

FRANCINE DE ASSIS SILVEIRA

**TERMOS EPONÍMICOS DO DOMÍNIO DA DERMATOLOGIA:
CONCEITO, ESTRUTURA MORFOSSINTÁTICA E LÉXICO-
SEMÂNTICA E USO EM COMUNICAÇÃO MÉDICA**

Tese apresentada ao Instituto de Biociências,
Letras e Ciências Exatas da Universidade
Estadual Paulista, Câmpus de São José do Rio
Preto, para obtenção do título de Doutor em
Estudos Linguísticos (Área de Concentração:
Teoria e Análise Linguística – Linha de
pesquisa: Descrição e Análise do Léxico
Especializado).

Orientador: Lidia Almeida Barros

São José do Rio Preto
2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lidia Almeida Barros
UNESP – São José do Rio Preto
Orientadora

Profa. Dra. Aparecida Negri Isquierdo
UFMS - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Maria Teresa Lino
Universidade Nova de Lisboa - Portugal

Prof. Dr. Eli Nazareth Bechara
UNESP – São José do Rio Preto

Prof. Dr. Nelson Luís Ramos
UNESP – São José do Rio Preto

Suplentes

Profa. Dra. Paola Giustina Baccin
Prof. Dr. Ricardo Baptista Madeira
Profa. Dra. Maria Emília Pereira Chanut

São José do Rio Preto, 04 de fevereiro de 2010

*Aos meus pais, aos meus irmãos,
à Vovó Palmira, ao Vovô Celino
e ao meu primo Luiz Antônio
(in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, de forma sincera e muito especial, a todas as pessoas que, de alguma forma, de perto ou de longe, direta ou indiretamente, colaboraram para que esse trabalho fosse realizado e atingisse seu objetivo. Assim, agradeço:

- À Profa. Dra. Lidia Almeida Barros, minha orientadora, pelas orientações, estímulos, apoio e sugestões.
- Ao senhor coordenador do Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos, o Prof. Dr. José Horta Nunes, pela compreensão, auxílio e por fazer parte de minha banca no Exame Geral de Qualificação;
- Ao Professor Dr. Nelson Luís Ramos, pelas contribuições valiosas durante o Exame Geral de Qualificação;
- À Silvinha e Rosemar, da Seção de Pós-Graduação, que foram gentis e pacientes em tantos momentos delicados;
- Ao Prof. Dr. Sebastião Carlos Leite Gonçalves, pelos ensinamentos, pela ajuda constante e, acima de tudo, pela amizade;
- A todos os médicos que me auxiliaram, em especial o Dr. Paulo Espada, Dr. Gerson Alves Pereira Júnior e sua esposa Profa. Dra. Rejane Maira Góes;
- À Profa. Dra. Diva Cardoso de Camargo, pelo apoio, estímulo e por ter participado de minha Qualificação Especial;
- Aos membros de minha banca de Defesa, por participarem desse processo junto a mim, fazendo com que meu trabalho possa se tornar ainda melhor;
- À minha família, em geral, mas especialmente meus pais, meus irmãos Wilian e Diego e aos meus primos Loro, Alana, Augusto – muito obrigada mesmo;
- À Ana Cláudia, pelo amor de irmã e pelo apoio incondicional;
- Às amigas: Adriane Orenha, Paula Tavares Pinto Paiva, Thereza Cristina, Josiani Madalosso Rosa; Viviane Rodrigues e Ana Maria Ribeiro de Jesus;
- Às minhas amigas do coração: Thathá, Lia, Taty e Glau.
- Àqueles cujo nome não citei aqui, mas que também merecem minha gratidão pelo tempo que passaram ao meu lado, apoiando-me.

"A função essencial da língua é a representação mental da realidade, mas o seu sistema é alterado pelos falantes com o fim de exprimir emoções e de influir sobre as pessoas."

(Nilce Sant'Anna Martins - *Introdução à Estilística*)

