguístico, de fundo gramatical, também variacionista, incluindo sua dimensão textual, pragmática e discursiva; (b) cognitivo, vinculado ao reconhecimento das dinâmicas do conhecimento; (c) sociológico, relativo às repercussões sociais de implantação de terminologias.

Entre outros aspectos, cabe ressaltar que, no contexto da globalização e do processo de ampliação do conhecimento técnico-científico que experimenta a humanidade, o nível de informação deixou de ser restrito ao especialista, passando a estar presente no dia-a-dia de outros profissionais envolvidos com o uso da linguagem, além dos usuários do léxico geral, conforme é expresso por Krieger e Finatto (2004, p. 27):

Inscreve-se na emergência do conhecimento e domínio de determinadas terminologias, **o próprio cidadão**, tendo em vista que a sociedade atual sofre o impacto da acelerada produção do conhecimento, traduzido pelas mais variadas inovações tecnológicas que afetam seu cotidiano. Consequentemente, amplia-se o contato e o uso das terminologias, mesmo com alterações denominativas e perdas conceituais, efeitos próprios da divulgação do conhecimento em grande escala. (Grifo nosso).

Mesmo assim, os profissionais da área médica, ao escreverem um texto sobre determinada doença, fazem-no pensando em uma comunicação intra-profissional, ou seja, direcionada a médicos e/ou profissionais da área da saúde. Trata-se, desta forma, de um discurso especializado, em que o especialista escreve para seus pares, com o objetivo de difundir o conhecimento. Com isso, mantêm-se intercâmbios com o propósito de difundir e discutir o conhecimento científico em comunicações escritas e orais.

Em razão do hermetismo que permeia a linguagem e a terminologia da Medicina, é que se faz necessário um sistema de informações elaborado à luz dos estudos terminológicos, que tenha como finalidade principal auxiliar no acesso, na ampliação e na recuperação de informações relativas a temas que o leitor leigo considere importantes. Dessa forma, em parceria dos artigos de divulgação científica, tal de sistema será mais uma opção que pode ser utilizada pelo leigo no sentido de compreender o conteúdo dos artigos, pois somente através do entendimento de sua linguagem e de sua terminologia é que teremos condições favoráveis para uma comunicação eficaz.

Expostas essas ideias, trataremos no próximo capítulo dos fundamentos teóricos que interessam a esse trabalho.

2 TERMINOLOGIA E DOCUMENTAÇÃO

A terminologia é uma peça chave no processo de documentação; o conhecimento especializado é veiculado através dos termos técnicos. Descrever o conteúdo de um documento requer, conseqüentemente, o uso de uma série de unidades terminológicas que sintetizam seu conhecimento.

Maria Teresa Cabré

Esta dissertação inscreve-se no âmbito dos estudos de Terminologia, considerando que nos ocupamos em dar conta da dimensão linguística e pragmática dos termos técnico-científicos da Medicina.

Nossa pesquisa, todavia, não se restringe apenas aos fundamentos inerentes da Terminologia, mas também menciona a interface que esta disciplina faz com outras áreas do saber, a citar, as Ciências da Informação, representada aqui pela Documentação, e os estudos do texto, comprovando assim sua estreita relação com a Linguística Textual.

É por esta razão que se faz importante destacarmos um necessário entendimento sobre a Terminologia, suas teorias e seu constituinte principal de estudo; em seguida, abordarmos a Documentação, considerando sua interligação produtiva com os estudos terminológicos, o que abre espaço para tratarmos de elementos próprios desta ciência – descritores e palavras-chave –, os quais interessam a este trabalho.

2.1 Terminologia

A Terminologia pode ser definida tradicionalmente como a disciplina que tem no termo técnico-científico seu objeto central de análise teórica e aplicada, admitindo que o termo é capaz de representar e transmitir o conhecimento especializado. Por esta razão, considera-se que a Terminologia é um campo de conhecimento.

Com relação ao termo *terminologia*, Krieger (2001a) afirma que pode ser grafado de duas formas: i) quanto se tratar de um conjunto de termos, é grafado com “*t*” minúsculo; ii) quando se referir à disciplina ou ao campo de estudos que se dedica ao estudo de termos e conceitos usados nas línguas de especialidade, é grafado com “*T*” maiúsculo.

A despeito do interesse que a Terminologia despertava no passado, foi somente no século XX que esse campo de conhecimento tomou maior proporção. Entretanto, a terminologia, como fenômeno da linguagem, é bastante antiga, pois desde que o ser humano se manifesta e busca conhecimento, encontra-se diante de comunicações especializadas. Como exemplifica Rondeau (1984), os vocábulos especializados já eram utilizados pelas civilizações da Antiguidade Clássica, a citar, a expressão dos pensadores e filósofos gregos, a língua de negócios dos comerciantes cretas, a terminologia militar utilizada nas guerras etc.

Neste sentido, desde muito cedo, os pesquisadores e estudiosos sentiram necessidade em sistematizar a linguagem científica. As línguas latina e grega, por exemplo, foram usadas na organização da nomenclatura da Biologia. O cientista sueco Karl Von Lineu (1707-1778) propôs uma nomenclatura universal para a Botânica e para a Zoologia que, até hoje, salvo pequenas diferenças, ainda é empregada para denominar as espécies da fauna e da flora no mundo inteiro.

Como muitas outras, a Terminologia possui uma natureza interdisciplinar, pela estreita ligação que mantém com diversas áreas: com a Filosofia, na estruturação e na formação de conceitos e conhecimentos; com a Psicologia, quando trata da teoria da percepção; com a Linguística, tomando por base as teorias de formação e de estruturação do léxico; com a Lexicologia, baseando-se nos métodos de descrição e de apresentação de informações das palavras. Destacamos, sobretudo, a afirmação de Sager (1990, p.4) ao dizer que:

A terminologia diz respeito ao estudo e ao uso de sistemas de símbolos e signos linguísticos empregados para a comunicação humana em áreas de atividades de conhecimentos especializados. É primeiramente uma disciplina linguística (...) Tem caráter interdisciplinar, uma vez que também toma emprestados conceitos e métodos da semiótica, epistemologia, classificação, etc. (...) Apesar de a terminologia ter sido no passado muito mais ligada aos aspectos lexicais das línguas de especialidade, o seu escopo abrangia a sintaxe e a fonologia. No seu aspecto aplicado, a terminologia está relacionada à lexicografia e aos usos de técnicas da ciência da informação e da tecnologia.⁷

Com efeito, é relevante, nas últimas décadas do século passado, o desenvolvimento da Terminologia, devido à proliferação de termos do conhecimento científico e de produtos tecnológicos. A consequência imediata foi a ocupação e a preocupação por parte dos estudiosos com o surgimento de um elevado número de conceitos e termos novos. Dessa forma, os tipos de comunicações especializadas multiplicam-se em função do nível de formação do público. Alain Rey (1979, p. 116), com senso crítico inovador, relata que:

Os vocabulários científicos, técnicos, institucionais, instrumentos obrigatórios da constituição e da transmissão do saber, da harmonização da cultura, do desenvolvimento pedagógico, eram tradicionalmente usados sem ser bem percebidos, salvo pelos próprios especialistas. A tomada de consciência das dimensões linguísticas, formais e, em particular das léxico-terminológicas dos problemas culturais ou sócio-econômicos, torna desejável um grande esforço nesta direção e um desenvolvimento da terminologia.⁸

A ideia de Rey está na proposição de entender e de tratar a terminologia de característica técnica e científica como pertencente às questões da linguagem e não como algo ideal e homogêneo, que se propõe apenas a uma comunicação restrita a especialistas, desconsiderando fatores linguísticos como ambiguidade e variação.

No que concerne à aplicação, o trabalho com a Terminologia volta-se para os princípios e metodologias de organização e elaboração de dicionários técnicos e/ou científicos, glossários, bancos de dados terminológicos, mapas conceituais, ontologias, só para

⁷ “Terminology is concerned with the study and use of the systems of symbols and linguistics signs employed for human communication in specialized areas of knowledge and activities. It is primarily a linguistic discipline (...) It is inter-disciplinary in the sense that it also borrows concepts and methods from semiotics, epistemology, classification, etc. (...) Although terminology has been in the past mostly concerned with lexical aspects of specialized languages, its scope extends to syntax and phonology. In its applied aspect terminology is related to lexicography and uses techniques of information science and technology.”

⁸ “Les vocabulaires scientifiques, techniques et institutionnels, outils obligatoires de la constitution et de la transmission du savoir, de l’harmonisations de la culture, du développement pédagogique, étaient traditionnellement utilisés sans être bien perçus, sauf par les spécialistes eux-mêmes. La prise de conscience des dimensions linguistiques, formelles, et en particulier lexicoterminologiques des problèmes culturels ou socio-économiques rend très souhaitable un effort accru dans cette direction, et un développement de la terminologie.”

citar alguns instrumentos que necessitam de uma sistematização dos termos de um campo do saber. Diferente do que se imagina, o trabalho terminológico não se propõe apenas a elaborar e a organizar obras de referência. Com relação a isso, Krieger (2001b, p. 23) diz:

[...] costuma-se julgar que elaborar um dicionário técnico-científico restringe-se ao domínio de uma metodologia quantitativa. Tal posição desconhece, entre outros fatores, que os termos são entidades complexas que, a despeito de suas particularidades, integram o funcionamento das línguas naturais.

Após a visão do conceito de Terminologia, revisitaremos, a seguir, as teorias terminológicas, desde sua abordagem clássica até os novos modelos propostos no estudo da comunicação especializada.

2.1.1 Teorias terminológicas

Antes de avançar o estudo em Terminologia, é conveniente a apresentação das teorias terminológicas que embasam esse campo do saber. São elas a Teoria Geral da Terminologia proposta por Wuster; a Socioterminologia de Gaudin; a Teoria Comunicativa da Terminologia, elaborada por Cabré e seus colaboradores do Grupo IULATERM⁹; e a Teoria Sociocognitiva da Terminologia, de Temmerman.

2.1.1.1 Teoria Geral da Terminologia

A Teoria Geral da Terminologia (TGT) fundamenta-se nos postulados racionalistas que orientaram a Escola de Viena. O principal representante desse grupo é o engenheiro austríaco Eugen Wuster (1898-1977), para quem a Terminologia tinha como principal objetivo a função normalizadora¹⁰ das línguas de especialidade. Além disso, ele, já nos anos 1960, considerava a Terminologia como um ramo da Linguística Aplicada (LA), pelo caráter interdisciplinar desta disciplina – a serviço dos vários domínios técnico-científicos –,

⁹ Grupo de pesquisa e estudos em léxico, terminologia, discurso especializado e engenharia linguística do Instituto Universitário de Linguística Aplicada, da Universidade Pompeu Fabra, em Barcelona.

¹⁰ Para Krieger e Finatto (2004, p.39) “Há uma distinção entre normalizar e normatizar. *Normalizar* compreende aparelhar as línguas para todas as formas de expressão, sobretudo a expressão técnico-científica. *Normatizar* diz respeito à fixação de uma determinada expressão como a mais adequada.”

entendendo que a língua de especialidade é um instrumento da comunicação linguística, que veicula informações entre os especialistas de uma mesma área.

Sobre a relação existente entre a Terminologia e a LA, o próprio Wuster proferiu, em 1972, durante o III Congresso Internacional de LA, que:

Pertencer à linguística aplicada é precisamente o que caracteriza, em larga medida, o estudo geral da terminologia. Isto torna implícito o fato que ela é um ramo da Linguística Aplicada. Eis aqui, com efeito, a descrição que se deu desta última e que é tomada a Gunther Kandler. Ela vai além da Linguística por reunir conhecimentos linguísticos em todos os domínios da vida e torná-los úteis a todos os domínios da vida. (*apud* RONDEAU, 1984).

Em sua tese de Doutorado¹¹, publicada em 1931, Wuster dedicou-se à normalização da terminologia da Eletrotécnica, o que de certa forma influenciou para que o mesmo procedimento ocorresse em outras áreas do saber técnico-científico. Como consequência, foi criado, em 1936, o Comitê 37 (TC 37) da ISA (*International Federation of Standardizing Associations*), órgão antecessor a ISO (*International Organization for Standardization*)¹².

Na realidade, a maior preocupação de Wuster era com a normalização das terminologias e sua consequente padronização, com o objetivo de favorecer a univocidade¹³ comunicacional entre especialistas. Para ele e seus discípulos, a centralidade foi a valorização da dimensão conceitual dos termos, em detrimento do componente linguístico. Para um melhor entendimento desta análise, Krieger e Finatto (2004, p. 33) explicam:

Como se depreende, a prevalência do componente conceitual sobre o linguístico está intimamente relacionada à concepção wusteriana de que os termos expressam conceitos e não significados. Ao contrário destes que são linguísticos e variáveis, conforme o contexto discursivo e pragmático, os conceitos científicos são atemporais, paradigmáticos e universais.

Pelo idealismo do modelo, o termo se manifesta motivado, unívoco, monossêmico monorreferencial e transparente, nomeando um conceito científico universal, estático e

¹¹ “Normalização Internacional na Técnica, especialmente na Eletrotécnica” (*Internationale Sprachnormung in der Technik, besonders in der Elektrotechnik*).

¹² O TC 37/ISA recebeu o título de “Terminologia: princípios e coordenação” para a formulação de princípios e regras gerais para a estandardização da terminologia. Atualmente o Comitê 37 pertence a ISO (TC 37/ISO - “Terminology and other language and content resources”).

¹³ A univocidade existe quando um conceito somente pode ser designado por apenas um único termo.

permanente, no intuito de garantir a transmissão de informações entre os especialistas, nos níveis nacional e internacional, evitando assim ruídos na comunicação. Nessa perspectiva, a TGT rejeita totalmente a ideia da variação linguística.

O conceito, por sua vez, localiza-se de forma bem delimitada em uma estrutura conceptual de uma área especializada e caracteriza-se por ser objetivo e desprovido de qualquer nuance conotativa, por isso ocupa um lugar central no modelo. Relacionando-se a um termo, o resultado é um signo que se estabelece seja pelo uso, seja pela criação artificial. Para sua denominação, consideram-se regras formuladas por organismos de normalização terminológica. A investigação terminológica considera a língua de especialidade do ponto de vista essencialmente sincrônico e prioriza a escrita dos termos como base de análise.

2.1.1.2 Socioterminologia

Embora a TGT tenha contribuído para o desenvolvimento da Terminologia, ela mostrou-se insuficiente e foi criticada por tratar dos termos apenas como representação do conceito. Assim, uma outra visão da Terminologia é a da Socioterminologia.

Segundo De la Torre (2004, p. 46), “Boulanger é o primeiro a utilizar a palavra *socioterminologia* no colóquio internacional *Problemas da definição e da sinonímia em terminologia* no ano de 1982”¹⁴. Passados quase dez anos do colóquio, Boulanger (1991) publica pela revista *Terminogramme* do *Office de Langue Française* (OLF) seu artigo intitulado “Uma leitura sociocultural da terminologia”¹⁵, em que discute a perspectiva socioterminológica como sendo atenuante diante do exagero prescritivo imposto pela norma terminológica. Em 1993, Auger reitera o pensamento de Boulanger a respeito do caráter prescritivo da Terminologia.

No entanto, é François Gaudin (1993), com a publicação de sua tese de Doutorado¹⁶, que discute com mais particularidade a influência da terminologia direcionada para o social, quando diz que:

¹⁴ “Boulanger es el primero en utilizar la palabra *socioterminología* en el coloquio internacional *Problèmes de la définition et de la synonymie en terminologie* en el año de 1982.”

¹⁵ “Une lecture socio-culturelle de la terminologie”.

¹⁶ “Por uma socioterminologia: dos problemas semânticos às práticas institucionais” (*Pour une socioterminologie – des problèmes sémantiques aux pratiques institutionnelles*).

[...] a socioterminologia, com o suposto de que deseja ultrapassar os limites de uma terminologia ‘de escrivão’, deve localizar a gênese dos termos, sua recepção, sua aceitação, mas também as causas do insucesso e as do sucesso, no âmbito das práticas linguísticas e sociais concretas dos homens que empregam tais termos. Estas práticas são essencialmente aquelas que se exercem nas esferas de atividade. Eis porque a socioterminologia devia reencontrar as reflexões nos laços que se criam entre trabalho e linguagem.¹⁷ (GAUDIN, 1993, p.216).

De acordo com esse pensamento, a Socioterminologia é contrária à análise *in vitro* dos termos, propondo que estes sejam analisados a partir de uma observação *in vivo* das línguas de especialidade.

Vista primeiramente como uma abordagem da Terminologia, a Socioterminologia logo ganhou *status* de disciplina, como bem explica Faulstich (2006, p. 29):

A socioterminologia é, portanto, um ramo da terminologia que se propõe a refinar o conhecimento dos discursos especializados, científicos e técnicos, a auxiliar na planificação linguística e a oferecer recursos sobre as circunstâncias da elaboração desses discursos ao explorar as ligações entre a terminologia e a sociedade. Uma teoria socioterminológica se assenta em princípios e fundamentos que constituem os eixos principais de uma revisão prática e subsidiam as reformulações do que se fazia em anos anteriores.

O princípio fundamental dessa vertente é reconhecer o caráter variacionista que os termos assumem, pois fica entendido que as terminologias têm uma variação sociodiscursiva. Essa teoria, dessa forma, passa a combater diversos mitos, legado deixado pela TGT: o da monossemia do termo, o do purismo do discurso, o dos domínios estanques e outros que nasceram oriundos de concepções lógicas e ideais, baseadas em uma linguística de essência puramente cartesiana. Recorremos novamente a Faulstich (1995, p. 292) que diz:

A socioterminologia focaliza o dado terminológico de maneira contrária à postura normativizadora da terminologia da década de 30. Nenhuma língua é um bloco homogêneo e uniforme, mas um sistema plural, constituído de normas que evidenciam os usos reais em variação.

¹⁷ [...] la socioterminologie, pour peu qu'elle veuille dépasser les limites d'une terminologie "greffière", doit replacer la genèse des terms, leur réception, leur acceptation mais aussi les cause de leur échec et les raisons de leur succès, au sein des pratiques langagières et sociales concrètes des hommes qui les emploient. Ces pratiques sont essentiellement celles qui s'exercent dans des sphères d'activité. C'est pourquoi la socioterminologie devait rencontrer les réflexions sur les liens qui se nouent entre travail et langage.

Como consequência do embate entre a TGT e a Socioterminologia, temos o reconhecimento da variação linguística dentro da comunicação especializada, ou seja, a noção de que uma língua de especialidade não é um subconjunto estruturalmente homogêneo, e, sim, um conjunto de variedades em função dos usos e situações comunicativas reais, visto que a categorização das unidades lexicais especializadas está relacionada com o universo cultural em que os indivíduos estão inseridos. Assim, para Gaudin, a variação é o ponto que norteia o desenvolvimento da Socioterminologia, uma vez que chama atenção “para a necessidade de efetivar o diálogo interdisciplinar entre as áreas de conhecimento afetas à problemática terminológica” (KRIEGER; FINATTO, 2004, p. 35).

2.1.1.3 Teoria Comunicativa da Terminologia

Outra vertente do estudo da Terminologia é a Teoria Comunicativa da Terminologia (TCT). Nascida na Espanha e encabeçada por Maria Teresa Cabré (1993, 1999), essa teoria é constituída por mudanças motivadas no âmbito da linguagem e também no âmbito socioeconômico. O crescimento que experimentou a Linguística com o estudo do uso da língua, partindo de aspectos pragmáticos, sociolinguísticos, das Teorias do Texto, sob a perspectiva da Análise do Discurso, e pelas diversas transformações vividas pelas sociedades, sobretudo no nível tecnológico e econômico, afetou diretamente as necessidades terminológicas. Como consequência, tem-se o fácil acesso do público em geral a áreas muito especializadas.

Esta teoria, que denominamos Teoria Comunicativa da Terminologia, requer que, tanto do ponto de vista teórico como do metodológico, se contemple a **variação linguística em toda a sua dimensionalidade**, se assuma a condição de adequação dos termos e se integrem aspectos psicolinguísticos implicados (compartilhados com a perspectiva cognitiva) e os elementos sociolinguísticos relacionados (compartilhados com a perspectiva social)¹⁸. (CABRÉ, 1999, p. 126).

O objetivo da TCT não é o distanciamento e o isolamento entre a palavra e o termo. Com base nesse olhar, o termo não ignora seus aspectos linguísticos, cognitivos e sociais. Por

¹⁸ “Esta teoría, que hemos denominado Teoría Comunicativa de la Terminología, requiere que, tanto desde el punto de vista teórico como desde el punto de vista metodológico, se contemple la variación lingüística en toda su dimensionalidad, se asuma la condición de adecuación de los términos y se integren los aspectos psicolinguísticos implicados (compartidos con la perspectiva cognitiva) y los elementos sociolinguísticos relacionados (compartidos con la perspectiva social).”

não distinguir “termo” de “palavra”, em se tratando do aspecto morfossintático e no funcionamento da linguagem, o texto e o conhecimento especializado de uma determinada área passaram a ter um papel preponderante dentro da Terminologia, na medida em que termos e palavras não se diferenciam enquanto itens lexicais, pois são as situações comunicativas que permitem, desse modo, a identificação dos mecanismos de ativação do valor especializado que as palavras adquirem nas línguas especializadas. A esse processo, chama-se terminologização, podendo ocorrer também o inverso, a divulgação, vulgarização ou banalização, o que comprova o limite tênue, a quase inexistência de fronteira entre o léxico geral e o léxico especializado.

Assim, para a TCT existem três dimensões: a linguística, a cognitiva e a comunicativa. Ou seja, a teoria deve dar conta da complexidade e “poliedricidade” dos termos, dos fenômenos da linguagem, dos aspectos cognitivos, linguísticos e comunicativos das terminologias. A TCT postula que:

- A Terminologia é linguística;
- A Terminologia é multidisciplinar;
- O termo, como unidade da Terminologia, é uma unidade linguística;
- A terminologia é elemento constituinte do discurso especializado;
- A Terminologia entra na perspectiva da variação dialetal e funcional;
- A Terminologia participa da variação vertical (nível de especialização, compreensão conceitual e compreensão estrutural) e da horizontal (tema, perspectiva e abordagem);
- O texto é objeto de estudo da Terminologia.

As concepções descritas acima revelam verdadeiramente o caráter comunicativo da teoria de Cabré. O aspecto poliédrico das unidades terminológicas, a aceitação de fenômenos linguísticos como a variação e a importância do texto para o tratamento dos termos no interior da comunicação especializada constituem os principais pontos dessa corrente.

2.1.1.4 Teoria Sociocognitiva da Terminologia

Por último, mas não menos importante, temos a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST), de Rita Temmerman (2000). Esta corrente se propõe a demonstrar que existem conceitos que podem ser delimitados e, por terem essa característica, representam o ideal de univocidade proposto pela TGT. A perspectiva cognitivista de termo se fundamenta nos paradigmas da hermenêutica. Para Krieger e Finatto (2004, p. 37):

Em razão do enfoque hermenêutico que privilegia, para a Teoria Sociocognitiva da Terminologia, os termos são unidades de compreensão e de representação, funcionando em modelos cognitivos e culturais.

No entanto, existem termos que apresentam uma estrutura prototípica, caracterizando-se por serem polissêmicos, ou seja, comportam mais de um significado. Além disso, os termos também comportam outros modos de representação denominativa, como por exemplo, sinônimos e variação linguística.

Como vimos, além da influência hermenêutica, a TST considera que os termos estão sempre evoluindo e, como consequência, fenômenos como sinonímia e polissemia ocorrem no campo semântico. A perspectiva de Temmerman rejeita a noção de conceito e de significado, propondo que se fale em unidade de compreensão¹⁹. Assim, cai por terra a ideia de universalização do conceito, conforme Barros (2006, p.23):

o conceito não é universal nem imutável, mas a expressão de um conjunto de elementos de natureza linguística que se consubstanciam em um texto que possui não apenas uma dimensão linguística, mas também pragmática, discursiva e comunicativa. Diante dessa nova concepção de termo, as investigações científicas desenvolvidas pela linguística textual sobre o texto de especialidade ganham relevância e seus achados são preciosos para a terminologia.

Essa visão da sociocognitiva Terminologia, assim como a Socioterminologia e a TCT, também leva em consideração o texto especializado em que as unidades lexicais especializadas estão inseridas. Frente a essa nova concepção de termo, as pesquisas que são fundamentadas pelas teorias da Linguística Textual ganharam enorme valor. Os resultados obtidos por elas são de grande relevância para os estudos terminológicos.

¹⁹ Unit of understanding.

2.1.2 O termo

Desde os primeiros estudos terminológicos, o termo técnico-científico é visto como componente principal da Terminologia. Dessa forma, esta unidade representa o objeto central, mas não único, do estudo terminológico²⁰. Segundo Krieger (2001b, p. 62), “entender o termo é, de certa forma, entender o sentido maior desta área de conhecimento.”

Como vimos, para a Escola de Viena, os termos são responsáveis por uma univocidade comunicacional, pois são unidades especializadas que encerram apenas um conceito e possuem uma denominação. Ao mesmo tempo, a teoria clássica considera o termo uma unidade cognitiva, não valorizando sua dimensão linguística. Wuster (1998, p. 21-22)²¹ explica:

Uma unidade terminológica consiste em uma *palavra* à qual se atribui um conceito como seu significado (...), ao passo que, para a maioria dos linguistas atuais, a palavra é uma unidade inseparável composta de forma e conteúdo.²² (Grifo do autor).

Salientamos, ainda, que para a TGT os termos são considerados signos linguísticos como quaisquer outros, apresentando duas faces, uma denominativa, relacionada ao significante, e outra nocional, relativa ao significado. Vejamos a representação desse pensamento na figura a seguir:

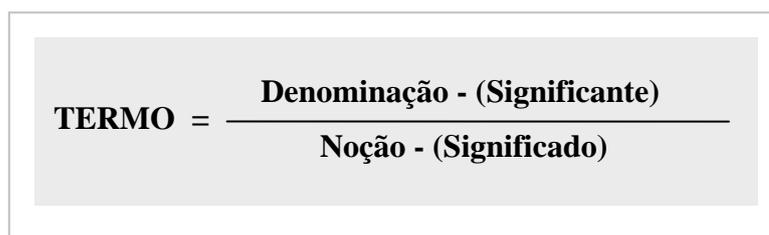


Figura 2: Constituição do termo técnico-científico

²⁰ Consideram-se também como outros objetos de estudo da Terminologia a **definição** e a **fraseologia**. Sobre esses assuntos, conferir, respectivamente, os trabalhos de Finatto (2001) e Bevilacqua (1996, 2004).

²¹ A versão original foi publicada postumamente em 1979, na Alemanha.

²² “Una unidad terminológica consiste en una *palabra* a la cual se le asigna un concepto como su significado, mientras que para la mayoría de los linguistas actuales, la palabra es una unidad inseparable compuesta de forma e contenido.”

Partindo desse princípio, Gouadec (1990, p. 3) explica que “O termo é uma unidade linguística que designa um conceito, um objeto ou um processo”²³. Sager (1993) corrobora com a ideia de Gouadec, afirmando que há um conflito entre a necessidade de se denominar e a vontade de normalizar os nomes: “A denominação tem lugar tão pronto como se estabelece um novo conceito, objeto, processo, etc., que inevitavelmente leva a designações desacertadas e a multiplicação de nomes.”²⁴ (*op. cit.*, p. 169).

Com tais explicações, Gouadec e Sager consideram a ideia de que as diferentes áreas do conhecimento humano têm em seus termos a expressão e a construção do saber científico, além de serem componentes da representação da realidade de um dado campo de saber. Com intuito de exemplificar esse pensamento, tomamos um exemplo de um artigo da área médica quando trata da **infecção urinária**: “A infecção urinária (IU) é a presença de microorganismos em alguma parte do trato urinário. Quando surge no rim, chama-se pielonefrite; (...)” o que representam o objeto, *rim*; o conceito, *pielonefrite*; e o processo, *dialisar*, termo este que se enquadra no mesmo campo semântico.

Com a evolução dos estudos em Terminologia, a ideia wusteriana de que o termo é considerado apenas uma unidade cognitiva foi dando espaço a uma nova concepção, que conferia a unidade terminológica um caráter linguístico.

Dessa forma, ao ser considerado uma unidade linguística, o termo técnico-científico se comporta como qualquer unidade lexical, podendo, por sua vez, ser passível de mudanças de caráter morfossemântico, ou seja, de forma e de sentido. Krieger (2001b, p. 72) explica que:

[...] dada a sua presença, sobretudo, em textos e discursos especializados, significa compreender também que as unidades lexicais terminológicas estão afetadas aos componentes que alicerçam as dimensões semiótica, pragmática e ideológica que presidem os processos comunicacionais.

Por este motivo, Farias (2001, p.32) afirma que “o termo é, por si só, ambíguo”, pois muitas vezes a terminologia é vista como pertencente a campos variados, com finalidades bastante diversas. Diante dessa problemática, podemos vislumbrar duas visões distintas para a unidade da Terminologia: a clássica e a comunicativa.

²³ “Un terme est une unité linguistique désignant un concept, un objet ou un processus.”

²⁴ “La denominación tiene lugar tan pronto como se establece un nuevo concepto, objeto, proceso, etc., lo que inevitablemente lleva a designaciones desacertadas y a multiplicación de nombres.”

A visão clássica acerca do termo é advinda do postulado de Viena. De acordo com esse postulado, surgem propriedades associativas referentes ao componente lexical especializado: a invariabilidade semântica ou monossema, a monorreferencialidade, isto é, o termo deve ter apenas uma referência; e a univocidade, que é a exclusividade denominativa. Tais propriedades são encaradas como ideais dos estudos terminológicos no que diz respeito à sua unidade fundamental de estudo.

Resumindo, a noção de termo pelo viés tradicional, pode ser assim caracterizada:

- Apenas os domínios de especialidade concebem um termo;
- Às unidades terminológicas, não interessam sua função sintática;
- Os termos são unidades afastadas da linguagem natural;
- Os termos obedecem a uma direção onomasiológica, ou seja, vão da base para o conceito, objetivando uma função denominativa;
- Os termos são abordados em seu contexto;
- Os termos são monossêmicos, monorreferenciais e unívocos.

A visão comunicativa identifica-se com a posição assumida por Cabré (1993, 1999) quando é salientado que o termo é uma entidade complexa, poliédrica, em que se consideram além do aspecto cognitivo proposto pela TGT, mais duas outras dimensões: a linguística e a comunicacional. Fundamentada neste princípio, a teoria da escola catalã sustenta que uma unidade do léxico geral assume uma condição de termo dentro do discurso especializado, fazendo com que se amplie mais o campo de estudo.

Castillo (1997) entende que os termos seguem tipos de estrutura que o sistema linguístico permite, empregando os mesmos recursos de formação de palavras e submetendo-se às mesmas regras de combinação e suas restrições. O que distingue a palavra do termo são aspectos pragmáticos. Com base em Cabré (1993), Castillo (*op. cit.*) apresenta cinco fatores:

- Função básica que se propõe;
- Temática de que trata;

- Usuários;
- Situação comunicativa;
- Discursos.

Nas pesquisas atuais, é necessário atentar para um ponto importante dentro do estudo terminológico: o reconhecimento do termo. A palavra é de fácil reconhecimento, pois, diferente do termo técnico-científico, seu uso não se condiciona a uma língua, que por ser especializada, encerra conceitos, ideias, noções teóricas ou aplicação de algum conhecimento específico. Ou seja, não há um limite que seja consistente para separar o léxico comum do especializado. Ressaltamos, portanto, que o reconhecimento do termo é uma das tarefas mais árduas que os terminólogos têm pela frente. Isso se justifica, já que são nos textos especializados em que se encontram as terminologias.

Pelo que foi exposto anteriormente é atualmente, que ao se executar qualquer trabalho relacionado à terminologia, os terminólogos fazem uma espécie de “eleição” em que os “candidatos” a termos são observados no contexto especializado e, somente por este viés, é que são consideradas unidades especializadas ou não. Isto porque casos como os das fraseologias são muito comuns dentro dos textos técnico-científicos. Esta noção pode ser explicada como uma estruturação linguística, de ordem semântica, em que se inserem frases feitas, expressões idiomáticas, locuções nominais e verbais, além de provérbios utilizados em diferentes línguas. Na comunicação especializada, a fraseologia, constituída de pelo menos um termo, representa o nódulo conceitual dos campos de conhecimento.

Percebemos, com isso, que o terminólogo enfrenta vários desafios quando penetra em um universo técnico e/ou científico que, muitas vezes, pouco conhece, e procura entender a problemática em questão, frequentemente apresentada em uma linguagem marcada por alta densidade terminológica.

2.2 Documentação

Como área que se insere dentro das Ciências da Informação, a Documentação trata da organização de referências e de informações bibliográficas, com o fim de permitir ao usuário de sistemas informativos a recuperação e/ou aumento de informações por ele buscadas.

Fuentes i Pujol (1997, p. 15) nos diz que “Ao falar de Documentação nos encontramos com uma ciência jovem, em plena evolução e com múltiplas relações, conexões e interseções”²⁵.

Esta área faz interface com diversas ciências que, como ela, fazem parte do rol das Ciências da Informação, a citar a Gestão da Informação, a Leitura, a Organização e Tratamento da Informação e a Tecnologia da Informação.

A Documentação tem como objeto os documentos, mais especificamente a informação que esses documentos contêm. Baseado nisso, podemos dizer que compete à Documentação a seleção, a organização e a recuperação da informação, a fim de tornar a consulta mais acessível. Este gerenciamento da informação é possível em setores públicos e privados, em espaços industriais, em postos de informação, em bibliotecas, em arquivos, em museus, como também no ensino e pesquisa de disciplinas que compõem a área das Ciências da Informação.

O trabalho com a Documentação visa, geralmente, representar o conteúdo de um documento da forma mais precisa, com a intenção de favorecer o processo de recuperação da informação. Dessa maneira, um dos inúmeros trabalhos feitos na Documentação, e sem dúvida um dos mais importantes, é de indexação. Santos e Ribeiro (2003, p. 122) dizem que a indexação é definida como “uma operação que consiste em extrair os elementos que caracterizam o conteúdo do documento para se obter uma síntese mediante a atribuição de um ou mais termos, com a finalidade de recuperar a informação.”

Para Lancaster (2004) o processo de indexação é estabelecido por duas etapas fundamentais: a análise conceitual e a tradução. Assim, o referido estudioso compreende que a análise conceitual é a identificação dos assuntos de que determinado documento trata, tendo como alvo a representação, a recuperação e a disseminação do conhecimento. É nessa fase que se coletam, selecionam e registram os conceitos relevantes, já visando ao instante da busca e da recuperação da informação. Por sua vez, a tradução auxilia na conversão da análise conceitual de um documento em uma determinada gama de descritores.

É relevante dizer também que a indexação é feita a partir de termos-chave, denominados descritores. O grande objetivo da indexação é facilitar ao usuário de um dado sistema o acesso à informação.

²⁵ “Al hablar de Documentación nos encontramos con una disciplina científica joven, en plena evolución y con múltiples relaciones, conexiones e intersecciones”.

2.2.1 Documentação e Terminologia: um diálogo produtivo

Além da interface que faz com diversas ciências, a Documentação estabelece um diálogo produtivo com a Terminologia Clássica (TGT), já que esta busca uma padronização para tornar unívoca a comunicação especializada, e aquela procura uma padronização de descritores através do vocabulário controlado, que, segundo Barité (1997, p. 154), é um

conjunto estruturado de conceitos destinado à representação do conteúdo de documentos, e que se compreende a organização lógica de tais conceitos em distribuições por classes ou disciplinas, e as relações recíprocas e estáveis que mantêm entre eles.²⁶

Outro ponto importante na relação entre Documentação e Terminologia diz respeito à classificação temática. Existe, nesse aspecto, uma troca de atividades entre as duas ciências, visto que uma complementa o trabalho da outra, numa relação de bilateralidade: a terminologia faz uso das informações que figuram nos documentos; em contrapartida, a Documentação utiliza os termos registrados nos documentos.

Assim, os produtos provenientes do trabalho com a terminologia, como, por exemplo, dicionários, glossários, vocabulários e demais obras de referência, constituem documentos. Tais obras passam a fazer parte de uma base de dados, isto é, uma estrutura informatizada capaz de armazenar e gerenciar dados, estruturada logicamente, de acordo com a natureza dos dados e a finalidade do processamento. Nesse caso, podemos ter duas bases de dados: uma documental que leva em conta os produtos terminológicos citados, e uma terminológica, que considera os termos constituintes da nomenclatura da obra. Dessa forma, pode-se ter, por exemplo, base de dados de informações bibliográficas, base de dados de termos econômicos etc.

No trabalho de documentação, tais bases de dados são utilizadas para facilitar a recuperação da informação, objetivando fazer com que esses sistemas informativos sejam úteis aos usuários. Ambas, Terminologia Clássica e Documentação, igualam-se também no sentido de recusarem a sinonímia e a variação. No entanto, ressaltamos a importância de um sistema de informações que considere a dinâmica da criação terminológica, visto que assim

²⁶ “[...] conjunto estruturado de conceptos destinado a la representación del contenido de los documentos, y que se comprende la organización lógica de dichos conceptos en distribuciones por clases o disciplinas, y las relaciones recíprocas y estables que mantiene entre ellos.”

como a língua geral, as línguas especializadas não negam aspectos morfosintáticos e semânticos. Portanto, um sistema de informações que não incorpora a dinâmica da linguagem especializada não terá muita funcionalidade.

Em vista disso, acreditamos que os sistemas informativos possuam uma base de dados e/ou um tesouro. O tesouro é, por seu turno, um instrumento de tratamento da informação, constituído de descritores relacionados lógica e semanticamente, como, por exemplo, relações genéricas, de equivalência e de associação por contiguidade temporal ou espacial, assim como no caso dos bancos de termos, em que há *softwares* específicos para gerenciar a construção de tesouros. Nessa medida, não se confunde base de dados com tesouros ou com a terminologia de um domínio.