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO	13
1. TERMINOLOGIA	18
1.1. RAÍZES E CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO CAMPO DE ESTUDO	18
1.2. PRINCIPAIS CORRENTES TEÓRICAS: A TGT E A TCT	21
2. A TERMINOLOGIA MÉDICA E DERMATOLÓGICA	26
2.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	26
2.2. O DOMÍNIO DA DERMATOLOGIA	30
3. O FENÔMENO DA EPONÍMIA	33
3.1. EPÔNIMO E TERMO EPONÍMICO: CONCEITOS E VISÕES EM DIFERENTES ÁREAS	33
3.2. UMA TIPOLOGIA DE TERMOS EPONÍMICOS	40
3.3. POSTURA DA MEDICINA E DA DERMATOLOGIA EM RELAÇÃO AOS EPÔNIMOS	43
4. O TERMO EPONÍMICO: UM TIPO DE VARIANTE TERMINOLÓGICA	55
4.1. SOCIOLINGÜÍSTICA	55
4.2. SOCIOTERMINOLOGIA.....	57
4.3. A SOCIOTERMINOLOGIA E A VARIAÇÃO TERMINOLÓGICA.....	59
4.4. VARIAÇÃO TERMINOLÓGICA E NORMALIZAÇÃO EM LINGUAGEM MÉDICA.....	66
4.5. ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS DA SOCIOLINGÜÍSTICA PARA A PESQUISA DE CAMPO DE VARIANTES	69
5. METODOLOGIA DE NOSSA PESQUISA	73
5.1. METODOLOGIA DE NOSSA PESQUISA SOBRE TERMOS EPONÍMICOS EM COMUNICAÇÃO ESCRITA	73
5.2. METODOLOGIA DE NOSSA PESQUISA SOBRE O USO DE TERMOS EPONÍMICOS EM COMUNICAÇÃO ORAL	76
5.2.1. Critérios para a elaboração do questionário	84
5.2.2. Formato final do questionário	85
5.2.3. A aplicação dos questionários	88
5.2.4. Compilação dos dados e procedimentos de análise.....	90
6. ANÁLISE DOS DADOS	97
6.1. TIPOS DE TERMOS EPONÍMICOS: EPÔNIMO NA FORMA ORIGINAL VERSUS EPÔNIMO BANALIZADO	97
6.2. QUESTÕES RELATIVAS A GÊNERO E NÚMERO DOS EPÔNIMOS	109
6.3. ESTRUTURA MORFOSSINTÁTICA E LÉXICO-SEMÂNTICA DOS TERMOS EPONÍMICOS DO DOMÍNIO DA DERMATOLOGIA.....	112
6.3.1. Termos com epônimos em forma original.....	115
6.3.1.1. Termos eponímicos compostos	115
6.3.1.2. Termos eponímicos complexos	118
6.3.2. Termos com epônimos banalizados	127

6.3.3. Formas Braquigráficas.....	129
6.4. GRAUS DE OPACIDADE DOS TERMOS EPONÍMICOS	132
6.5. OS TERMOS EPONÍMICOS DA DERMATOLOGIA EM USO NA COMUNICAÇÃO ESCRITA...	137
6.6. OS TERMOS EPONÍMICOS EM USO NA COMUNICAÇÃO ORAL	146
6.6.1. Dificuldades encontradas na pesquisa de campo	148
6.6.2. Análise do grupo teste: primeiras pistas.....	150
6.6.3. Dados importantes com base na observação de uma aula expositiva em Faculdade de Medicina.	155
6.6.4. Questões objetivas: resultados.....	156
6.6.4.1. Alunos de primeiro ano de Medicina (A1)	156
6.6.4.2. Alunos de quarto ano de Medicina (A4).....	164
6.6.4.3. Alunos de primeiro e quarto anos de Medicina – algumas considerações	172
6.6.4.4. Médicos Docentes (MD)	175
6.6.4.5. Médicos não Docentes (M).....	184
6.6.4.6. Médicos docentes e não docentes – algumas considerações.....	195
6.6.4.7. Resultados gerais da análise das questões objetivas - profissionais da área médica	199
6.6.5. Questões dissertativas: resultados.....	203
6.6.6. Opiniões selecionadas de alguns especialistas de diferentes áreas médicas.....	210
CONCLUSÕES	213
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	220
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....	225
APÊNDICE B – DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO.....	229
APÊNDICE C – MODELO DE FICHA DE SÍNTESE E ABREVIATURAS	231
APÊNDICE D – SÍNTESE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES OBJETIVAS	232
APÊNDICE E – 1 – TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE ALUNOS DE PRIMEIRO ANO	238
APÊNDICE E – 2 - TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE ALUNOS DE QUARTO ANO	242
APÊNDICE E – 3 - TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE MÉDICOS DOCENTES.....	247
APÊNDICE E – 4 - TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE MÉDICOS NÃO DOCENTES....	251
APÊNDICE F - SÍNTESE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS	255
APÊNDICE G – 1 – ESPECIALIDADE E ANO DE FORMAÇÃO DOS MÉDICOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	260
APÊNDICE G – 2 - ESPECIALIDADES RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.....	261

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Eixo de gradação das variantes	62
Figura 2 – Ficha terminológica utilizada no projeto VMD	74
Figura 3 - Ficha terminológica de termos eponímicos	76
Figura 4 – Estratificação dos informantes com base nas variáveis de estudo	79
Figura 5 – Esquema de distribuição dos informantes por categorias	80
Figura 6 - Ficha de síntese dos dados obtidos nos questionários	90
Figura 7 - Tela inicial do programa Epi Info.....	91
Figura 8 - Planilha do Excel com respostas dos Alunos de primeiro ano de Catanduva	92
Figura 9 - Tela de frequências do programa Epi Info.....	93
Figura 10 – Tela de frequências do programa Epi Info.....	94
Figura 11 - Graus de opacidade dos termos eponímicos	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Perguntas objetivas do questionário.....	86
Quadro 2 – Perguntas dissertativas do questionário.....	88
Quadro 3 – Exemplo de quadro de respostas das perguntas objetivas	91
Quadro 4 - Séries sinonímicas com pelo menos um termo eponímico	100
Quadro 5 – Lista dos termos eponímicos	104
Quadro 6 – Termos sem epônimo em forma original.....	105
Quadro 7 – Formação do termo misto <i>carcinoma pagetóide de Darier</i>	105
Quadro 8 – termos com epônimos banalizados	106
Quadro 9 – Formas braquigráficas dentre os termos eponímicos	109
Quadro 10 – termos eponímicos compostos com epônimo em forma original	115
Quadro 11 - Termos eponímicos complexos com bases constituídas de termos simples	118
Quadro 12 - Frequência das bases simples dos termos eponímicos complexos.....	119
Quadro 13 - Termos eponímicos complexos com bases constituídas de termos complexos	121
Quadro 14 – Termos eponímicos com epônimos banalizados em forma de substantivos	127
Quadro 15 - Termos eponímicos com epônimos banalizados em forma de adjetivos	128
Quadro 16 – Siglas típicas encontradas dentre os termos eponímicos	130
Quadro 17 – Formas braquigráficas de tipo <i>sigla + diferenças específicas</i>	131

Quadro 18 – Termos eponímicos com diferentes graus de opacidade	134
Quadro 19 – Termos eponímicos de forma mista	135
Quadro 20 – Respostas do grupo teste referentes à questão 5.....	151
Quadro 21 - Respostas do grupo teste referentes à questão 6	151
Quadro 22 - Respostas do grupo teste para a questão dissertativa 3.....	154
Quadro 23 – Quadro sintético das respostas comparadas dos alunos.....	173
Quadro 24 – Quadro sintético das respostas comparadas dos médicos.....	196
Quadro 25 - Quadro sintético das respostas da amostra geral.....	200
Quadro 26 – Síntese das respostas da questão 13.....	204
Quadro 27 - Síntese das respostas afirmativas da questão 14	206
Quadro 28 - Síntese das respostas negativas da questão 14	207
Quadro 29 – Especialistas entrevistados oralmente	210

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Especialidades apresentadas na amostra de médicos informantes	82
Tabela 2 – Exemplo da representação das respostas referentes à questão 1	94
Tabela 3 - Exemplo da representação das respostas referentes à questão 3.....	95
Tabela 4 – Respostas de A1 referentes à questão 1	156
Tabela 5 - Respostas de A1 referentes à questão 2.....	157
Tabela 6 - Respostas de A1 referentes à questão 3.....	157
Tabela 7 - Respostas de A1 referentes à questão 4.....	158
Tabela 8 - Respostas de A1 referentes à questão 5.....	159
Tabela 9 - Respostas de A1 referentes à questão 6.....	159
Tabela 10 - Respostas de A1 referentes à questão 7.....	160
Tabela 11 - Respostas de A1 referentes à questão 8.....	161
Tabela 12 - Respostas de A1 referentes à questão 9.....	161
Tabela 13 - Respostas de A1 referentes à questão 10.....	162
Tabela 14 - Respostas de A1 referentes à questão 11.....	163
Tabela 15 - Respostas de A1 referentes à questão 12.....	163
Tabela 16 - Respostas de A4 referentes à questão 1.....	164
Tabela 17 - Respostas de A4 referentes à questão 2.....	165
Tabela 18 - Respostas de A4 referentes à questão 3.....	165
Tabela 19 - Respostas de A4 referentes à questão 4.....	166

Tabela 20 - Respostas de A4 referentes à questão 5.....	167
Tabela 21 - Respostas de A4 referentes à questão 6.....	167
Tabela 22 - Respostas de A4 referentes à questão 7.....	168
Tabela 23 - Respostas de A4 referentes à questão 8.....	169
Tabela 24 - Respostas de A4 referentes à questão 9.....	170
Tabela 25 - Respostas de A4 referentes à questão 10.....	170
Tabela 26 - Respostas de A4 referentes à questão 11.....	171
Tabela 27 - Respostas de A4 referentes à questão 12.....	172
Tabela 28 - Respostas de MD referentes à questão 1	176
Tabela 29 - Respostas de MD referentes à questão 2	176
Tabela 31 - Respostas de MD referentes à questão 3	177
Tabela 32 - Respostas de MD referentes à questão 4	177
Tabela 33 - Respostas de MD referentes à questão 5	179
Tabela 34 - Respostas de MD referentes à questão 6	179
Tabela 35 - Respostas de MD referentes à questão 7	180
Tabela 36 - Respostas de MD referentes à questão 8	180
Tabela 37 - Respostas de MD referentes à questão 9	181
Tabela 38 - Respostas de MD referentes à questão 10	182
Tabela 39 - Respostas de MD referentes à questão 11	182
Tabela 40 - Respostas de MD referentes à questão 12	183
Tabela 41 - Respostas de M referentes à questão 1	185
Tabela 42 - Respostas de M referentes à questão 2	185
Tabela 43 - Respostas de M referentes à questão 3	186
Tabela 44 - Respostas de M referentes à questão 4	187
Tabela 45 - Respostas de M referentes à questão 5	187
Tabela 46 - Respostas de M referentes à questão 6	188
Tabela 47 - Respostas de M referentes à questão 7	189
Tabela 48 - Respostas de M referentes à questão 8	191
Tabela 49 - Respostas de M referentes à questão 9	192
Tabela 50 - Respostas de M referentes à questão 10	193
Tabela 51 - Respostas de M referentes à questão 11	193
Tabela 52 - Respostas de M referentes à questão 12	194