2.2.2 Descritor e palavra-chave

Com o intuito de avançar na reflexão, há que se fazer aqui elucidaciones dos elementos que estão na base da área da Documentação: descritor e palavra-chave.

Para tanto, tomamos por base a ideia de Cabré (2000), em que a autora denomina de unidades de conhecimento especializado²⁷ (UCE) as demais unidades que representam o conhecimento especializado. As UCE, segundo ela, representam o “conjunto de unidades, cujo traço definitorio é a representação do conhecimento especializado de um âmbito”²⁸. Para Cabré, as UCE podem ou não ser linguísticas, podendo incluir um ou mais termos. Observemos a figura a seguir:

²⁷ Unidad de conocimiento especializado.

²⁸ “[...] conjunto de estas unidades cuyo rasgo definitorio es la representación del conocimiento especializado de un ámbito.”

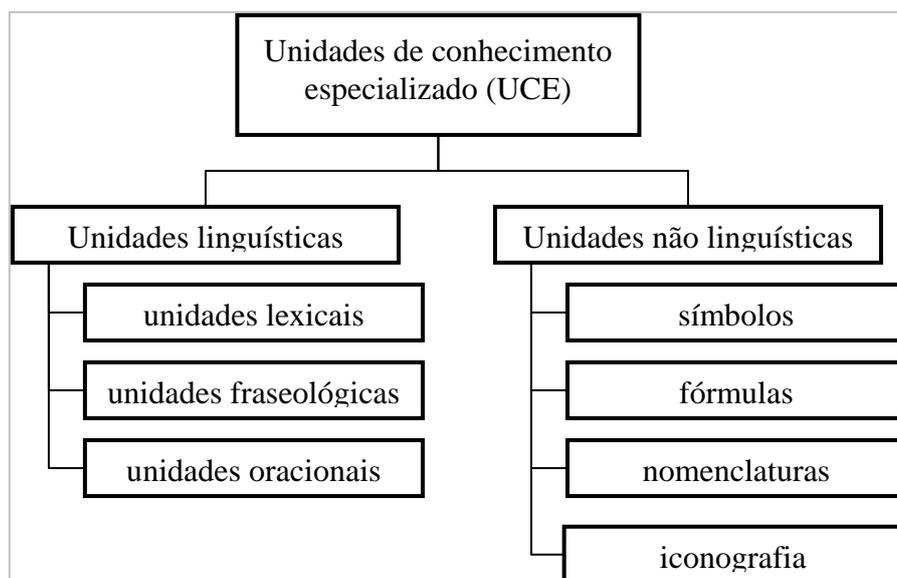


Figura 3: Unidades de conhecimento especializado (CABRÉ, 2000)

Dessa forma, fundamentados na proposição de Cabré (*op. cit.*), podemos caracterizar os descritores e as palavras-chave como UCE, uma vez que não desempenham papel de termo, mas são usadas em um contexto especializado.

Acerca da relação entre descritor e termo, se olharmos do ponto de vista da TGT, ambos nutrem uma relação. Trata-se, porém, apenas de uma equivalência, pois, como vimos em Cabré, os descritores não têm o mesmo rigor das unidades lexicais terminológicas. Para o filósofo Wittgenstein (1984), esses elementos são apenas amálgamas que expressam semelhança de família.

Por manterem uma relação de proximidade com os termos é que Lérat (1997, p. 117) diz que “os descritores são denominações que servem de chaves autorizadas de acesso para a pesquisa, do mesmo modo que os termos são denominações recomendáveis para otimizar a comunicação especializada.” Em suma, os descritores são os nódulos conceituais das áreas de conhecimento utilizados para apoiar o processo de indexação.

Em razão do que foi expresso, os descritores são elementos que habitam uma linguagem artificial, chamada na Documentação de vocabulário controlado. O objetivo desse vocabulário é auxiliar principalmente o bibliotecário, também chamado de documentalista, na organização do conteúdo temático de um documento, estabelecendo uma organização lógico-cognitiva dos conceitos de um domínio especializado. Isso permite a recuperação da

informação, com o princípio de produzir uma univocidade entre especialistas que podem representar o conteúdo do documento indexado. Segundo Araujo (2006, p. 71) esse instrumento da documentação “se destina especialmente a controlar sinônimos, distinguir homógrafos e agrupar termos afins”.

Já as palavras-chave são os nódulos cognitivo-conceituais, que, no entanto, podem coincidir ou não com os termos técnico-científicos. Nas palavras de Araujo (*op. cit.*, p. 23), “as palavras-chave, por sua vez, sintetizam o conhecimento produzido e se propõem a ser o elo de comunicação entre quem produz o saber e quem dele faz o uso.”

Para fins desta pesquisa, consideramos como palavras-chave as estruturas lexicais, que podem ou não ser termos, capazes de representar os focos temáticos essenciais de uma área, facilitando dessa forma o acesso à informação. Com o intuito de explicitar essa ideia, damos como exemplo de palavra-chave a estrutura *açúcar no sangue*, que é um foco representativo da doença *Diabetes Mellitus*.

2.3 Variação terminológica

Vimos que os termos são componentes linguísticos e cognitivos nucleares dos textos especializados que têm a funcionalidade de representar, bem como de divulgar o saber científico e tecnológico. Por esse motivo é que se torna difícil imaginar algum ramo do conhecimento técnico e/ou científico que não possua sua terminologia, razão pela qual Emile Benveniste (1989, p. 252), com extrema propriedade, afirma:

Uma ciência só começa a existir ou consegue se impor na medida em que faz existir e em que impõe seus conceitos, através de sua denominação. Ela não tem outro meio de estabelecer sua legitimidade senão por especificar seu objeto denominando-o, podendo este constituir uma ordem de fenômenos, um domínio novo ou um modo novo de relação entre certos dados. O aparelhamento mental consiste, em primeiro lugar, de um inventário de termos que arrolam, configuram ou analisam a realidade. Denominar, isto é, criar um conceito, é, ao mesmo tempo, a primeira e última operação de uma ciência.

Nessa perspectiva, a Terminologia está diretamente relacionada com o crescimento e desenvolvimento do conhecimento técnico e científico das áreas do saber humano. Esta concepção se sustenta, à medida que as terminologias transmitem ideias e designam

paradigmas e conceitos dos domínios especializados. Isto significa que não há conhecimento especializado sem terminologia.

Como vimos, o termo é considerado o rótulo de um conceito integrante de determinada comunicação especializada, assumindo um valor semântico de um campo de conhecimento, em vista de fazer parte desse campo. Em virtude disso, as terminologias são componentes naturais das línguas naturais, uma vez que aceitam a sinonímia e a variação linguística, bem como outros modos da linguagem em funcionamento.

Em razão desse aspecto é que a TGT, a partir de certo momento, não consegue mais dar conta das implicações observadas no uso da linguagem especializada e no funcionamento da unidade terminológica. Torna-se iminente a proposição de novos postulados, pois, apesar de a teoria wusteriana ser considerada referência para os estudos de terminologia, ela começa, sobretudo na década de 1980, ser posta à prova por também se basear em uma visão positivista de ciência.

Foi, assim, no início dos anos de 1990, que pesquisas de natureza semântica ganham notoriedade no estudo das terminologias. Contudo, ao contrário do que se pensa, Wuster (1998, p. 150), quando propôs sua teoria, já tinha consciência que as línguas tinham a capacidade de variar. Ele registrou em sua obra essa ideia sobre variação:

Denomina-se variação linguística toda **perturbação** da unidade linguística. A variação linguística se caracteriza pelo aparecimento de sinônimos ou homônimos de variação. Uma parte da comunidade linguística utiliza um sinônimo enquanto as demais utilizam outro sinônimo.²⁹ (Grifo nosso).

Como se pode notar, o engenheiro buscou na Linguística sustentação teórica para sua afirmação sobre a variação. No entanto, essa noção acerca do assunto ainda é de perturbação, ou seja, algo que incomoda, que atrapalha, que provoca ruídos na comunicação.

É claro que essa visão “perturbadora” da variação está ultrapassada, uma vez que, por mais que o ideal terminológico seja normalizador, o uso da linguagem demonstra com frequência o total desacerto entre tal visão e a realidade das línguas. Vale lembrar que o conceito de normalização dos termos afina-se com o conceito de harmonização, no qual tais

²⁹ “Se denomina variación linguística toda perturbación de la unidad linguística. La variación linguística se caracteriza por la aparición de sinónimos u homónimos de variación. Una parte de la comunidad linguística utiliza un sinónimo mientras que las demás utilizan otro sinónimo.”

termos estão inseridos ou foram criados. Por esse motivo, o ideal terminológico clássico seria o de fugir de fenômenos linguísticos naturais como a sinonímia, a ambiguidade, a polissemia e a variação, apenas citando alguns. A exatidão no nível conceitual (univocidade e monorreferencialidade) é considerada na TGT a condição adequada na transmissão do conhecimento, favorecendo sobremaneira a comunicação especializada.

No entanto, compreendida como um modo de representação das línguas naturais, a variação linguística faz-se presente em todas as manifestações linguísticas autênticas. Por esse aspecto, pode ser descrita e analisada cientificamente. Notamos claramente que é no âmbito lexical que a variação pode ser mais intensamente observada. A investigação desse aspecto pode ser vista tanto no plano da língua geral, quanto no plano das línguas de especialidade, das quais são responsáveis, respectivamente, a Sociolinguística e a Socioterminologia.

Desta feita, atualmente, as pesquisas socioterminológicas têm-se voltado para os diferentes discursos especializados, incluídos os orais e os escritos, por entenderem que os termos sofrem variação em um mesmo contexto ou em contextos diferentes, e que as variantes devem ser levadas em conta no momento de construção e de elaboração das obras terminográficas e dos textos especializados.

Desta feita, a revisão teórica feita primeiramente por Gaudin, e em seguida por Cabré e Temmerman à teoria de Wuster caracteriza uma ruptura epistemológica significativa na história dos estudos terminológicos. As novas concepções assumidas desde então são atualmente bastante visíveis no estudo e no tratamento do termo técnico-científico, que passa a ser entendido como unidade representativa, comunicacional, que exerce e sofre todas as formas de implicação sistêmicas e textuais próprias de toda e qualquer unidade linguística.

[...] a proposta deve assumir que tanto o conhecimento especializado quanto os textos especializados, como as unidades terminológicas podem ocorrer em diferentes níveis de especialização e serem descritas em diferentes níveis de representação. Só assim, a **terminologia do desejo** passa a ser a **terminologia da realidade**³⁰. (CABRÉ, 1999, p. 126) (Grifo nosso).

³⁰ “[...] la propuesta debe asumir además que tanto el conocimiento especializado como los textos especializados, como las unidades terminológicas pueden darse a diferentes niveles de especialización y describirse en distintos niveles de representación. Sólo así, los términos pueden explicarse en toda su realidad comunicativa y representacional. Sólo así, la terminología del deseo pasa a ser efectivamente la terminología de la realidad.”

Isto significa que as inovações das teorias terminológicas se deram sob o ponto de vista linguístico do funcionamento dos termos nos textos, deixando a ideia apenas cognitivista do postulado da Escola de Viena. Assim a Terminologia passa a tratar das estruturas de conhecimento da forma em que estas são representadas no léxico das línguas especializadas.

Assim, reconhecer que o texto especializado é “o *habitat* natural das terminologias” (KRIEGER, 2001b) representa uma virada nos paradigmas basilares da área, uma vez que os estudos terminológicos clássicos fundamentam-se em um caráter meramente descritivo. Percebemos, dessa forma, um novo olhar perante o comportamento dos termos em seus contextos de ocorrência. Os estudos terminológicos passam a conceber as terminologias como componentes da linguagem natural, com todos os modos de funcionamento decorrentes dela. Desta feita, ao valorizar o contexto das comunicações especializadas, a Terminologia assume uma face linguística, o que a aproxima da Linguística Textual, dada a importância do texto para os estudos em Terminologia.

Diante do exposto, nossa pesquisa irá desenvolver-se considerando as variações terminológicas nos planos conceitual e denominativo, levando-se em conta os vários níveis de linguagem que os termos técnico-científicos da Medicina comportam, visto que no processo de divulgação da ciência através de artigos voltados para o leigo, os autores utilizam como recursos linguísticos a explicação da terminologia por meio de definições, paráfrases, além do emprego de diversas formas de denominação.

Fundamentados no quadro teórico o qual apresentamos, trataremos, no capítulo 3, dos procedimentos metodológicos, os quais envolvem, principalmente, as etapas de constituição do *corpus* e operacionalização dos dados, em que descrevemos a utilidade de uma ferramenta computacional para esta pesquisa, bem como a criação de uma base de dados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método é uma característica essencial da Ciência. A comprovação da hipótese pelos fatos é uma exigência do método. Para Hegel, a ciência é o método.

Edvino A. Rabuske

Na apresentação dos procedimentos metodológicos desenvolvidos nesta dissertação, buscamos explicitar o caminho da pesquisa. Desse modo, tratamos da constituição do *corpus*. Em seguida, observamos os artigos que compõem o *site* ABC da Saúde, sua composição textual, compreendendo que tais artigos procuram seguir uma estrutura de caráter informativo-textual. Por fim, executamos a etapa de organização dos dados, primeiramente no Corpógrafo, para, a seguir, elaborar fichas, com o objetivo de controlar os termos, as unidades e as expressões linguísticas que irão habitar as redes de palavras-chave.

3.1 Linguística de *Corpus*

A pesquisa baseada em *corpus* consiste em utilizar e analisar dados que comprovem e legitimem a investigação científica. Nos estudos linguísticos, esse tipo de pesquisa tem se desenvolvido rapidamente, visto que o avanço da Informática e das Ciências da Informação são também fortes impulsos para o progresso da Linguística de *Corpus* (LC) no Brasil. O léxico, seja ele no âmbito geral ou no âmbito especializado, é uma das áreas que mais recebe a atenção dos linguistas de *corpus*, e é também a que mais se beneficia e se projeta para o mundo.

Assim sendo, devemos procurar uma definição para LC e para *corpus*, tarefa não muito simples de se executar. Isto, pois, por se tratar de uma “abordagem” relativamente nova, algumas questões ainda suscitam dúvidas, como a que ainda discute se a LC é uma disciplina, uma metodologia ou uma abordagem.

Berber Sardinha (2004), um dos mais renomados e atuantes pesquisadores brasileiros na área, considera que a LC não pode ser considerada uma disciplina, pois seu objeto de trabalho investigativo não pode ser de delimitado como em outras áreas. Já no caso de se pensar a LC como uma metodologia, temos que nos questionar qual o conceito que temos de metodologia.

A LC, para ser encarada como uma metodologia, deve considerar dois aspectos:

- (1) Fazer uso apenas de ferramentas computacionais a serviço de outras disciplinas;
- (2) Utilizar uma gama de referenciais teóricos e não apenas suas ferramentas eletrônicas.

Hoey (1997) *apud* Berber Sardinha (2000) considera a LC como uma perspectiva, ao afirmar que a “Linguística de Corpus não é um ramo da linguística, mas a rota para a linguística”. Decorrente dessa ideia, Biber (2000) considera a LC uma abordagem³¹ que permite se chegar à linguagem.

Na caso de nossa dissertação, preferimos mencionar que se trata de uma pesquisa que se baseia em um *corpus*, em que foi utilizamos o Corpógrafo, uma de suas ferramentas computacionais, com o intuito de observar o comportamento da terminologia médica em textos autênticos. Nessa medida, a LC é considerada uma abordagem.

Em relação ao conceito de *corpus*, pensamos que uma definição adequada a nosso trabalho de pesquisa seria a de Berber Sardinha (1999, p. 4), na qual diz que *corpus* é:

Um conjunto de dados linguísticos (pertencentes ao uso oral ou escrito da língua, ou a ambos), sistematizado segundo critérios suficientemente extensos em amplitude e profundidade, de maneira que sejam representativos da totalidade do uso linguístico ou de algum de seus âmbitos, dispostos de tal modo que possam ser processados por computador, com a finalidade de propiciar resultados vários e úteis para a descrição e análise da linguagem.

³¹ *Corpus* based-approach.

Com isso, percebemos a importância de uma pesquisa basear-se em *corpus*. É claro que alguns pesquisadores, ainda nos dias de hoje e por diversas razões, preferem não utilizar *corpus*, nem os fundamentos desta linguística como metodologia de suas pesquisas.

Por fim, entendemos que, ao optar pela pesquisa baseada na análise de um determinado *corpus*, o pesquisador – em nosso caso o terminólogo – acredita que a língua exerce uma função social dentro dos contextos situacionais e que o significado se confirma no texto. É por esta razão que conduzimos nossa investigação baseada na análise de *corpus*.

3.2 Constituição do *corpus*

Os postulados da LC pressupõem que a identificação, a análise e a discussão dos dados se desenvolvam a partir de um *corpus* que seja:

- (1) autêntico, em que os usos da linguagem sejam de ordem comunicativa;
- (2) natural, em que se devem conferir os usos de falantes nativos;
- (3) criterioso, uma vez que a constituição do *corpus* seja pertinente à pesquisa desenvolvida.

Baseado no que expomos acima, o *corpus* da pesquisa enfocada constitui-se de artigos de divulgação científica extraídos do *site* ABC da Saúde que, como já mencionamos, é um *site* voltado ao público leigo, com o objetivo de informar e de divulgar temas de saúde. Atualmente, o *site* conta com 606 artigos de divulgação científica escritos exclusivamente por especialistas em diversas áreas da saúde, sendo, dessa sorte, de ramos variados da Medicina. Desse universo, retiramos os 20 artigos mais consultados pelos usuários do ABC da Saúde, orientando-nos pelo *ranking* disponibilizado na página inicial do próprio *site*, uma vez que entendemos que esse mecanismo de posição é o reflexo evidente dos assuntos mais consultados pelos usuários.

Convém ainda explicar que o período de observação do *ranking* foi de outubro de 2006 a março de 2007. Para a coleta propriamente dita, escolhemos o último dia do último mês de observação, em uma hora aleatória, pois há uma mudança frequente dos artigos que estão ranquiados entre primeiro e vigésimo lugar.

Podemos inferir que a frequente mudança nesse *ranking* deve-se a acontecimentos do dia-a-dia, bem como a fatos veiculados pela mídia. Como o alvo do ABC da Saúde são leigos em Medicina, essas pessoas são atraídas por fatos que causam preocupação e provocam comoção, como, por exemplo, morte de uma personalidade artística devido a um ataque do coração, uma criança com Síndrome de Down em uma novela de grande audiência, óbito de uma modelo por anorexia etc. Tais episódios, coincidentemente acontecidos durante o período de observação do *site*, levaram as pessoas a se interessar pelo assunto e a buscar a informação através da consulta dos artigos de divulgação. Assim, no dia 31 de março de 2007, entre 14h e 16h, o *ranking* do *site* ABC da Saúde apontava a seguinte lista de artigos mais consultados:

ABC da Saúde

Adicione aos Favoritos Envie para amigo Del.icio.us RSS

Início Artigos/Especialidades Assuntos A-Z Consulte Profissionais Dieta Anuncie neste site Aviso Legal

A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

Portal direcionado ao público em geral que tem por objetivo a informação, divulgação e educação sobre temas de saúde com mais de 600 artigos escritos exclusivamente por especialistas.

Artigos mais consultados

- 1º SÍNDROME DE DOWN
- 2º HEPATITE C
- 3º DIFILOBOTRIASE
- 4º HEPATITE C
- 5º TOXOPLASMOSE
- 6º ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- 7º ANOREXIA NERVOSA
- 8º HIDROFALIA INFANTIL
- 9º TAMANHO DO PÊNIS
- 10º CIANOSE
- 11º DOENÇA DE ALZHEIMER
- 12º VITAMINAS
- 13º INFECÇÃO URINÁRIA (Nefrologia)
- 14º LUPUS ERITOMATOSO SISTÊMICO
- 15º PNEUMONIA
- 16º DISMENORRÉIA
- 17º RETINOPATIA
- 18º LEPTOSPIROSE
- 19º TRANSTORNO BIPOLAR
- 20º PEDRA NOS RINS

Lista Completa de Artigos

HON CODE

Nós seguimos os princípios do Código de Ética para sites de saúde - HONcode. Verifique aqui.

Figura 4: Ranking do *site* ABC da Saúde em 31 de março de 2007.

Por ser um *site* que não trata apenas da divulgação científica de doenças, havia dois artigos no *ranking* que não tratavam de enfermidades: **Tamanho do Pênis** e **Vitaminas**. Como um dos critérios de nossa pesquisa é a análise apenas de artigos que tratem de doenças, esses dois (9º e 12º colocados) foram substituídos, respectivamente, pelos artigos **AIDS** e **Ataque do Coração**, trazendo assim os temas mais representativos das doenças comuns no quadro da saúde brasileira.

3.3 Estrutura organizacional dos artigos de divulgação científica do *site* ABC da Saúde

Conforme visto no capítulo 1, o artigo de divulgação científica é um gênero discursivo que tem como função preponderante aproximar do leitor leigo o conhecimento técnico-científico. Também foi visto que para que ocorra essa aproximação, o autor do texto de divulgação lança mão de vários recursos linguísticos textuais, a citar, o uso de variações denominativas.

Assim, partindo desse princípio, passamos a analisar a estrutura dos 20 artigos do *site* ABC da Saúde, os quais compõem nosso *corpus*. Os artigos, em sua totalidade, procuram seguir uma uniformização no que concerne ao caráter informativo-textual, dividindo-os basicamente nos seguintes tópicos:

- **Título:** campo em que o autor apresenta a doença que será abordada no artigo;
- **Sinônimos e/ou Nomes populares:** campo em que o autor se preocupa em mostrar qual(is) outra(s) denominação(ões) a doença recebe;
- **O que é?:** campo em que é definida a doença;
- **Como se adquire?:** campo em que é mostrado como se contrai a doença;
- **O que se sente?:** campo referente aos sintomas da doença;
- **Como se faz o diagnóstico?:** campo em que se explicam as possibilidades de diagnósticos³²;

³² Ressaltamos que a preocupação do *site* ABC da Saúde é exclusivamente fornecer através de seus artigos de divulgação científica o acesso à informação sobre temas de saúde e, jamais, a indução à auto-medicação.

- **Como se trata?:** campo em que se apresenta o tratamento para a doença;
- **Como se previne?:** campo em que o autor mostra as possibilidades de se prevenir a doença.

Em alguns artigos, há o acréscimo de outros campos, como, por exemplo, “glossário”, “complicações médicas”, “fatores de risco”, “prognósticos” e “perguntas que você pode fazer ao seu médico”. Vale lembrar que nem todos os artigos têm os campos referentes a sinônimos e nomes populares. Todavia, em alguns artigos, existe apenas uma dessas informações linguísticas. Já em outros se percebem o preenchimento dos dois.

Entretanto, chamou-nos atenção os artigos que diferem da estrutura dos demais. Dentre os 20 artigos do *corpus*, o mais complexo é o que aborda o **Ataque do Coração**. Neste, todos os campos são contemplados, porém o especialista-divulgador cria ainda outros campos, como se pode observar abaixo:

- Sinônimos e Nomes Populares;
- O que é? ;
- Angina do Peito;
- Sinais de Alarme;
- Curiosidades;
- Prognóstico do Infarto do Miocárdio;
- O Ataque Cerebral;
- Sinônimos e Nomes Populares;
- Sinais e sintomas mais comuns;
- O Diagnóstico das Doenças de Coronárias;
- Anamnese e Exame Clínico;
- O Que Podemos Esperar desses Testes;

- Tratamento Médico;
- A Angioplastia;
- Benefícios da angioplastia;
- Possíveis riscos da angioplastia;
- Cirurgia de Revascularização;
- Benefícios possíveis com a cirurgia de *bypass*;
- Riscos possíveis com a cirurgia de *bypass*;
- O que é melhor – Angioplastia ou Cirurgia?;
- O que fazer depois da Angioplastia ou Cirurgia de *Bypass*?

Outro fato ainda sobre o artigo acima é que o autor prefere a denominação menos especializada (ataque do coração) em detrimento a mais especializada (infarto), o que comprova ainda mais a função de levar informação ao público leigo.

Outro artigo que não segue a uniformização textual dos demais é o que aborda à **Retinopatia**, no qual o autor mostra os tipos característicos da patologia. Não deixa de ser uma espécie de diagnóstico da doença, pois ele identifica os tipos de Retinopatia. Dentro de cada um dos tipos, o autor conceitua, respondendo a questão inicial (o que é) e, em seguida, propõe um tratamento para cada tipo característico da patologia.

- O que é;
- Retinopatia serosa central;
- Retinopatia por diabetes;
- Retinopatia por hipertensão arterial;
- Retinopatia da prematuridade.

Outro caso bastante peculiar é o artigo sobre **Síndrome de Down**. Neste, o autor segue apenas a orientação em definir a doença, quando contempla o campo “o que é”. No restante do texto, são colocados outros campos, conforme podemos ver abaixo:

- O que é;
- Características Clínicas;
- Citogenética;
- Aconselhamento genético;
- Cuidados especiais.

O reconhecimento de que os artigos de divulgação científica do *site* ABC da Saúde geralmente possuem e procuram seguir uma estrutura organizacional uniforme comprova uma preocupação didática dos autores ao redigirem seus textos, considerando sempre seu público-alvo: o leitor leigo. A observação desta característica é de suma importância, visto que nossa pesquisa se fundamenta na estrutura dos artigos, bem como em seu aspecto didático.

3.4 Organização e tratamento do *corpus*

Como mencionamos na subseção 3.1, utilizamos, para fins deste trabalho, o Corpógrafo v. 3, disponibilizado pelo *site* LINGUATECA³³, da Universidade do Porto, de Portugal.

Esta plataforma computacional da LC permite a todos os tipos de usuários pesquisarem *corpora* e realizarem estudos terminológicos, utilizando um ambiente simples que não requer instalação de *software*, já que é disponível gratuitamente via *web*. O Corpógrafo destina-se a análise e ao trabalho em *corpora*, objetivando produzir recursos linguísticos em suporte digital. Convém ainda ressaltarmos que a escolha de uma ferramenta adequada é essencial na pesquisa em terminologia.

Com o auxílio do Corpógrafo, executamos a etapa de organização do *corpus* textual. Através de uma de suas ferramentas, chamada *Concordância Frase*, observamos o

³³ <http://www.linguateca.pt/corpografo>

comportamento da terminologia médica nos contextos em que os termos, as unidades e as expressões linguísticas “candidatas” a palavras-chave funcionam.

Os artigos de divulgação que constituem o *corpus* foram armazenados no Corpógrafo, em formato “txt”, conforme explicitado na figura abaixo:

Índice	Nome do Artigo	Átomos	Palavras
1	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.bt	1276	856
2	AIDS.bt	707	467
3	ANOREXIA NERVOSA.bt	870	593
4	CIANOSE.bt	842	612
5	DIABETES MELLITUS.bt	3135	2109
6	DIFILOBOTRIASE.bt	1408	928
7	DISMENORRÉIA.bt	800	509
8	DOENÇA DE ALZHEIMER.bt	1019	679
9	HEPATITE C.bt	1182	800
10	HIDROCEFALIA INFANTIL.bt	663	386
11	INFECÇÃO URINÁRIA.bt	1285	825
12	LEPTOSPIROSE.bt	525	361
13	LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.bt	2839	1866
14	PNEUMONIA.bt	1847	1259
15	RETINOPATIA.bt	627	423
16	SÍNDROME DE DOWN.bt	1894	1227
17	TOXOPLASMOSE.bt	1583	1062
18	O ATAQUE DO CORAÇÃO.bt	3018	2693
19	TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR.bt	941	821
20	PEDRA NOS RINS.bt	1097	914

Figura 5: Lista dos artigos no Corpógrafo

A próxima etapa foi buscar o reconhecimento dos termos, das unidades e das expressões linguísticas em cada artigo, organizando e registrando os dados em fichas simplificadas em uma base de dados no programa *Microsoft Access* (figura 6). A importância das fichas é sua representação como “um dossiê de uma noção dentro do qual podemos encontrar informações a respeito do termo como: natureza da noção, classificação e relação com os demais termos.” (FARIAS, 2001, p. 53).

O desenho das fichas que compõem nossa pesquisa leva em conta a representação dos níveis linguístico e conceitual. Nelas estão presentes 12 campos, sendo os três primeiros representativos do nível linguístico: **nome da doença, outra(s) denominação(ões), sigla ou acrônimo**; os demais campos representam o nível conceitual: **definição, tipo de doença, agente causador, causa(s) da doença, onde atinge, hospedeiro, forma(s) de transmissão, órgão(s) atingido(s), sintoma(s)**.

Código	Nome da doença
0	
Outra(s) denominação(ões)	
Sigla ou Acrônimo:	
Definição:	
Tipo de doença:	Agente causador
Causa(s) da doença	
Onde atinge	
Hospedeiro	
Forma(s) de transmissão	
Órgão(s) atingido(s)	
Sintoma(s)	

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
 Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada
 Mestrado em Linguística Aplicada
 Base de dados auxiliar para a pesquisa:
 Redes de palavras-chave para artigos de divulgação científica na área da Medicina: um estudo à luz da Terminologia
 Márcio Sales Santiago
 Orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Krieger

Localizar registro
 Imprimir todas as fichas

Registro: 22 de 22
 Modo formulário CAPS SCRL

Figura 6: Base de dados – Microsoft Access

Na sequência, mostramos dois exemplos de fichas, na interface da base de dados *Access*, com os campos devidamente preenchidos.

Código	Nome da doença
1	TOXOPLASMOSE
Outra(s) denominação(ões)	
doença do gato	
Sigla ou Acrônimo:	
--	
Definição:	
Trata-se de doença infecciosa causada por um protozoário chamado <i>Toxoplasma gondii</i> . Este protozoário é facilmente encontrado na natureza e pode causar infecção em grande número de mamíferos e pássaros no mundo todo.	
Tipo de doença:	Agente causador
infecciosa	protozoário <i>Toxoplasma gondii</i>
Causa(s) da doença	
cistos em dejetos de animais (principalmente gatos) contaminados	
Onde atinge	
defesas imunológicas	
Hospedeiro	
gato, animais contaminados	
Forma(s) de transmissão	
transmissão intra-uterina, ingestão de carne crua ou mal-passada de animais (principalmente gatos) infectados, transmissão intra-uterina, transplante de órgãos.	
Órgão(s) atingido(s)	
gânglios linfáticos, retina	
Sintoma(s)	
gânglios linfáticos aumentados, infecção da retina, dores musculares	

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
 Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada
 Mestrado em Linguística Aplicada
 Base de dados auxiliar para a pesquisa:
 Redes de palavras-chave para artigos de divulgação científica na área da Medicina: um estudo à luz da Terminologia
 Márcio Sales Santiago
 Orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Krieger

Localizar registro
 Imprimir todas as fichas

Registro: 1 de 21
 Modo formulário CAPS SCRL

Figura 7: Ficha da doença Toxoplasmose

Código	Nome da doença
5	AIDS
Outra(s) denominação(ões)	
SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	
Sigla ou Acrônimo:	
AIDS, SIDA, HIV	
Definição:	
Doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana, que leva a uma perda da imunidade progressiva resultando em infecções graves, tumores malignos e manifestações causadas pelo próprio vírus.	
Tipo de doença:	Agente causador
infecciosa	vírus da imunodeficiência humana
Causa(s) da doença	
--	
Onde atinge	
defesas imunológicas	
Hospedeiro	
--	
Forma(s) de transmissão	
de relações sexuais, do uso de droga injetável onde se dividem seringas com sangue contaminado, de transfusões de sangue, durante a gravidez ou pelo leite materno, da doação de órgãos ou sêmen infectado, da	
Órgão(s) atingido(s)	
--	
Sintoma(s)	
garganta, dores musculares pelo corpo, ínguas e manchas na pele que desaparecem após alguns dias; Infecção assintomática: tem duração variável, de meses a anos; Doença sintomática: manifestação mais grave da doença, onde a pessoa vai perdendo sua imunidade e vão surgindo doenças oportunistas, tumores raros e formas graves	

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
 Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada
 Mestrado em Linguística Aplicada
 Base de dados auxiliar para a pesquisa:
 Redes de palavras-chave para artigos de divulgação científica na área da Medicina: um estudo à luz da Terminologia
 Márcio Sales Santiago
 Orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Krieger

Registro: 5 de 21

Modo formulário

sábado, 22 de setembro de 2007

Figura 8: Ficha da doença AIDS

Observamos que os campos das fichas foram completados com dados retirados a partir da leitura dos artigos, com o objetivo de fazer um controle das informações que os textos continham, ao passo de deixarmos em branco os campos em que as informações não eram disponibilizadas pelos textos.

Consideramos a etapa de organização dos dados em fichas é um passo imprescindível em nossa tarefa terminológica. Assim, o objetivo desse procedimento foi armazenar as informações para posterior análise no trabalho, servindo de base para a seleção das unidades e das expressões linguísticas que vão estruturar as redes de palavras-chave.

3.5 Seleção dos termos, das unidades e das expressões linguísticas

A seleção dos termos, das unidades e das expressões linguísticas “candidatas” a palavras-chave baseou-se, em primeiro lugar, na leitura dos artigos que constituem o *corpus*. Após esta etapa, fizemos o lançamento dos dados em fichas por nós elaboradas, para que não ocorresse uma escolha livre ou não fôssemos levados a colocar unidades ou expressões que não fazem parte do vocabulário do artigo, já que as redes propostas nesta pesquisa diferem

das redes de palavras-chaves tradicionais. As redes tradicionais se baseiam em vocabulários controlados, que, como vimos, são fontes básicas da linguagem documental desenvolvidas para a indexação e recuperação dos documentos em bancos de dados terminológicos.

Portanto, a seleção voltada para a identificação dos modos de representação (conceitual e denominativo) da especialidade médica tratada consiste em uma sequência de etapas:

- (1) identificação das unidades e das expressões linguísticas básicas empregadas em cada artigo;
- (2) seleção das unidades e das expressões linguísticas que integram as redes de palavras-chave de cada artigo, considerando sua dimensão de nóculo cognitivo essencial da temática enfocada;
- (3) identificação do padrão das unidades e das variantes terminológicas utilizadas nos textos do *site* para contemplar a diversidade terminológica.

Após a descrição da metodologia adotada para este trabalho, voltamos nosso olhar para a análise e discussão dos dados referentes à pesquisa que ora realizamos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O exame dos discursos especializados está demonstrando que nem sempre há um só conceito, nem tampouco uma única denominação correspondente, mesmo no interior de uma mesma área de conhecimento. A ideia da invariabilidade terminológica corresponde a crenças fundadas no princípio da universalidade da ciência, expressas no bojo de uma concepção positivista sobre a produção do conhecimento.

Maria da Graça Krieger

4.1 Observações preliminares

Conforme apresentado nos procedimentos de análise, para cada artigo selecionado foi criada uma ficha. O ponto de partida da análise foi, então, a identificação dos dados dispostos no *corpus* textual, mostrando o modo como os autores dos artigos de divulgação científica identificaram os aspectos relativos aos planos do conceito e da denominação. O objetivo dessa etapa foi a explicitação da diversidade terminológica, o que mostra claramente o seu vínculo com a terminologia.

Convém ressaltar que no momento da escrita dos artigos de divulgação, fenômenos como sinonímia e variação não foram considerados linguisticamente pelos autores. Tal afirmação deve-se ao fato de observarmos que estes modos de representação da linguagem não estão colocados de maneira adequada. Por esta razão, tais elementos são confundidos pelos autores dos textos, que *a priori*, parecem não ter consciência dos aspectos linguísticos que norteiam as teorias da Semântica e da Sociolinguística.

A título de ilustrar tal ponto, tomamos a categorização feita pelos próprios especialista-divulgadores, já que os artigos indicam uma correlação entre denominações científicas e populares, ao mostrar sinônimos e nomes populares. Tal cenário é bastante frequente no plano das doenças, como ilustram os termos **Toxoplasmose** e *doença do gato*, ou ainda no artigo que trata da **Hidrocefalia Infantil**, em que o autor do texto afirma que *líquido na cabeça*, *“água” na cabeça* e *cabeça d’água*, são nomes populares, constituindo, portanto, variação sociolinguística de natureza diastrática. Em paralelo, os artigos analisados apresentam também variações por meio de siglas e acrônimos, a exemplo de **Acidente Vascular Cerebral – AVC** e **Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES**, respectivamente. Tais ocorrências podem ser verificadas nas figuras retiradas do próprio *site*:

The screenshot shows the ABC da Saúde website interface. At the top, there is a navigation menu with links for 'Início', 'Artigos/Especialidades', 'Assuntos A-Z', 'Consulte Profissionais', 'Dieta', 'Anuncie neste site', and 'Aviso Legal'. Below the menu is an alphabetical index from A to Z. The main article is titled 'TOXOPLASMOSE'. A search bar on the right contains the text 'Pesquisar'. The article content includes a 'Sinônimo:' section with a red box highlighting 'Doença do gato.' and a section 'O que é?' with text describing the disease and a photograph of two kittens.

Figura 9: Página sobre Toxoplasmose (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?417>)

ABC da Saúde Adicione aos Favoritos Envie para amigo DeLicio.us RSS

Início | Artigos/Especialidades | Assuntos A-Z | Consulte Profissionais | Dieta | Anuncie neste site | Aviso Legal

A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

HIDROCEFALIA INFANTIL

Nomes populares:

líquido na cabeça ; "água" na cabeça; cabeça d'água.

O que é?