SILVEIRA, Francine de Assis. *Termos eponímicos do domínio da Dermatologia: conceito, estrutura morfossintática e léxico-semântica e uso em comunicação médica*. 263f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos - área de concentração em Teoria e Análise Linguística). Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São José do Rio Preto, 2010.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os termos eponímicos do domínio da Dermatologia e estudar o fenômeno da eponímia na Medicina em geral. Para tanto, procedemos a um estudo do conceito de epônimo e das formas linguísticas, isto é, da estrutura morfossintática e léxico-semântica dos termos eponímicos. Observamos o gênero dos epônimos contidos nesses termos e sua classificação em antropônimo ou topônimo. Discutimos também a questão da opacidade, que é constantemente mencionada quando se trata de termos eponímicos e realizamos uma investigação sobre o uso desse tipo de unidade terminológica em comunicação escrita e oral. Como referencial teórico para as discussões sobre termos eponímicos, baseamo-nos nos trabalhos de J. de Aguiar Pupo (1973), Francisco Eduardo Rabello (1974), Idel Becker (1977), Joffre Rezende (1998; 2001), Geraldo José Medeiros Fernandes (1999), Liberato J. A. Di Dio (2000), Vânia Belintani Piatto *et al* (2000), Henri Van Hoof (1999; 2001) e José Antonio Díaz Rojo (2001). Nossa constatação inicial era a de que a eponímia parecia ser vista pela Medicina como um todo como uma ameaça à precisão e à clareza da terminologia médica e, por isso, os termos criados com base em nomes próprios deveriam ser excluídos da linguagem médica. Entretanto, apesar das orientações e sugestões da Medicina, verificamos que esse fenômeno ocorria em obras científicas escritas da área da Dermatologia. Assim, nossa hipótese era a de que, em comunicação oral, esse uso de termos eponímicos também se verificasse. Realizamos, então, uma pesquisa de campo com grupos de informantes que representam a categoria médica, a saber, médicos docentes, médicos não docentes e alunos de cursos de Medicina. Notamos que o uso de termos eponímicos é frequente na terminologia dermatológica e médica em geral. Observamos que, na verdade, existe um *continuum* que vai desde as áreas da Medicina que defendem a exclusão dos termos eponímicos até as que defendem a adoção total dessas unidades terminológicas. Concluímos que essa maior ou menor aceitação do uso das variantes eponímicas em terminologia médica depende não apenas dos domínios específicos da Medicina, mas, também, de fatores extralinguísticos que podem determinar ou não esse uso.

PALAVRAS-CHAVE: Termos eponímicos. Eponímia. Dermatologia. Terminologia. Estrutura morfossintática e léxico-semântica de termos. Comunicação médica.

SILVEIRA, Francine de Assis. *Eponymic terms from Dermatology: concept, syntactic morphological and lexical semantic structures and use in medical communication*. 263f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos - área de concentração em Teoria e Análise Linguística). Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São José do Rio Preto, 2010.

ABSTRACT

The present work aims at analyzing the eponymic terms from Dermatology and studying the phenomenon of eponymy in Medicine in general. In order to do that, we have realized a study on the concept of eponym and on the linguistic forms, that is, the morpho-syntactic and lexical-semantic structures of eponymic terms. We have observed the gender of the eponyms inside these terms and their classification into anthroponym or toponym. We have also discussed the issue of opacity which is constantly mentioned when eponymic terms are concerned and carried out an investigation about the use of this type of terminological unit in written and oral communication. As our theoretical references for discussing the subject we based on the studies of J. de Aguiar Pupo (1973), Francisco Eduardo Rabello (1974), Idel Becker (1977), Joffre Rezende (1998, 2001), Geraldo José Medeiros Fernandes (1999), Liberato J. A. Di Dio (2000), Vânia Belintani Piatto et al (2000), Henri Van Hoof (2001), and José Antonio Díaz Rojo (2001). Our initial impression, based on the literature about medical language, was that the eponymy seemed to be considered a threat to the medical terminology clarity and precision by all branches, and due to that fact, terms based on proper names should be excluded. However, despite all suggestions and orientations given by Medicine, we verified that this phenomenon occurred in scientific works of Dermatology. Thus, our hypothesis was that this use of eponymic terms was also verified in oral communication. We have then conducted a fieldwork with groups of informants who represent the medical category. These informants are doctors (physicians or surgeons), professor doctors and students who are attending a Medicine course. We have noticed that the use of eponymic terms is frequent in the dermatological and medical terminology as a whole. In fact, we have noticed that there is a continuum that goes from one side, where the domains that defend the exclusion of eponymic terms are, to the other one, where one can find domains which totally defend the adoption of these terminological units. We have concluded that the acceptance of the use of eponymic variants in the medical terminology depends not only on the medical specific domains but also on extralinguistic factors that can determine or not this use.

KEYWORDS: *Eponymic terms. Eponymy. Dermatology. Terminology. Morpho-syntactic and lexical-semantic structure of terms. Medical communication.*

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem origem em nossa pesquisa de Mestrado, concluída no ano de 2005. Essa teve como objetivo identificar equivalentes em inglês de um conjunto terminológico, em português, do domínio da Dermatologia e proceder a reflexões sobre os graus de equivalência mantidos entre os termos das duas línguas estudadas.

No decorrer de nossa investigação, pudemos observar a presença marcante, no conjunto terminológico que estudamos, de termos eponímicos (termos formados em parte por nomes próprios), tanto em português quanto em inglês. Esse aspecto chamou-nos a atenção, pois, nas leituras que realizamos sobre a terminologia médica, constatamos uma orientação geral por parte dos especialistas à exclusão, na comunicação médica, desse tipo de unidade terminológica, que, segundo alguns deles, ameaça a objetividade e a clareza da linguagem dessa área do saber.

Parecia-nos uma contradição: de um lado, especialistas em linguagem médica combatem o uso de termos eponímicos e, de outro, os profissionais das diferentes subáreas da Medicina empregam esse tipo de termo na comunicação escrita.

Decidimos, então, aprofundar nossos estudos sobre esse tipo de unidade linguística na terminologia da área da Dermatologia e, no aspecto relativo à comunicação oral, também na terminologia da Medicina em geral. Esse passou a ser, portanto, o objeto de estudo de nossa tese de Doutorado.

Nesse sentido, nossa tese tem como objetivo proceder a uma investigação aprofundada dessa problemática, de modo a averiguar aspectos diversos que se relacionem a termos eponímicos, especialmente em Dermatologia, mas também na Medicina em geral, tais como: abordar questões teóricas sobre conceitos fundamentais relacionados à eponímia; analisar os termos eponímicos do domínio da Dermatologia do ponto de vista formal, ou seja, de sua estrutura morfo-sintática e léxico-semântica, visto que a questão da opacidade de termos encontra-se ligada à formação dos termos; identificar, com base nos estudos de Van Hoof (1999; 2001), termos com epônimo mantido em forma original ou banalizado; averiguar a natureza dos epônimos presentes nos termos eponímicos: antropônimos ou topônimos; investigar aspectos relativos a gênero (homem/mulher) expressos pelos epônimos presentes nos termos analisados; verificar aspectos da opacidade desses termos, isto é, se são mais ou

menos descritivos, se permitem uma compreensão do conceito designado por meio da análise dos formantes e afixos gregos e latinos que formam esses termos.

Objetivamos, ainda, observar o uso de termos eponímicos na comunicação médica escrita, em obras do domínio da Dermatologia e, na comunicação médica oral, entre médicos docentes, médicos não docentes e alunos de Medicina.

Um dos pontos mais relevantes do trabalho é, a nosso ver, a inclusão do falante, ou seja, do usuário dessa terminologia como componente indispensável para o entendimento do fenômeno de um ponto de vista mais global. Nosso estudo busca dar voz aos usuários da terminologia da Dermatologia, especialmente, para depreender motivações, razões linguísticas ou pragmáticas que conduzam ou não à utilização de determinado termo ou sua variante.

Após as leituras e investigações teóricas que realizamos sobre a linguagem médica e suas características em geral, observamos que, para estarem em consonância com as orientações da Medicina, essas unidades linguísticas não deveriam figurar em obras científicas de referência. Assim, não esperávamos nos deparar com muitos termos eponímicos em obras como tratados, compêndios, dicionários especializados e artigos científicos de autores renomados do domínio da Dermatologia. Entretanto, verificamos, durante a análise de obras dessa área, a presença dessas unidades terminológicas. Essa constatação levou-nos a nos questionar se o uso desses termos também se daria em comunicação oral. Nossa hipótese era de que, tratando-se de uma situação comunicativa mais informal do que a escrita, a comunicação oral pudesse veicular mais termos eponímicos. Para verificar se essa hipótese era correta, procedemos a uma pesquisa de campo, entrevistando e submetendo questionários sobre a matéria a profissionais da área médica, docentes e alunos de Medicina.

Ressaltamos que excluir termos eponímicos da linguagem médica é uma orientação e uma proposta da Medicina, sendo a prescrição ou normalização de termos uma tarefa que cabe aos órgãos normalizadores ou comissões e comitês científicos que têm essa função. Enquanto terminólogas, não partilhamos dessa mesma postura. Nossa posição é a de que o fato de os termos eponímicos existirem e serem bastante utilizados torna a linguagem médica ainda mais rica e eficaz; são as diferentes necessidades pragmáticas, devido às diferentes situações comunicativas em que se inserem os usuários dessa terminologia, que fazem com que esses usos se justifiquem.

É necessário destacar aqui a importância do ensino da terminologia de uma área de especialidade no processo aprendizagem dos conteúdos dessa área. Nas faculdades e universidades, durante os cursos de formação nas diversas áreas do conhecimento, a terminologia está intrinsecamente ligada ao domínio da matéria em si, uma vez que o

indivíduo em formação passa a apreender as designações e os conceitos daquela área e a acumular, então, conhecimento. De certo modo, o aprendizado da terminologia de uma área de especialidade leva ao aprendizado dos conteúdos daquela ciência. De fato, observamos que o domínio da linguagem médica e, portanto, de sua terminologia, é uma preocupação dos alunos que cursam Medicina. Muitos deles afirmam que gostariam de ter um curso ou disciplina que os auxiliassem nessa tarefa, pois acreditam que essa aquisição torna sua formação ainda mais completa e aprofundada.