Hidrocefalia é o acúmulo anormal e excessivo de líquido dentro dos ventrículos ou do espaço subaracnóide. É tipicamente associado com dilatação ventricular e aumento da pressão intracraniana; pode ocorrer em crianças (diversas faixas etárias) ou adultos, tendo causas específicas

Pode ser classificado como hidrocefalia comunicante ou não comunicante, dependendo da sua etiologia; outro termo utilizado é a hidrocefalia ex-vácuo, quando relacionado com atrofia cerebral

Hidrocéfalo não comunicante se refere a hidrocefalia que resulta de lesões que obstruem o sistema ventricular e hidrocéfalo comunicante se refere a lesões que afetam e obstruem o espaço subaracnóide.

Causas:

Algumas causas de hidrocefalia infantil podem ser por obstrução líquórica, tais como: gliose, cisto colóide, gliomas, craniofaringeomas, cistos de aracnóide,

Pesquisar

Da mesma

Figura 10: Página sobre Hidrocefalia Infantil (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?237>)

ABC da Saúde Adicione aos Favoritos Envie para amigo DeLicio.us RSS

Início | Artigos/Especialidades | Assuntos A-Z | Consulte Profissionais | Dieta | Anuncie neste site | Aviso Legal

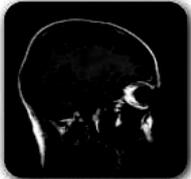
A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Sinônimos e Nomes Populares:

AVC, derrame cerebral.

O que é?



O acidente vascular cerebral é uma doença caracterizada pelo início agudo de um *deficit* neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral; começa abruptamente, sendo o *deficit* neurológico máximo no seu início podendo progredir ao longo do tempo.

O termo ataque isquêmico transitório (AIT) refere-se ao *deficit* neurológico transitório com duração de menos de 24 horas até total retorno à normalidade; quando o *deficit* dura além de 24 horas, com retorno ao normal é dito como um *deficit* neurológico isquêmico reversível (DNIR).

Podemos dividir o acidente vascular cerebral em duas categorias:

Pesquisar

Figura 11: Página sobre Acidente Vascular Cerebral (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?6>)

ABC da Saúde

Adicione aos Favoritos Envie para amigo Del.icio.us RSS

Início | Artigos/Especialidades | Assuntos A-Z | Consulte Profissionais | Dieta | Anuncie neste site | Aviso Legal

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O que é?

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória de causa desconhecida.

Para que se desencadeie a doença, agentes externos desconhecidos (vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta) entram em contato com o sistema imune de um indivíduo que está com vários genes erradamente induzindo produção inadequada de anticorpos. Estes anticorpos são dirigidos contra constituintes normais (auto-anticorpos) provocando lesões nos tecidos e também alterações nas células sanguíneas.

É uma doença razoavelmente comum no consultório dos reumatologistas. Melhor conhecimento médico e avanço em métodos diagnósticos devem ser os motivos pelos quais o LES tem sido diagnosticado com mais frequência e seu prognóstico é muito melhor do que há 15 anos atrás.

Atinge principalmente mulheres (9:1) em idade reprodutiva, iniciando-se mais comumente entre 20 e 40 anos. Pode ser bastante benigno até extremamente grave e fatal.

Pesquisar

Figura 12: Página sobre Lúpus Eritematoso Sistêmico (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?277>)

Já no artigo sobre a **Hepatite C**, a confusão é acerca da sinonímia. Os autores afirmam que *amarelão* e *derrame da bile* são sinônimos.

ABC da Saúde

Adicione aos Favoritos Envie para amigo Del.icio.us RSS

Início | Artigos/Especialidades | Assuntos A-Z | Consulte Profissionais | Dieta | Anuncie neste site | Aviso Legal

A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

Hepatite C

Sinônimos:

amarelão ; derrame de bile;

O que é?

É uma inflamação do fígado causada pelo Vírus da Hepatite C (HCV).

Como se adquire?

Situações de risco são as transfusões de sangue, a injeção compartilhada de drogas e os acidentes profissionais.

Portanto, podemos nos contaminar com o vírus da Hepatite C ao termos o sangue, as mucosas ou a pele não íntegra atingida pelo sangue ou por secreção corporal de alguém portador do HCV, mesmo que ele não se saiba ou não pareça doente.

A transmissão sexual do HCV não é freqüente e a transmissão da mãe para o feto é rara (cerca de 5%). Não são conhecidos casos de transmissão de hepatite C pelo leite materno. Apesar das formas conhecidas de transmissão, 20 a 30% dos casos ocorrem sem que se possa demonstrar a via de contaminação.

Pesquisar

Figura 13: Página sobre Hepatite C (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?230>)

Outro exemplo desse tipo de problema no aspecto linguístico é o artigo que trata da Cianose, em que o autor coloca em um mesmo patamar a sinonímia e os nomes populares: *doença azul, doença do sangue azul*.

ABC da Saúde

Adicione aos Favoritos Envie para amigo Del.icio.us RSS

Início | Artigos/Especialidades | Assuntos A-Z | Consulte Profissionais | Dieta | Anuncie neste site | Aviso Legal

A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

CIANOSE

Sinônimos e nomes populares:

doença azul; doença do sangue azul.

O que é?

É uma coloração azulada da pele ou das mucosas.

Como se desenvolve?

O sangue que circula no nosso corpo está sob duas formas, o venoso e o arterial.

O primeiro tem uma cor mais escura, é o que corre pelas veias até o pulmão. No pulmão a hemoglobina do sangue perde o gás carbônico e recebe oxigênio. Com

Figura 14: Página sobre Cianose (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?73>)

Outro fato interessante é o que acontece no artigo sobre **Pedra nos Rins**. No próprio título do artigo (Pedra nos Rins), percebemos a preferência do autor pela denominação não especializada, classificando os termos altamente científicos *cálculo renal, litíase e nefrolitíase* como “sinônimos”.

ABC da Saúde

Adicione aos Favoritos Envie para amigo Del.icio.us RSS

Início | Artigos/Especialidades | Assuntos A-Z | Consulte Profissionais | Dieta | Anuncie neste site | Aviso Legal

A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

Pedra nos Rins

Sinônimos:

cálculo renal, pedra nos rins, litíase e nefrolitíase.

O que é?

O homem expele pela urina grandes quantidades de sais de cálcio, ácido úrico, fosfatos, oxalatos, cistina e, eventualmente, outras substâncias como penicilina e diuréticos. Em algumas condições a urina fica saturada desses cristais e como consequência formam-se cálculos. Não é um fenômeno raro até a idade de 70 anos. Aproximadamente 12% dos homens e 5% das mulheres podem ter, pelo menos, um cálculo durante suas vidas. A primeira década da vida não está imune ao surgimento de cálculos, havendo um pico de incidência entre quatro e sete anos de idade. A doença é mais comum no adulto jovem, em torno da 3ª ou 4ª década de vida, predominando na raça branca e não havendo

Figura 15: Página sobre Pedra nos Rins (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?276>)

Observamos que esta mesma operação se repete no artigo dedicado ao **Ataque do Coração**, em que o especialista-divulgador também opta por colocar os termos técnico-científicos *infarto do miocárdio*, *enfarte do miocárdio*, *doença isquêmica do coração*, *obstrução das coronárias*, *crise cardíaca* em segundo plano. Além disso, o autor comete uma contradição ao explicar corretamente que tais termos são de uso especializado, ou seja, termos usados por médicos, embora os classifique como sinônimos e nomes populares, quando tal classificação seria mais adequada para *ataque do coração*.

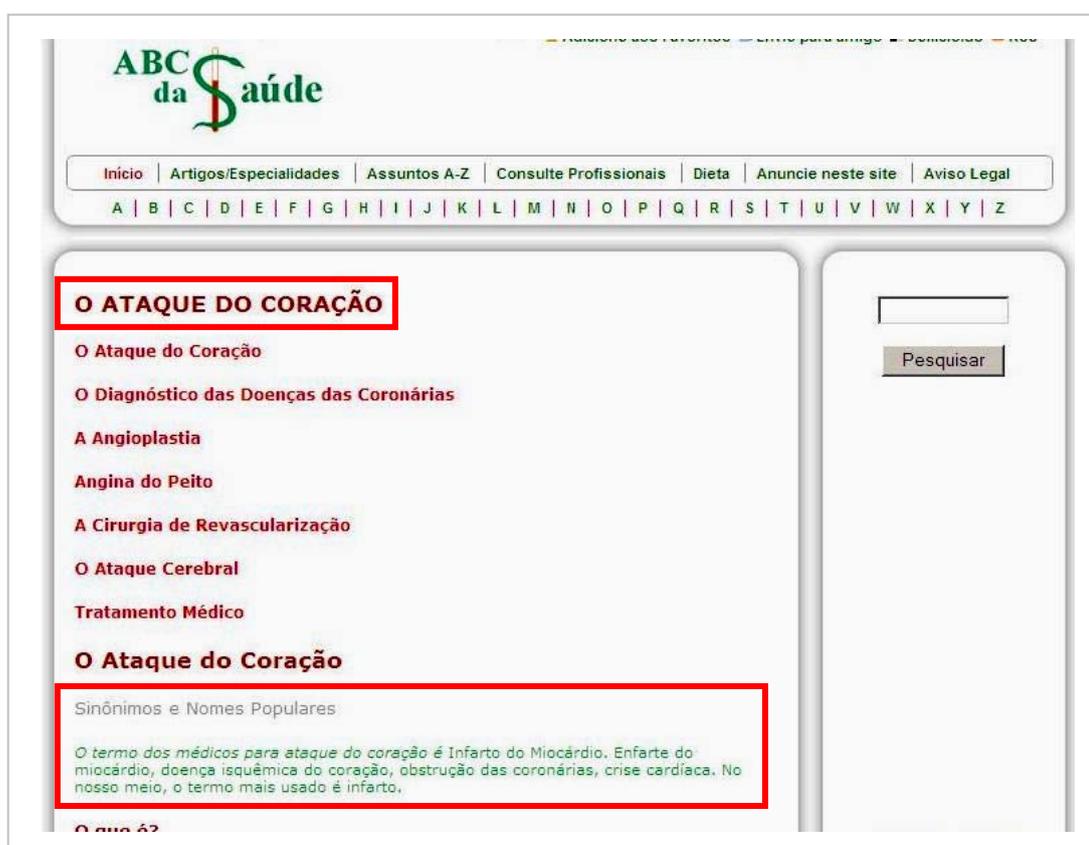


Figura 16: Página sobre Ataque do Coração (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?300>)

Apesar de reconhecer que existam incoerências linguísticas no que diz respeito a sinônimos e variantes linguísticas, não queremos mostrar algum tipo de ineficiência dos artigos que compõem o *site*, mesmo porque ele consegue atender seu principal objetivo: divulgar o saber científico para a comunidade não científica.

Além disso, como sabemos, as questões que versam sobre sinonímia e variação linguística são muito complexas e bastante discutidas mesmo para especialistas que se

dedicam ao estudo da linguagem. Portanto, por uma questão meramente metodológica, não entraremos na discussão, certamente profunda, a respeito de tais modos de funcionamento da linguagem.

É interessante observar que esses fenômenos linguísticos naturais (sinonímia e variação), comum nos artigos de divulgação, revertem a ideia tradicional de que variantes não se justapõem no mesmo enunciado. Ao contrário dessa noção, elas não se excluem mutuamente na divulgação científica da Medicina e talvez também na de outras ciências que interessam ao leigo. Essa diversidade de usos terminológicos explica-se na medida em que tal gênero de texto vale-se de uma linguagem que procura dialogar com o destinatário visado: o leigo e/ou o não profissional, com semelhante especialização ao do destinador da comunicação.

São levados em conta fenômenos referentes a aproximações e igualdades semânticas, traduzidas linguisticamente por sinônimos e variantes, que podem compreender, entre outras possibilidades de equivalência, denominações populares das doenças, entre outras possibilidades. Entretanto, como já dissemos, nosso trabalho se limita apenas na observação do comportamento das unidades terminológicas dentro dos textos de divulgação, para que, em seguida, possamos propor uma rede de palavras-chave para os 20 artigos analisados. Desta forma, ratificamos que manteremos os dados dispostos no *corpus*, sem a finalidade de analisá-los e categorizá-los. Daí a importância em organizar a informação, levando em conta a diversidade terminológica.

4.2 Identificação das unidades e das expressões linguísticas

Com o intuito de mostrar como foi feita a identificação das unidades e das expressões linguísticas que são “candidatas” a integrar as redes de palavras-chave, apontaremos para algumas análises dos textos que compõem o *corpus* da pesquisa.

Após a leitura e subsequente organização dos dados em fichas na base de dados *Access*, foi possível identificar e classificar algumas características típicas dos artigos de divulgação científica, observando o foco de interesse do trabalho. As unidades e expressões linguísticas “candidatas” a palavras-chave foram encontradas através de duas maneiras distintas:

- (1) Explicação do termo técnico-científico, levando-se em conta o nível conceitual;
- (2) Uso de outras denominações, que incluem sem distinção a variação de registro linguístico (nomes populares) e a sinonímia (sinônimos), além de siglas e acrônimos, em que se levou em conta o nível denominativo.

Assim, se por um lado temos como um dos ideais da Terminologia a monossímia do termo técnico-científico, por outro temos o fenômeno da variação sociolinguística que estes termos podem assumir em diferentes contextos sócio-comunicativos. Em consequência, esta configuração de texto e de cenário comunicativo vão modelar a rede informativa que iremos propor, a qual vai se articular, congregando dois eixos: um de fundamento cognitivo e outro, de fundamento linguístico. O primeiro, identificado como eixo vertical, tem por base a hierarquia conceitual existente entre os termos selecionados; já o de fundamentação linguística, denominado eixo linear, objetiva indicar o paralelismo que ocorre entre os termos de um mesmo texto ou do *corpus*. Isso fica mais claro quando observamos a figura a seguir:

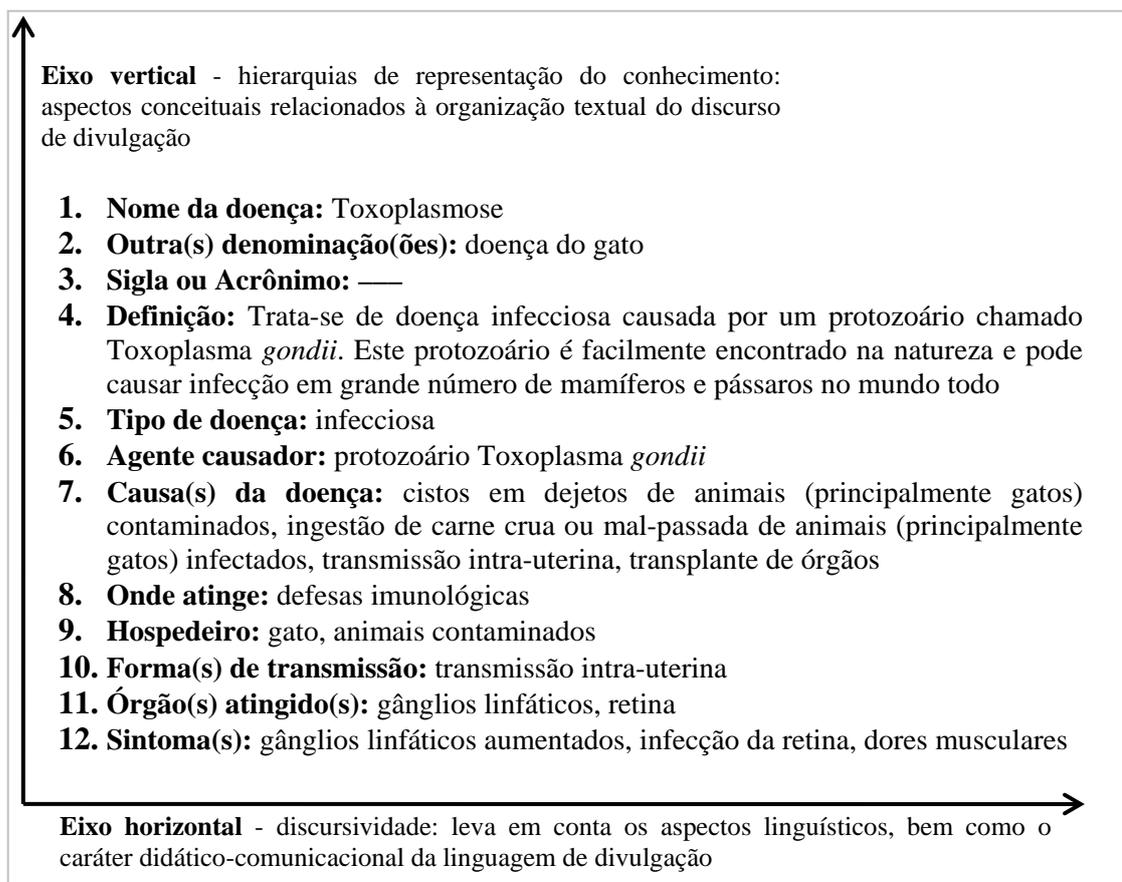


Figura 17: Eixos de representação do conhecimento e da discursividade

Enfim, salientamos que os contextos mostrados a seguir foram extraídos do *corpus* textual com a ajuda do Corpógrafo.

4.2.1 Explicação do termo técnico-científico

Vimos que as redes de palavras-chave não serão constituídas exclusivamente de termos técnico-científicos. Com isso, percebemos a importância de analisar os contextos que possuem recursos explicativos por consideramos elementos facilitadores no processo de reconhecimento e explicação da terminologia. Por seu turno, as expressões explicativas, embora auxiliem o leitor na compreensão da unidade lexical especializada, não são consideradas termos, mas UCE. Observemos os contextos abaixo:

Anorexia Nervosa

“Perda de peso em um curto espaço de tempo; Alimentação e preocupação com peso corporal tornam-se obsessões; Crença de que se está gordo, mesmo estando excessivamente magro; *Parada do ciclo menstrual (amenorreia)*; Interesse exagerado por alimentos; (...)”

“Anorexia nervosa é um transtorno alimentar no qual a busca implacável por magreza leva a pessoa a recorrer a estratégias para perda de peso, ocasionando importante emagrecimento.”

Dismenorreia

“A **dismenorreia secundária** está associada a alterações do sistema reprodutivo, como endometriose, miomas uterinos, infecção pélvica, anormalidades congênitas da anatomia do útero ou da vagina, uso de DIU (dispositivo intra-uterino) como método anticoncepcional, entre outras. Comumente ocorre após dois anos da *menarca (primeira menstruação)*.” (Grifo em negrito do autor).

Diabetes Mellitus

“Esses sintomas *são*: inchame nos pés (edema de membros inferiores), aumento da pressão arterial, anemia e perda de proteínas pela urina (*proteinúria*)”.

Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer *é* uma doença do cérebro, degenerativa, *isto é*, que produz atrofia, progressiva, com início mais frequente após os 65 anos, que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar, memorizar, que afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento.

Hepatite C

“É uma *inflamação do fígado (hepatite)* causada pelo vírus da hepatite C (HCV).”

“Com a evolução aparecem alterações nos exames de sangue e na ecografia de abdômen. Muitas vezes o médico irá necessitar de uma *biópsia hepática (retirada de um fragmento do fígado com uma agulha)* para determinar o grau da doença e a necessidade ou não de tratamento.”

Infecção Urinária

“A infecção urinária (IU) *é* a presença de microorganismos em alguma parte do trato urinário. *Quando surge no rim, chama-se pielonefrite; na bexiga, cistite; na próstata, prostatite e na uretra, uretrite.*”

Leptospirose

“A doença *é* classicamente descrita como se mostrando em duas fases distintas. Após um período médio de 2 semanas desde a contaminação surgem os 1os sintomas (incubação) febre, calafrio, conjuntivite, *dor nos músculos (mialgia),(...)*”.

Retinopatia

“RETINOPATIA *É* o termo usado para designar as doenças degenerativas não inflamatórias da retina.”

Síndrome de Down

“Em 2 a 4% dos casos com trissomia do 21 livre, há mosaicismo, *isto é*, uma linhagem de células com trissomia e uma linhagem de células normal na mesma pessoa.”

Toxoplasmose

“Uma forma menos benigna de acometimento dos pacientes com imunidade normal é a já citada *inflamação da retina (corioretinite)*.”

“São três as situações:

- Imunocompetentes com infecção aguda:
- Somente comprometimento gânglionar: em geral não requer tratamento.
- Infecções adquiridas por transfusão com sangue contaminado (raros, pois todos os doadores são testados nos bancos de sangue) ou acidentes com materiais contaminados (em profissionais da área da saúde): em geral são quadros severos e devem ser tratados.
- *Infecção da retina (corioretinite)*: devem ser tratados.”

“No entanto alguns pacientes podem apresentar febre, dores nos músculos e articulações, cansaço, dores de cabeça e alterações visuais, quando ocorre comprometimento da *retina (camada que reveste a face interna e posterior do olho que é rica em terminações nervosas sensíveis a luz)*, dor de garganta, (...)”

“Naquelas pessoas que possuem a imunidade preservada ocorrem sintomas somente em 10% dos casos. Nestes casos a principal manifestação é a presença de *linfonodos* ou *gânglios linfáticos aumentados*: são as chamadas *ínguas*, que podem ocorrer em qualquer lugar do

corpo onde existam gânglios (regiões inguinal, axilar, pescoço, etc), mas mais frequentemente acometem o pescoço.”

“A infecção nos humanos é assintomática em 80 a 90 % dos casos, *isto é*, não causa sintomas, e pode passar despercebida naqueles pacientes cuja imunidade é normal .”

Concluimos, com o levantamento, que uma rede de palavras-chave não se faz apenas com a remissão de um termo para outro. Vimos que a paráfrase e a definição são mecanismos textuais que podem facilitar na recuperação e aumento da informação, principal finalidade de um sistema informativo consistente. Além de serem textuais, esses elementos assumem uma característica didática, objetivando aproximar o leigo da informação abordada pelos artigos.

A paráfrase é um mecanismo que tem por finalidade a explicação de termos técnico-científicos através de outros que são oriundos da língua comum. Expressões como *,ou seja*, e *isto é*, são os exemplos mais comuns desse tipo de recurso metalinguístico.

A definição é também um procedimento metalinguístico. Comum aos dicionários e glossários, esse mecanismo tem o objetivo de esclarecer com exatidão as características particulares e essenciais de cada doença. Nos textos o processo de definição é diferente do que é proposto pela Lexicografia³⁴. Nos contextos examinados, os termos são definidos através do verbo de ligação *ser*, na terceira pessoa do singular ou do plural (*é, são*), pelo uso de *dois pontos* (:), assim como pela utilização de parênteses ().

Concluimos, portanto, que mecanismos textuais como estes podem ser grandes aliados no momento da composição da rede, podendo auxiliar na sua estruturação, uma vez que tais recursos são imprescindíveis para a montagem e elaboração de sistemas de caráter informativo.

³⁴ Ao lado da Lexicologia, responsável pelo estudo do léxico comum, e da Terminologia, que, como vimos, estuda o léxico especializado, a Lexicografia pode ser definida, de maneira ampla, como a disciplina que se ocupa da elaboração de dicionários.

4.2.2 Uso de outras denominações

Decidimos, como dito previamente, categorizar por outras denominações as siglas, acrônimos, sinônimos e variantes linguísticas. Não entraremos no mérito de classificar as unidades terminológicas. Assim, os dados serão mantidos como se encontram nos artigos e as denominações serão abordadas apenas com a preocupação de organizá-las na composição das palavras-chave. Estes são alguns exemplos coletados no *corpus*:

Acidente Vascular Cerebral

“Acidente Vascular Cerebral – *AVC*”;

“Acidente Vascular Cerebral – *derrame cerebral*”;

“O termo *ataque isquêmico transitório (AIT)* refere-se ao deficit neurológico transitório com duração de menos de 24 horas até total retorno à normalidade; quando o deficit dura além de 24 horas, com retorno ao normal é dito como um *deficit neurológico isquêmico reversível (DNIR)*.”

AIDS

“O *HIV* é muito sensível aos métodos de desinfecção e esterilização e é inativado por produtos químicos específicos e pelo calor, mas não por irradiação ou raios gama.”

“Particularmente mais comum neste grupo são os pacientes contaminados pelo *vírus HIV-1* (vírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida, *SIDA* ou *AIDS* em inglês).”

Cianose

“Cianose – *doença do sangue azul, doença azul*.”

Diabetes Mellitus

“DIABETES MELLITUS (DM)”

“Diabetes Mellitus – *diabetes, hiperglicemia, açúcar no sangue, aumento de açúcar.*”

Difilobotríase

“Difilobotríase – *doença do peixe cru.*”

Dismenorreia

“Dismenorreia – *cólica menstrual, incômodo, dor na menstruação.*”

“A **dismenorreia secundária** está associada a alterações do sistema reprodutivo, como endometriose, miomas uterinos, infecção pélvica, anormalidades congênitas da anatomia do útero ou da vagina, uso de *DIU (dispositivo intra-uterino)* como método anticoncepcional, entre outras. Comumente ocorre após dois anos da menarca (primeira menstruação).” (Grifo em negrito do autor).

Doença de Alzheimer

“Doença de Alzheimer - *Alzheimer, demência, esclerose, caduquice.*”

Hepatite C

“Hepatite C – *amarelão, derrame de bile.*”

“É uma inflamação do fígado (hepatite) causada pelo *vírus da hepatite C (HCV).*”

Hidrocefalia Infantil

“Hidrocefalia Infantil – *cabeça d'água.*”

Infecção Urinária

“A *infecção urinária (IU)* é a presença de microorganismos em alguma parte do trato urinário.”

Leptospirose

“Leptospirose - *doença de Weil, febre dos pântanos, tifo canino, doença dos porquinhos, tifo canino.*”

Lúpus Eritematoso Sistêmico

“*Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)* é uma doença inflamatória de causa desconhecida.”

“Sistema nervoso Raízes nervosas periféricas e *sistema nervoso central (SNC)* em conjunto estão comprometidos em mais da metade dos pacientes com LES.”

O Ataque do Coração

“Ataque do Coração - *Ataque cerebral, derrame, isquemia cerebral, trombose cerebral, embolia cerebral ou hemorragia cerebral.*”

“Denomina-se ***anamnese*** a história da doença relatada pelo paciente ou familiares. As informações colhidas pelo médico podem sugerir, com maior ou menor certeza, um diagnóstico.” (Grifo em negrito do autor).

Pedra nos Rins

“Pedra nos Rins - *cálculo renal, pedra nos rins, litíase e nefrolitíase.*”

Pneumonia

“Pneumonia – *pontada, pontada de pneumonia.*”

Síndrome de Down

“Síndrome de Down (*Trissomia do Cromossomo 21*).”

Toxoplasmose

“Toxoplasmose – *doença do gato.*”

Transtorno Bipolar do Humor

“Transtorno Bipolar do Humor – *psicose maníaco-depressiva, transtorno ou doença afetivo bipolar, incluindo tipos específicos de doenças ou transtornos do humor, como ciclotimia, hipomania, transtorno misto do humor.*”

Com relação às siglas e acrônimos, cabem aqui duas breves explicações. A primeira é a respeito da diferença entre estas formas de redução. A *sigla* designa, por um lado, cada uma das letras iniciais da palavra ou do termo que formam parte de uma denominação; por outro, a palavra ou o termo formado pelo conjunto dessas letras iniciais. As siglas são utilizadas para referir-se de forma abreviada a organismos, instituições, empresas, doenças, objetos, sistemas, associações etc., cujos nomes complexos são muito longos. Já o *acrônimo* refere-se à palavra ou ao termo formado pela união de dois elementos ou mais, constituindo normalmente pelo princípio da primeira e o final da segunda ou, também, por outras combinações. Outra

diferença marcante está na pronúncia destes dois tipos de redução. O fato é que na sigla o falante pronuncia cada uma das letras da palavra ou do termo, ou seja, ele fala letra por letra, como é o caso de **AVC** e **HIV**. Por sua vez, no acrônimo, o falante pronuncia a redução da unidade como uma palavra ou um termo. Desse modo, **LES**, **AIDS** e **SIDA** são exemplos de acrônimos.

A segunda explicação acerca das siglas e dos acrônimos é que eles funcionam como termos, uma vez que pelo princípio da economia linguístico-discursiva, o léxico geral e/ou o léxico especializado se utiliza de recursos como estes pela conveniência no uso da linguagem geral ou especializada, com a finalidade de facilitar a comunicação. É por essa razão que muitas vezes a sigla torna-se mais conhecida do que o próprio sintagma nominal. No caso das patologias, consideramos ainda como um bom exemplo linguístico a **AIDS** ou **SIDA** (denominação usada em Portugal e outros países de Língua Portuguesa), em que os leigos dificilmente a chamam por **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**. Mais que isso, a unidade que através da sigla ou do acrônimo é banalizada, passa a constituir uma característica primitiva dentro do léxico geral e do terminológico, sendo capaz de derivar outras tantas, como é o caso de **aidético**, ainda usando o exemplo do termo **AIDS**.

Com relação ao caráter discursivo, vimos que a preocupação didática é uma das principais características do artigo de divulgação científica. Por entender a importância dessa característica, os autores lançam mão de recursos discursivos presentes em seus textos, como, por exemplo, o uso de expressões explicativas “isto é”, “ou seja”, além da utilização de recursos gráficos, como a explicação da terminologia entre parênteses () ou por meio de dois pontos (:), entre outras possibilidades. O uso de tais recursos tem o intuito de proporcionar uma melhor compreensão do conteúdo informativo, bem como aumentar a informação por parte do leitor dos artigos, ao mesmo tempo usuário do *site*, visto que são essas as ocorrências mais comuns nos textos de divulgação que analisamos.

Outro ponto a ser discutido é o fato de que nem todos os artigos analisados dão pistas discursivas. Apenas 9 dos 20 artigos, o que corresponde a 45%, trazem pistas no nível conceitual, enquanto que 17 dos 20 artigos, o que corresponde a 85%, preocupam-se em trazer outras denominações, revelando uma discrepância de 40% de um nível para o outro.

Essa preocupação em oferecer ao leitor várias possibilidades de denominação para as doenças é explicável. Pelo fato de o artigo de divulgação fazer uma espécie de conversão da

linguagem especializada para a linguagem comum, é natural que o autor do texto tenha como preocupação dar mais possibilidades de entendimento ao leitor leigo através de outras denominações, geralmente por meio de sinônimos, nomes populares, siglas e acrônimos.

Nessa perspectiva, entendemos, como sendo de soberana importância, que uma rede de informações cubra o nível denominativo, uma vez que este é o nível mais privilegiado pelos especialista-divulgadores dos artigos de divulgação científica do *site* ABC da Saúde. Para fins de consulta, entendemos que é mais viável para o leigo efetuar a busca de informações sobre a temática do artigo através do(s) termo(s), da(s) unidade(s) ou da(s) expressão(ões) linguística(s) do que pelo conceito(s).

4.3 Esquemas de palavras-chave

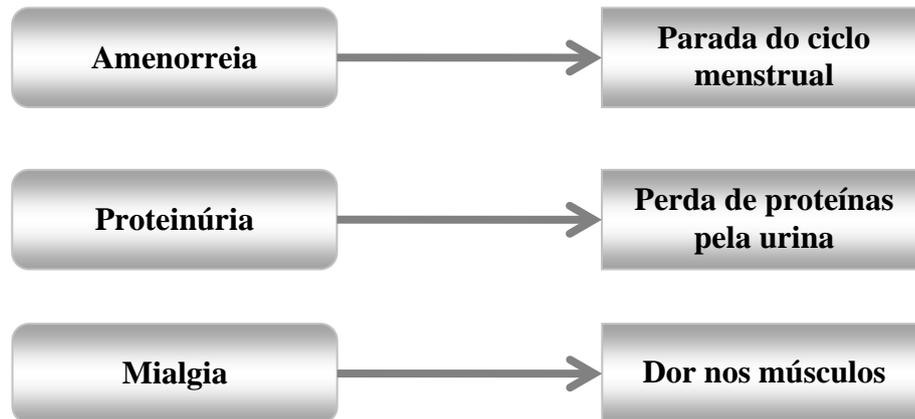
A análise dos artigos, auxiliada pelo Corpógrafo, possibilitou-nos encontrar os termos, as unidades e as expressões linguísticas “candidatas” a palavras-chave através de duas formas: pela explicação do termo técnico-científico; e pelo uso de outras denominações, sendo que a primeira cobre o nível conceitual e a segunda o nível denominativo. Dessa forma, os termos, as unidades e as expressões linguísticas encontradas nos contextos têm potencial para serem consideradas palavras-chave, pois representam focos temáticos de cada um dos artigos de divulgação científica da Medicina que compõem o *corpus* em que estamos pesquisando.

No entanto, esta primeira análise contextual resultou em outra mais pormenorizada, pois ao analisar as categorias elencadas acima, percebemos que destas resultam outras subcategorias. Diante de tal desdobramento, resolvemos utilizar um novo recurso de observação que poderá auxiliar na validação conceitual e denominativa das estruturas lexicais, para só em seguida proceder à estruturação das redes de palavras-chave.

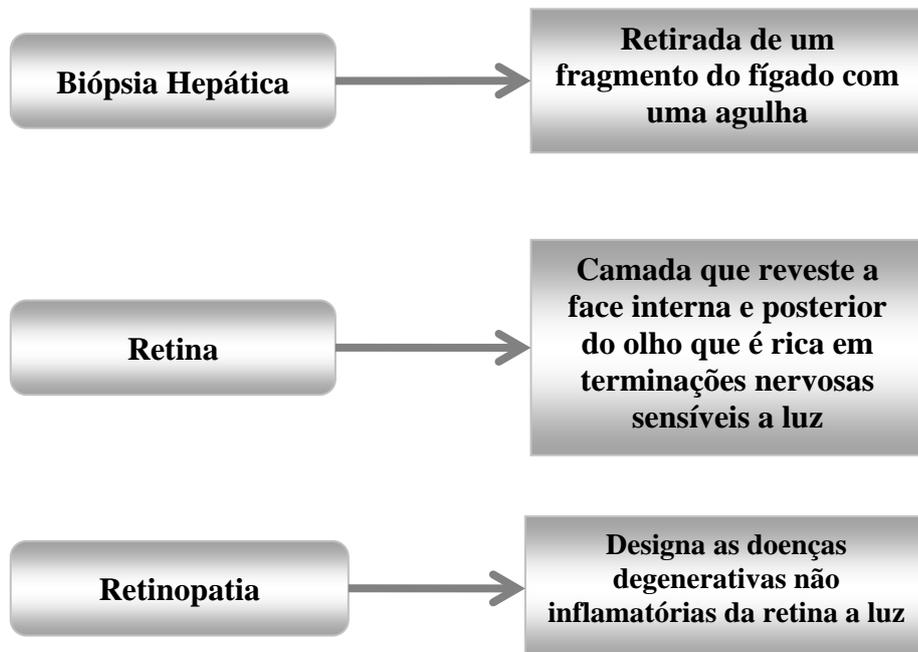
Resolvemos, assim, ampliar a análise já feita, subdividindo as categorias anteriores em esquemas de palavras-chave, de acordo com a seguinte configuração:

4.3.1 Explicação do termo técnico-científico

4.3.1.1 Por paráfrase

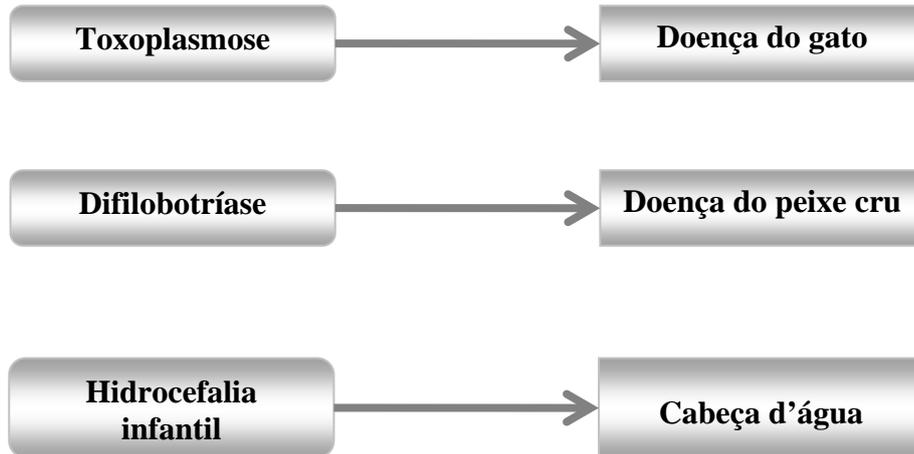


4.3.1.2 Por definição

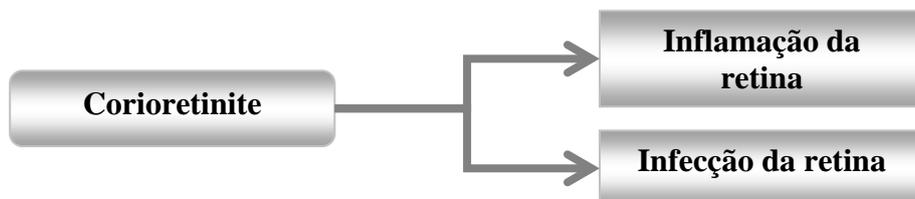


4.3.2 Uso de outras denominações

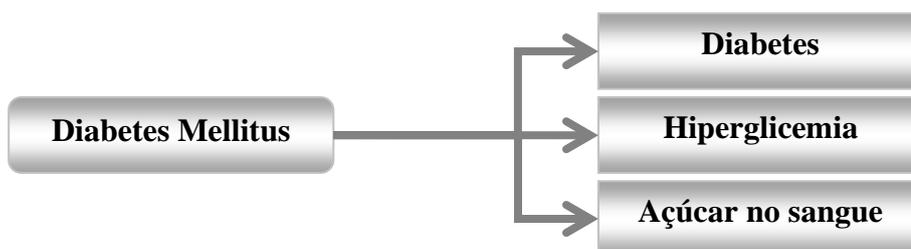
4.3.2.1 De um termo para uma denominação

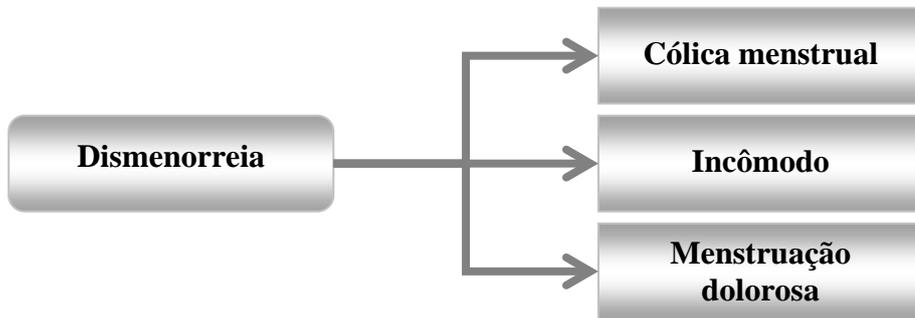


4.3.2.2 De um termo para duas denominações

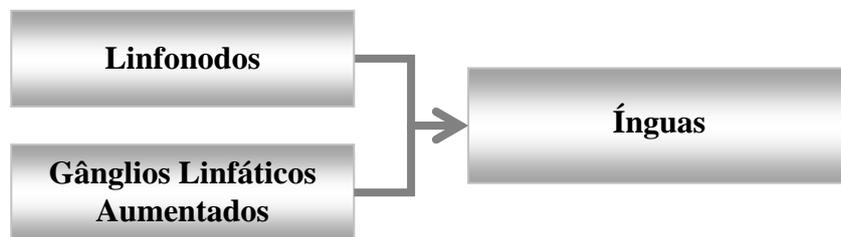


4.3.2.3 De um termo para três denominações

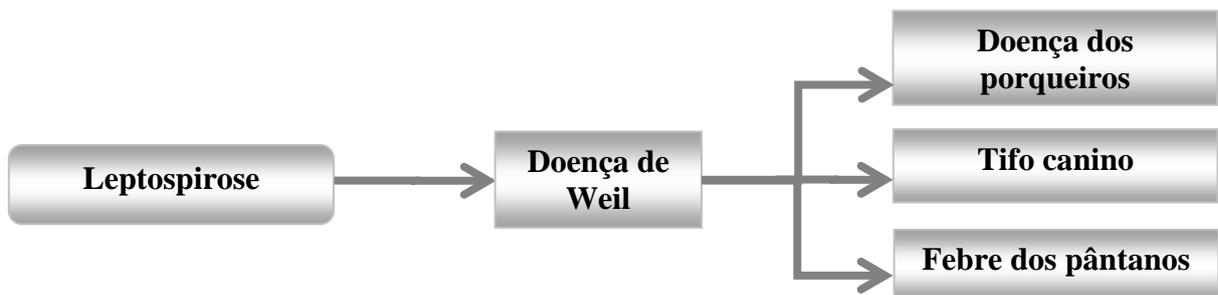




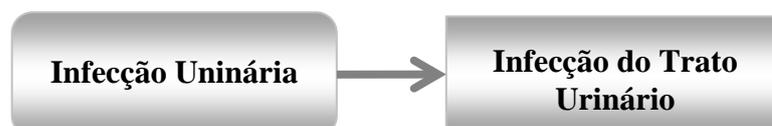
4.3.2.4 De dois termos para uma denominação.