A eponímia é, então, o cerne de nossa Tese de Doutorado e a pesquisa que realizamos visa responder aos seguintes questionamentos:

- o que é um *epônimo* e um *termo eponímico*?
- como as áreas da Linguística, Onomástica e Medicina vêem esses termos?
- qual a postura da Medicina com relação ao uso de termos eponímicos?
- do ponto de vista linguístico, como se estruturam formalmente esses termos?
- qual a tipologia dominante entre os termos de nosso *cópus*, de acordo com a proposta de Van Hoof (1999, 2001): termos eponímicos banalizados ou com epônimo em forma original?
- que tipo de epônimo enquanto entidade onomástica (antropônimo ou topônimo) predomina no conjunto terminológico por nós estudado?
- do ponto de vista do gênero, que relação homem/mulher se evidencia nas homenagens expressas pelos epônimos presentes na terminologia estudada?
- como esses termos são utilizados em comunicação escrita: são apenas citados? São indicados como formas secundárias (sinonímicas) de termos científicos? Seriam, alguma vez, empregados como formas preferenciais do autor?
- em que situações e com que frequência os médicos, estudantes e docentes de Medicina empregam termos eponímicos?
- com que interlocutores utilizam esse tipo de termo? Seria esse um fator condicionante do uso de termos eponímicos?
- qual o grau de opacidade dos termos eponímicos (de dificuldade em decodificar o conceito que é designado por essas unidades terminológicas), tendo em vista que os epônimos são considerados “opacos”?
- que razões podem motivar a utilização de termos eponímicos?
- quando ou em que situações os especialistas pensam que o emprego desse tipo de termo pode ser feito em comunicação médica?

- os usuários de terminologia médica têm problemas com o uso de termos eponímicos?
Por quê?

Cumpre ressaltar que a pesquisa de campo que visa responder aos últimos questionamentos citados é de cunho qualitativo com base em dados quantitativos, uma vez que trabalhamos por amostragem, ou seja, com informantes escolhidos de acordo com critérios específicos, que serão explicados com maiores detalhes no capítulo 5.2. *Metodologia de nossa pesquisa sobre o uso de termos eponímicos em comunicação oral*.

Esta tese se organiza da seguinte maneira: o capítulo 1, *Terminologia*, apresenta os principais conceitos e correntes teóricas da Terminologia, domínio no qual se inserem nossas investigações científicas. No capítulo 2, *A terminologia médica e dermatológica*, discorreremos sobre as particularidades da terminologia médica e da Dermatologia, uma vez que este é o domínio específico de origem dos termos que estudamos.

O capítulo 3, *O fenômeno da eponímia*, aborda a eponímia sob diversos aspectos. Apresenta os conceitos fundamentais relacionados à matéria e uma tipologia de termos eponímicos com base nos estudos de Van Hoof (1999, 2001). No último subcapítulo, discorreremos sobre a postura da Medicina com relação à criação e ao uso desses termos na linguagem médica.

No quarto capítulo, intitulado *O termo eponímico: um tipo de variante terminológica*, expomos os fundamentos teóricos que nos levaram a considerar os termos eponímicos como variantes terminológicas discursivas, ou seja, variantes que decorrem da situação de comunicação, que leva em conta a relação entre o emissor e o receptor (sintonia comunicativa) das terminologias técnico-científicas. Ainda nesse capítulo, apresentamos o modelo teórico-metodológico de Tarallo (1996) para pesquisas de campo de caráter sociolinguístico, modelo por nós adotado, por se adequar aos objetivos de nossa pesquisa.

Os passos metodológicos e os procedimentos para a análise dos dados de nossa investigação são descritos no Capítulo 5, *Metodologia de nossa pesquisa*. Este é subdividido em dois outros subcapítulos, que se reportam às diferentes análises às quais procedemos.

Em seguida, no capítulo 6, *Análise dos dados*, apresentamos o estudo a que procedemos. Esse capítulo se divide em seis subcapítulos. O primeiro, intitulado 6.1. *Tipos de termos eponímicos: epônimo na forma original versus epônimo banalizado*, trata dos tipos de termos eponímicos que se apresentaram em nosso *corpus*, ou seja, se o termo eponímico é formado com base em um epônimo em forma original ou banalizado, segundo a classificação de Van Hoof (2001). No subcapítulo 6.2, *Questões relativas a gênero e número dos epônimos*, observamos a ocorrência de epônimos masculinos e femininos e sua produtividade

(se se repetem em mais de um termo eponímico) dentre os termos eponímicos de nosso *cópus*. Em 6.3., *Estrutura morfossintática e léxico-semântica dos termos eponímicos do domínio da Dermatologia*, analisamos os termos eponímicos do ponto de vista formal, de sua organização interna enquanto unidade linguística (termos simples, compostos, complexos e formas braquigráficas); no subcapítulo 6.4., *Graus de opacidade dos termos eponímicos*, discutimos a questão da opacidade, baseando-nos na observação da estrutura morfossintática e léxico-semântica e na presença do epônimo dentro do termo. Em seguida, em 6.5., *Os termos eponímicos da Dermatologia em uso na comunicação escrita*, expomos nossas observações sobre o uso dos termos eponímicos em obras científicas renomadas da área. Em 6.6., *Os termos eponímicos em uso na comunicação oral*, apresentamos os resultados da pesquisa de campo que realizamos e algumas opiniões de especialistas que julgamos importantes para a reflexão sobre o fenômeno da eponímia na linguagem médica.

Finalmente, nas *Conclusões*, expomos, de modo sintético, nossas considerações sobre os dados levantados e elementos conclusivos relativos à nossa reflexão sobre a matéria.

Na sequência, encontram-se as *Referências Bibliográficas*, contendo as obras consultadas e citadas em nossa tese e, em seguida, os *Apêndices*, que trazem textos ou quadros elaborados por nós, a fim de ilustrarem nossa argumentação.

1. TERMINOLOGIA

Este trabalho se insere, de forma mais ampla, nos estudos da Terminologia. Ao investigarmos termos específicos de determinado domínio, precisamos fazer uso dos princípios teóricos e metodológicos propostos por essa disciplina. Nesse sentido, faz-se também necessário refletir sobre a história e conhecer as principais correntes dessa disciplina que poderiam embasar esses estudos.

1.1. RAÍZES E CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO CAMPO DE ESTUDO

De forma geral, a Terminologia é a disciplina científica que estuda os termos específicos de um determinado domínio e suas principais características e inter-relações. Entretanto, para melhor compreendermos do que trata essa disciplina, faz-se necessário voltar às suas origens e observar a história de seu desenvolvimento.

Ao longo da história da Humanidade, a evolução da Ciência e da Tecnologia tem conduzido a mudanças no modo de viver, de se expressar e de agir do homem. Grandes invenções e descobertas têm ocorrido e, paralelamente a essa evolução, presencia-se a criação de novos termos para nomeá-las.

Desde os tempos mais remotos, produzem-se obras destinadas ao registro de termos de áreas especializadas. É certo que não se tratava ainda da Terminologia como sistematização teórica, mas como prática de levantamento de termos, ou seja, eram trabalhos empíricos. Os primeiros dicionários temáticos que continham nomes de objetos, pertencentes a um dado domínio, datam de 2.600 a.C. (BARROS, 2004, p. 29). A necessidade de comunicação entre os povos e de identificação de termos equivalentes dá origem aos primeiros dicionários bilíngues. Com o passar dos anos, séculos talvez, a produção de obras lexicográficas/terminográficas evoluiu, juntamente com o desenvolvimento técnico e científico da sociedade, até chegarmos aos modernos e sofisticados bancos de dados eletrônicos.

Em outras palavras, a Terminologia nasce da necessidade humana de nomear coisas, fatos, processos que ocorrem incessantemente na evolução de nossas sociedades, e a técnica de elaboração de dicionários acompanha esse processo.

A preocupação não só de registrar, mas também de refletir sobre o ato aparentemente simples de “dar nomes” surgiu na Antiguidade, com Aristóteles. Mas é no século XVII que “começam a se delinear os elementos básicos de compreensão da terminologia enquanto conjunto de termos de uma área técnica ou científica e enquanto disciplina de natureza linguística que estuda esse conjunto” (BARROS, 2004, p. 31). Nesse período, as obras lexicográficas têm uma expansão significativa, o que auxiliava o crescimento da terminologia. No entanto, esses eram ainda os primórdios dos estudos dos termos e esses elementos eram, então, bastante incipientes. A real consolidação da Terminologia como disciplina científica que estuda e trata o vocabulário das áreas técnicas e científicas só acontece séculos mais tarde.

Para muitos, o marco inicial foi a contribuição de Eugen Wuster (1898-1977), que, posteriormente, propôs a Teoria Geral da Terminologia. A partir de então, a Terminologia foi se caracterizando como disciplina científica. Entretanto, a evolução dos estudos nesse campo conduziu à proposta de um novo paradigma, a Teoria Comunicativa da Terminologia, que foi bastante influenciada pela Socioterminologia.

Esse percurso histórico da Terminologia foi acompanhado pela evolução dos próprios conceitos e fundamentos da disciplina. Assim, atualmente, temos que *Terminologia* pode ser definida como teoria, processo e produto. Como teoria, (i) a *Terminologia* é o conjunto de princípios que define as relações entre os termos e os conceitos; estuda, também, o processo de formação desses termos e desenvolve métodos de tratamento dos conjuntos terminológicos dos diferentes domínios de especialidade. Nesta primeira acepção, entende-se também por Terminologia o “estudo científico dos conceitos e dos termos em uso nas línguas de especialidade¹” ² (ISO 1087, 1990, p. 12), ou seja, a disciplina científica propriamente dita. Como processo, (ii) a *terminologia* é a atividade que compreende a identificação, registro, tratamento e recuperação dos termos, bem como das informações relevantes referentes aos mesmos. Como produto, (iii) a *terminologia* seria “o conjunto dos termos próprios de um domínio, de um grupo de pessoas ou de um indivíduo” (BOUTIN-QUESNEL, 1985, p. 1), podendo, nesse caso, ser também chamada de conjunto terminológico; esse conjunto pode ou não ser compilado na forma de dicionários técnicos. Nesse sentido, terminologia também se refere às obras terminográficas resultantes do trabalho terminológico.

¹ Todas as citações em língua estrangeira foram traduzidas ao longo do corpo do texto, sendo que os originais constam sempre em nota de rodapé.

² “The scientific study of the concepts and terms found in special languages”

Em nosso trabalho, para diferenciar esses conceitos, utilizaremos Terminologia com a inicial maiúscula, quando nos referirmos à disciplina científica, seus métodos e teorias, e terminologia, com a inicial minúscula, quando se tratar do conjunto terminológico, ou seja, o objeto de estudo dessa disciplina.