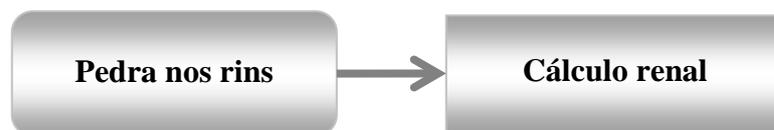


4.3.2.5 De um termo; para outro termo; para três denominações

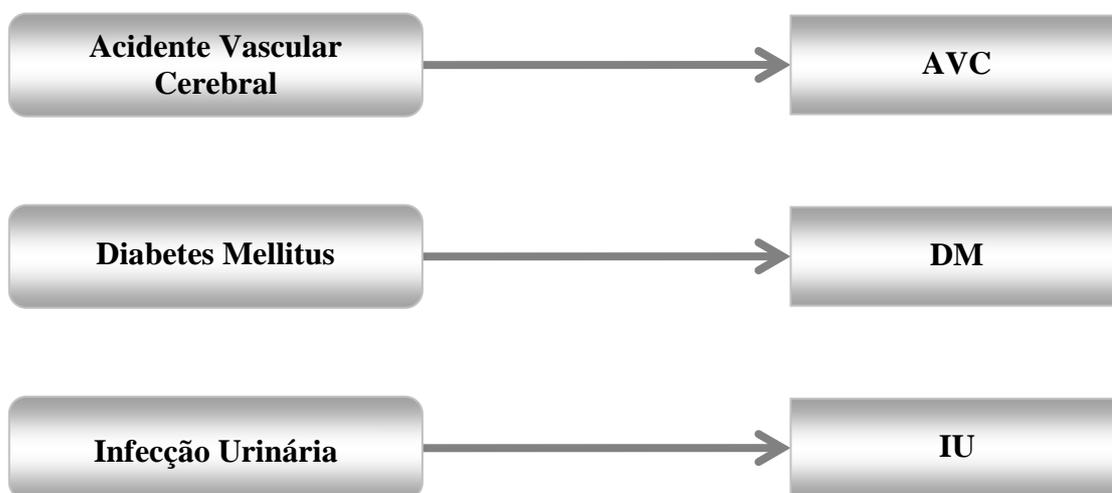


4.3.2.6 De uma denominação para um termo

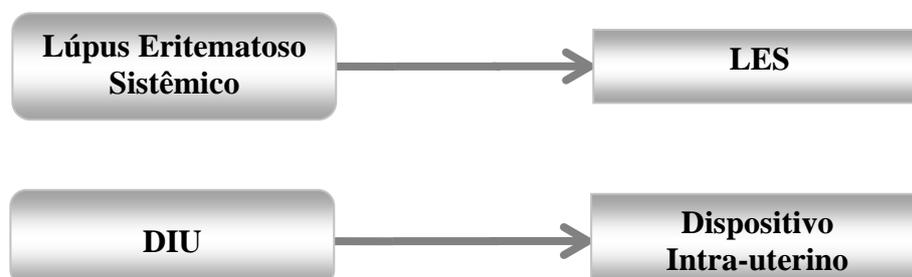




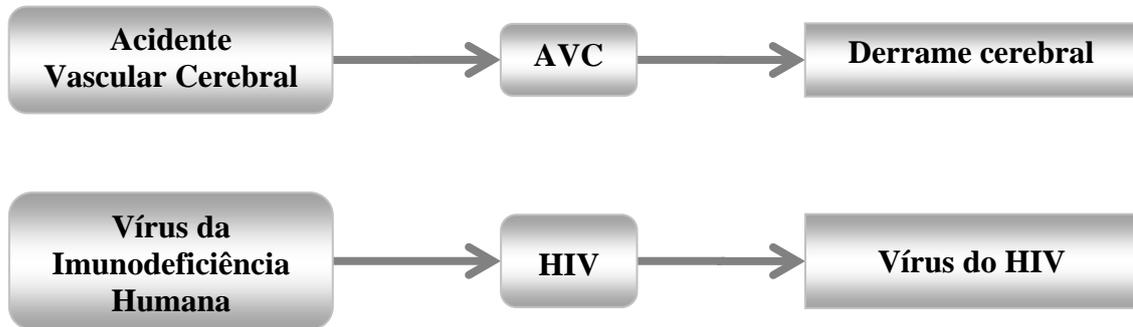
4.3.2.7 Do termo para a sigla



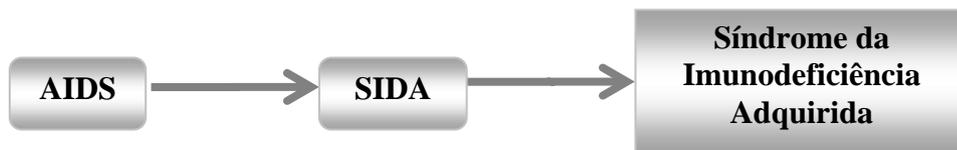
4.3.2.8 Do termo para o acrônimo ou vice-versa



4.3.2.9 Do termo; para a sigla; para outra denominação

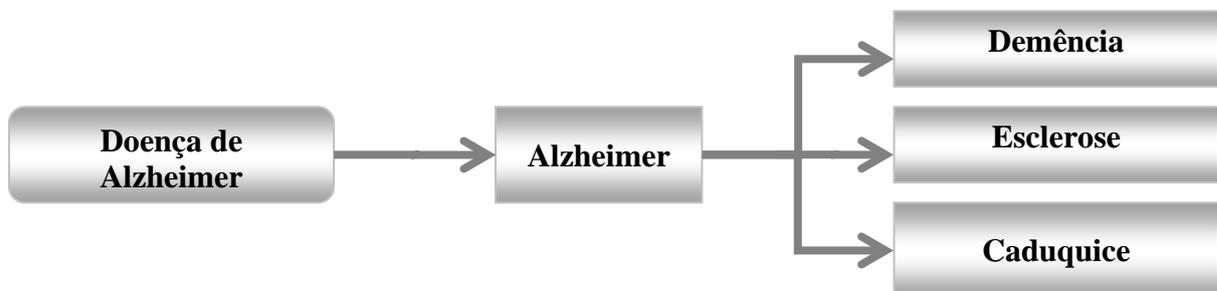


4.3.2.10 Do acrônimo; para outro acrônimo; para o termo por extensão

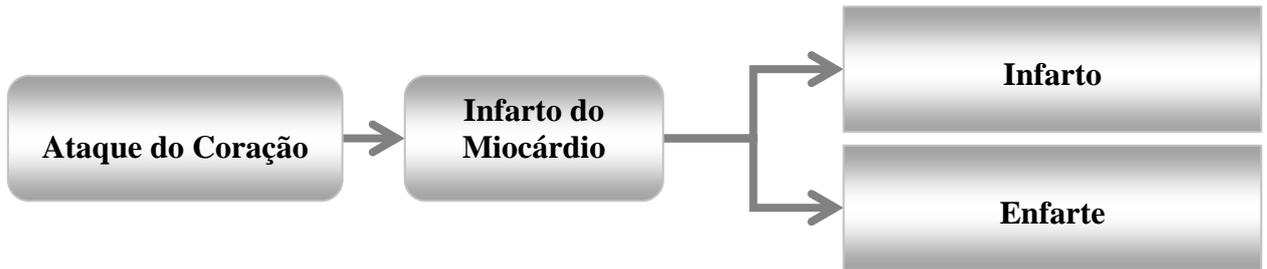


4.3.3 Redução e outras denominações

4.3.3.1 De um termo; para o termo reduzido; para outras denominações

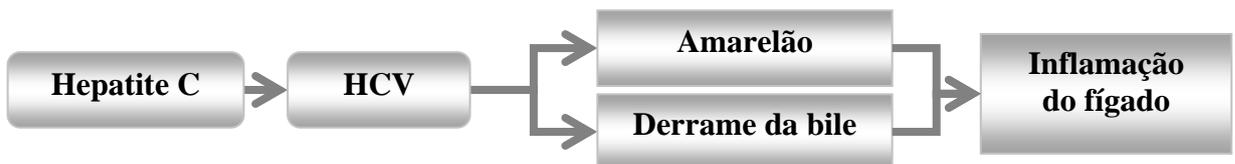


4.3.3.2 De uma denominação; para um termo; para variação do termo reduzido



4.3.4 Outros casos

4.3.4.1 Do termo; para a sigla; para outras denominações; para a explicação do termo por paráfrase



A elaboração dos esquemas acima dá sustentação à construção das redes de palavras-chave, etapa que será mostrada no capítulo 5.

5 REDES DE PALAVRAS-CHAVE

Existem linguagens que os especialistas usam para relacionar-se entre si, e outras para comunicar-se com interlocutores menos especializados ou para estabelecer comunicação com especialistas de outras disciplinas. Dentro de um mesmo ambiente profissional se dão, desse modo, diferenças entre o discurso científico e o discurso técnico, entre o discurso divulgativo e o discurso didático. Por último, também existem linguagens que os especialistas usam para comunicar-se com o público em geral.

Juan C. Sager

A partir dos esquemas de palavras-chave, iniciamos a construção de redes de palavras-chave adequadas aos artigos de divulgação científica do *site* ABC da Saúde, os quais compõem o *corpus* desta pesquisa. Ressaltamos a elaboração das redes deu-se no nível intratextual, comportando apenas os artigos do *site*. Nessa medida, as palavras-chave se limitam apenas a cada texto, não fazendo inter-relação entre os demais artigos do *site*, o que comprova sua condição intratextual. Desta forma, construímos redes de palavras-chave baseadas no que se pode denominar de esquema lógico-semântico, considerando a realidade dos dados presentes nas fichas, e discursivo, relativo ao nível das variantes de cada artigo.

5.1 Critérios de construção

Acreditamos que o objetivo básico de toda e qualquer rede de palavras-chave é sua funcionalidade, ou seja, tal mecanismo deve ser capaz de atender às necessidades de consulta

dos usuários. Diante disso, no caso em estudo, é necessário levar em conta, além dos termos representativos dos nódulos conceituais básicos e hierarquizados de cada subdomínio de especialidade médica, as unidades e as expressões que têm um nível de representação linguístico-nominal e que expressam focos temáticos essenciais de uma área. Além desse aspecto, estas estruturas lexicais, que podem ou não ser unidades terminológicas, devem facilitar o acesso à informação.

Vimos que os artigos de divulgação científica da Medicina fazem coexistir termos especializados com outras denominações correlatas. Daí a necessidade de se considerar critérios para a construção das redes de palavras-chave que levassem em conta os aspectos de variação denominativa das terminologias técnico-científicas empregada no *site* ABC da Saúde.

Além disso, convém lembrar que as redes estruturam-se com base nos nódulos conceituais hierárquicos que cobrem os campos de especialidade. Neste caso, identificamos esses nódulos com base nos tópicos relativos ao conteúdo geral dos artigos registrados em fichas, como já referimos. Considerando esses nódulos, selecionamos as unidades e expressões linguísticas, e suas respectivas variantes para estruturar as redes.

Convém dizer, neste momento, que a seleção de palavras-chave obedeceu a critérios qualitativos e não quantitativos, considerando que não é possível manter a uniformidade numérica em razão da temática e da estrutura de cada artigo, embora estes tenham um padrão regular.

Assim, fundamentados nos esquemas elaborados anteriormente, propomos uma rede de palavras-chave para cada artigo examinado, considerando os dois planos referidos:

- (1) o discursivo, que cobre outras denominações (sinônimos, variações, siglas e acrônimos);
- (2) o conceitual, que busca cobrir os focos mais significativos de caracterização da doença e de suas implicações, conforme a proposição da ficha relativa à organização temática dos artigos do *site*.

5.2 Configuração das redes de palavras-chave

Para melhor representar as redes de palavras-chaves, valem-nos dos princípios organizacionais descritos e adotamos uma disposição gráfica particular para facilitar a leitura, identificação e distribuição dos dados.

Assim, a apresentação geral obedece aos seguintes critérios de configuração:

DOENÇA	<i>outras denominações</i>
⇒ Palavras-chave.	

Tal como se observa, a denominação da doença, que coincide com o título do artigo de divulgação científica do *site* ABC da Saúde, encabeça o lado esquerdo do quadro, indicado em letras MAÍUSCULAS e **negrito**.

O campo ao lado destina-se às outras denominações (sinônimos e nomes populares). Estas são apresentadas em letras minúsculas, em *itálico* e **negrito**. Caso não existam outras denominações, este campo ficará em branco.

Na posição inferior, indicadas por seta (⇒) e separadas por ponto, seguem as palavras-chave propostas para cada doença.

Convém ressaltar que as redes de palavras-chave estão apresentadas em ordem alfabética. Entretanto, as palavras-chave que figuram nas redes propostas não obedecem a esse critério, e sim ao critério de representatividade, que se baseia na estrutura informativo-textual que artigos de divulgação científica do *site* ABC da Saúde procuram seguir. Acreditamos que dispostas desta forma, as redes de palavras-chave podem auxiliar de maneira mais clara e específica o usuário na busca, no aumento e na recuperação da informação pretendida.

5.3 Proposta das redes de palavras-chave

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	<i>AVC, derrame cerebral, derrame</i>
<p>⇒ Hipertensão Arterial. Déficit Neurológico. Distúrbio na Circulação Cerebral. Ataque Isquêmico Transitório. Acidente Vascular Hemorrágico. Acidente Vascular Isquêmico. Diabete. Afasia.</p>	

AIDS	<i>SIDA, Vírus HIV</i>
<p>⇒ Doença Infecciosa. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Vírus da Imunodeficiência Humana. Contaminação. Perda da Imunidade. Defesas Imunológicas.</p>	

ANOREXIA NERVOSA	<i>anorexia, transtornos alimentares</i>
<p>⇒ Importante Emagrecimento. Valorização Excessiva da Magreza. Medo de Engordar. Problemas Emocionais e Fisiológicos. Morte por Desnutrição.</p>	

ATAQUE DO CORAÇÃO	<i>infarto do miocárdio, enfarte do miocárdio, infarto, enfarte</i>
⇒ Doença Isquêmica do Coração. Obstrução das Coronárias. Crise Cardíaca. Músculo Cardíaco. Artéria Coronária.	

CIANOSE	<i>doença azul, doença do sangue azul</i>
⇒ Cianose Central. Cianose Periférica. Cianose Diferencial. Coloração Azulada. Sangue Pobre em Oxigênio. Veias Periféricas. Doenças do Pulmão. Doenças do Coração.	

DIABETES MELLITUS	<i>diabetes, hiperglicemia, açúcar no sangue</i>
⇒ Doença Auto-Imune. Aumento de Açúcar. Deficiência de Insulina. Aumento da Glicemia.	

DIFILOBOTRÍASE	<i>doença do peixe cru</i>
⇒ Doença Infecciosa. Ingestão de Peixe Cru Infectado. Intestino Delgado.	

DISMENORREIA	<i>cólica menstrual, incômodo</i>
⇒ Dismenorreia Primária. Dismenorreia Secundária. Menstruação Dolorosa. Ciclo Menstrual. Uso do Dispositivo Intrauterino. DIU.	

DOENÇA DE ALZHEIMER	<i>mal de Alzheimer, Alzheimer, demência, esclerose, caduquice</i>
⇒ Doença Degenerativa do Cérebro. Perda de Memória. Atrofia Progressiva. Alterações no Comportamento.	

HEPATITE C	<i>amarelão, derrame da bile</i>
⇒ Doença Inflamatória. Vírus HCV. Sangue Contaminado. Secreção Corporal. Fígado.	

HIDROCEFALIA INFANTIL	<i>cabeça d'água, líquido na cabeça, água na cabeça</i>
⇒ Hidrocefalia Comunicante. Hidrocefalia Não Comunicante. Acúmulo de Água na Cabeça. Dilatação Ventricular. Aumento da Pressão Intracraniana. Obstrução Liquórica. Ventriculos. Espaço Subaracnoide.	

INFEÇÃO URINÁRIA	
<p>⇒ Doença Infecciosa. Infecção do Trato Urinário. Dores na bexiga. Pielonefrite. Cistite. Prostatite. Uretrite. Dificuldade e/ou Urgência para Urinar.</p>	

LEPTOSPIROSE	<i>doença de Weil, doença dos porquinhos, febre dos pântanos, tifo canino</i>
<p>⇒ Doença Infecciosa. Contato com Urina de Roedores. Transmissão de Bactérias. Zoonose. Sistema Vascular. Fotofobia.</p>	

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	<i>lúpus, LES</i>
<p>⇒ Doença Infamatória. Sistema Imunológico. Produção Inadequada de Anticorpos. Dor nas Articulações. Manchas Vermelhas. Fadiga.</p>	

PEDRA NOS RINS	<i>cálculo renal, pedra nos rins, litíase e nefrolitíase</i>
<p>⇒ Urina. Infecção Urinária. Formação de Cálculos. Ácido Úrico.</p>	

PNEUMONIA	<i>pontada, pontada de pneumonia, infecção pulmonar, infecção do trato respiratório inferior</i>
⇒ Doença Infecciosa. Doença Inflamatória. Vias Respiratórias. Infamação nos Pulmões. Pneumococo. Dor no Tórax. Tosse. Respiração Curta e Dolorosa.	

RETINOPATIA	
⇒ Retina. Doença Degenerativa. Doença Não Inflamatória. Serosa Central. Diabetes. Hipertensão Arterial.	

SÍNDROME DE DOWN	
⇒ Retardo Mental. Trissomia do Cromossomo 21. Face Típica.	

TOXOPLAMOSE	<i>doença do gato</i>
⇒ Doença Infecciosa. Contaminação. Defesas Imunológicas. Gânglios Linfáticos Aumentados. Infecção na Retina. Dores Musculares.	

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR	<i>psicose maníaco-depressiva, transtorno afetivo bipolar, doença afetiva bipolar, transtorno misto do humor</i>
⇒ Depressão. Euforia. Mania. Ciclotimia. Hipomania.	

Em suma, salientamos o caráter funcional que toda rede dessa natureza deve possuir, uma vez que tal instrumento deve facilitar para o leigo a busca de informações e, caso prefira, como já dissemos, também estender o seu nível de informatividade, além de recuperar a informação.

Ao mesmo tempo em que apresentamos a proposição das redes de palavras-chave para cada artigo analisado, pensamos ter alcançado o principal objetivo da pesquisa que ora realizamos.

A seguir, passamos às considerações finais desta dissertação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos esta dissertação, e no decorrer dela, enfatizávamos a importância do desenvolvimento de sistemas informativos virtuais para artigos de divulgação científica da Medicina, representados nesta pesquisa pelas redes de palavras-chave.

Por conta do aspecto hermético e pela alta densidade terminológica que caracteriza a linguagem médica, os interlocutores não especializados fazem uso de outros modos de representação da linguagem, visto que a terminologia médica não lhes é familiar. Devido a isso, surgem sinônimos e denominações populares que concorrem com as de nível especializado.

Por não dominarem a linguagem especializada, característica típica de toda e qualquer área do saber, a produção da informação para os leigos é feita por meio de uma linguagem acessível, uma vez que estes interlocutores não detém o conhecimento especializado. Retomamos, assim, a figura 1, porém com a finalidade de completá-la, mostrando como as redes de palavras-chave podem ser mecanismos bastante úteis pelo leigo, no sentido de se chegar à compreensão do conteúdo especializado de cada artigo.



Figura 1: Modulação da linguagem

Através das redes de palavras-chave propostas para os artigos de divulgação científica da Medicina examinados nesta pesquisa, o leitor leigo tem em suas mãos mais uma possibilidade que o ajudará na busca, no aumento e na recuperação da informação por ele

pretendida. Dessa forma, estes sistemas de informação funcionam como mais um subsídio destinado a auxiliá-lo na compreensão do conteúdo especializado.

Como aporte teórico, fundamentamo-nos na Terminologia e na Documentação, sobretudo na aproximação existente entre ambas, em que se percebe uma relação altamente produtiva. Nessa perspectiva, os objetos de cada uma delas, a saber, termos, descritores e palavras-chave, respectivamente, representam os focos temáticos de áreas representativas de cada artigo.

Através da análise dos artigos de divulgação científica, fizemos a identificação dos termos, das unidades e das expressões linguísticas “candidatas” a palavra-chave. Nesse sentido, baseando-nos na leitura dos artigos, armazenamos as informações em fichas numa base de dados por nós construída no *Microsoft Access*. A partir desse momento, fomos capazes de elaborar esquemas de palavras-chave, os quais deram um suporte ainda maior para a construção das redes de palavras-chave sugeridas. Todos esses passos foram imprescindíveis para um controle das palavras-chaves que figuram em cada uma das redes.

À luz desses fatores e dentro das limitações que esta pesquisa nos impôs, propusemos como resultado da pesquisa, originário principalmente da dualidade dos eixos conceitual e denominativo, 20 redes de palavras-chave capazes de cobrir os 20 artigos de divulgação científica do *site ABC da Saúde*, os quais compuseram o *corpus*.

Com relação às redes de palavras-chave, postulamos que tais instrumentos devem articular tanto um eixo vertical, que cubra a arquitetura conceitual da temática abordada em cada artigo de divulgação científica do *site ABC da Saúde*, quanto um eixo horizontal, direcionado para a linguagem utilizada nos artigos examinados, os quais comportam vários tipos de variação denominativa entre outras estratégias de informação conceitual e linguística.

As redes visam, principalmente, auxiliar o leitor do artigo de divulgação científica na busca, aumento e recuperação da informação de seu interesse, baseado em um sistema informacional terminológico consistente. Em consequência desse aspecto, os usuários mais beneficiados com tais constructos de natureza informativo-terminológica serão, em particular, aqueles que optam pelas relações comunicativas no contexto do mundo virtual e que, em geral, estão mesmo na busca de informações médicas. Esperamos, assim, que essas redes possam auxiliar em primeiro lugar usuários do *site ABC da Saúde*, mas não apenas eles. Médicos, acadêmicos de Medicina e todos, que como nós, de alguma forma, se interessam por assuntos

ligados ao universo temático da saúde e por sua terminologia podem se beneficiar com estes sistemas de informação.

Aproveitamos este momento de considerações finais para mencionar que este não é um trabalho conclusivo, visto que seria pretensioso de nossa parte mencionar que esgotamos este assunto com nossa pesquisa. Pelo contrário, o trabalho com a linguagem da saúde, especificamente com a terminologia da Medicina, mostrou-nos várias possibilidades instigantes, motivando-nos para uma continuidade no percurso de investigação deste tema.

Nesse sentido, a título de trabalho futuro, pretendemos continuar realizando análises nos textos que compõem o *site* ABC da Saúde, com a finalidade de elaborar outras redes de palavras-chave que possam auxiliar os usuários na busca pela informação. Como resultados dessas análises, intencionamos construir novas redes, estas, entretanto, de caráter intertextual, que tenham condição de abranger, senão todos, a maioria dos artigos do *site*. Em um outro momento, temos ainda o anseio de fazer um tratamento específico acerca da sinonímia e da variação sociolinguística dos termos, unidades e expressões pertencentes ao campo da Medicina.

Por fim, concluímos esta etapa, considerando que tal pesquisa constitui-se, antes de tudo, numa contribuição aos estudos já realizados no país na área da Terminologia. Acreditamos, contudo, que o prolongamento de tal empreendimento científico poderá mostrar, mais ainda, o papel social dos estudos terminológicos aplicados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Vera Maria Araujo Pigossi de. **Documentação, Terminologia e Linguística: uma interface produtiva**. 2006. 165 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Instituto de Letras, Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BARITÉ, Mario Guido. **Glosario sobre organización y representación del conocimiento: clasificación, indización, terminología**. Montevideo: CSIC/Indice, 1997. 172 p.

BARROS, Lúcia Almeida. Aspectos epistemológicos e perspectivas científicas da terminologia. **Ciência e cultura**, v. 58, n. 2, São Paulo, Apr./June 2006. p. 22-26.

BARROS, Lúcia Almeida. **Curso básico de Terminologia**. São Paulo: Edusp, 2004. 296 p.

BEVILACQUA, Cleci Regina. **Unidades Fraseológicas Especializadas eventivas: descripción y reglas de formación en el ámbito de la energía solar**. 2004. 241 f. Tese (Programa de Doutorado em Linguística Aplicada) – Instituto Universitário de Linguística Aplicada, Universidade Pompeu Fabra, Barcelona.

BEVILACQUA, Cleci Regina. **A fraseologia jurídico-ambiental**. 1996. 148 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Instituto de Letras, Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BENVENISTE, Emile. **Problemas de Linguística geral II**. Campinas: Pontes, 1989. 294 p.

BERBER SARDINHA, Tony. **Linguística de Corpus**. Barueri: Manole, 2004. 410 p.

BERBER SARDINHA, Tony. Linguística de Corpus: histórico e problemática. **DELTA**, v.16, n.2, São Paulo, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502000000200005>. Acesso em 23 ago 2006.

BERBER SARDINHA, Tony. Padrões Lexicais e colocações do português. **9º InPLA – Intercambio de pesquisas em Linguística Aplicada**. PUCSP, 1999. Disponível em <<http://members.wbs.net/homepages/c/o/r/corpuslinguistics/homepage.html>>. Acesso em 23 ago 2006.

BIBER, Douglas; CONRAD, Susan; REPPEN, Randi. **Corpus linguistics: investigating language structure and use**. Cambridge: Cambridge University, 2000. 300 p.

CABRÉ, Maria Teresa. **La terminología entre la lexicología y la documentación: aspectos históricos e importancia social**. 2000. Conferência apresentada na Associazione Italiana per la Terminología, Roma, 6 abr 2000.

CABRÉ, Maria Teresa. **La Terminología: representación y comunicación**. Barcelona: IULA/Universitat Pompeu Fabra, 1999. 369 p. (Sèrie monografies, n. 3).

CABRÉ, Maria Teresa. **La Terminología: teoría, metodología, aplicaciones**. Barcelona: Antártida/Empúries, 1993. 529 p.

CABRÉ, Maria Teresa; ESTOPA, Rosa. **Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud**. IV Actividades de IULATERM de Verano. Barcelona: IULA/Universitat Pompeu Fabra, 2004. 193 p. (Sèrie activitats, n. 16).

CABRÉ, Maria Teresa; CODINA, Lluís; ESTOPA, Rosa. **Terminologia i Documentació**. I Jornada de Terminologia i Documentació. Barcelona: IULA/Universitat Pompeu Fabra, 2001. 142 p. (Sèrie activitats, n. 8).

CALDER, Ritchie. **O homem e a medicina: história da arte e da ciência de curar**. São Paulo: Boa Leitura, 1970. 279 p.

CAMARA JUNIOR, Joaquim Mattoso. **História e estrutura da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Padrão, 1976. 256 p.

CIAPUSCIO, Guiomar Elena. Formulation and reformulation procedures in verbal interactions between experts and (semi-)laypersons. **Discourse Studies**. v. 5: 2003a. p. 207-233. Disponível em <<http://dis.sagepub.com/cgi/reprint/5/2/207.pdf>> Acesso em 28 jun 2007.

CIAPUSCIO, Guiomar Elena. **Textos especializados y terminología**. Barcelona: IULA/Universitat Pompeu Fabra, 2003b. 149 p. (Sèrie monografies, n. 6).

CIAPUSCIO, Guiomar Elena. La terminología desde el punto de vista textual: selección, tratamiento y variación. **Organon**, v. 12, n. 26, Porto Alegre, 1998. p. 43-65.

CORACINI, Maria José Rodrigues Faria. **Um fazer persuasivo: o discurso subjetivo da ciência**. Campinas: Pontes, 1991. 212 p.

DE LA TORRE, María Mercedes Suárez. **Análisis constrativo de la variación denominativa en textos especializados:** del texto original al texto meta. 2004. 381 f. Tese (Programa de Doutorado em Linguística Aplicada) – Instituto Universitário de Linguística Aplicada, Universidade Pompeu Fabra, Barcelona.

FARIAS, Emilia Maria Peixoto. **A linguagem da moda no português contemporâneo.** 2001. 264 f. Tese (Doutorado em Letras) – Centro de Artes e Comunicação, Departamento de Letras, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. 2120 p.

FAULSTICH, Enilde L. de Jesus. A socioterminologia na comunicação científica e técnica. **Ciência e cultura**, v. 58, n. 2, São Paulo, Apr./June 2006.p. 27-31.

FAULSTICH, Enilde L. de Jesus. Socioterminologia: mais que um método de pesquisa, uma disciplina. **Ciência da Informação**, v. 24, n. 3, 1995.

FAULSTICH, Enilde L. de Jesus. Rede de remissivas em um glossário técnico. **Cadernos do Instituto de Letras (UFRGS)**, Porto Alegre, n. 10, p. 91-97, jul. 1993.

FEITOSA, Vera Cristina R. **Redação de textos científicos.** Campinas: Papyrus, 1991. 155 p.

FINATTO, Maria José Bocorny. **Definição terminológica:** fundamentos teórico-metodológicos para sua descrição e explicação. 2001. 395 f. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Instituto de Letras, Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FUENTES I PUJOL, Maria Eulália. **Documentación y periodismo.** Barañáin: EUNSA, 1997. 130 p.

GAUDIN, François. **Socioterminologie:** des problèmes semantiques aux pratiques institutionnelles. Rouen: Publications de l'Université de Rouen, 1993. 231 p.

GAUDIN, François. La socioterminologie. **Langages**. n. 157 (La terminologie: nature et enjeux), Paris, mars 2005, p. 80-92.

GOUADEC, Daniel. **Terminologie:** constitution des données. Paris: AFNOR, 1990. 219 p.

ISO. **50 Years: ISO/TC 37 “Terminology and other language resources”** - A history of 65 years of standardization of terminological principles and methods. Disponível em

<http://isotc.iso.org/livelink/livelink/fetch/2000/2122/551445/551446/551447/Standing_document_02_50_years_ISO_TC_37.pdf?nodeid=5836558&vernum=0>. Acesso em: 20 nov 2006.

KRIEGER, Maria da Graça. Terminologia técnico-científica: seu papel no Mercosul. **Boletim da Associação Brasileira de Linguística**. n. 24, fev. 2001a. Disponível em <<http://www.unb.br/abralin/index.php?id=8&boletim=24&tema=02>> Acesso em: 23 mai 2006.

KRIEGER, Maria da Graça. O termo: questionamentos e configurações. In: KRIEGER, Maria da Graça; MACIEL, Anna Maria Becker. (Orgs.). In: **Temas de Terminologia**. Porto Alegre/São Paulo: UFRGS/Humanitas/USP, 2001b. p. 62-81.

KRIEGER, Maria da Graça; MACIEL, Anna Maria Becker; BEVILACQUA, Cleci Regina. Relações semânticas de um dicionário ambiental. **IV Simposio Iberoamericano de Terminología: Terminología y desarrollo**. RITerm. Buenos Aires, Actas. Secretaria de Ciencia y Tecnología de la Nación, Subsecretaria de Informática y Desarrollo, Unión latina, 1994. p. 127-131.

KRIEGER, Maria da Graça; ARAÚJO, Luzia (orgs.). **Cadernos de tradução**. n. 17 (A terminologia em foco), Porto Alegre, out-dez 2004. 136 p.

KRIEGER, Maria da Graça; FINATTO, Maria José Bocorny. **Introdução à Terminologia: teoria e pratica**. São Paulo: Contexto, 2004. 223 p.

LEIBRUDER, Ana Paula. O discurso de divulgação científica. In: BRANDÃO, Helena Nagamine (coord.). **Gêneros do discurso na escola: mito, conto, cordel, discurso político, divulgação científica**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 229-253.

LÉRAT, Pierre. La lengua especializadas y Documentación. In: _____. **Las lenguas especializadas**. Barcelona: Ariel, 1997. p. 117-123.

MACIEL, Anna Maria Becker. **Para o reconhecimento da especificidade do termo jurídico**. 2001. 258 f. Tese (Doutorado em Letras) – Instituto de Letras, Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In: DIONÍSIO, Ângela Paiva; MACHADO, Anna Rachel; BEZERRA, Maria Auxiliadora (Orgs.). **Gêneros textuais e ensino**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2002. p. 19-36.

MORTUREUX, Marie-Françoise. Paraphrase et métalangage dans le dialogue de vulgarisation. **Langue Française**. n. 53, p. 48-61, 1982.

NÉRI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em Gerontologia**. São Paulo: Átomo e Alínea, 2002.

PONTES, Antônio Luciano. **Os termos da cultura e da industrialização do caju**. 1996. 224 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis.

RABUSKE, Edvino A. **Epistemologia das ciências humanas**. Caxias do Sul: EDUCS, 1987. 144 p.

REY, Alain. **La Terminologie: noms et notions**. Paris: PUF, 1979. 127 p.

RODILLA, Bertha M. Gutiérrez. La medicina, sus mundos y sus lenguajes. In: CABRÉ, Maria Teresa; BACH, Carme (Eds.). **Coneixment, llenguatge i discurs especialitzat**. Barcelona: IULA/ Universitat Pompeu Fabra, 2005. p. 131-140. (Sèrie monografies, n. 7).

RODILLA, Bertha M. Gutiérrez. El lenguaje de la medicina y sus funciones. **Revista iberoamericana de discurso e sociedad: lenguaje en contexto desde una perspectiva crítica y multidisciplinaria**. v. 2, n. 2, junio 2000. p. 131-146.

RONDEAU, Guy. **Introduction à la Terminologie**. Québec: Gaëtan Mourin, 1984. 227 p.

SAGER, Juan C. **Curso práctico sobre el procesamiento de la terminología**. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez/Pirámide, 1993. 448 p.

SAGER, Juan C. **A practical course in terminology processing**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1990. 254 p.

SANTOS, Gildenir Carolino; RIBEIRO, Célia Maria. **Acrônimos, siglas e termos técnicos: arquivística, biblioteconomia, documentação, informática**. Campinas: Átomo, 2003. 277 p.

SCLIAR, Moacyr. **A linguagem médica**. São Paulo: Publifolha, 2002. 85 p. (coleção Folha explica).

WITTGENSTEIN, Ludwig. **Investigações filosóficas**. 3 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. 223 p. (Coleção Os Pensadores).

WIZIACK, Julio; TARANTINO, Mônica. **Isto É**, São Paulo, 7 fev 2007. Os segredos do cérebro. Entrevista com Miguel Nicolelis. p. 7-11.

WUSTER, Eugen. **Introducción a la teoría general de la terminología y a la lexicografía terminológica**. Barcelona: IULA/Universitat Pompeu Fabra, 1998. 227 p. (Sèrie monografies, n. 1).

ZAMBONI, Lilian Márcia Simões. **Cientistas, jornalistas e a divulgação científica: subjetividade e heterogeneidade no discurso da divulgação científica**. Campinas: Autores Associados/Fapesp, 2001. 167 p.

ANEXO A – CORPUS

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Sinônimos e Nomes Populares:

AVC, Derrame cerebral.

O que é?

O acidente vascular cerebral é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral; começa abruptamente, sendo o déficit neurológico máximo no seu início podendo progredir ao longo do tempo.

O termo ataque isquêmico transitório (AIT) refere-se ao déficit neurológico transitório com duração de menos de 24 horas até total retorno à normalidade; quando o déficit dura além de 24 horas, com retorno ao normal é dito como um déficit neurológico isquêmico reversível (DNIR).

Podemos dividir o acidente vascular cerebral em duas categorias:

O acidente vascular isquêmico consiste na oclusão de um vaso sanguíneo que interrompe o fluxo de sangue a uma região específica do cérebro, interferindo com as funções neurológicas dependentes daquela região afetada, produzindo uma sintomatologia ou déficits característicos.

No acidente vascular hemorrágico existe hemorragia (sangramento) local, com outros fatores complicadores tais como aumento da pressão intracraniana, edema (inchaço) cerebral, entre outros, levando a sinais nem sempre focais.

Como se desenvolve ou se adquire?

Vários fatores de risco são descritos e estão comprovados na origem do acidente vascular cerebral, entre eles estão: a hipertensão arterial, doença cardíaca, fibrilação atrial, diabetes, tabagismo, hiperlipidemia. Outros fatores que podemos citar são: o uso de pílulas anticoncepcionais, álcool, ou outras doenças que acarretem aumento no estado de coagulabilidade (coagulação do sangue) do indivíduo.

O que se sente?

Geralmente vai depender do tipo de acidente vascular cerebral que o paciente está sofrendo: isquêmico? hemorrágico? Sua localização, idade, fatores adjacentes.

Fraqueza:

O início agudo de uma fraqueza em um dos membros (braço, perna) ou face é o sintoma mais comum dos acidentes vasculares cerebrais. Pode significar a isquemia de todo um hemisfério cerebral ou apenas de uma pequena e específica área. Podem ocorrer de diferentes formas apresentando-se por fraqueza maior na face e no braço que na perna; ou fraqueza maior na perna que no braço ou na face; ou ainda a fraqueza pode se acompanhar de outros sintomas. Estas diferenças dependem da localização da isquemia, da extensão e da circulação cerebral acometida.

Distúrbios Visuais:

A perda da visão em um dos olhos, principalmente aguda, alarma os pacientes e geralmente os leva a procurar avaliação médica. O paciente pode ter uma sensação de "sombra" ou "cortina" ao enxergar ou ainda pode apresentar cegueira transitória (amaurose fugaz).

Perda sensitiva:

A dormência ocorre mais comumente junto com a diminuição de força (fraqueza), confundindo o paciente; a sensibilidade é subjetiva.

Linguagem e fala (afasia):

É comum os pacientes apresentarem alterações de linguagem e fala; assim alguns pacientes apresentam fala curta e com esforço, acarretando muita frustração (consciência do esforço e dificuldade para falar); alguns pacientes apresentam uma outra alteração de linguagem, falando frases longas, fluentes, fazendo pouco sentido, com grande dificuldade para compreensão da linguagem. Familiares e amigos podem descrever ao médico este sintoma como um ataque de confusão ou estresse.

Convulsões:

Nos casos da hemorragia intracerebral, do acidente vascular dito hemorrágico, os sintomas podem se manifestar como os já descritos acima, geralmente mais graves e de rápida evolução. Pode acontecer uma hemiparesia (diminuição de força do lado oposto ao sangramento), além de desvio do olhar. O hematoma pode crescer, causar edema (inchaço), atingindo outras estruturas adjacentes, levando a pessoa ao coma. Os sintomas podem desenvolver-se rapidamente em questão de minutos.

Como o médico faz o diagnóstico?

A história e o exame físico dão subsídios para uma possibilidade de doença vascular cerebral como causa da sintomatologia do paciente. Entretanto, o início agudo de sintomas neurológicos focais deve sugerir uma doença vascular em qualquer idade, mesmo sem fatores de risco associados. A avaliação laboratorial inclui análises

sanguíneas e estudos de imagem (tomografia computadorizada de encéfalo ou ressonância nuclear magnética). Outros estudos: ultrassom de carótidas e vertebrais, ecocardiografia e angiografia podem ser feitos.

Como se trata e como se previne?

Inicialmente deve-se diferenciar entre acidente vascular isquêmico ou hemorrágico.

O tratamento inclui a identificação e controle dos fatores de risco, o uso de terapia antitrombótica (contra a coagulação do sangue) e endarterectomia (cirurgia para retirada do coágulo de dentro da artéria) de carótida em alguns casos selecionados. A avaliação e o acompanhamento neurológicos regulares são componentes do tratamento preventivo bem como o controle da hipertensão, da diabetes, a suspensão do tabagismo e o uso de determinadas drogas (anticoagulantes) que contribuem para a diminuição da incidência de acidentes vasculares cerebrais. O acidente vascular cerebral em evolução constitui uma emergência, devendo ser tratado em ambiente hospitalar.

O uso de terapia antitrombótica é importante para evitar recorrências. Além disso, deve-se controlar outras complicações, principalmente em pacientes acamados (pneumonias, tromboembolismo, infecções, úlceras de pele) onde a instituição de fisioterapia previne e tem papel importante na recuperação funcional do paciente. As medidas iniciais para o acidente vascular hemorrágico são semelhantes, devendo-se obter leito em uma unidade de terapia intensiva (UTI) para o rigoroso controle da pressão. Em alguns casos a cirurgia é mandatária com o objetivo de se tentar a retirada do coágulo e fazer o controle da pressão intracraniana.

Autores: Nelson Venturella Aspesi

Autores: Pedro Luis Gobato

AIDS

Sinônimos:

SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O que é?

Doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana, que leva a uma perda da imunidade progressiva resultando em infecções graves, tumores malignos e manifestações causadas pelo próprio vírus.

Como se adquire?

A contaminação acontece através: de relações sexuais, do uso de droga injetável onde se dividem seringas com sangue contaminado, de transfusões de sangue, durante a gravidez ou pelo leite materno, da doação de órgãos ou sêmen infectado, da inseminação artificial e da exposição a material contaminado entre trabalhadores da área de saúde.

O período de incubação varia de semanas a meses. Em geral em até um ano já surgem alguns sintomas da doença.

O que se sente?

A evolução da doença pode ser dividida em três fases: Infecção aguda: surge algumas semanas após a contaminação, com febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares pelo corpo, ínguas e manchas na pele que desaparecem após alguns dias;

Infecção assintomática:

tem duração variável, de meses a anos;

Doença sintomática:

manifestação mais grave da doença, onde a pessoa vai perdendo sua imunidade e vão surgindo doenças oportunistas, tumores raros e formas graves de doenças tropicais no Brasil.

Como se faz o diagnóstico?

São feitos exames de sangue específicos para a detecção do vírus ou de seus anticorpos.

O aparecimento de anticorpos detectáveis por exames de sangue ocorre num período de seis a 12 semanas da infecção inicial.

Como se trata?

Nos últimos anos foram obtidos grandes avanços no conhecimento da infecção pelo HIV: várias drogas foram desenvolvidas e se mostraram eficazes para o controle da doença, diminuindo sua progressão e levando a uma diminuição das doenças oportunistas, a uma melhora na qualidade de vida e, principalmente, numa maior sobrevivência.

Cabe ressaltar que ainda nenhuma droga pode erradicar a doença, mas sim, controlá-la e isso só é possível se o paciente estiver tomando todas as medicações.

O abandono de tratamento e o uso incorreto das medicações são os maiores causadores do elevado número de óbitos.

Como se previne? O mais importante é a informação e educação visando a prática de sexo seguro, diminuindo o número de parceiros e incentivando o uso de preservativos.

Todo o sangue para ser transfundido deve ser obrigatoriamente testado e a exclusão de doadores de risco aumenta a segurança da transfusão.

Quem usa droga injetável deve lavar a seringa com água sanitária e água corrente após outra pessoa ter usado.

Instrumentos cirúrgicos devem ser desinfetados e esterilizados e os materiais descartáveis devem ser acondicionados em caixas apropriadas para evitar acidentes. O HIV é muito sensível aos métodos de desinfecção e esterilização e é inativado por produtos químicos específicos e pelo calor, mas não por irradiação ou raios gama. A transmissão de gestantes para seus filhos é muito diminuída com o uso de medicação anti-retroviral.

Autores: Equipe ABC da Saúde

ANOREXIA NERVOSA

Sinônimos

Anorexia, transtornos alimentares

O que é?

Anorexia nervosa é um transtorno alimentar no qual a busca implacável por magreza leva a pessoa a recorrer a estratégias para perda de peso, ocasionando importante emagrecimento. As pessoas anoréxicas apresentam um medo intenso de engordar mesmo estando extremamente magras. Em 90% dos casos, acomete mulheres adolescentes e adultas jovens, na faixa de 12 a 20 anos. É uma doença com riscos clínicos, podendo levar à morte por desnutrição.

O que se sente?

Perda de peso em um curto espaço de tempo.

Alimentação e preocupação com peso corporal tornam-se obsessões.

Crença de que se está gordo, mesmo estando excessivamente magro.

Parada do ciclo menstrual (amenorreia).

Interesse exagerado por alimentos.

Comer em segredo e mentir a respeito de comida.

Depressão, ansiedade e irritabilidade.

Exercícios físicos em excesso.

Progressivo isolamento da família e amigos.

Complicações médicas

Desnutrição e desidratação.

Hipotensão (diminuição da pressão arterial).

Anemia.

Redução da massa muscular.

Intolerância ao frio.

Motilidade gástrica diminuída.

Amenorreia (parada do ciclo menstrual).

Osteoporose (rarefação e fraqueza óssea).

Infertilidade em casos crônicos.

Quais são as causas?

Não existe uma causa única para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa.

Essa síndrome é considerada multideterminada por uma mescla de fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais. Alguns estudos chamam atenção que a extrema valorização da magreza e o preconceito com a gordura nas sociedades ocidentais estaria fortemente associada à ocorrência desses quadros.

Como se desenvolve?

A preocupação com o peso e a forma corporal leva o adolescente a iniciar uma dieta progressivamente mais seletiva, evitando ao máximo alimentos de alto teor calórico. Aparecem outras estratégias para perda de peso como, por exemplo: exercícios físicos excessivos, vômitos, jejum absoluto.

A pessoa segue se sentindo gorda, apesar de estar extremamente magra, acabando por se tornar escrava das calorias e de rituais em relação à comida. Isola-se da família e dos amigos, ficando cada vez mais triste, irritada e ansiosa.

Dificilmente, a pessoa admite ter problemas e não aceita ajuda de forma alguma. A família às vezes demora para perceber que algo está errado. Assim, as pessoas com anorexia nervosa podem não receber tratamento médico, até que tenham se tornado perigosamente magras e desnutridas.

Como se trata?

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, pediatra, clínico e nutricionista, em função da complexa interação de problemas emocionais e fisiológicos nos transtornos alimentares.

Quando for diagnosticada a anorexia nervosa, o médico deve avaliar se o paciente está em risco iminente de vida, requerendo, portanto, hospitalização.

O objetivo primordial do tratamento é a recuperação do peso corporal através de uma reeducação alimentar com apoio psicológico. Em geral, é necessária alguma forma de psicoterapia para ajudar o paciente a lidar com sua doença e com as questões emocionais subjacentes.

Psicoterapia individual, terapia ou orientação familiar, terapia cognitivo-comportamental (uma psicoterapia que ensina os pacientes a modificarem pensamentos e comportamentos anormais) são, em geral, muito produtivas.

Para o quadro de anorexia nervosa não há medicação específica indicada. O uso de antidepressivos pode ser eficaz se houver persistência de sintomas de depressão após a recuperação do peso corporal.

O tratamento da anorexia nervosa costuma ser demorado e difícil. O paciente deve permanecer em acompanhamento após melhora dos sintomas para prevenir recaídas.

Como se previne?

Uma diminuição da pressão cultural e familiar com relação à valorização de aspectos físicos, forma corporal e beleza pode eventualmente reduzir a incidência desses quadros. É fundamental fornecer informações a respeito dos riscos dos regimes rigorosos para obtenção de uma silhueta "ideal", pois eles têm um papel decisivo no desencadeamento dos transtornos alimentares.

Autores: Ana Luíza Galvão

ATAQUE DO CORAÇÃO

O Ataque do Coração

O Diagnóstico das Doenças das Coronárias

A Angioplastia

Angina do Peito

A Cirurgia de Revascularização

O Ataque Cerebral

Tratamento Médico

O Ataque do Coração

Sinônimos e Nomes Populares

O termo dos médicos para ataque do coração é Infarto do Miocárdio. Enfarte do miocárdio, doença isquêmica do coração, obstrução das coronárias, crise cardíaca.

No nosso meio, o termo mais usado é infarto.

O que é?

O infarto do miocárdio se dá quando o suprimento de sangue a uma parte do músculo cardíaco é reduzido ou cortado totalmente. Isso acontece quando uma artéria coronária está contraída ou obstruída, parcial ou totalmente.

Com a supressão total ou parcial da oferta de sangue ao músculo cardíaco, ele sofre uma injúria irreversível e, parando de funcionar, o que pode levar à morte súbita, morte tardia ou insuficiência cardíaca com consequências desde severas limitações da atividade física até a completa recuperação.

O infarto do miocárdio é a causa mais frequente de morte nos Estados Unidos.

O infarto do miocárdio pode também acontecer em pessoas que têm as artérias coronárias normais. Isso acontece quando as coronárias apresentam um espasmo, contraindo-se violentamente e também produzindo um déficit parcial ou total de oferecimento de sangue ao músculo cardíaco irrigado pelo vaso contraído.

Esse tipo de espasmo também pode acontecer em vasos já comprometidos pela aterosclerose. Saiba mais lendo sobre aterosclerose nesse mesmo site.

Angina do Peito

A angina do peito apresenta-se sob duas formas, a estável e a instável.

Tanto a instável como a estável têm manifestações ou sintomas semelhantes aos do infarto do miocárdio. Elas podem evoluir para um infarto do miocárdio quando não tratadas.

A angina do peito estável se diferencia do infarto por algumas das características abaixo:

Duração da dor – geralmente é de mais curta duração, se durar mais do que 15 minutos provavelmente se trata de infarto.

A dor surge com o esforço e passa com a parada, com o repouso.

As manifestações paralelas não costumam ser tão intensas como no infarto.

A dor ou opressão retroesternal passa com o uso de comprimidos sublinguais de nitro derivados. Se a dor não ceder provavelmente se trata de um infarto.

Os sintomas da angina de peito estável variam de pessoa para pessoa, mas, num mesmo indivíduo, costumam ser semelhantes, e num mesmo indivíduo costumam ter os seus fatores desencadeantes bem conhecidos, como fazer força, caminhar no vento frio, subir escadas, atividade sexual, e outras.

Os sintomas da angina de peito instável costumam surgir em repouso ao levantar pela manhã, e são de aparecimento súbito, com dores e desconforto moderado a severo, evoluem rapidamente para um estágio em que há um aumento no desconforto e na dor, tanto na intensidade como severidade.

Alerta!

A angina de peito pode ser considerada uma dor amiga, uma manifestação desagradável, mas que avisa estar acontecendo algo de errado e grave com o coração, fazendo com que a pessoa atingida procure recurso médico antes que a doença se agrave.

Sinais de Alarme

Os mais comuns são:

Pressão e desconforto, dor em aperto no centro do peito que dura mais do que alguns minutos ou que vai e volta.

Dor do centro do peito que irradia para os ombros, queixo, pescoço e braços, mais frequentemente para o braço esquerdo.

Desconforto no peito com sensação de cabeça leve, sensação de desmaio, suores e falta de ar.

Os menos comuns são:

Dores atípicas, vagas, na boca do estômago, peito ou barriga.

Náusea ou vômitos sem dor no peito.

Respiração curta ou dificuldade de respirar, mesmo sem dor no peito.

Ansiedade inexplicável, fraqueza ou fadiga.

Palpitações, suores frios ou palidez, que às vezes vão e voltam.

Curiosidades

Nos homens a dor pré-cordial é o sintoma mais frequente, já nas mulheres o cansaço e fadiga extrema são os sintomas mais encontrados.

Nas mulheres é mais frequente sentir náuseas, dores no epigástrico, ou nas costas, pescoço ou queixo.

Muitas vezes, sintomas outros que não a dor, são sentidos já há muito tempo antes do infarto ocorrer.

A intensidade da dor do infarto varia muito de doente para doente. A dor não necessita ser intensa.

A dor geralmente irradia para o braço esquerdo, mas em 15% dos atingidos irradia para o braço direito.

Muitos sintomas de doença das coronárias são ignorados pelos pacientes e também pelos médicos. Existem infartos silenciosos, que são revelados ao eletrocardiograma ou outros exames por ocasião de exames rotineiros.

Exija do seu médico que investigue a causa de seus sintomas, principalmente se pertencer a um grupo de risco.

A parte do coração que necrosar, morrer, por ocasião de um infarto não é mais viável e não produzirá sintomas como dor. Logo, enquanto o doente sentir dor resta tecido cardíaco viável que pode se recuperar por si ou com tratamentos adequados. Quanto antes esse tecido doente for tratado, maiores as chances de ser recuperado. Se isso acontecer, se notar uma ou mais de uma das manifestações acima, não espere, vá ou chame imediatamente um serviço de emergência.

50% DAS PESSOAS QUE MORREM DE UM INFARTO O FAZEM NAS PRIMEIRAS HORAS E NÃO CHEGAM A RECEBER ASSISTÊNCIA MÉDICA

Prognóstico do Infarto do Miocárdio

O prognóstico quanto à qualidade de vida e a duração da vida após um infarto do miocárdio depende da gravidade, da extensão do infarto e de outras doenças que acompanham o paciente.

Cerca de 1 milhão e meio de pessoas sofrem um infarto nos Estados Unidos por ano.

Nos últimos anos, tem aumentado a incidência de infartos em mulheres, por outro lado a sobrevivência tem aumentado devido à mais eficazes meios de tratamento.

A curto prazo, o prognóstico é pior em pessoas idosas, diabéticos, portadores de insuficiência cardíaca e portadores de insuficiência renal.

A causa mais frequente de morte em infartados é o choque que acontece em 7% dos casos. A incidência de choque não tem diminuído nos últimos anos.

O bloqueio aurículo ventricular é frequente e pode ser tratado com marcapassos.

A longo prazo, o prognóstico, tanto para a duração quanto para a qualidade de vida, também dependem da severidade do infarto e das medidas preventivas tomadas.

Não existem testes para prever quando um novo ataque vai ocorrer. Admite-se que até 30% de novos ataques fatais e de cirurgias cardíacas podem ser evitadas com a adoção de um estilo de vida saudável e adesão ao tratamento.

Os médicos sabem que 66% dos pacientes não mudam o seu estilo de vida e não seguem as prescrições e conselhos médicos para evitar um novo infarto.

O Ataque Cerebral

Sinônimos e Nomes Populares

Ataque cerebral e derrame são termos populares; médicos usam nomes como isquemia cerebral, trombose cerebral, embolia cerebral ou hemorragia cerebral, dependendo do tipo de doença básica.

No ataque cerebral, acontece uma diminuição da oferta de sangue a uma região do cérebro, ou porque um êmbolo obstruiu uma artéria, ou por consequência da formação de um trombo, ou porque um vaso apresentou um espasmo ou então se rompeu. Todas essas situações diminuem ou impedem a passagem do sangue e são os motivos do ataque cerebrais.

Os ataques cerebrais podem ser fatais, podendo também acontecer a recuperação total, com quadros de paralisia ou outras manifestações de diminuição da função cerebral, mais ou menos extensos, transitórios ou permanentes, com recuperação desde parcial até total.

O ataque cerebral é a terceira causa de morte mais frequente nos Estados Unidos.

Sinais e sintomas mais comuns

Repentino adormecimento ou fraqueza no rosto, num braço, numa perna, principalmente se for só de um lado do corpo.

Problemas de confusão súbitos.

Dificuldade súbita para entender ou para falar.

Dificuldade súbita de visão, em um ou nos dois olhos.

Dificuldade súbita de caminhar, tontura súbita, perda de equilíbrio ou coordenação.

Dor de cabeça severa de causa desconhecida.

Procure imediatamente um médico ou uma emergência médica se apresentar uma ou mais dessas manifestações.

O Diagnóstico das Doenças de Coronárias

Para o diagnóstico das doenças das coronárias, existem diversos métodos a disposição do médico delimitando o quanto suas coronárias estão doentes. Alguns são feitos em consultório, outros em serviços especializados e outros ainda em hospital.

Anamnese e Exame Clínico

Denomina-se anamnese a história da doença relatada pelo paciente ou familiares. As informações colhidas pelo médico podem sugerir, com maior ou menor certeza, um diagnóstico.

Como segundo passo, o médico realiza o que se denomina o exame clínico. Os achados encontrados nessa avaliação, mais os dados da história da doença, permitem ao médico fazer uma hipótese diagnóstica ou mesmo um diagnóstico.

Para confirmar o diagnóstico, o seu médico pedirá exames complementares, que, no caso de uma doença do coração, são os que se seguem.

O Eletrocardiograma

O eletrocardiograma realizado em repouso é útil para diagnosticar arritmias, aumento de cavidades, distúrbios de condução, manifestações sugestivas de distúrbios de perfusão, de distúrbios metabólicos ou medicamentosos.

Se a história clínica do paciente for sugestiva de doença isquêmica do coração e se o eletrocardiograma de repouso for normal, deve-se prosseguir na investigação.

O Teste de Esforço

É um teste para verificar a tolerância do coração a um esforço. Realiza-se com o paciente pedalando uma bicicleta estacionária ou caminhando sobre uma esteira, enquanto o médico observa ou registra o eletrocardiograma.

Uma outra possibilidade de testar a capacidade do coração é a que se faz administrando-se uma substância radioativa que se fixa no músculo cardíaco.

Se existirem no coração zonas menos irrigadas pelo sangue lá haverá menor fixação do radioisótopo. Por esse teste se pode ver como o coração se move e como o sangue se distribui pelo músculo cardíaco. Pode-se observar com esse teste como o coração se comporta em repouso e ao esforço.

Se a pessoa tiver outras doenças e não for capaz de realizar o teste de esforço físico, poderá ser feito o teste com um medicamento que ative o seu coração e dilate as artérias coronárias. Um eletrocardiograma feito durante o teste fornece as mesmas informações que o teste feito com a esteira ou bicicleta.

Esses testes de esforço ou estresse mostram como o coração está funcionando, mas não mostram o local exato do coração onde se localiza a doença, qual a artéria bloqueada e qual o grau de obstrução.

A fim de esclarecer essa dúvida recorre-se ao cateterismo cardíaco.

O Cateterismo Cardíaco

O cateterismo cardíaco, angiograma ou cinecoronariografia são termos relacionados, ainda que não signifiquem a mesma coisa.

Através da cinecoronariografia podemos analisar as artérias coronárias.

Para a sua realização, um cateter é introduzido através de uma artéria do braço ou perna e é dirigido até o coração onde, pela injeção de um contraste nas cavidades cardíacas, se pode analisar as cavidades e as válvulas cardíacas. Injetando o contraste nos orifícios de abertura das coronárias podemos analisar o seu estado.

O Ecodoppler cardiograma

Através desse exame colhem-se informações sobre a anatomia e a função do coração.

Para o diagnóstico de doença isquêmica esse exame não tem maior utilidade.

Angiotomografia

Por este método conseguimos estudar os vasos do coração, em três dimensões e se pode obter uma boa informação sobre deficiências circulatórias.

O Que Podemos Esperar desses Testes

Os testes de esforço permitem ao seu médico saber quanto do coração está a perigo ou quanto já foi destruído. Mostra o local e o grau de obstrução de uma artéria e o número de vasos atingidos. Todos esses dados são importantes para que o médico possa fazer um prognóstico baseado na sua experiência. Outro resultado desses exames é o fato de que permitem orientar o tratamento.

Basicamente os tratamentos das doenças de coronárias são de três ordens:

Tratamento médico

Angioplastia

Cirurgia de bypass

Tratamento Médico

O tratamento médico se compõe de medicamentos, medidas dietéticas e medidas sócio psicológicas.

Medicamentos - O seu médico irá decidir qual é o mais indicado para o seu caso. Os medicamentos têm efeitos colaterais que podem até agravar uma situação clínica. Existem drogas que são contra-indicadas para algumas pessoas e não para outras e drogas que competem entre si, que têm o seu aproveitamento alterado em função de medicamentos ingeridos para outras doenças. Ouça o seu médico sobre qual medicamento é o mais conveniente para o seu caso.

Recomenda-se tratamento médico para os seguintes casos:

Obstrução de somente uma artéria.

Obstruções menos severas.

Para os pacientes que não tenham crises de angina muito frequentes.

Para pacientes que foram internados em crise e que responderam bem ao tratamento e repouso realizado durante a internação.

Os medicamentos mais usados são a aspirina, os nitro-derivados e os beta-bloqueadores.

Só use medicamentos sob a orientação de um médico. Um medicamento mal indicado ou mal usado pode até causar a morte de quem o recebe.

A Angioplastia

Assim como no cateterismo, um cateter é introduzido pela coronária até o local onde está a obstrução. No local estreitado, um pequeno balão é insuflado e a parte estreitada é dilatada. Depois se retira o balão e se avalia se o fluxo do sangue se restabeleceu parcial ou totalmente.

Pode-se também deixar no local da obstrução um stent, que é uma pequena mola de metal que é contraída e introduzida até a parte estreitada. Uma vez colocada no lugar certo a contração da mola é liberada, ela se dilata e junto alarga a zona estreitada da artéria.

Benefícios da angioplastia

Alívio da angina

Permite um aumento da atividade física livre de angina.

Permite o retorno às atividades normais.

Menor consumo de medicamentos.

Menos temor e medo.

Possíveis riscos da angioplastia

Piora da angina

Exigir cirurgia de bypass de urgência. Isso acontece em 2 a 5% dos casos.

Infarto do miocárdio durante o procedimento.

Lesão da artéria.

Reobstrução do vaso que foi dilatado. Acontece em cerca de 40% dos casos nos seis meses que se seguem ao procedimento, exigindo nova angioplastia ou cirurgia.

Morte durante o procedimento.

Cirurgia de Revascularização

A cirurgia de revascularização usa uma veia da perna ou uma artéria do peito para fazer uma união da aorta até um ponto além daquele em que a coronária está obstruída, a fim de permitir uma passagem do sangue.

A angioplastia está indicada para os pacientes com obstruções graves, principalmente as da artéria coronária esquerda principal ou nas obstruções múltiplas. Pode ser uma medida de urgência quando acontecem acidentes durante a angioplastia. Outra indicação da colocação de pontes é a de quando os pacientes não melhoram com o tratamento clínico.

A cirurgia de bypass coronário oferece uma boa oferta de sangue para as regiões anteriormente mal perfundidas.

Benefícios possíveis com a cirurgia de bypass

Prolongar a vida.

Aliviar os sintomas.

Aumentar a atividade física.

Permitir o retorno às atividades prévias.

Reduzir o consumo de medicamentos.

Reduzir o medo e ansiedade.

Riscos possíveis com a cirurgia de bypass

Sangramentos, que podem exigir nova cirurgia.

Infecções.

Acidente vascular cerebral.

Formação de coágulos e embolias.

Falência de órgãos, tais como rins, fígado e pulmões.

Infarto do miocárdio.

Morte.

O que é melhor - Angioplastia ou Cirurgia?

Quem deve decidir isso é o seu médico.

Os dois procedimentos têm a mesma finalidade.

Os dois procedimentos podem melhorar a função do seu coração.

De um modo geral a angioplastia é mais recomendada por ser:

Menos invasiva do que a cirurgia.

Hospitalização mais breve.

Menor custo.

Permite um retorno precoce às atividades.

O que fazer depois da Angioplastia ou Cirurgia de Bypass?

Os dois procedimentos não curam a doença básica, a aterosclerose.

Os dois procedimentos visam melhorar a perfusão de zonas isquêmicas do coração. Nem sempre essa melhora é de 100%.

Siga as condutas recomendadas para controlar os fatores de risco da aterosclerose.

Ouçá o seu médico, siga as suas orientações.

Tome os medicamentos com regularidade.

Faça dieta e exercícios conforme orientação médica.

Mude o seu estilo de vida, corrigindo o que estiver errado.

Entenda a sua doença, busque informações com o seu médico, pergunte a ele o que está lhe preocupando.

Evite obter informações em revistas leigas ou pessoas leigas. Mesmo as que já passaram pela mesma situação não são fontes fidedignas.

A sua doença pode ser diferente da de outras pessoas embora os sintomas e diagnósticos sejam semelhantes.

Volte ao seu médico quando tiver dúvidas.

Não esconda os sintomas, as alterações de comportamento, as trocas de medicamentos que acontecerem. Comunique-se com o seu médico.

Não faça diagnósticos em você mesmo. Se acontecer algo de diferente pergunte ao seu médico se isso tem algum significado ou não.

Autores: Guenther von Eye

CIANOSE

Sinônimos e nomes populares:

doença azul; doença do sangue azul.

O que é?

É uma coloração azulada da pele ou das mucosas.

Como se desenvolve?

O sangue que circula no nosso corpo está sob duas formas, o venoso e o arterial.

O primeiro tem uma cor mais escura, é o que corre pelas veias até o pulmão. No pulmão a hemoglobina do sangue perde o gás carbônico e recebe oxigênio. Com essa troca ele se transforma de sangue venoso em sangue arterial, que é um sangue de cor mais viva, rutilante e que tem a função de levar oxigênio dos pulmões para todo o corpo.

Em média o sangue de uma pessoa normal, adulta, contém de 12,5 até 15 gramas de hemoglobina. Quando 5 gramas ou mais da hemoglobina do sangue arterial estão sem oxigênio, costuma surgir na pele ou nas mucosas uma cor azulada, denominada de cianose. Existem três tipos de cianose, a central, a periférica e a diferencial. A cianose central acontece quando o sangue que vem dos pulmões para a periferia do corpo já chega com pouco oxigênio, o que ocorre em algumas doenças do pulmão ou do coração. A cianose periférica geralmente é provocada quando o coração não tem a capacidade de enviar uma quantidade adequada de sangue para a periferia ou é causada por uma lentificação local da circulação.

Ela aparece quando a circulação do sangue nas veias periféricas, por exemplo, nas veias das mãos ou do rosto, se torna muito lenta. O oxigênio que o sangue contém é transferido para as células e o sangue se torna pobre em oxigênio, azulado e com isso - onde a pele for mais delgada, nas mucosas ou nos lábios, por exemplo - aparece uma cor azulada.

A cianose periférica em 50% dos casos desaparece colocando a parte cianótica em água morna.

A diferencial é a cianose que aparece em alguma parte do corpo, ou só nas pernas, ou só nos braços e geralmente é indicativa de doença congênita do coração.

Como se faz o diagnóstico?

O diagnóstico de cianose e da causa dela deve ser feito pelo médico ao observar o paciente. O diagnóstico pode ser confirmado pelo exame de sangue medindo o teor de oxigênio e de hemoglobina.

Quais são as causas?

Existem diversas causas para cianose que vão desde a falta de oxigênio no ar inspirado até a incapacidade da hemoglobina fixar o oxigênio. Por exemplo, nas intoxicações por sulfas ou outros medicamentos pode surgir a cor azulada da pele.

As causas mais frequentes de cianose são:

Doenças cardíacas

Doenças pulmonares

Doenças circulatórias

Doenças circulatórias

Intoxicações

Falta de oxigênio no ar inspirado

Exemplo de baixos teores de oxigênio no ar inspirado é a cianose que surge nas alturas. Aos 5400 metros de altura a oferta de oxigênio para o sangue é somente a metade da que é oferecida ao nível do mar. Portanto, quanto mais no alto estivermos, menor a saturação da hemoglobina e quanto mais nos aproximarmos do nível do mar, maior será a oferta de oxigênio. Essa é a razão pela qual os alpinistas de grandes alturas só conseguem fazer esforço recebendo um suplemento de oxigênio.

Existem mecanismos naturais pelos quais o organismo tenta compensar a falta de oxigênio do ar ambiente. O primeiro é a hiperventilação quando as pessoas respiram mais vezes por minuto e mais profundamente.

No segundo, o organismo começa a produzir mais glóbulos vermelhos, onde está a hemoglobina, e assim permite transportar mais oxigênio para todas as células do corpo. É por esse motivo que as pessoas que vivem em grandes altitudes, como nas cidades de La Paz ou do México, têm normalmente taxas de hemoglobina bem maiores no sangue circulante.

Autores: Guenther von Eye

DIABETES MELLITUS (DM)

Sí nōni mos:

Diabetes, hiperglicemia

Nomes populares:

Açúcar no sangue, aumento de açúcar

O que é ?

Doença provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas características.

O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e tem graves consequências tanto quando surge rapidamente como quando se instala lentamente. Nos dias atuais se constitui em problema de saúde pública pelo número de pessoas que apresentam a doença, principalmente no Brasil.

Apresenta diversas formas clínicas, sendo classificado em:

Diabetes Mellitus tipo I:

Ocasionado pela destruição da célula beta do pâncreas, em geral por decorrência de doença auto-imune, levando a deficiência absoluta de insulina.

Diabetes Mellitus tipo II:

Provocado predominantemente por um estado de resistência à ação da insulina associado a uma relativa deficiência de sua secreção.

Outras formas de Diabetes Mellitus:

quadro associado a desordens genéticas, infecções, doenças pancreáticas, uso de medicamentos, drogas ou outras doenças endócrinas.

Diabetes Gestacional:

Circunstância na qual a doença é diagnosticada durante a gestação, em paciente sem aumento prévio da glicose.

Como se desenvolve?

Conforme pode ser observado no item acima (formas clínicas), são várias as causas do DM.

No DM tipo I, a causa básica é uma doença auto-imune que lesa irreversivelmente as células pancreáticas produtoras de insulina (células beta). Assim sendo, nos primeiros meses após o início da doença, são detectados no sangue dos pacientes, diversos anticorpos sendo os mais importantes o anticorpo anti-ilhota pancreática, o anticorpo contra enzimas das células beta (anticorpos antidescarboxilase do ácido glutâmico - antiGAD, por exemplo) e anticorpos anti-insulina.

No DM tipo II, ocorrem diversos mecanismos de resistência a ação da insulina, sendo o principal deles a obesidade, que está presente na maioria dos pacientes.

Nos pacientes com outras formas de DM, o que ocorre em geral é uma lesão anatômica do pâncreas, decorrente de diversas agressões tóxicas seja por álcool, drogas, medicamentos ou infecções, entre outras.

O que se sente ?

Os sintomas do DM são decorrentes do aumento da glicemia e das complicações crônicas que se desenvolvem a longo prazo.

Os sintomas do aumento da glicemia são:

sede excessiva

aumento do volume da urina,

aumento do número de micções

surgimento do hábito de urinar à noite

fadiga, fraqueza, tonturas

visão borrada

aumento de apetite

perda de peso.

Estes sintomas tendem a se agravar progressivamente e podem levar a complicações severas que são a cetoacidose diabética (no DM tipo I) e o coma hiperosmolar (no DM tipo II).

Os sintomas das complicações envolvem queixas visuais, cardíacas, circulatórias, digestivas, renais, urinárias, neurológicas, dermatológicas e ortopédicas, entre outras.

Sintomas visuais:

O paciente com DM descompensado apresenta visão borrada e dificuldade de refração.

As complicações a longo prazo envolvem diminuição da acuidade visual e visão turva que podem estar associadas a catarata ou a alterações retinianas denominadas retinopatia diabética. A retinopatia diabética pode levar ao envolvimento importante da retina causando inclusive descolamento de retina, hemorragia vítrea e cegueira.

Sintomas cardíacos:

Pacientes diabéticos apresentam uma maior prevalência de hipertensão arterial, obesidade e alterações de gorduras. Por estes motivos e, principalmente se houver tabagismo associado, pode ocorrer doença cardíaca. A doença cardíaca pode envolver as coronárias, o músculo cardíaco e o sistema de condução dos estímulos elétricos do coração. Como o paciente apresenta em geral também algum grau de alteração dos nervos do coração, as alterações cardíacas podem não provocar nenhum sintoma, sendo descobertas apenas na presença de sintomas mais graves como o infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca e as arritmias.

Sintomas circulatórios:

Os mesmos fatores que se associam a outras complicações tornam mais frequentes as alterações circulatórias que se manifestam por arteriosclerose de diversos vasos sanguíneos. São frequentes as complicações que obstruem vasos importantes como as

carótidas, a aorta, as artérias ilíacas, e diversas outras de extremidades. Essas alterações são particularmente importantes nos membros inferiores (pernas e pés), levando a um conjunto de alterações que compõem o "pé diabético". O "pé diabético" envolve, além das alterações circulatórias, os nervos periféricos (neuropatia periférica), infecções fúngicas e bacterianas e úlceras de pressão. Estas alterações podem levar a amputação de membros inferiores, com grave comprometimento da qualidade de vida.

Sintomas digestivos:

Pacientes diabéticos podem apresentar comprometimento da inervação do tubo digestivo, com diminuição de sua movimentação, principalmente em nível de estômago e intestino grosso. Estas alterações podem provocar sintomas de distensão abdominal e vômitos com resíduos alimentares e diarreia. A diarreia é caracteristicamente noturna, e ocorre sem dor abdominal significativa, frequentemente associado com incapacidade para reter as fezes (incontinência fecal).

Sintomas renais:

O envolvimento dos rins no paciente diabético evolui lentamente e sem provocar sintomas. Os sintomas quando ocorrem em geral já significam uma perda de função renal significativa. Esses sintomas são: inchame nos pés (edema de membros inferiores), aumento da pressão arterial, anemia e perda de proteínas pela urina (proteínúria).

Sintomas urinários:

Pacientes diabéticos podem apresentar dificuldade para esvaziamento da bexiga em decorrência da perda de sua inervação (bexiga neurogênica). Essa alteração pode provocar perda de função renal e funcionar como fator de manutenção de infecção urinária. No homem, essa alteração pode se associar com dificuldades de ereção e impotência sexual, além de piorar sintomas relacionados com aumento de volume da próstata.

Sintomas neurológicos:

O envolvimento de nervos no paciente diabético pode provocar neurites agudas (paralisias agudas) nos nervos da face, dos olhos e das extremidades. Podem ocorrer também neurites crônicas que afetam os nervos dos membros superiores e inferiores, causando perda progressiva da sensibilidade vibratória, dolorosa, ao calor e ao toque. Essas alterações são o principal fator para o surgimento de modificações na posição articular e de pele que surgem na planta dos pés, podendo levar a formação de úlceras ("mal perfurante plantar"). Os sinais mais característicos da presença de neuropatia são a perda de sensibilidade em bota e luva, o surgimento de deformidades como a perda do arco plantar e as "mãos em prece" e as queixas de formigamentos e alternância de resfriamento e calorões nos pés e pernas, principalmente à noite.

Sintomas dermatológicos:

Pacientes diabéticos apresentam uma sensibilidade maior para infecções fúngicas de pele (tinha corporis, intertrigo) e de unhas (onicomicose). Nas regiões afetadas por neuropatia, ocorrem formações de placas de pele engrossada denominadas hiperqueratoses, que podem ser a manifestação inicial do mal perfurante plantar.

Sintomas ortopédicos:

A perda de sensibilidade nas extremidades leva a uma série de deformidades como os pés planos, os dedos em garra, e a degeneração das articulações dos tornozelos ou joelhos ("Junta de Charcot").

Como o médico faz o diagnóstico ?

O diagnóstico pode ser presumido em pacientes que apresentam os sintomas e sinais clássicos da doença, que são: sede excessiva, aumento do volume e do número de micções (incluindo o surgimento do hábito de acordar a noite para urinar), fome excessiva e emagrecimento. Na medida em que um grande número de pessoas não chega a apresentar esses sintomas, durante um longo período de tempo, e já apresentam a doença, recomenda-se um diagnóstico precoce.

O diagnóstico laboratorial do Diabetes Mellitus é estabelecido pela medida da glicemia no soro ou plasma, após um jejum de 8 a 12 horas. Em decorrência do fato de que uma grande percentagem de pacientes com DM tipo II descobre sua doença muito tardiamente, já com graves complicações crônicas, tem se recomendado o diagnóstico precoce e o rastreamento da doença em várias situações. O rastreamento de toda a população é porém discutível.

Fatores de Risco para o Diabetes Mellitus

Existem situações nas quais estão presentes fatores de risco para o Diabetes Mellitus, conforme apresentado a seguir:

Idade maior ou igual a 45 anos

História Familiar de DM (pais, filhos e irmãos)

Sedentarismo

HDL-c baixo ou triglicérides elevados

Hipertensão arterial

Doença coronariana

DM gestacional prévio

Filhos com peso maior do que 4 kg, abortos de repetição ou morte de filhos nos primeiros dias de vida

Uso de medicamentos que aumentam a glicose (cortisonas, diuréticos tiazídicos e beta-bloqueadores)

Objetivos do Tratamento

Os objetivos do tratamento do DM são dirigidos para se obter uma glicemia normal tanto em jejum quanto no período pós-prandial, e controlar as alterações metabólicas associadas.

Tratamento

O tratamento do paciente com DM envolve sempre pelos menos 4 aspectos importantes: Plano alimentar: É o ponto fundamental do tratamento de qualquer tipo de paciente diabético. O objetivo geral é o de auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, permitindo um controle metabólico adequado. Além disso, o tratamento nutricional deve contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer as calorias suficientes para manutenção de um peso saudável, prevenir as complicações agudas e crônicas e promover a saúde geral do paciente. Para atender esses objetivos a dieta deveria ser equilibrada como qualquer dieta de uma pessoa saudável normal, sendo individualizada de acordo com as particularidades de cada paciente incluindo idade, sexo, situação funcional, atividade física, doenças associadas e situação sócioeconômico-cultural.

Composição do plano alimentar

A composição da dieta deve incluir 50 a 60% de carboidratos, 30% de gorduras e 10 a 15% de proteínas. Os carboidratos devem ser preferencialmente complexos e ingeridos em 5 a 6 porções por dia. As gorduras devem incluir no máximo 10% de gorduras saturadas, o que significa que devem ser evitadas carnes gordas, embutidos, frituras, laticínios integrais, molhos e cremes ricos em gorduras e alimentos refogados ou temperados com excesso de óleo. As proteínas devem corresponder a 0,8 a 1,0 g/kg de peso ideal por dia, o que corresponde em geral a 2 porções de carne ao dia. Além disso, a alimentação deve ser rica em fibras, vitaminas e sais minerais, o que é obtido pelo consumo de 2 a 4 porções de frutas, 3 a 5 porções de hortaliças, e dando preferência a alimentos integrais. O uso habitual de bebidas alcoólicas não é recomendável, principalmente em pacientes obesos, com aumento de triglicerídeos e com mau controle metabólico. Em geral podem ser consumidos uma a duas vezes por semana, dois copos de vinho, uma lata de cerveja ou 40 ml de uísque, acompanhados de algum alimento, uma vez que o álcool pode induzir a queda de açúcar (hipoglicemia).

Atividade física: Todos os pacientes devem ser incentivados à prática regular de atividade física, que pode ser uma caminhada de 30 a 40 minutos ou exercícios equivalentes. A orientação para o início de atividade física deve incluir uma avaliação médica adequada no sentido de avaliar a presença de neuropatias ou de alterações cardio-circulatórias que possam contra-indicar a atividade física ou provocar riscos adicionais ao paciente.

Medicamentos, Hipoglicemiantes orais: São medicamentos úteis para o controle de pacientes com DM tipo II, estando contraindicados nos pacientes com DM tipo I. Em pacientes obesos e hiperglicêmicos, em geral a medicação inicial pode ser a metformina, as sultonilureias ou as tiazolidinedionas. A insulina é a medicação primordial para pacientes com DM tipo I, sendo também muito importante para os pacientes com DM tipo II que não responderam ao tratamento com hipoglicemiantes orais.

Rastreamento: O rastreamento, a detecção e o tratamento das complicações crônicas do DM deve ser sempre realizado conforme diversas recomendações. Essa abordagem está indicada após 5 anos do diagnóstico de DM tipo I, no momento do diagnóstico do DM tipo II, e a seguir anualmente. Esta investigação inclui o exame de fundo de olho com pupila dilatada, a microalbuminúria de 24 horas ou em amostra, a creatinina sérica e o teste de esforço. Uma adequada análise do perfil lipídico, a pesquisa da sensibilidade profunda dos pés deve ser realizada com mofilamento ou diapasão, e um exame completo dos pulsos periféricos deve ser realizada em cada consulta do paciente. Uma vez detectadas as complicações existem tratamentos específicos, os quais serão melhor detalhados em outros artigos desse site.

Como se previne ?

A prevenção do DM só pode ser realizada no tipo II e nas formas associadas a outras alterações pancreáticas. No DM tipo I, na medida em que o mesmo se desenvolve a partir de alterações auto-imunes, essas podem ser até mesmo identificadas antes do estado de aumento do açúcar no sangue. Esse diagnóstico precoce não pode ser confundido porém com prevenção, que ainda não é disponível.

No DM tipo II, na medida em que uma série de fatores de risco são bem conhecidos, pacientes que sejam portadores dessas alterações podem ser rastreados periodicamente e orientados a adotarem comportamentos e medidas que os retire do grupo de risco.

Assim é que pacientes com história familiar de DM, devem ser orientados a:

manter peso normal

praticar atividade física regular

não fumar

controlar a pressão arterial

evitar medicamentos que potencialmente possam agredir o pâncreas (cortisona, diuréticos tiazídicos)

Essas medidas, sendo adotadas precocemente, podem resultar no não aparecimento do DM em pessoa geneticamente predisposta, ou levar a um retardo importante no seu aparecimento e na severidade de suas complicações.

Autores: Mauro Antonio Czepielewski

DOENÇA DO PEIXE CRU - difilobotríase

Definição

Difilobotríase é uma infecção causada por um parasita de peixes, também conhecido como tênia dos peixes. A infecção é semelhante a da tênia solium e tênia saginata, cuja contaminação ocorre através da ingestão de carnes de gado e porco mal cozidas. O hospedeiro definitivo é o homem, porém outros mamíferos, como cães e gatos, que comem peixe cru podem servir de hospedeiro.

Causa

O parasita dos peixes é um verme cientificamente chamado de *Diphyllobothrium latum*, e representa uma das espécies de helmintos (vermes) achatados (platelmintos) que adquirem o maior tamanho entre os helmintos. Os humanos tornam-se infectados quando ingerem peixe cru, ou mal cozido, contendo as larvas do verme.

Incidência e fatores de risco

A infecção é vista em muitas áreas do Leste Europeu, América do Norte e América do Sul, África e em alguns países da Ásia. No Brasil, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo registrou a ocorrência de 27 casos no município de São Paulo, entre março de 2004 e março de 2005, o que levou o Ministério da Saúde a produzir um alerta em 7/4/2005, através de nota técnica, onde são destacadas as possibilidades de infecção.

Infecção

Após a pessoa, ou outro hospedeiro, ingerir peixes crus ou mal cozidos, infectados, a larva cresce no intestino do hospedeiro. O verme adulto, que é segmentado, pode atingir mais de 10 metros de comprimento com cerca de 3 000 segmentos. Os ovos são formados em cada segmento e são passados ainda imaturos para as fezes (até 1.000.000 de ovos por cada tênia). Ocasionalmente, alguns segmentos (que são chamados de proglotes) podem passar também às fezes. Os parasitas adultos maduros que se alojaram no intestino delgado atacam a sua mucosa.

Sintomas

A maioria dos indivíduos infectados não apresenta sintomas. As infecções muito intensas podem apresentar os seguintes:

desconforto abdominal

náusea, vômito e diarreia

perda de apetite e de peso

a infestação maciça pode produzir obstrução do intestino pelos vermes o que leva à dor abdominal

esta infecção pode levar à deficiência de vitamina B12 e, em consequência, à anemia perniciosa (megaloblástica); os indivíduos com deficiência de B12 e anemia podem apresentar fadiga e confusão.

Diagnóstico

É feito através do exame de fezes, onde os ovos podem ser visualizados por microscópio. Algumas vezes os segmentos (proglotes) passam para as fezes e podem ser visíveis à olho nu. O exame de sangue pode revelar anemia.

Tratamento

Se você suspeita que esteja infectado procure seu médico ou vá a um posto de saúde para prévio diagnóstico e posterior prescrição.

Não utilize nenhum tipo de medicação sem consultar um médico.

Prognóstico

Uma dose do tratamento é eficaz e erradica a infecção. Depois de erradicada, a doença não apresenta complicações tardias.

Complicações

Na vigência da infecção sem tratamento, pode ocorrer anemia e obstrução intestinal pelos vermes.

Mas lembre-se, a maior parte dos infectados são assintomáticos.

Prevenção

Evite comer peixes crus ou mal cozidos. Os consumidores de pescados crus, ou mal cozidos, são a população de risco para a difilobotríase. A existência de diversos restaurantes que oferecem nos seus cardápios pratos como sushi, sashimi, ceviche, e outros pescados crus, ou mal cozidos, nas suas preparações, possibilita o risco de contaminação ao consumidor se a matéria-prima estiver infestada.

Recomendações Institucionais

A Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil recomenda que: Se for constatada infestação de matéria-prima, torna-se necessária a investigação da doença em todo o território nacional.

1. As unidades de saúde viabilizem a realização de exames parasitológicos de fezes, dos pacientes com queixa de diarreia intermitente, dor e/ou desconforto abdominal e com história de ingestão de peixes crus ou mal cozidos;

2. A vigilância epidemiológica realize a investigação dos casos confirmados laboratorialmente, visando a identificação da fonte de infecção; é especialmente importante o relato sobre consumo de peixes crus, identificado o(s) local(is) e data do consumo. Entretanto, deve ser considerado que, em algumas situações, em função do longo período da infestação pelo parasita, a exposição (consumo) pode ser difícil de ser estabelecida.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, considerando a necessidade de orientação aos serviços de alimentação e aos consumidores, recomenda que:

1. O consumo de pescados crus ou mal cozidos deve ser evitado;

2. Os pratos preparados ou que contenham peixe cru ou mal cozido deve ser precedido de congelamento do pescado em pelo menos -20°C (menos vinte graus centígrados) por um período mínimo de 7 dias ou menos -35°C (menos trinta e cinco graus centígrados) por um período de no mínimo 15 horas, condição suficiente para matar o transmissor.

3. Nos restaurantes onde são servidos pratos que contenham peixes crus ou mal cozidos, os proprietários devem garantir o mesmo procedimento de congelamento referido no item anterior antes de servi-lo ao consumidor.

O Ministério da Agricultura informa que:

1. Embora o salmão seja a espécie mais comum de transmissão do *Diphyllobothrium* spp., não é a única, sendo já detectado em trutas, em algumas espécies de anchovas, corvinas e outros peixes de água fria e que apesar da ocorrência de casos em diversos países do mundo, não há restrições ao comércio do peixe fresco;

2. O controle da parasitose é praticamente impossível, razão pela qual as ações preventivas em diversos países (União Europeia, Estados Unidos da América, Japão e Noruega, entre outros) resumem-se a alterações nos hábitos de preparo para o consumo, como a obrigatoriedade do congelamento por determinado período, do peixe que será consumido cru ou mal cozido;

3. No pescado fresco, a inspeção é feita através da avaliação do aspecto visual, odor e consistência.

Autores: Rolf Udo Zelmanowicz

DISMENORREIA

Sinônimos e nomes populares:

cólica menstrual, incômodo, menstruação dolorosa.

O que é?

Menstruação dolorosa, cólica menstrual ou dismenorreia é a dor pélvica (baixo ventre) que ocorre antes ou durante o período menstrual, de modo cíclico.

Menstruação dolorosa que impede as atividades normais ou necessita de medicação específica.

Como se desenvolve?

A dismenorreia pode ser primária ou secundária, de acordo com a presença ou não de alterações estruturais do aparelho reprodutivo feminino.

A dismenorreia primária é a menstruação dolorosa na ausência de lesões nos órgãos pélvicos. Geralmente, acompanha os ciclos menstruais normais e ocorre logo após as primeiras menstruações, cessando ou diminuindo de intensidade em torno dos 20 e poucos anos ou com a gravidez. É devida ao aumento da produção de algumas substâncias pelo útero chamadas de prostaglandinas, que promovem contrações uterinas dolorosas.

A dismenorreia secundária está associada a alterações do sistema reprodutivo, como endometriose, miomas uterinos, infecção pélvica, anormalidades congênitas da anatomia do útero ou da vagina, uso de DIU (dispositivo intra-uterino) como método anticoncepcional, entre outras. Comumente ocorre após dois anos da menarca (primeira menstruação).

O que se sente?

A dor pode ser branda, causando cólica, desconforto, sensação de peso no ventre ou nas costas. A dor pode ser moderada, causando, além do desconforto, sensação de mal-estar, diarreia e dor de cabeça. Também pode ser muito forte, incapacitando a mulher de realizar suas atividades, durando de dois a sete dias e sendo acompanhada de transtorno gastrointestinal inclusive com vômitos, dor referida nas costas, nas coxas e cefaleia.

Como o médico faz o diagnóstico?

O diagnóstico é clínico baseado, principalmente, na história e no exame físico e ginecológico, necessitando, algumas vezes, de exames complementares que excluam outras causas de dor, tais como dosagens hormonais, ecografia transvaginal e laparoscopia, quando não há melhora com ACO + AINE.

Como se trata?

O tratamento da dismenorreia primária inclui o uso de medicações da classe dos anti-inflamatórios: os AINE (anti-inflamatórios não esteroides) tomados um pouco antes e durante toda a menstruação que bloqueiam a produção das prostaglandinas. Também são usados anticoncepcionais, em uso contínuo ou cíclico, pois o ciclo anovulatório é geralmente menos doloroso. É recomendada uma dieta com menos gordura animal, laticínios e ovos, insistindo na ingestão de vegetais, sementes cruas e nozes. O exercício físico moderado e regular e medidas gerais, como bolsa de água quente, banho morno e massagens relaxantes auxiliam no alívio da dor.

O tratamento da dismenorreia secundária é avaliado conforme cada caso.

Perguntas que você pode fazer ao seu médico

Tenho muitas cólicas desde que tive minha primeira menstruação há 2 anos, sempre será assim?

Menstruo há mais de 15 anos e só agora comecei a ter cólicas menstruais, isto é normal?

Existe tratamento para as cólicas menstruais?

Todas as mulheres têm dor durante a menstruação?

Qual a diferença entre cólica menstrual e a cólica causada pela presença de endometriose?

Devo usar anti-concepcional via oral junto aos anti-inflamatórios não esteroides para tratar minha cólica menstrual?

Fazer exercícios físicos é bom para as cólicas?

Colocar calor no local (bolsa de água quente) alivia a cólica menstrual?

Autores: Helena von Eye Corleta

Autores: Heloísa Sarmiento Barata Kalil

DOENÇA DE ALZHEIMER

Sinônimos e Nomes Populares:

demência; esclerose; caduquice

O que é?

A Doença de Alzheimer é uma doença do cérebro, degenerativa, isto é, que produz atrofia, progressiva, com início mais frequente após os 65 anos, que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar, memorizar, que afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento.

Quais as causas da doença?

As causas da Doença de Alzheimer ainda não estão conhecidas, mas sabe-se que existem relações com certas mudanças nas terminações nervosas e nas células cerebrais que interferem nas funções cognitivas. Alguns estudos apontam como fatores importantes para o desenvolvimento da doença:

Aspectos neuroquímicos: diminuição de substâncias através das quais se transmite o impulso nervoso entre os neurônios, tais como a acetilcolina e noradrenalina.

Aspectos ambientais: exposição/intoxicação por alumínio e manganês.

Aspectos infecciosos: como infecções cerebrais e da medula espinhal.

Pré-disposição genética em algumas famílias, não necessariamente hereditária.

Sintomas

"Eu vivo me esquecendo..."

"Não me lembro onde deixei..."

"Doutor, facilmente esqueço dos números de telefone e de pagar contas."

"Doutor, minha mãe esqueceu meu aniversário...Doutor, meu pai se perdeu..."

São esses os tipos de queixas que se ouvem, às quais geralmente os amigos e familiares reportam como "coisas da idade". Entretanto, se alguma pessoa de suas relações esquecer o caminho de casa ou não se lembra de jeito algum, ou só com muito esforço, de um fato que aconteceu, procure um médico. Pode não ser algo importante, entretanto pode ser também um início da Doença de Alzheimer que não tem cura, mas cujo tratamento precoce atrasa o desenvolvimento da doença, produz alguma melhora na memória, torna mais compreensível as mudanças que vão ocorrer na pessoa e melhora a convivência com o doente.

Na fase inicial da doença, a pessoa afetada mostra-se um pouco confusa e esquecida e parece não encontrar palavras para se comunicar em determinados momentos; às vezes, apresenta descuido da aparência pessoal, perda da iniciativa e alguma perda da autonomia para as atividades da vida diária.

Na fase intermediária necessita de maior ajuda para executar as tarefas de rotina, pode passar a não reconhecer seus familiares, pode apresentar incontinência urinária e fecal; torna-se incapaz para julgamento e pensamento abstrato, precisa de auxílio direto para se vestir, comer, tomar banho, tomar suas medicações e todas as outras atividades de higiene. Pode apresentar comportamento inadequado, irritabilidade, desconfiança, impaciência e até agressividade; ou pode apresentar depressão, regressão e apatia.

No período final da doença, existe perda de peso mesmo com dieta adequada; dependência completa, torna-se incapaz de qualquer atividade de rotina da vida diária e fica restrita ao leito, com perda total de julgamento e concentração. Pode apresentar reações a medicamentos, infecções bacterianas e problemas renais. Na maioria das vezes, a causa da morte não tem relação com a doença e sim com fatores relacionados à idade avançada.

Diagnóstico

Uma das dificuldades em realizar um diagnóstico de Doença de Alzheimer é a aceitação da demência como consequência normal do envelhecimento.

O diagnóstico de Doença de Alzheimer é feito através da exclusão de outras doenças que podem evoluir também com quadros demenciais. Por exemplo:

Traumatismos cranianos

Tumores cerebrais

Acidentes Vasculares Cerebrais

Arterioesclerose

Intoxicações ou efeitos colaterais de medicamentos

Intoxicação por drogas e álcool

Depressão

Hidrocefalia

Hipovitaminoses

Hipotireoidismo

Tratamento

Não existe cura conhecida para a Doença de Alzheimer, por isso o tratamento destina-se a controlar os sintomas e proteger a pessoa doente dos efeitos produzidos pela deterioração trazida pela sua condição. Antipsicóticos podem ser recomendados para controlar comportamentos agressivos ou deprimidos, garantir a sua segurança e a dos que a rodeiam.

A doença de Alzheimer não afeta apenas o paciente, mas também as pessoas que lhe são próximas. A família deve se preparar para uma sobrecarga muito grande em termos emocionais, físicos e financeiros. Também deve se organizar com um plano de atenção ao familiar doente, em que se incluam, além da supervisão sociofamiliar, os cuidados gerais, sem esquecer os cuidados médicos e as visitas regulares ao mesmo, que ajudará a monitorar as condições da pessoa doente, verificando se existem outros problemas de saúde que precisem ser tratados.

Autores: Nelson Venturella Aspesi

HEPATITE C

Sinônimo

Amarelão, derrame de bile

O que é?

É uma inflamação do fígado (hepatite) causada pelo vírus da hepatite C (HCV).

Como se adquire?

Situações de risco são as transfusões de sangue, uso compartilhado de seringas e agulhas (usuários de drogas) e acidentes nos quais profissionais da saúde fincam-se com agulhas ou são atingidos por secreções de paciente contaminado.

Portanto, adquire-se hepatite C pelo contato entre o sangue ou secreção corporal contaminada com o sangue, mucosas ou pele machucada. Não foram demonstrados casos de transmissão da Hepatite C entre casais que mantiveram exclusivamente relações sexuais e fora do período menstrual. A transmissão em outras formas de relação sexual não está estabelecida. A transmissão materno-fetal é rara. Não são conhecidos casos de transmissão de hepatite C pelo leite materno.

Apesar das formas conhecidas de transmissão, 20 a 30% dos casos ocorrem sem que se possa demonstrar a via de contaminação.

O que se sente e como se desenvolve?

Diferentemente das hepatites A e B, a grande maioria dos casos de hepatite C não apresenta sintomas na fase aguda ou, se ocorrem, são muito leves e semelhantes aos de uma gripe.

Mais de 80% dos contaminados pelo vírus da hepatite C desenvolverão hepatite crônica e só descobrirão que têm a doença ao realizar exames por outros motivos, como por exemplo, para doação de sangue.

Outros casos aparecerão até décadas após a contaminação, através das complicações: cirrose em 20% e câncer de fígado, também, em 20%.

Como o médico faz o diagnóstico?

Na fase antes do aparecimento das complicações, exames de sangue realizados por qualquer motivo podem revelar a elevação de uma enzima hepática conhecida por TGP ou ALT. Essa alteração deve motivar uma investigação de doenças hepáticas, entre elas, a hepatite C.

A pesquisa diagnóstica busca anticorpos circulantes contra o vírus C (anti-HCV).

Quando presentes, podem indicar infecção passada ou atual.

Com a evolução aparecem alterações nos exames de sangue e na ecografia de abdômen.

Muitas vezes o médico irá necessitar de uma biópsia hepática (retirada de um fragmento do fígado com uma agulha) para determinar o grau da doença e a necessidade ou não de tratamento.

São realizados também a detecção do tipo de vírus (genotipagem) e da quantidade de vírus circulante (carga viral), fatores importantes na decisão do tratamento.

Como se trata?

Nos raros casos em que a hepatite C é descoberta na fase aguda, o tratamento está indicado por diminuir muito o risco de evolução para hepatite crônica, prevenindo assim o risco de cirrose e câncer. Usa-se para esses casos o interferon, ainda não estando bem estabelecido o uso associado da ribavirina.

O tratamento da hepatite crônica C ainda tem resultados insuficientes, pois boa parte dos pacientes não respondem. Utiliza-se também, nestes casos, uma combinação de interferon e ribavirina. O sucesso do tratamento varia conforme o genótipo do vírus, carga viral e estágio da doença determinado pela biópsia hepática. Pacientes mais jovens, com infecção há menos tempo, sem cirrose, com infecção pelos genótipos 2 e 3 e com menor carga viral tem as melhores chances de sucesso.

Os efeitos indesejáveis dos remédios utilizados em geral são toleráveis e contornáveis, porém raramente são uma limitação à continuidade do tratamento.

A decisão de tratar ou não, quando tratar, por quanto tempo e com que esquema tratar são difíceis e exigem um entendimento entre o paciente e seu especialista médico.

Um novo tipo de interferon, o interferon peguilado ou "peg-interferon" é uma alternativa com resultados promissores que brevemente estará disponível para o uso.

Como se previne?

A prevenção da hepatite C é feita pelo rigoroso controle de qualidade dos bancos de sangue, o que no Brasil, já ocorre, tornando pequeno o risco de adquirir a doença em transfusões

Seringas e agulhas para injeção de drogas não podem ser compartilhadas
Profissionais da área da saúde devem utilizar todas as medidas conhecidas de proteção contra acidentes com sangue e secreções de pacientes, como por exemplo, uso de luvas, máscara e óculos de proteção

Não há benefício conhecido no uso de preservativo nas relações sexuais vaginais em casais nos quais um dos dois é portador de Hepatite C. No caso de um dos parceiros ser portador de lesões no pênis ou vagina, em relações anais e no período menstrual, como o risco de transmissão não é conhecido, recomenda-se o uso de preservativo.

Perguntas que você pode fazer ao seu médico

Qual o tipo de hepatite que eu tenho?

Como se pega? Há risco para as pessoas que vivem perto de mim?

Quanto tempo vou levar para ficar bom?

Essa doença tem cura ou vou ficar com hepatite crônica?

O tratamento com remédios é necessário?

O remédio funciona em todos?

Quais os efeitos adversos (colaterais) do tratamento?

Há risco de cirrose? E de câncer?

Existe vacina para hepatite? Adiantaria eu ou as pessoas próximas a mim fazerem agora?

Autores: Cláudio H. Wolff

Autores: Fernando Wolff

HI DROCEFALIA INFANTIL

Nomes populares:

líquido na cabeça ; "água" na cabeça; cabeça d' água.

O que é?

Hidrocefalia é o acúmulo anormal e excessivo de líquido dentro dos ventrículos ou do espaço subaracnoide. É tipicamente associado com dilatação ventricular e aumento da pressão intracraniana; pode ocorrer em crianças (diversas faixas etárias) ou adultos, tendo causas específicas

Pode ser classificado como hidrocefalia comunicante ou não comunicante, dependendo da sua etiologia; outro termo utilizado é a hidrocefalia ex-vácuo, quando relacionado com atrofia cerebral

Hidrocefalo não comunicante se refere a hidrocefalia que resulta de lesões que obstruem o sistema ventricular e hidrocefalo comunicante se refere a lesões que afetam e obstruem o espaço subaracnoide.

Causas:

Algumas causas de hidrocefalia infantil podem ser por obstrução liquórica, tais como: gliose, cisto colóide, gliomas, craniofaringeomas, cistos de aracnoide, meduloblastomas, ependimomas, astrocitomas, tumores, estenose.

Outras causas de hidrocefalia comunicante são:

trauma

hemorragia subaracnoide

infecção

Idiopática

É importante considerar em crianças prematuras a hemorragia intraventricular com hidrocefalo pós-hemorragico (ocorre cerca de 4 semanas após).

O que se sente?

A variação da sintomatologia vai estar diretamente ligada à faixa etária da criança.

prematuros/lactentes: apneia, bradycardia, fontanela tensa, veias do escalpo dilatadas, formato do crânio globóide, aumento do perímetro cefálico (vários centímetros em poucos dias)

Infantes: irritabilidade, vômitos, náuseas, macrocefalia, fontanela tensa, dificuldade para fixação e controle da cabeça, alteração ocular (sinal do "sol poente" - compressão mesencefálica).

crianças mais velhas: dor de cabeça, vômitos, letargia, diplopia, edema de papila, hiperreflexia, clônus.

Como o médico faz o diagnóstico?

A suspeita de hidrocefalia deve ser feita nas crianças que têm os sintomas descritos anteriormente; verificação na anamnese com a mãe sobre dados do pré-natal, exame neurológico (com medição de perímetro cefálico diário).

Devem ser considerados exames complementares como: ultra-som (para verificação de tamanho ventricular, massas), tomografia de crânio e ressonância magnética de crânio, para ajudar no diagnóstico.

Como se trata?

Utilizam-se medidas para fazer o escoamento desse excesso de líquido ventricular com a adoção de válvulas para drenagem deste líquido para o peritônio (derivação ventricular peritonial - DVP); ou para o átrio (derivação ventricular atrial - DVA). Existem algumas medicações que fazem baixar a produção líquórica (acetazolamida), porém nem sempre tão eficientes.

É importante salientar que são crianças que necessitam de acompanhamento neurológico intenso e verificação do grau de desenvolvimento que pode ou não sofrer prejuízo.

Autores: Nelson Venturella Aspesi

Autores: Pedro Luis Gobato

INFECÇÃO URINÁRIA

A infecção do trato urinário (IU) constitui uma das principais causas de consulta na prática médica, só perdendo para as infecções respiratórias.

É importante, assim, definir e caracterizar a infecção urinária, bem como explicar os termos mais usados pelos médicos, o que é abordado neste primeiro artigo.

No segundo artigo trataremos das cistites (infecção urinária baixa) e, no terceiro, das pielonefrites (infecção urinária alta).

No quarto artigo, trataremos das infecções urinárias nas crianças e, no quinto, das infecções urinárias nas gestantes.

Assim, para que se tenha uma ideia abrangente da IU, é aconselhável ler os artigos em sequência pois eles abordam as infecções urinárias de diferentes ângulos.

O que é ?

A IU é a presença de microorganismos em alguma parte do trato urinário. Quando surge no rim, chama-se pielonefrite; na bexiga, cistite; na próstata, prostatite e na uretra, uretrite.

A grande maioria das IU é causada por bactérias, mas também podem ser provocadas por vírus, fungos e outros microorganismos. A maioria das infecções urinárias ocorre pela invasão de alguma bactéria da flora bacteriana intestinal no trato urinário. A bactéria *Escherichia coli*, representa 80-95% dos invasores infectantes do trato urinário.

Às vezes, o paciente apresenta sintomas semelhantes aos da IU, como dor, ardência, urgência para urinar e aumento da frequência, mas os exames culturais não mostram bactérias na urina.

Estes casos podem ser confundidos com IU e são chamados de síndrome uretral aguda, que pode ter outras causas não infecciosas, mas de origem inflamatória, como químicas, tóxicas, hormonais e irradiação.

Como ocorre?

O acesso dos microorganismos ao trato urinário se dá por via ascendente, ou seja, pela uretra, podendo se instalar na própria uretra e próstata, avançando para a bexiga e, com mais dificuldade, para o rim.

Difícilmente, as bactérias podem penetrar no trato urinário pela via sanguínea. Isto ocorre apenas quando existe infecção generalizada (septicemia) ou em indivíduos sem defesas imunitárias como aidéticos e transplantados. A intensidade da IU depende das defesas do paciente, da virulência do microorganismo e da capacidade de aderir à parede do trato urinário.

Como a urina é estéril, existem fatores que facilitam a contaminação do trato urinário, tais como:

obstrução urinária: próstata aumentada, estenose de uretra, defeitos congênitos e outros

corpos estranhos: sondas, cálculos (pedras nos rins), introdução de objetos na uretra (crianças)

doenças neurológicas: traumatismo de coluna, bexiga neurogênica do diabetes, fístulas genito-urinárias e do trato digestivo, colostomizados e constipados

doenças sexualmente transmissíveis e infecções ginecológicas.

As orientações profiláticas e terapêuticas desses fatores facilitadores poderão ser vistas nos artigos sobre cistite, pielonefrite e infecção urinária na criança e grávida.

O que se sente ?

O ato de urinar é voluntário e indolor. A presença de:

dor

ardência

dificuldade e/ou urgência para urinar

micções urinárias muito frequentes e de pequeno volume

com urina de mau cheiro, de cor opaca

com filamentos de muco

formam um conjunto de dados que permite ao médico suspeitar que o paciente está com infecção urinária. Muitas vezes, somam-se a esses sintomas e sinais dores na bexiga e no final da micção, gotejamentos de pequenas quantidades de sangue.

Quando o rim é atingido, o paciente apresenta, além dos sintomas anteriores, calafrios, febre e dor lombar, podendo, algumas vezes, ocorrer cólicas abdominais, náuseas e vômitos.

Como se faz o diagnóstico?

A presença dos sinais e sintomas de IU obriga o médico a solicitar um exame comum de urina e uma urocultura. Para isso, é muito importante que a coleta de uma amostra de urina seja feita sem contaminação. A contaminação, geralmente, é de microorganismos da uretra, da região perianal e algumas vezes da tosse ou das mãos que manuseiam os frascos esterilizados.

Há quatro métodos de coleta: jato urinário médio, coletor urinário, sondagem e punção da bexiga. Cada um desses métodos tem suas indicações, conveniências e complicações. O médico deve decidir qual é o melhor para o seu paciente.

A maioria das coletas é feita pelo jato médio da primeira urina da manhã, após uma higienização bem feita da região peri-uretral. O jato médio é o jato urinário colhido após ter sido desprezada a primeira porção da urina, que poderia estar contaminada por microorganismos da uretra.

O exame comum de urina, no caso de IU, apresenta bactérias e grande quantidade de leucócitos (glóbulos brancos), predominando sobre os eritrócitos (glóbulos vermelhos) no sedimento urinário.

O exame cultural da urina na IU mostra um crescimento de bactérias superior a 100.000 germes por mililitro de urina. Esta quantidade de bactérias permite o diagnóstico de IU em mais de 95% dos casos, desde que não tenha havido contaminação. Algumas vezes, em certas situações, um número menor de bactérias, também, pode significar IU.

É bom sempre lembrar que a urina é estéril e não deve ter bactérias.

Continue lendo sobre IU nos artigos sobre cistite e pielonefrite.

Glossário

Fístulas: é uma abertura que comunica duas cavidades, como pode ocorrer com a bexiga e a vagina (fístula véstico-vaginal).

Colostomizado: é o paciente que precisa defecar em bolsas especiais, porque tem ânus contra a natureza.

Autores: Otto Busato

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O que é?

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória de causa desconhecida. Para que se desencadeie a doença, agentes externos desconhecidos (vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta) entram em contato com o sistema imune de um indivíduo que está com vários genes erradamente induzindo produção inadequada de anticorpos. Estes anticorpos são dirigidos contra constituintes normais (auto-anticorpos) provocando lesões nos tecidos e também alterações nas células sanguíneas.

É uma doença razoavelmente comum no consultório dos reumatologistas. Melhor conhecimento médico e avanço em métodos diagnósticos devem ser os motivos pelos quais o LES tem sido diagnosticado com mais frequência e seu prognóstico é muito melhor do que há 15 anos atrás.

Atinge principalmente mulheres (9:1) em idade reprodutiva, iniciando-se mais comumente entre 20 e 40 anos. Pode ser bastante benigno até extremamente grave e fatal.

O que se sente?

As manifestações clínicas são muito variáveis entre os pacientes.

As queixas gerais mais frequentes são mal-estar, febre, fadiga, emagrecimento e falta de apetite, as quais podem anteceder outras alterações por semanas ou meses.

Os pacientes já poderão estar sentindo dor articular ou muscular leve e apresentando manchas vermelhas na pele que passam por urticária.

As alterações mais frequentes ocorrem na pele e articulações.

Pele e mucosas

Há muitos tipos de lesão cutânea no LES. A mais conhecida é a lesão em asa de borboleta que é um eritema elevado atingindo bochechas e dorso do nariz. Manchas eritematosas planas ou elevadas podem aparecer em qualquer parte do corpo.

Muitos pacientes com LES têm sensibilidade ao sol (foto-sensibilidade). Assim, estas manchas podem ser proeminentes ou unicamente localizadas em áreas expostas à luz solar. Outras vezes, as lesões são mais profundas e deixam cicatriz (lúpus discoide). Começam com uma escamação sobre a mancha eritematosa. Com o passar do tempo a zona central atrofia e a pele perde a cor, ficando uma cicatriz que pode ser bastante desagradável. Há casos de lúpus discoide em que nunca haverá outros problemas, isto é, não haverá lúpus sistêmico. Estes pacientes devem ser seguidos com atenção pois não há como acompanhar a evolução sem exame físico e laboratorial. Queda de cabelo é muito frequente. Os fios caem em chumaços e muitos são encontrados no travesseiro. É sinal de doença ativa.

Apesar de não serem frequentes, são úteis para o diagnóstico o aparecimento de feridas dentro do nariz, na língua e na mucosa oral.

Aparelho locomotor

A grande maioria dos pacientes tem artrite. Esta costuma ser leve e melhorar rapidamente com tratamento. Entretanto, há poucos casos em que aparecem lesões destrutivas que podem ser bastante graves.

O uso de corticoide por longo tempo (que muitas vezes é indispensável) pode provocar, em cerca de 5% dos pacientes, necrose em extremidade de ossos longos, principalmente fêmur.

Tendinites ocorrem com frequência e podem acompanhar as crises de artrite ou se manifestarem isoladamente. Regiões não habituais como tendão de Aquiles podem incomodar por bastante tempo. Poucas vezes há lesões graves.

Lúpus crônico pode provocar deformidades nas mãos que lembram artrite reumatoide.

Miosite (inflamação das fibras musculares) não é um evento comum, mas pode ser grave e confundir com outras doenças musculares. Dor muscular discreta pode ocorrer e não é preocupante.

Rins

É muito frequente haver glomerulonefrite lúpica. Felizmente, a maioria dos pacientes sofre de lesões leves e não progressivas, sendo sua única evidência discretas alterações no exame de urina, ou apresentam lesão renal que responde muito bem ao tratamento.

Quando há proteínas, hemácias, leucócitos e vários tipos de cilindros no exame de urina e aumento da creatinina no sangue estamos diante de uma situação grave mas de modo algum sem solução.

O aumento da pressão arterial é indicativo de gravidade.

Sistema nervoso

Raízes nervosas periféricas e sistema nervoso central (SNC) em conjunto estão comprometidos em mais da metade dos pacientes com LES.

Dor de cabeça, mais do tipo enxaqueca, é a manifestação mais comum quando há inflamação do sistema nervoso central. Como é uma queixa muito frequente na população normal, muitas vezes não é valorizada.

Não raramente outras manifestações que podem aparecer são:

Neurite periférica (ardência, formigamento, queimação, perda de força)

Distúrbios do comportamento como irritabilidade, choro fácil, quadros mais graves de depressão e mesmo psicose.

Convulsões (pode ser a primeira manifestação em crianças).

Coreia (movimentos involuntários e não coordenados de membros superiores e inferiores), muito mais raro.

Há uma regra que deve ser seguida obrigatoriamente em "neurolúpus": descartar a possibilidade de haver infecção

Outro detalhe que deve ser observado é ansiedade e depressão que ocorrem em pessoas com doença crônica (e que pode ser grave) e com problemas estéticos provocados pela dermatite ou uso de corticoide.

O síndrome anti-fosfolípide pode ser uma entidade isolada ou acompanhar o LES.

Ocorrem trombos em veias e artérias de qualquer tamanho, provocando embolias. A ocorrência de microtrombos no cérebro provoca infartos pequenos com manifestações pouco observáveis de início. Pode ser uma causa de grave repercussão do LES no SNC. Quando os trombos se instalam na placenta são causa de abortamento.

Coração

Inflamação isolada da membrana que envolve o coração (pericardite) não é rara e é facilmente resolvida. Lesões graves em válvulas, inflamação do miocárdio e das coronárias não são frequentes.

Palpitações, falta de ar e dor no precórdio são sinais de alerta. Podem estar presentes desde o início da doença.

Pulmões

Mais da metade dos pacientes sentem dor nas costas ou entre as costelas devido à inflamação da pleura. Quando é leve, só aparece ao respirar fundo e a radiografia pode ser normal, isto é, sem derrame. Piorando, a dor fica mais forte e a respiração mais difícil e acompanhada de tosse seca.

Também ocorrem inflamação nos alvéolos (cuidado com infecção ao mesmo tempo) e nas artérias (raro e muito grave).

Vasos

É muito frequente no LES os pacientes estarem com mãos frias que, quando em contato com superfície gelada ou quando a temperatura ambiente é baixa, passam de pálidas para roxas (cianose) e por vezes com dor na ponta dos dedos. Chama-se fenômeno de Raynaud. Pode ocorrer em pessoas que nunca terão a doença mas pode preceder por anos as outras manifestações de LES ou outras doenças inflamatórias auto-imunes. Inflamação de vasos chama-se vasculite. Dependendo da intensidade da inflamação haverá de manchas eritematosas até pontos de gangrena na região irrigada pelos vasos comprometidos.

Olhos

Conjuntivite ou outras manifestações são pouco comuns. Uma complicação grave são trombos no fundo do olho na presença de síndrome antifosfolípide.

Aparelho digestivo

Complicações graves são muito raras. Os medicamentos são a causa mais frequente das queixas tipo azia, dor abdominal e falta de apetite.

Em poucos pacientes aumentam as enzimas hepáticas, mostrando haver inflamação no fígado. Nesta situação, deve-se sempre descartar a concomitância de duas doenças e procurar infecção viral.

Sangue

Anemia leve é muito comum e é controlada com o tratamento habitual da doença. Piora em pacientes mais graves e quando há insuficiência renal.

Anticorpos dirigidos diretamente contra glóbulos vermelhos podem ser de difícil controle; ocorre em menos de 20% mas pode ser uma forma de início do LES e, como o tratamento com corticoide em dose alta mascara outras manifestações, o diagnóstico pode não ser percebido.

Pode haver queda importante de glóbulos brancos (risco de infecção) e de plaquetas (risco de sangramento).

Como é feito o diagnóstico?

O diagnóstico do LES é feito através da associação de dados clínicos e laboratoriais.

O médico precisa lembrar-se do lúpus e há algumas pistas que auxiliam bastante mesmo quando as manifestações clínicas são pobres. Mulher em fase de reprodução (crianças e mulheres depois da menopausa também têm lúpus) com dor articular, sensação de estar doente, emagrecimento, "urticárias" de repetição, queda de cabelo, fenômeno de Raynaud, exames antigos com alterações tipo glóbulos brancos baixos, alterações na urina, anemia não explicada podem ser manifestações de início da doença. A pesquisa dos anti-anticorpos é utilizada para diagnóstico e alguns deles para acompanhamento da doença:

FAN (fator antinuclear) é o mais frequente.

Anti-dsDNA é sinal de doença ativa e geralmente com doença renal.

Anti-Sm não é muito frequente mas, quando presente, confirma o diagnóstico.

A utilização clínica da presença destes auto-anticorpos e de vários outros é extremamente útil. Deve ser feita pelo reumatologista pois não são específicos, isto é, aparecem em mais de uma doença e a combinação da presença de um ou mais auto-anticorpos com a clínica é que permite que se chegue a um diagnóstico.

Critérios diagnósticos do LES

Na tabela a seguir estão os critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 1982 modificados. Deve ser utilizada por médicos

1. Erupção malar: Eritema fixo plano ou elevado sobre as regiões malares e dorso do nariz.

2. Lesão discoide: Placas eritematosas com escamação aderente, comprometimento dos pelos e cicatrização com atrofia.

3. Foto-sensibilidade: Erupção cutânea que aparece após exposição à luz solar.

4. Úlceras orais: Ulceração de nasofaringe ou boca vista por médico.

5. Artrite: Não erosiva comprometendo duas ou mais articulações periféricas.

6. Serosite: Pleurite documentada por médico; pericardite documentada por ECG ou médico.

7. Desordem renal: Proteína na urina maior do que 500mg por dia ou +++ em exame comum; cilindros de hemácias, granuloses, tubulares ou mistos.

8. Desordem neurológica: Convulsões ou psicose na ausência de outra causa.

9. Desordens hematológicas: Anemia hemolítica, menos de 4000 leucócitos/mm³ em 2 ou mais ocasiões, menos de 1500 linfócitos/mm³ em 2 ou mais ocasiões, menos de 100.000 plaquetas/mm³ na ausência de outra causa.

10. Desordens imunológicas: Anti-DNA positivo ou anti-Sm positivo ou falso teste positivo para lues (sífilis) por mais de 6 meses com FTA-ABS normal.

11. FAN positivo: Na ausência de uso das drogas que podem induzir lúpus.

Para que se faça diagnóstico de lúpus são necessários quatro critérios ou mais.

Para utilizarmos pacientes em um trabalho de pesquisa devemos seguir à risca a soma dos critérios. Na prática, se tivermos dois ou três critérios "fortes" como artrite, dermatite e FAN e não encontrarmos outra doença fazemos o diagnóstico e tratamos pois tratamento eficaz e precoce sempre leva a melhor prognóstico.

Como é o tratamento?

Mesmo havendo protocolos internacionais para o tratamento de doenças complexas como o LES, cada paciente tem a sua história.

Sabemos qual o melhor medicamento para cerebrite, nefrite, dermatite, mas os resultados são individuais. O tratamento do lúpus não é um esquema pronto para ser executado e as características de cada caso ditarão o que se deve fazer, tornando-o artesanal.

Os medicamentos utilizados podem provocar efeitos colaterais importantes e devem ser manejados por profissionais experientes.

Os pacientes devem estar alertas para os sintomas da doença e para as complicações que, embora raras, podem aparecer. Se forem prontamente manejadas é muito mais fácil solucioná-las.

Naturalmente, não é nossa intenção instruir o tratamento do LES. Este deve ser feito por médicos experientes e os pacientes não devem modificá-los sem orientação.

Perguntas que você pode fazer ao seu médico

A doença tem cura?

Qual a finalidade do tratamento?

O tratamento é esta receita somente ou devo repeti-la?

Há interferência com outros remédios que estou usando?

Quais os efeitos colaterais? Devo fazer exames de controle?

Existem problemas com obesidade?

Qual a importância de exercícios e repouso?

Que cuidados devo ter com meus hábitos diários, profissionais e de lazer?

Existem problemas com o uso de anticoncepcionais? Com gravidez?

Existem problemas com exposição ao sol e luz fluorescente?

Autores: Mauro W. Keiserman

LEPTOSPIROSE

Nomes populares:

Febre dos pântanos, febre outonal, febre dos sete dias, doença dos porquinhos, tifo canino.

O que é?

Doença infecciosa com envolvimento de vários órgãos do corpo, causada por uma bactéria chamada leptospira.

Como se adquire?

Os roedores são os principais reservatórios da doença. Atuam como portadores os bovinos, ovinos e caprinos.

A transmissão se dá pelo contato da água ou solo contaminado pela urina desses animais. É muito rara a contaminação entre as pessoas doentes.

O que se sente?

Pode parecer apenas um simples estado gripal, com febre, dor no corpo, tosse, dor de cabeça ou podem se desencadear quadros de infecção muito grave, que podem levar ao óbito se não diagnosticados e tratados a tempo. A apresentação da doença grave pode ter inchaço de fígado e baço, sangramento pelo nariz e boca, dores musculares fortes, principalmente nas panturrilhas, manchas pelo corpo e até sinais de meningite.

Como o médico faz o diagnóstico?

Principalmente pela história contada pelo paciente, isto é, ter havido possibilidade de contato com urina de animais contaminados, associada a sintomas característicos, nos sugere investigar a doença.

Existem exames específicos de sangue e urina feitos pelos laboratórios estaduais recomendados pelo ministério da saúde. Como o resultado pode demorar e diante da chance de ser leptospirose, os médicos podem iniciar o tratamento antes até de o resultado do exame confirmar a doença.

Como se trata?

É importante dizer que o tratamento só tem validade se iniciado até o quinto dia do início da doença, senão, não haverá modificação na sua evolução.

O antibiótico indicado para o tratamento é a penicilina em altas doses ou outro antibiótico se houver probabilidade de alergias.

Os pacientes graves têm indicação de hospitalização devido às altas taxas de mortalidade da doença.

Como se previne?

É um problema de saúde pública. Enchentes e chuvas fortes contribuem, nos países tropicais e subtropicais, para o contato do homem com as águas contaminadas com a urina de roedores, favorecendo os surtos da doença.

No Brasil, a maior parte dos casos está ligada às condições de vida da população.

Alguns profissionais têm maior facilidade de contato com as bactérias, tais como veterinários, pescadores, caçadores, agricultores, bombeiros.

Autores: Ércio Oliveira

PEDRA NOS RINS

Sinônimos:

cálculo renal, pedra nos rins, litíase e nefrolitíase.

O que é?

O homem expele pela urina grandes quantidades de sais de cálcio, ácido úrico, fosfatos, oxalatos, cistina e, eventualmente, outras substâncias como penicilina e diuréticos. Em algumas condições a urina fica saturada desses cristais e como consequência formam-se cálculos. Não é um fenômeno raro até a idade de 70 anos. Aproximadamente 12% dos homens e 5% das mulheres podem ter, pelo menos, um cálculo durante suas vidas. A primeira década da vida não está imune ao surgimento de cálculos, havendo um pico de incidência entre quatro e sete anos de idade. A doença é mais comum no adulto jovem, em torno da 3ª ou 4ª década de vida, predominando na raça branca e não havendo diferença de sexo. A recorrência é mais comum no adulto jovem, 15% em um ano, 40% em até 5 anos e 50% em até 10 anos. A população negra tem menos litíase renal que a branca.

Como se desenvolve?

A formação de cálculos é um processo biológico complexo, ainda pouco conhecido, apesar dos consideráveis avanços já realizados. Hoje, constata-se que mudanças nos regimes alimentares, promovidas pela industrialização dos alimentos, mais ricos em proteínas, sal e hidratos de carbono, aumentaram a formação de cálculos.

Todo o indivíduo produtor de cálculos tem envolvimento com um ou mais fatores geradores de cálculo:

Epidemiológicos (herança, idade, sexo, cor, ambiente, tipo de dieta)

Anormalidades urinárias (saturada de sais, volume diminuído e alterações do pH)

Ausência de fatores inibidores da formação de cálculos (citrato, magnésio, pirófosfato, glicosaminoglicans, nefrocalcina, proteína de Tam Horsfall)

Alterações metabólicas (calcemia, calciúria, uricemia, uricosúria, oxalúria, cistinúria, citratúria, hipomagnesúria)

Alterações anatômicas e urodinâmicas

Infecções urinárias

As anormalidades da composição urinária têm, no volume urinário diminuído, o principal fator na formação de cálculos. Fruto de uma hidratação inadequada, esta pode ser a única alteração encontrada em alguns portadores de litíase. O volume urinário permanentemente inferior a 1 litro ocorre por maus hábitos alimentares ou por situações ambientais como clima muito seco, atividades profissionais em ambientes secos (aviões, altos fornos) que favorecem a supersaturação urinária de sais formadores de cálculos.

Principais tipos e componentes dos cálculos renais:

CÁLCIO:

Mais de oitenta por cento dos pacientes formam cálculos de cálcio. A maioria destes têm cálcio aumentado na urina (hipercalcúria) e/ou cálcio aumentado no sangue (hipercalcemia).

MAGNÉSIO:

É um elemento que participa na urina como inibidor da cristalização. Por isso, quando se encontra o magnésio urinário inferior a 50 mg/24h (magnesiúria), a formação de cálculo poderá ser facilitada.

OXALATO:

Mesmo com o oxalato urinário normal, alguns cálculos de cálcio têm oxalato na sua constituição.

CISTINA:

Como a cistina tem pouca solubilidade na urina, ela propicia a formação de cálculos por supersaturação.

ÁCIDO ÚRICO:

Os cálculos de ácido úrico puro ocorrem em cerca de 5% da população mundial, com exceção da zona mediterrânea e dos países árabes, onde as taxas podem atingir até 30%. Vinte e cinco por cento dos pacientes gotosos podem apresentar cálculos de ácido úrico.

CITRATO:

Uma excreção diária menor do que 450 mg é considerada hipocitraturia. As crianças, mulheres e idosos excretam mais citrato. Hipocitraturia isolada, como agente formador de cálculo, ocorre em cerca de 5% das nefrolitíases, podendo ser esta a única alteração metabólica encontrada nestes pacientes.

O que se sente e como se faz o diagnóstico?

A litíase pode ser assintomática, reconhecida somente em exames ocasionais. Na maioria das vezes, a litíase se apresenta com manifestação de dor (cólica) e hematuria. Muitas vezes, os cálculos podem obstruir a via urinária. A cólica renal é o sintoma agudo de dor severa, que pode requerer tratamento com analgésicos potentes. Geralmente, a cólica está associada a náuseas, vômitos, agitação. A cólica inicia quase sempre na região lombar, irradiando-se para a fossa ilíaca, testículos e vagina. No sedimento urinário, pode-se observar hematuria que, com a dor em cólica, nos permite pensar na passagem de um cálculo. A investigação clínica, na fase aguda, inclui além do exame comum de urina, um RX simples de abdômen e uma ecografia abdominal.

Principais complicações dos cálculos

Infecção urinária

Obstrução urinária: perda do rim por destruição obstrutiva e/ou infecciosa

Insuficiência renal crônica

Hipertensão arterial

Complicações cirúrgicas nas retiradas dos cálculos

Complicações da litotripsia (hematuria, destruição de tecido renal, hipertensão)

Como se trata?

Tomar bastante líquidos é o principal item do tratamento, visando reduzir a concentração e supersaturação dos cristais urinários, e dessa forma, diminuir a formação de cálculos.

O ideal de tratamento é suprimir a recorrência e evitar que os cálculos existentes cresçam. Como os cálculos têm origem heterogênea e frequentemente são manifestações de doenças multissistêmicas, é impossível haver um só esquema terapêutico. Por isso, o tratamento é diversificado e prolongado, requerendo o comprometimento permanente do paciente. Após seis meses de tratamento, deve-se repetir a sequência de exames para avaliar a eficiência da ação terapêutica. A revisão é fundamental para ajustar as medidas usadas no controle da recorrência e estimular o paciente na continuidade do tratamento.

Os cálculos maiores de 0,8 cm não saem espontaneamente, por isso é necessária a intervenção do urologista para a retirada do cálculo por métodos cirúrgicos ou métodos extracorpóreos, endoscópicos ou litotripsia.

Perguntas que você pode fazer ao seu médico

Existe só um tipo de cálculo?

Vou repetir esse tipo de cólica?

Como posso evitar a formação de novos cálculos?

Se for o caso, quando devo retirar o cálculo?

Devo fazer alguma dieta?

Ingerir líquidos/ingerir citratos é importante?

Existe somente um tipo de tratamento?

Os cálculos pode crescer dentro de mim?

Autores: Otto Busato

PNEUMONIA

Leia também o artigo em destaque : Pneumonia Asiática, Pneumonia Atípica ou Síndrome Respiratória Aguda Grave

Sinónimos:

pontada, pontada de pneumonia, infecção pulmonar ou infecção do trato respiratório inferior.

O que é?

A pneumonia é uma infecção ou inflamação nos pulmões. Ela pode ser causada por vários microorganismos diferentes, incluindo vírus, bactérias, parasitas ou fungos. Esta doença é muito frequente e afeta pessoas de todas as idades. Muitas destas, anualmente, morrem por pneumonia. A metade de todos os casos de pneumonia é causada por bactérias e, destas, o pneumococo é o mais frequente.

Como se desenvolve?

Normalmente, a doença se desenvolve quando, por algum motivo, há uma falha nos mecanismos de defesa do organismo.

A pneumonia pode desenvolver-se por três mecanismos diferentes:

Um deles, bem frequente, ocorre quando a pessoa inala um microorganismo, através da respiração, e este chega até um ou ambos pulmões, onde causa a doença.

Outra maneira frequente é quando bactérias, que normalmente vivem na boca, se proliferam e acabam sendo aspiradas para um local do pulmão.

A forma mais incomum de contrair a doença é através da circulação sanguínea. Uma infecção por um microorganismo em outro local do corpo se alastra e, através do sangue que circula, chega aos pulmões, onde causa a infecção.

Mecanismos de proteção

É importante lembrar que, em circunstâncias normais, as vias respiratórias (incluindo os pulmões) têm mecanismos eficazes de proteção contra infecções por microorganismos.

O primeiro deles ocorre no nariz, onde grandes partículas são filtradas, não podendo chegar até os pulmões para causar infecções.

As partículas pequenas, quando são inaladas pelas vias respiratórias (que levam ar até os pulmões), são combatidas por mecanismos reflexos. Dentre estes estão o reflexo do espirro, do pigarrear e da tosse, que expulsam as partículas invasoras, evitando as infecções (pneumonias).

Quando as pessoas estão resfriadas ou gripadas, a filtração que normalmente ocorre no nariz e a imunidade do organismo podem ficar prejudicadas, facilitando o surgimento de uma pneumonia.

Naqueles casos onde ocorre uma supressão dos reflexos citados acima, também há um maior risco de surgimento de uma pneumonia. Esta pode ocorrer quando, por exemplo, uma pessoa dorme alcoolizada, fez uso de sedativos, sofreu uma perda de consciência por uma crise convulsiva ou é portador de seqüela neurológica.

Os pulmões também possuem um mecanismo de limpeza, em que os cílios que ficam no seu interior realizam, através de sua movimentação, a remoção de secreções com microorganismos que, eventualmente, tenham vencido os mecanismos de defesa descritos anteriormente.

Estes cílios ficam na parte interna dos brônquios, que são tubos que levam ar até os pulmões. É importante lembrar que este mecanismo de limpeza fica prejudicado no fumante, pois o fumo tem a propriedade de paralisar temporariamente os cílios envolvidos neste trabalho.

O último mecanismo de defesa da via respiratória ocorre nos alvéolos, onde ocorrem as trocas gasosas (entra o oxigênio e sai o gás carbônico) e é onde agem os macrófagos. Estes são células especializadas na defesa do organismo e englobam os microorganismos que, porventura, tenham vencido a filtração nasal, os reflexos de pigarrear, tossir ou espirrar, além da limpeza feita pelos cílios das vias respiratórias.

O que se sente?

A pneumonia bacteriana clássica inicia abruptamente, com febre, calafrios, dor no tórax e tosse com expectoração (catarro) amarelada ou esverdeada que pode ter um pouco de sangue misturado à secreção. A tosse pode ser seca no início.

A respiração pode ficar mais curta e dolorosa, a pessoa pode ter falta de ar e em torno dos lábios a coloração da pele pode ficar azulada, nos casos mais graves.

Em idosos, confusão mental pode ser um sintoma frequente, além da piora do estado geral (fraqueza, perda do apetite e desânimo, por exemplo). Nas crianças, os sintomas podem ser vagos (diminuição do apetite, choro, febre).

Outra alteração que pode ocorrer é o surgimento de lesões de herpes nos lábios, por estar o sistema imune debilitado.

Em alguns casos, pode ocorrer dor abdominal, vômitos, náuseas e sintomas do trato respiratório superior como dor de garganta, espirros, coriza e dor de cabeça.

Como o médico faz o diagnóstico?

O diagnóstico pode ser feito apenas baseado no exame físico alterado e na conversa que o médico teve com seu paciente que relata sinais e sintomas compatíveis com a doença. Os exames complementares são importantes para corroborar o diagnóstico e ajudarão a definir o tratamento mais adequado para cada caso.

Normalmente, o médico utiliza-se dos exames de imagem (raios-X de tórax ou, até mesmo, da tomografia computadorizada de tórax) e de exames de sangue como auxílio para o diagnóstico.

O exame do escarro também é muito importante para tentar identificar o germe causador da pneumonia. Com isso, o médico poderá prever, na maioria dos casos, o curso da doença e também definir o antibiótico mais adequado para cada caso. Como se trata?

A pneumonia bacteriana deverá ser tratada com antibióticos. Cada caso é avaliado individualmente e se definirá, além do tipo de antibiótico, se há ou não necessidade de internação.

Nos casos graves, até mesmo a internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) poderá ser necessária.

Os antibióticos e demais medicações podem ser utilizados por via oral ou através de injeções, que podem ser na veia ou no músculo.

Além das medicações, podemos utilizar a fisioterapia respiratória como auxiliar no tratamento. Os fisioterapeutas podem utilizar exercícios respiratórios, vibradores no tórax e tapotagem (percussão do tórax com os punhos) com o intuito de retirar as secreções que estão dentro dos pulmões, agilizando o processo de cura dos pacientes.

Na maioria dos casos de pneumonias virais o tratamento é só de suporte. Visa melhorar as condições do organismo para que este combata a infecção. Utiliza-se uma dieta apropriada, oxigênio (se for necessário) e medicações para dor ou febre. Nos casos de pneumonia por parasitas ou fungos, antimicrobianos específicos são utilizados.

Como se previne?

Como já foi mencionado anteriormente, muitas vezes uma gripe ou resfriado podem preceder uma pneumonia. Para tentar evitar isso, vacinas foram criadas.

Existe no mercado a vacina contra o vírus influenza e outra contra o pneumococo, que podem diminuir as chances do aparecimento das doenças causadas por estes germes.

Devemos lembrar que estas vacinas devem ser feitas antes do início do inverno, preferencialmente.

A vacina contra o vírus influenza deverá ser feita anualmente em idosos e naquelas pessoas com maior risco de ter uma pneumonia. A vacina contra o pneumococo deverá ser feita em idosos e naquelas pessoas com o vírus do HIV, doença renal, asplênicos (pessoas que não tem o baço, órgão que também ajuda na defesa do corpo), alcoolistas ou outras condições que debilizem o sistema de defesa do organismo. Esta vacina tem a duração de aproximadamente cinco anos.

Em alguns casos, deverá ser repetida após o término deste período. Em casos selecionados, a vacina contra o *Haemophilus influenzae* deverá ser aplicada. Ele também é um germe frequente que pode causar pneumonias. Existem outras vacinas, contra outros germes, que ainda estão em estudos.

Medidas simples para prevenção de pneumonias incluem cuidados com a higiene, como a lavagem de mãos com sabonetes simples.

Uma dieta rica em frutas e vegetais, que possuem vitaminas, ajudam a reforçar o sistema de defesa do organismo às infecções.

Perguntas que você pode fazer ao seu médico

Durante quanto tempo deverá ser usado o antibiótico para o tratamento de uma pneumonia bacteriana?

Qual o tratamento indicado para uma pneumonia viral?

Quanto tempo leva para uma radiografia de tórax mostrar um resultado normal, após o tratamento de uma pneumonia?

Quais as complicações que podem ocorrer com uma pneumonia?

Qual a importância de se descobrir o microorganismo causador da pneumonia?

Autores: Márcio Ataíde Lança

RETINOPATIA

É o termo usado para designar as doenças degenerativas não inflamatórias da retina. As mais frequentes no adulto são: serosa central, por diabetes e por hipertensão arterial. No recém-nascido é a retinopatia da prematuridade.

Retinopatia serosa central

Há elevação da retina sensorial na área central da visão por infiltração de um líquido seroso. Provoca diminuição e/ou distorção da visão e escotoma central. É em geral unilateral e seu diagnóstico é feito pelo exame clínico do olho. É mais comum em homens entre 25 e 50 anos e com frequência está associada ao estresse.

O tratamento é clínico na maioria das vezes (prognóstico de recuperação muito bom), sendo que em determinadas circunstâncias se faz fotocoagulação com laser.

Retinopatia por diabetes

São alterações na retina que acontecem após muitos anos de diabetes. Divide-se quanto a evolução em duas fases: não proliferativa (não existem vasos neoformados) e proliferativa (tem vasos neoformados). Estes vasos neoformados são anormais (fonte de sangramentos) e resultam de um estado de má nutrição da retina por alterações microvasculares. A intensidade dessas alterações depende do controle da glicemia e de características hereditárias.

O comprometimento da visão varia com o estágio da retinopatia. Os pacientes com diabetes precisam ser acompanhados de perto (conforme cada caso o oftalmologista

orienta a periodicidade) para que se faça o pronto diagnóstico da fase da doença e seu respectivo tratamento.

O tratamento geral é o controle da glicemia e o local a fotocoagulação com laser (quando indicada).

Retinopatia por hipertensão arterial

São alterações da retina por aumento da pressão arterial.

Os achados no exame de fundo de olho variam conforme a evolução da doença.

Diferentemente do que se pensava antigamente, não existe uma correlação absoluta entre as observações do exame de fundo de olho e as alterações da pressão arterial.

O tratamento e a prevenção da evolução da doença é o controle da pressão arterial.

O comprometimento da visão depende da intensidade da retinopatia (em geral não há sintomas de diminuição da visão).

Retinopatia da prematuridade

É um processo fibroso patológico que compromete a retina dos dois olhos da criança prematura. Está associada ao uso prolongado de oxigênio e baixo peso ao nascimento (as crianças prematuras com menos de 1.600 gramas são as mais suscetíveis).

Esta retinopatia apresenta 4 estágios de evolução, sendo que nos dois primeiros não é necessário tratamento. Embora na maioria dos casos não evolua para o chamado quarto estágio (descolamento da retina), é fundamental que estas crianças sejam acompanhadas por exame de fundo de olho para um pronto diagnóstico e tratamento (Crioterapia ou Laser).

Autores: Edson Procianny

SÍNDROME DE DOWN (Trissomia do Cromossomo 21)

O que é?

A síndrome de Down é a forma mais frequente de retardo mental causada por uma aberração cromossômica microscopicamente demonstrável. É caracterizada por história natural e aspectos fenotípicos bem definidos. É causada pela ocorrência de três (trissomia) cromossomos 21, na sua totalidade ou de uma porção fundamental dele.

Características Clínicas

A síndrome de Down, uma combinação específica de características fenotípicas que inclui retardo mental e uma face típica, é causada pela existência de três cromossomos 21 (um a mais do que o normal, trissomia do 21), uma das anormalidades cromossômicas mais comuns em nascidos vivos.

É sabido, há muito tempo, que o risco de ter uma criança com trissomia do 21 aumenta com a idade materna. Por exemplo, o risco de ter um recém-nascido com síndrome de Down, se a mãe tem 30 anos é de 1 em 1.000, se a mãe tiver 40 anos, o risco é de 9 em 1.000. Na população em geral, a frequência da síndrome de Down é de 1 para cada 650 a 1.000 recém-nascidos vivos e cerca de 85% dos casos ocorre em mães com menos de 35 anos de idade.

As pessoas com síndrome de Down costumam ser menores e ter um desenvolvimento físico e mental mais lento que as pessoas sem a síndrome. A maior parte dessas pessoas tem retardo mental de leve a moderado; algumas não apresentam retardo e se situam entre as faixas limítrofes e médias baixa, outras ainda podem ter retardo mental severo.

Existe uma grande variação na capacidade mental e no progresso desenvolvimental das crianças com síndrome de Down. O desenvolvimento motor destas crianças também é mais lento. Enquanto as crianças sem síndrome costumam caminhar com 12 a 14 meses de idade, as crianças afetadas geralmente aprendem a andar com 15 a 36 meses. O desenvolvimento da linguagem também é bastante atrasado.

É importante frisar que um ambiente amoroso e estimulante, intervenção precoce e esforços integrados de educação irão sempre influenciar positivamente o desenvolvimento desta criança.

Embora as pessoas com síndrome de Down tenham características físicas específicas, geralmente elas têm mais semelhanças do que diferenças com a população em geral. As características físicas são importantes para o médico fazer o diagnóstico clínico; porém, a sua presença não tem nenhum outro significado. Nem sempre a criança com síndrome de Down apresenta todas as características; algumas podem ter somente umas poucas, enquanto outras podem mostrar a maioria dos sinais da síndrome.

Algumas das características físicas das crianças com síndrome de Down são:

- achatamento da parte de trás da cabeça,
- inclinação das fendas palpebrais,
- pequenas dobras de pele no canto interno dos olhos,
- língua proeminente,
- ponte nasal achatada,
- orelhas ligeiramente menores,
- boca pequena,
- tônus muscular diminuído,
- ligamentos soltos,
- mãos e pés pequenos,
- pele na nuca em excesso.

Aproximadamente cinquenta por cento de todas as crianças com a síndrome têm uma linha que cruza a palma das mãos (linha simiesca), e há, frequentemente, um espaço

umentado entre o primeiro e segundo dedos do pé. Frequentemente estas crianças apresentam mal-formações congênitas maiores.

As principais são as do coração (30-40% em alguns estudos), especialmente canal atrioventricular, e as mal-formações do trato gastrointestinal, como estenose ou atresia do duodeno, imperfuração anal, e doença de Hirschsprung.

Alguns tipos de leucemia e a reação leucemioide têm incidência aumentada na síndrome de Down. Estimativas do risco relativo de leucemia têm variado de 10 a 20 vezes maior do que na população normal; em especial a leucemia megacariocítica aguda ocorre 200 a 400 vezes mais nas pessoas com síndrome de Down do que na população cromossomicamente normal. Reações leucemoides transitórias têm sido relatadas repetidamente no período neonatal.

Entre oitenta e noventa por cento das pessoas com síndrome de Down têm algum tipo de perda auditiva, geralmente do tipo de condução. Pacientes com síndrome de Down desenvolvem as características neuropatológicas da doença de Alzheimer em uma idade muito mais precoce do que indivíduos com Alzheimer e sem a trissomia do 21.

Citogenética

A maior parte dos indivíduos (95%) com trissomia do 21 tem três cópias livres do cromossomo 21; em aproximadamente 5% dos pacientes, uma cópia é translocada para outro cromossomo acrocêntrico, geralmente o 14, o 21 ou o 22. Em 2 a 4% dos casos com trissomia do 21 livre, há mosaïcismo, isto é, uma linhagem de células com trissomia e uma linhagem de células normal na mesma pessoa.

Aconselhamento genético

Pais que têm uma criança com síndrome de Down têm um risco aumentado de ter outra criança com a síndrome em gravidezes futuras. É calculado que o risco de ter outra criança afetada é aproximadamente 1 em 100 na trissomia do 21 e no mosaïcismo. Porém, se a criança tem síndrome de Down por translocação e se um dos pais é portador de translocação (o que ocorre em um terço dos casos), então o risco de recorrência aumenta sensivelmente. O risco real depende do tipo de translocação e se o portador da translocação é o pai ou a mãe.

Cuidados especiais

As crianças com síndrome de Down necessitam do mesmo tipo de cuidado clínico que qualquer outra criança. Contudo, há situações que exigem alguma atenção especial.

Oitenta a noventa por cento das crianças com síndrome de Down têm deficiências de audição. Avaliações audiológicas precoces e exames de seguimento são indicados.

Trinta a quarenta por cento destas crianças têm alguma doença congênita do coração. Muitas destas crianças terão que se submeter a uma cirurgia cardíaca e, frequentemente precisarão dos cuidados de um cardiologista pediátrico por longo prazo.

Anormalidades intestinais também acontecem com uma frequência maior em crianças com síndrome de Down. Por exemplo, estenose ou atresia do duodeno, imperfuração anal e doença de Hirschsprung. Estas crianças também podem necessitar de correção cirúrgica imediata destes problemas.

Crianças com síndrome de Down frequentemente têm mais problemas oculares que outras crianças. Por exemplo, três por cento destas crianças têm catarata. Elas precisam ser tratadas cirurgicamente. Problemas oculares como estrabismo, miopia, e outras condições são frequentemente observadas em crianças com síndrome de Down.

Outra preocupação relaciona-se aos aspectos nutricionais. Algumas crianças, especialmente as com doença cardíaca severa, têm dificuldade constante em ganhar peso. Por outro lado, obesidade é frequentemente vista durante a adolescência. Estas condições podem ser prevenidas pelo aconselhamento nutricional apropriado e orientação dietética preventiva.

Deficiências de hormônios tireoideanos são mais comuns em crianças com síndrome de Down do que em crianças normais. Entre 15 e 20 por cento das crianças com a síndrome têm hipotireoidismo. É importante identificar as crianças com síndrome de Down que têm problemas de tireoide, uma vez que o hipotireoidismo pode comprometer o funcionamento normal do sistema nervoso central.

Problemas ortopédicos também são vistos com uma frequência mais alta em crianças com síndrome de Down. Entre eles incluem-se a subluxação da rótula (deslocamento incompleto ou parcial), luxação de quadril e instabilidade de atlanto-axial. Esta última condição acontece quando os dois primeiros ossos do pescoço não são bem alinhados devido à presença de frouxidão dos ligamentos. Aproximadamente 15% das pessoas com síndrome de Down têm instabilidade atlanto-axial. Porém, a maioria destes indivíduos não tem nenhum sintoma, e só 1 a 2 por cento de indivíduos com esta síndrome têm um problema de pescoço sério o suficiente para requerer intervenção cirúrgica.

Outros aspectos médicos importantes na síndrome de Down incluem problemas imunológicos, leucemia, doença de Alzheimer, convulsões, apneia do sono e problemas de pele. Todos estes podem requerer a atenção de especialistas.

Autores: Ércio Amaro de Oliveira Filho

TOXOPLASMOSE

Sinônimo: Doença do gato.

O que é?

Trata-se de doença infecciosa causada por um protozoário chamado *Toxoplasma gondii*. Este protozoário é facilmente encontrado na natureza e pode causar infecção em grande número de mamíferos e pássaros no mundo todo.

A infecção nos humanos é assintomática em 80 a 90 % dos casos, isto é, não causa sintomas, e pode passar despercebida naqueles pacientes cuja imunidade é normal. As defesas imunológicas da pessoa normal podem deixar este parasita "inerte" no corpo (sem causar dano algum) por tempo indeterminado.

No entanto, quando esta pessoa tornar-se imunodeprimida (com as defesas imunológicas diminuídas) por qualquer razão (AIDS, secundária a remédios usados para transplantados ou mesmo após uma doença muito debilitante) os sintomas e a doença toxoplasmose pode se manifestar.

Outro período particularmente de risco para se adquirir a infecção é durante a vida intra-uterina, da gestante para o feto (transmissão vertical). O feto pode ter afetada a sua formação quando contaminado.

Como se adquire a doença?

De quatro formas:

Por ingestão de cistos presentes em dejetos de animais contaminados, particularmente gatos, que podem estar presentes em qualquer solo onde o animal transita. Mais comum no nosso meio.

Por ingestão de carne de animais infectados (carne crua ou mal-passada), mais comum na Ásia.

Por transmissão intra-uterina da gestante contaminada para o feto (vertical).

Uma quarta forma de transmissão pode ocorrer através de órgãos contaminados que, ao serem transplantados em pessoas que terão que utilizar medicações que diminuem a imunidade (para combater a rejeição ao órgão recebido), causam a doença.

O que se sente?

Aqui precisamos fazer distinção entre:

Pessoas "imunocompetentes" (com imunidade normal), e Pessoas "imunodeprimidos" (com a imunidade diminuída). Nas pessoas que possuem a imunidade preservada ocorrem sintomas somente em 10% dos casos. Nestes casos a principal manifestação é a presença de linfonodos ou gânglios linfáticos aumentados: são as chamadas ínguas, que podem ocorrer em qualquer lugar do corpo onde existam gânglios (regiões inguinal, axilar, pescoço, etc), mas mais frequentemente acometem o pescoço. Os gânglios ficam perceptíveis a simples visualização ou a palpação e são indolores. As manifestações podem ficar restritas a isto e são auto-limitadas, isto é, desaparecem espontaneamente.

No entanto alguns pacientes podem apresentar febre, dores nos músculos e articulações, cansaço, dores de cabeça e alterações visuais, quando ocorre comprometimento da retina (camada que reveste a face interna e posterior do olho que é rica em terminações nervosas sensíveis a luz), dor de garganta, surgimento de pontos avermelhados difusos por todo o corpo - como uma alergia, urticária e aumento do fígado e do baço; menos comumente ocorre inflamação do músculo do coração. Dores abdominais podem ocorrer quando houver comprometimento dos gânglios da região posterior do abdômen. Apesar de, na maioria das vezes estes gânglios desaparecerem espontaneamente, em alguns casos podem durar meses, bem como o cansaço e a fadiga.

Uma forma menos benigna de acometimento dos pacientes com imunidade normal é a já citada inflamação da retina (coriorretinite).

Ela acontece no mais das vezes como decorrência da contaminação na vida fetal, manifestando-se na adolescência ou quando adulto jovem, raramente após os quarenta, mas pode - com muito menos frequência - ocorrer na infecção aguda.

As pessoas com estes quadros apresentam visões borradas e pontos cegos no campo visual que podem permanecer ou até levar à cegueira do olho comprometido se não adequadamente tratado.

Após uma fase aguda de infecção, seja com manifestações mínimas (ínguas) ou não, a doença fica latente, como se estivesse "adormecida" assim permanecendo para sempre ou podendo reapresentar-se mais adiante espontaneamente ou como decorrência de uma queda do nível de imunidade.

A apresentação desta doença naqueles com imunidade diminuída, como já se poderia imaginar é muito mais agressiva. Particularmente mais comum neste grupo são os pacientes contaminados pelo vírus HIV-1 (vírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida, SIDA ou AIDS em inglês).

Em geral também ocorre por reativação de infecção latente.

Os sintomas nestes casos são manifestações de comprometimento do cérebro, pulmões, olhos e coração.

A apresentação mais comum decorre do comprometimento cerebral manifesta por dores de cabeça, febre, sonolência, diminuição de força generalizada ou de parte do corpo (metade direita ou esquerda) evoluindo para diminuição progressiva da lucidez até o estado de coma.

Se não tratados, estes casos evoluem para uma rápida progressão e morte.

Como se faz o diagnóstico?

Por se tratar de doença com sintomas muito inespecíficos e comuns a muitas outras, o diagnóstico geralmente é feito por médicos com experiência na área. A confirmação

do diagnóstico é feito por diversos testes sanguíneos, Os mais comuns são os que detectam a presença de anticorpos no sangue contra o *Toxoplasma gondii*.

Tratamento

A necessidade e o tempo de tratamento serão determinados pelas manifestações, locais de acometimento e principalmente estado imunológico da pessoa que está doente.

São três as situações:

Imunocompetentes com infecção aguda:

- Somente comprometimento gânglionar: em geral não requer tratamento.
- Infecções adquiridas por transfusão com sangue contaminado (raros, pois todos os doadores são testados nos bancos de sangue) ou acidentes com materiais contaminados (em profissionais da área da saúde): em geral são quadros severos e devem ser tratados.
- Infecção da retina (corioretinite): devem ser tratados.

Infecções agudas em gestantes:

- Devem ser tratadas pois há comprovação de que assim diminui a chance de contaminação fetal
- Com comprovação de contaminação fetal: necessita tratamento e o regime de tratamento pode ser danoso ao feto, por isso especial vigilância deve ser mantida neste sentido.

Infecções em imunocomprometidos:

- Estas pessoas sempre devem ser tratadas e alguns grupos, como os contaminados pelo vírus HIV-1, devem permanecer tomando uma dose um pouco menor da medicação que usaram para tratar a doença por tempo indeterminado. Discute-se, neste último caso a possibilidade de interromper esta manutenção do tratamento naqueles que conseguem recuperação imunológica com os chamados coquetéis contra a AIDS.

Como se previne? Como a principal forma de contaminação é via oral, de uma forma geral a prevenção deve ser feita:

Pela não ingestão de carnes cruas ou mal-cozidas.

Comer apenas vegetais e frutas bem lavados em água corrente.

Evitar contato com fezes de gato.

As gestantes, além de evitar o contato com gatos, devem submeter-se a adequado acompanhamento médico (pré-natal). Alguns países obtiveram sucesso na prevenção da contaminação intra-uterina fazendo testes laboratoriais em todas as gestantes.

Em pessoas com deficiência imunológica a prevenção pode ser necessária com o uso de medicação dependendo de uma análise individual de cada caso.

Autores: André Peretti Torelly

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR (PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA)

Sinônimos e nomes relacionados:

Psicose maníaco-depressiva, transtorno ou doença afetivo bipolar, incluindo tipos específicos de doenças ou transtornos do humor, como ciclotimia, hipomania e transtorno misto do humor.

O que é a doença bipolar do humor:

Até bem pouco tempo conhecida como psicose maníaco-depressiva, a doença bipolar do humor é caracterizada por períodos de um quadro depressivo, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos de quadros opostos à depressão, isto é, a pessoa apresenta-se eufórica, com muitas atividades, às vezes fazendo muitas compras ou efetuando gastos financeiros desnecessários e elevados, com sentimento de onipotência, quase sempre acompanhados de insônia e falando muito, mais que seu habitual. Esse quadro é conhecido como mania. Tanto o período de depressão quanto o da mania podem durar semanas, meses ou anos. Geralmente a pessoa com essa doença tem, durante a vida, alguns episódios de mania e outros de depressão. É importante ficar claro que mania, no sentido médico, é diferente de mania para o leigo, significando para este hábitos que a pessoa sempre repete.

O que causa a doença bipolar do humor:

A base da causa para a doença bipolar do humor não é inteiramente conhecida, assim como não o é para os demais distúrbios do humor. Sabe-se que os fatores biológicos (relativos a neurotransmissores cerebrais), genéticos, sociais e psicológicos somam-se no desencadeamento da doença. Em geral, os fatores genéticos e biológicos podem determinar como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade ou desencadeando doença. O transtorno bipolar do humor tem uma importante característica genética, de modo que a tendência familiar à doença pode ser observada.

Como se manifesta a doença bipolar do humor:

O mais chamativo da doença bipolar do humor são os episódios de mania que podem alternar-se, geralmente ao longo dos anos, com a depressão. Os episódios começam a manifestar-se em geral por volta dos 15 a 25 anos de idade, com muitos casos de mulheres podendo ter início entre os 45 e 50 anos. A frequência em homens e mulheres, contudo, é a mesma.

A pessoa apresentando o quadro de mania mostra um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo, excessivamente eufórico e alegre, às vezes com períodos de irritação e explosões de raiva, contrastando com um período de normalidade, antes

da doença manifestar-se. Além disto, há uma auto-estima grandiosa (com a pessoa sentindo-se poderosa e capaz de tudo), com necessidade reduzida de dormir (a pessoa dorme pouco e sente-se descansada), apresentando-se muito falante, às vezes dizendo coisas incompreensíveis (pela rapidez com que fala), não se fixando a um mesmo assunto ou a uma mesma tarefa a ser feita.

De que outras formas a doença bipolar do humor pode se manifestar:

Existem três outras formas através das quais a doença bipolar do humor pode se manifestar, além de episódios bem definidos de mania e depressão.

Uma primeira forma seria a hipomania, em que também ocorre estado de humor elevado e expansivo, eufórico, mas de forma mais suave. Um episódio hipomaniaco, ao contrário da mania, não é suficientemente grave para causar prejuízo no trabalho ou nas relações sociais, nem para exigir a hospitalização da pessoa.

Uma segunda forma de apresentação da doença bipolar do humor seria a ocorrência de episódios mistos, quando em um mesmo dia haveria a alternância entre depressão e mania. Em poucas horas a pessoa pode chorar, ficar triste, sentindo-se sem valor e sem esperança, e no momento seguinte estar eufórica, sentindo-se capaz de tudo, ou irritada, falante e agressiva.

A terceira forma da doença bipolar do humor seria aquela conhecida como transtorno ciclotímico, ou apenas ciclotímia, em que haveria uma alteração crônica e flutuante do humor, marcada por numerosos períodos com sintomas maníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos, que se alternariam. Tais sintomas depressivos e maníacos não seriam suficientemente graves nem ocorreriam em quantidade suficiente para se ter certeza de se tratar de depressão e de mania, respectivamente. Seria, portanto, facilmente confundida com o jeito de ser da pessoa, marcada por instabilidade do humor.

Como se diagnostica a doença bipolar do humor:

O diagnóstico da doença bipolar do humor deve ser feito por um médico psiquiátrico baseado nos sintomas do paciente. Não há exames de imagem ou laboratoriais que auxiliem o diagnóstico. A dosagem de lítio no sangue só é feita para as pessoas que usam carbonato de lítio como tratamento medicamentoso, a fim de se acompanhar a resposta ao remédio.

Como se trata a doença bipolar do humor:

O tratamento, após o diagnóstico preciso, é medicamentoso, envolvendo uma classe de medicações chamada de estabilizadores do humor, da qual o carbonato de lítio é o mais estudado e o mais usado. A carbamazepina, a oxcarbazepina e o ácido valproico também se mostram eficazes. Um acompanhamento psiquiátrico deve ser mantido por um longo período, sendo que algumas formas de psicoterapia podem colaborar para o tratamento.

Autores: Ana Luíza Galvão

Autores: Cláudio Mojen Abuchaim

Autores: Colaboradores (Psiquiatria)

ANEXO B – FICHAS DA BASE DE DADOS

DISMENORRÉIA**Outra(s) denominação(ões)**

cólica menstrual, incômodo, menstruação dolorosa

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

É a dor pélvica (baixo ventre) que ocorre antes ou durante o período menstrual, de modo cíclico. Menstruação dolorosa que impede as atividades normais ou necessita de medicação específica.

Tipo de doença**Agente causador**

--

Causa(s) da doença

A dismenorréia pode ser primária ou secundária, de acordo com a presença ou não de alterações estruturais do aparelho reprodutivo feminino.

Onde atinge

aparelho reprodutivo feminino

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

--

Sintoma(s)

A dor pode ser branda, causando cólica, desconforto, sensação de peso no ventre ou nas costas. A dor pode ser moderada, causando, além do desconforto, sensação de mal-estar, diarreia e dor de cabeça. Também pode ser muito forte, incapacitando a mulher de realizar suas atividades, durando de dois a sete dias e sendo acompanhada de transtorno gastrointestinal inclusive com vômitos, dor referida nas costas, nas coxas e cefa

DOENÇA DE ALZHEIMER

Outra(s) denominação(ões)

Alzheimer, demência, esclerose, caduquice

Sigla ou Acrônimo

Definição

É uma doença do cérebro, degenerativa, isto é, que produz atrofia, progressiva, com início mais freqüente após os 65 anos, que produz a perda de habilidades de pensar, raciocinar, memorizar, que afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento.

Tipo de doença

degenerativa

Agente causador

--

Causa(s) da doença

As causas da Doença de Alzheimer ainda não estão conhecidas, mas sabe-se que existem relações com certas mudanças nas terminações nervosas e nas células cerebrais que interferem nas funções cognitivas. Alguns estudos apontam como fatores importantes para o desenvolvimento da doença Aspectos neuroquímicos: diminuição de substâncias através das quais se transmite o impulso nervoso entre os neurônios, tais como a acetilcolina e a noradrenalina; Aspectos ambientais: exposição/intoxicação por alumínio e manganês; Aspectos infecciosos: como infecções cerebrais e da medula espinhal; Pré-disposição genética em algumas famílias, não necessariamente hereditária.

Onde atinge

--

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

cérebro

Sintoma(s)

Na fase inicial da doença, a pessoa afetada mostra-se um pouco confusa e esquecida e parece não encontrar palavras para se comunicar em determinados momentos; às vezes, apresenta descuido da aparência pessoal, perda da iniciativa e alguma perda da autonomia para as atividades da vida diária.

Na fase intermediária necessita de maior ajuda para executar as tarefas de rotina, pode passar a não reconhecer seus familiares, pode apresentar incontinência urinária e fecal; torna-se incapaz para julgamento e pensamento abstrato, precisa de auxílio direto para se vestir, comer, tomar banho, tomar suas medicações e todas as outras atividades de higiene. Pode apresentar comportamento inadequado, irritabilidade, desconfiança, impaciência e até agressividade; ou pode apresentar depressão, regressão e apatia.

No período final da doença, existe perda de peso mesmo com dieta adequada; dependência completa, torna-se incapaz de qualquer atividade da vida diária e fica restrita ao leito, com perda total de julgamento e concentração. Pode apresentar reações a medicamentos, infecções bacterianas e problemas renais. Na maioria das vezes, a causa da morte não tem relação com a doença e sim com fatores relacionados à idade avançada.

HIDROCEFALIA INFANTIL

Outra(s) denominação(ões)

líquido na cabeça ; "água" na cabeça; cabeça d'água

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

Hidrocefalia é o acúmulo anormal e excessivo de líquido dentro dos ventrículos ou do espaço subaracnóide. É tipicamente associado com dilatação ventricular e aumento da pressão intracraniana; pode ocorrer em crianças (diversas faixas etárias) ou adultos, tendo causas específicas

Tipo de doença

Agente causador

--

Causa(s) da doença

Algumas causas de hidrocefalia infantil podem ser por obstrução líquórica, tais como: gliose, cisto colóide, gliomas, craniofaringeomas, cistos de aracnóide, meduloblastomas, ependimomas, astrocitomas, tumores, estenose. Outras causas de hidrocefalia comunicante são: trauma; hemorrag subaracnóide; infecção; Idiopática

Onde atinge

ventrículos ou espaço subaracnóide

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

--

Sintoma(s)

A variação da sintomatologia vai estar diretamente ligada à faixa etária da criança.

Prematuros/lactentes: apnéia, bradicardia, fontanela tensa, veias do escalpo dilatadas, formato do crânio globóide, aumento do perímetro cefálico (vários centímetros em poucos dias)

Infantes: irritabilidade, vômitos, náuseas, macrocefalia, fontanela tensa, dificuldade para fixação e controle da cabeça, alteração ocular (sinal do "s poente" - compressão mesencefálica). Crianças mais velhas: dor de cabeça, vômitos, letargia, diplopia, edema de papila, hiperreflexia, clônus.

INFECÇÃO URINÁRIA (Nefrologia)

Outra(s) denominação(ões)

infecção do trato urinário

Sigla ou Acrônimo

IU

Definição

A IU é a presença de microorganismos em alguma parte do trato urinário. Quando surge no rim, chama-se pielonefrite; na bexiga, cistite; na próstata, prostatite e na uretra, uretrite.

Tipo de doença

infecciosa

Agente causador

bactérias, mas também podem ser provocadas por vírus, fungos e outros microorganismos.

Causa(s) da doença

A maioria das infecções urinárias ocorre pela invasão de alguma bactéria da flora bacteriana intestinal no trato urinário. A bactéria *Escherichia coli* representa 80-95% dos invasores infectantes do trato urinário.

Onde atinge

bexiga, próstata, uretra

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

O acesso dos microorganismos ao trato urinário se dá por via ascendente, ou seja, pela uretra, podendo se instalar na própria uretra e próstata, avançando para a bexiga e, com mais dificuldade, para o rim.

Órgão(s) atingido(s)

bexiga, próstata, uretra

Sintoma(s)

O ato de urinar é voluntário e indolor. A presença de: dor, ardência, dificuldade e/ou urgência para urinar, micções urinárias muito frequentes e de pequeno volume, com urina de mau cheiro, de cor opaca, com filamentos de muco formam um conjunto de dados que permite ao médico suspeitar o paciente está com infecção urinária. Muitas vezes, somam-se a esses sintomas e sinais dores na bexiga e no final da micção, gotejamentos de pequenas quantidades de sangue. Quando o rim é atingido, o paciente apresenta, além dos sintomas anteriores, calafrios, febre e dor lombar, por algumas vezes, ocorrer cólicas abdominais, náuseas e vômitos.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	
Outra(s) denominação(ões)	--
Sigla ou Acrônimo	LES
Definição	Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória de causa desconhecida.
Tipo de doença	inflamatória
Agente causador	agentes externos desconhecidos (vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta) entram em contato com o sistema imune de um indivíduo que está com vários genes erradamente induzindo produção inadequada de anticorpo
Causa(s) da doença	vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta entram em contato com o sistema imune de um indivíduo que está com vários genes erradamente induzindo produção inadequada de anticorpos
Onde atinge	Pele e mucosas, Aparelho locomotor, Rins, Sistema nervoso, Coração, Pulmões, Vasos, Olhos, Aparelho digestivo, Sangue
Hospedeiro	--
Forma(s) de transmissão	agentes externos desconhecidos (vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta) entram em contato com o sistema imune de um indivíduo que está com vários genes erradamente induzindo produção inadequada de anticorpos. Estes anticorpos são dirigidos contra constituintes normais (auto-anticorpos) provocando lesões nos tecidos e também alterações nas células sanguíneas.
Órgão(s) atingido(s)	Pele e mucosas, Rins, Coração, Pulmões, Vasos,
Sintoma(s)	As manifestações clínicas são muito variáveis entre os pacientes. As queixas gerais mais frequentes são mal-estar, febre, fadiga, emagrecimento e falta de apetite, as quais podem anteceder outras alterações por semanas ou meses. Os pacientes já poderão estar sentindo dor articular ou muscular leve e apresentando manchas vermelhas na pele que passa urticária. As alterações mais frequentes ocorrem na pele e articulações.

PNEUMONIA
Outra(s) denominação(ões) pontada, pontada de pneumonia, infecção pulmonar ou infecção do trato respiratório inferior
Sigla ou Acrônimo --
Definição A pneumonia é uma infecção ou inflamação nos pulmões
Tipo de doença inflamatória
Agente causador microorganismos diferentes, incluindo vírus, bactérias, parasitas ou fungos
Causa(s) da doença A metade de todos os casos de pneumonia é causada por bactérias e, destas, o pneumococo é o mais freqüente.
Onde atinge vias respiratórias
Hospedeiro --
Forma(s) de transmissão --
Órgão(s) atingido(s) pulmões
Sintoma(s) A pneumonia bacteriana clássica inicia abruptamente, com febre, calafrios, dor no tórax e tosse com expectoração (catarro) amarelada ou esverdeada que pode ter um pouco de sangue misturado à secreção. A tosse pode ser seca no início. A respiração pode ficar mais curta e dolorosa, a pessoa ter falta de ar e em torno dos lábios a coloração da pele pode ficar azulada, nos casos mais graves. Em idosos, confusão mental pode ser um sintoma freqüente, além da piora do estado geral (fraqueza, perda do apetite e desânimo, por exemplo). Nas crianças, os sintomas podem ser vagos (diminuição do apetite, choro, febre). Outra alteração que pode ocorrer é o surgimento de lesões de herpes nos lábios, por estar o sistema imune debilitado. Em alguns casos, pode ocorrer dor abdominal, vômitos, náuseas e sintomas do trato respiratório superior como dor de garganta, espirrô, coriza e dor de cabeça.

RETINOPATIA
Outra(s) denominação(ões) --
Sigla ou Acrônimo --
Definição É o termo usado para designar as doenças degenerativas não inflamatórias da retina. As mais frequentes no adulto são: serosa central, por diabe por hipertensão arterial. No recém-nascido é a retinopatia da prematuridade.
Tipo de doença degenerativa
Agente causador --
Causa(s) da doença no aduto: diabetes e hipertensão arterial; no recém-nascido é a retinopatia da prematuridade, pois compromete a retina dos dois olhos da criança prematura. Está associada ao uso prolongado de oxigênio e baixo peso ao nascimento (as crianças prematuras com menos de 1.600 gramas são mais suscetíveis)
Onde atinge retina
Hospedeiro --
Forma(s) de transmissão --
Órgão(s) atingido(s) --
Sintoma(s) --

SÍNDROME DE DOWN
Outra(s) denominação(ões) Trissomia do Cromossomo 21
Sigla ou Acrônimo --
Definição A síndrome de Down é a forma mais frequente de retardo mental causada por uma aberração cromossômica microscopicamente demonstrável. É caracterizada por história natural e aspectos fenotípicos bem definidos.
Tipo de doença
Agente causador --
Causa(s) da doença É causada pela ocorrência de três (trissomia) cromossomos 21, na sua totalidade ou de uma porção fundamental dele.
Onde atinge --
Hospedeiro --
Forma(s) de transmissão --
Órgão(s) atingido(s)
Sintoma(s) --

LEPTOSPIROSE

Outra(s) denominação(ões)

Doença de Weil, febre dos pântanos, tifo canino, doença dos porqueiros, tifo canino

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

É doença infecciosa, uma zoonose, causada por uma série de bactérias de aspecto muito peculiar lembrando um saca – rolhas, chamada leptosp

Tipo de doença

infecciosa

Agente causador

bactérias (chamada leptospira)

Causa(s) da doença

--

Onde atinge

músculos, garganta

Hospedeiro

bovinos, eqüinos, suínos, cães, e vários animais selvagens são responsabilizados pela difusão da doença

Forma(s) de transmissão

contato com água, alimentos ou solo contaminados pela urina de animais portadores do leptospira. As bactérias são ingeridas ou entram em contato com a mucosa ou pele que apresentem solução de continuidade

Órgão(s) atingido(s)

vários órgãos, sistema vascular

Sintoma(s)

(incubação) febre, calafrio, conjuntivite, dor nos músculos (mialgia), fotofobia (incômodo na presença da luz), dor de garganta, gânglios no pescoço. Estes sintomas vagos permanecem por 3 a 7 dias. Quando parece que está chegando a cura, recrudescem as queixas. A piora é secundária à disseminação da doença, agora com envolvimento de vários órgãos e do sistema vascular. Surgem novos e importantes sintomas icterícia (amarelecimento da pele) e hemorragia que dão nome à própria bactéria (*Leptospira icterohaemorrhagiae*), no maior número de casos a doença é autolimitada, persistindo por 3 semanas.

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR (PSICOSE MANÍACO-DEPRES)

Outra(s) denominação(ões)

Psicose maniaco-depressiva, transtorno ou doença afetivo bipolar, incluindo tipos específicos de doenças ou transtornos do humor, como ciclotim, hipomania e transtorno misto do humor

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

a doença bipolar do humor é caracterizada por períodos de um quadro depressivo, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos opostos à depressão, isto é, a pessoa apresenta-se eufórica, com muitas atividades, às vezes fazendo muitas compras ou efetuando gastos financeiros desnecessários e elevados, com sentimento de onipotência, quase sempre acompanhados de insônia e falando muito, mais que seu habitual. Esse quadro é conhecido como mania. Tanto o período de depressão quanto o da mania podem durar semanas, meses ou anos. Geralmente a pessoa com essa doença tem, durante a vida, alguns episódios de mania e outros de depressão. É importante ficar claro que mania, no sentido médico, é diferente de mania para o leigo, significando para este hábito que a pessoa sempre repete.

Tipo de doença

psíquica

Agente causador

--

Causa(s) da doença

A base da causa para a doença bipolar do humor não é inteiramente conhecida, assim como não o é para os demais distúrbios do humor. Sabem-se os fatores biológicos (relativos a neurotransmissores cerebrais), genéticos, sociais e psicológicos somam-se no desencadeamento da doença. Em geral, os fatores genéticos e biológicos podem determinar como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade desencadeando a doença. O transtorno bipolar do humor tem uma importante característica genética, de modo que a tendência familiar à doença possa ser observada.

Onde atinge

--

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

--

Sintoma(s)

O mais chamativo da doença bipolar do humor são os episódios de mania que podem alternar-se, geralmente ao longo dos anos, com a depressão. Os episódios começam a manifestar-se em geral por volta dos 15 a 25 anos de idade, com muitos casos de mulheres podendo ter início entre os 45 e 50 anos. A frequência em homens e mulheres, contudo, é a mesma.

A pessoa apresentando o quadro de mania mostra um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo, excessivamente eufórico e alegre, vezes com períodos de irritação e explosões de raiva, contrastando com um período de normalidade, antes da doença manifestar-se. Além disso, uma auto-estima grandiosa (com a pessoa sentindo-se poderosa e capaz de tudo), com necessidade reduzida de dormir (a pessoa dorme pouco e sente-se descansada), apresentando-se muito falante, às vezes dizendo coisas incompreensíveis (pela rapidez com que fala), não se fixando a um mesmo assunto ou a uma mesma tarefa a ser feita.

De que outras formas a doença bipolar do humor pode se manifestar:

Existem três outras formas através das quais a doença bipolar do humor pode se manifestar, além de episódios bem definidos de mania e depressão.

Uma primeira forma seria a hipomania, em que também ocorre estado de humor elevado e expansivo, eufórico, mas de forma mais suave. Um episódio hipomaniaco, ao contrário da mania, não é suficientemente grave para causar prejuízo no trabalho ou nas relações sociais, nem para exigir a hospitalização da pessoa.

PEDRA NOS RINS

Outra(s) denominação(ões)

cálculo renal, pedra nos rins, litíase e nefrolitíase

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

O homem expele pela urina grandes quantidades de sais de cálcio, ácido úrico, fosfatos, oxalatos, cistina e, eventualmente, outras substâncias como penicilina e diuréticos. Em algumas condições a urina fica saturada desses cristais e como consequência formam-se cálculos. Não é um fenômeno raro até a idade de 70 anos. Aproximadamente 12% dos homens e 5% das mulheres podem ter, pelo menos, um cálculo durante suas vidas. A probabilidade da vida não está imune ao surgimento de cálculos, havendo um pico de incidência entre quatro e sete anos de idade. A doença é mais comum no adulto jovem, em torno da 3ª ou 4ª década de vida, predominando na raça branca e não havendo diferença de sexo. A recorrência é mais comum no adulto jovem, 15% em um ano, 40% em até 5 anos e 50% em até 10 anos. A população negra tem menos litíase renal que a branca.

Tipo de doença

Agente causador

--

Causa(s) da doença

A formação de cálculos é um processo biológico complexo, ainda pouco conhecido, apesar dos consideráveis avanços já realizados. Hoje, constata-se que mudanças nos regimes alimentares, promovidas pela industrialização dos alimentos, mais ricos em proteínas, sal e hidratos de carbono, aumentaram a formação de cálculos.

Onde atinge

Rins

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

Rins

Sintoma(s)

A litíase pode ser assintomática, reconhecida somente em exames ocasionais. Na maioria das vezes, a litíase se apresenta com manifestação de cólica e hematuria. Muitas vezes, os cálculos podem obstruir a via urinária. A cólica renal é o sintoma agudo de dor severa, que pode requerer tratamento com analgésicos potentes. Geralmente, a cólica está associada a náuseas, vômitos, agitação. A cólica inicia quase sempre na região lombar, irradiando-se para a fossa ilíaca, testículos e vagina. No sedimento urinário, pode-se observar hematuria que, com a dor em cólica, nos leva a pensar na passagem de um cálculo. A investigação clínica, na fase aguda, inclui além do exame comum de urina, um RX simples de abdômen e ultrassonografia abdominal.

O ATAQUE DO CORAÇÃO	
Outra(s) denominação(ões)	Infarto do Miocárdio, Enfarte do miocárdio, doença isquêmica do coração, obstrução das coronárias, crise cardíaca, infarto
Sigla ou Acrônimo	--
Definição	O infarto do miocárdio se dá quando o suprimento de sangue a uma parte do músculo cardíaco é reduzido ou cortado totalmente. Isso acontece quando uma artéria coronária está contraída ou obstruída, parcial ou totalmente.
Tipo de doença	
Agente causador	--
Causa(s) da doença	Com a supressão total ou parcial da oferta de sangue ao músculo cardíaco, ele sofre uma injúria irreversível e, parando de funcionar, o que pode à morte súbita, morte tardia ou insuficiência cardíaca com conseqüências desde severas limitações da atividade física até a completa recuperação
Onde atinge	--
Hospedeiro	--
Forma(s) de transmissão	--
Órgão(s) atingido(s)	coração
Sintoma(s)	Pressão e desconforto, dor em aperto no centro do peito que dura mais do que alguns minutos ou que vai e volta. Dor do centro do peito que irradia para os ombros, queixo, pescoço e braços, mais freqüentemente para o braço esquerdo. Desconforto no peito com sensação de cabeça leve, sensação de desmaio, suores e falta de ar.

HEPATITE C
Outra(s) denominação(ões) Amarelão, derrame da bile
Sigla ou Acrônimo --
Definição É uma inflamação do fígado (hepatite) causada pelo vírus da hepatite C (HCV).
Tipo de doença inflamatória
Agente causador vírus da hepatite C (HCV)
Causa(s) da doença sangue contaminado
Onde atinge fígado
Hospedeiro ser humano
Forma(s) de transmissão uso compartilhado de seringas e agulhas (usuários de drogas), contato entre o sangue ou secreção corporal contaminada com o sangue, mucosa pele machucada, transmissão materno-fetal (rara)
Órgão(s) atingido(s) fígado
Sintoma(s) não apresenta sintomas na fase aguda; se correm são semelhantes aos da gripe

DIABETES MELLITUS
Outra(s) denominação(ões) diabetes, hiperglicemia, açúcar no sangue, aumento de açúcar
Sigla ou Acrônimo DM
Definição Doença provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas características.
Tipo de doença auto-imune
Agente causador --
Causa(s) da doença deficiência de insulina
Onde atinge defesas imunológicas
Hospedeiro --
Forma(s) de transmissão --
Órgão(s) atingido(s) célula beta do pâncreas
Sintoma(s) aumento da glicemia, complicações crônicas

AIDS
Outra(s) denominação(ões) SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sigla ou Acrônimo AIDS, SIDA, HIV
Definição Doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana, que leva a uma perda da imunidade progressiva resultando em infecções graves, tumores malignos e manifestações causadas pelo próprio vírus.
Tipo de doença infecciosa
Agente causador vírus da imunodeficiência humana
Causa(s) da doença --
Onde atinge defesas imunológicas
Hospedeiro --
Forma(s) de transmissão de relações sexuais, do uso de droga injetável onde se dividem seringas com sangue contaminado, de transfusões de sangue, durante a gravidez, pelo leite materno, da doação de órgãos ou sêmen infectado, da inseminação artificial e da exposição a material contaminado entre trabalhadores área de saúde.
Órgão(s) atingido(s) --
Sintoma(s) Infecção aguda: surge algumas semanas após a contaminação, com febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares pelo corpo, inguinas e manchas na pele que desaparecem após alguns dias; Infecção assintomática: tem duração variável, de meses a anos; Doença sintomática: manifestação mais grave da doença, onde a pessoa vai perdendo sua imunidade e vão surgindo doenças oportunistas, tumores raros e formas graves de doenças tropicais no Brasil

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Outra(s) denominação(ões)

AVC, Derrame cerebral

Sigla ou Acrônimo

AVC

Definição

O acidente vascular cerebral é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral; começa abruptamente, sendo o déficit neurológico máximo no seu início podendo progredir ao longo do tempo.

Tipo de doença

Agente causador

--

Causa(s) da doença

a hipertensão arterial, doença cardíaca, fibrilação atrial, diabete, tabagismo, hiperlipidemia. Outros fatores que podemos citar são: o uso de pílulas anticoncepcionais, álcool, ou outras doenças que acarretem aumento no estado de coagulabilidade (coagulação do sangue) do indivíduo.

Onde atinge

sistema neurológico

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

--

Sintoma(s)

Fraqueza: O início agudo de uma fraqueza em um dos membros (braço, perna) ou face é o sintoma mais comum dos acidentes vasculares cerebrais. Pode significar a isquemia de todo um hemisfério cerebral ou apenas de uma pequena e específica área. Podem ocorrer de diferentes formas apresentando-se por fraqueza maior na face e no braço que na perna; ou fraqueza maior na perna que no braço ou na face; ou ainda a fraqueza pode se acompanhar de outros sintomas. Estas diferenças dependem da localização da isquemia, da extensão e da circulação cerebral acometida; Distúrbios Visuais: A perda da visão em um dos olhos, principalmente aguda, alarma os pacientes e geralmente os leva a procurar avaliação médica; o paciente pode ter uma sensação de "sombra" ou "cortina" ao enxergar ou ainda pode apresentar cegueira transitória (amaurose fugaz); Perda sensitiva: A dormência ocorre mais comumente junto com a diminuição de força (fraqueza), confundindo o paciente; a sensibilidade é subjetiva; Linguagem e fala (afasia): É comum os pacientes apresentarem alterações de linguagem e fala; assim alguns pacientes apresentam fala curta e com pouco esforço, acarretando muita frustração (consciência do esforço e dificuldade para falar); alguns pacientes apresentam uma outra alteração de linguagem, falando frases longas, fluentes, fazendo pouco sentido, com grande dificuldade para compreensão da linguagem. Familiares e amigos podem descrever ao médico este sintoma como um ataque de confusão ou estresse; Convulsões: Nos casos da hemorragia intracerebral, do acidente vascular dito hemorrágico, os sintomas podem se manifestar como os já descritos acima, geralmente mais graves e de rápida evolução. Pode acontecer uma hemiparesia (diminuição de força do lado oposto ao sangramento), além de desvio do olhar. O hematoma pode crescer, causar edema (inchaço), atingindo outras estruturas adjacentes, levando a pessoa ao coma. Os sintomas podem desenvolver-se rapidamente em questão de minutos.

ANOREXIA NERVOSA

Outra(s) denominação(ões)

Anorexia, transtornos alimentares

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

é um transtorno alimentar no qual a busca implacável por magreza leva a pessoa a recorrer a estratégias para perda de peso, ocasionando improprio emagrecimento. As pessoas anoréxicas apresentam um medo intenso de engordar mesmo estando extremamente magras. Em 90% dos casos, acomete mulheres adolescentes e adultas jovens, na faixa de 12 a 20 anos. É uma doença com riscos clínicos, podendo levar à morte por desnutrição.

Tipo de doença

psíquica

Agente causador

--

Causa(s) da doença

Essa síndrome é considerada multideterminada por uma mescla de fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais. Alguns estudos chamam atenção que a extrema valorização da magreza e o preconceito com a gordura nas sociedades ocidentais estaria fortemente associada à ocorrência desses quadros.

Onde atinge

--

Hospedeiro

--

Forma(s) de transmissão

--

Órgão(s) atingido(s)

--

Sintoma(s)

Perda de peso em um curto espaço de tempo; Alimentação e preocupação com peso corporal tornam-se obsessões; Crença de que se está gorduroso mesmo estando excessivamente magro; Parada do ciclo menstrual (amenorréia); Interesse exagerado por alimentos; Comer em segredo e mentir respeito de comida; Depressão, ansiedade e irritabilidade; Exercícios físicos em excesso; Progressivo isolamento da família e amigos.

CIANOSE
Outra(s) denominação(ões) doença azul, doença do sangue azul
Sigla ou Acrônimo --
Definição É uma coloração azulada da pele ou das mucosas.
Tipo de doença
Agente causador --
Causa(s) da doença Doenças cardíacas, Doenças pulmonares (a falta de oxigênio no ar inspirado até a incapacidade da hemoglobina fixar o oxigênio), Doenças circulatórias, Doenças circulatórias, Intoxicações (por sulfas ou outros medicamentos)
Onde atinge veias periféricas dos membros superiores ou inferiores e onde a pele for mais delgada, nas mucosas ou nos lábios, por exemplo
Hospedeiro --
Forma(s) de transmissão --
Órgão(s) atingido(s) coração, pulmão
Sintoma(s) coloração azulada da pele ou das mucosas

TOXOPLASMOSE
Outra(s) denominação(ões) doença do gato
Sigla ou Acrônimo --
Definição Trata-se de doença infecciosa causada por um protozoário chamado <i>Toxoplasma gondii</i> . Este protozoário é facilmente encontrado na natureza e causar infecção em grande número de mamíferos e pássaros no mundo todo.
Tipo de doença infecciosa
Agente causador protozoário <i>Toxoplasma gondii</i>
Causa(s) da doença cistos em dejetos de animais (principalmente gatos) contaminados
Onde atinge defesas imunológicas
Hospedeiro gato, animais contaminados
Forma(s) de transmissão transmissão intra-uterina, ingestão de carne crua ou mal-passada de animais (principalmente gatos) infectados, transmissão intra-uterina, transplante de órgãos.
Órgão(s) atingido(s) gânglios linfáticos, retina
Sintoma(s) gânglios linfáticos aumentados, infecção da retina, dores musculares

DIFILOBOTRÍASE

Outra(s) denominação(ões)

doença do peixe cru

Sigla ou Acrônimo

--

Definição

Difilobotríase é uma infecção causada por um parasita de peixes, também conhecido como tênia dos peixes. A infecção é semelhante a da tênia e a tênia saginata, cuja contaminação ocorre através da ingestão de carnes de gado e porco mal cozidas.

Tipo de doença

infecciosa

Agente causador

parasita de peixes (tênia dos peixes)

Causa(s) da doença

ingestão de peixes crus ou mal cozidos, infectados pela larva do verme *Diphyllobothrium latum*

Onde atinge

mucosa do intestino delgado

Hospedeiro

cachorro, gato, ser humano (definitivo)

Forma(s) de transmissão

ingestão de peixe cru ou mal cozido contaminado pelas larvas do verme

Órgão(s) atingido(s)

intestino delgado

Sintoma(s)

desconforto abdominal, náusea, vômito e diarreia, perda de apetite e de peso, obstrução do intestino pelos vermes o que leva à dor abdominal, deficiência de vitamina B12 e, em consequência, à anemia perniciosa (megaloblástica), deficiência de vitamina B12 e anemia podem apresentar f e confusão