Por *termo* entendemos “designação, por meio de uma unidade linguística, de um conceito definido em uma língua de especialidade”³ (ISO 1087, 1990, p. 5), ou seja, o termo é uma unidade lexical que, no âmbito de um domínio especializado, designa um conceito específico. Essas unidades lexicais (que podem ser substantivos, adjetivos, verbos ou advérbios) fazem parte do léxico geral de uma língua, assumindo o estatuto de termo quando em uso dentro de uma língua de especialidade. Assim, qualquer unidade léxica de uma língua pode tornar-se termo quando inserida em um contexto de uma língua de especialidade, designando um conceito específico. Os *conceitos* são aqui entendidos como “unidades de pensamento constituídas de um conjunto de características atribuídas a um objeto [...]”⁴ (BOUTIN-QUESNEL, 1985, p. 18). *Língua de especialidade*, por sua vez, é um “sistema de comunicação oral e escrita, usado por uma comunidade de especialistas de uma área particular do conhecimento” (PAVEL; NOLET, 2002, p. 124). Essa língua “é a que é utilizada para proporcionar uma comunicação sem ambiguidade em uma área determinada do conhecimento ou da prática, com base em um vocabulário e em **usos** linguísticos específicos desse campo” (idem, ibidem, p. XVII– grifo das autoras). As línguas de especialidade constituem o campo de estudo da Terminologia como disciplina científica.

Cada língua de especialidade ou domínio possui sua terminologia específica, como por exemplo, a terminologia médica, a terminologia jurídica, a terminologia da informática, entre outras. E é através de suas unidades terminológicas que cada um desses domínios veicula seus conhecimentos específicos.

Em nosso trabalho, pesquisamos e refletimos sobre a terminologia médica em geral e, mais especificamente, sobre a terminologia da Dermatologia, que possui características próprias, como veremos adiante. Entretanto, cabe conhecer as principais teorias em Terminologia.

³ “Designation of a defined concept in a special language by a linguistic expression”

⁴ « Unité de pensée regroupant les caractères qui sont propres à un objet »

1.2. PRINCIPAIS CORRENTES TEÓRICAS: A TGT E A TCT

Na história da Terminologia, várias contribuições foram dadas, mas consideramos aqui somente as maiores correntes teóricas da disciplina: a Teoria Geral da Terminologia (TGT), a Socioterminologia (que será abordada em um subcapítulo à parte) e a Teoria Comunicativa da Terminologia (TCT). A primeira tem em Eugen Wuster (1930) sua referência maior, sendo considerada o marco inicial da Terminologia enquanto disciplina. A Socioterminologia nasceu dos questionamentos e críticas à TGT e foi uma tentativa de ultrapassar os limites desse modelo normalizador. As reflexões dessa teoria acabaram culminando com a proposta de um novo paradigma, a TCT. Este último é a teoria formulada por Cabré cujos conceitos e metodologia estão em vigor nos trabalhos atualmente desenvolvidos. Nas próximas linhas, discorreremos sobre essas correntes de modo a demonstrar que são de extrema importância para a fixação da Terminologia enquanto disciplina científica.

Eugen Wuster, austríaco e engenheiro de formação, viveu durante um período de grande desenvolvimento tecnológico e terminológico, que vigorou na Alemanha, nos anos 20. Dedicou-se ao estudo dos termos técnicos e científicos, tendo em mira a eliminação dos ruídos na comunicação entre os especialistas de uma área de especialidade. A comunicação deveria ser clara e eficaz, não podendo ser ambígua. Por isso, o modelo por ele proposto tinha como objetivo a normalização. Assim, Wuster lança as bases de sua teoria, chamada Teoria Geral da Terminologia (TGT), que tinha como pilar o princípio da (bi)univocidade entre conceito e termo (um conceito especializado só poderia ser expresso por um e somente um termo). Dessa forma, não haveria ambiguidade na comunicação em domínios técnicos e científicos. Tudo o que pudesse levar a ela era excluído: fenômenos como a sinonímia, homonímia e polissemia eram considerados ameaças à precisão da linguagem técnica e, portanto, não deveriam ocorrer.

No que concerne à elaboração de dicionários especializados, a metodologia dos trabalhos deveria seguir o percurso onomasiológico, ou seja, deveria partir do conceito definido para se chegar ao termo que o designa. Nessa concepção, a única forma de se organizarem termos em um dicionário é a partir de sua definição, isto é, através de categorias que demonstram as relações entre eles.

Em sua teoria, Wuster considerava os termos como sendo unidades independentes, que podiam ser estudadas isoladamente, dissociando-os da gramática, do contexto ou do discurso. Com efeito, os discursos eram considerados como sendo a maior fonte de ambiguidade, daí

sua exclusão. Outra característica dessa teoria era a dissociação entre conteúdo e expressão, o que contrariava as teorias linguísticas de base saussuriana. “[...] Para Wuster, pode-se identificar um conjunto de conceitos de um domínio especializado, organizá-los em um sistema estruturado e defini-los sem mesmo identificar com precisão os termos que os designam” (BARROS, 2004, p. 56). Esse sistema, também chamado *sistema conceptual*, pode ser definido como “um conjunto estruturado de conceitos construído com base nas relações estabelecidas entre esses conceitos e no qual cada conceito é determinado por sua posição nesse conjunto”⁵ (ISO 1087, 1990, p. 4).

Na TGT, buscava-se a universalização de conceitos e termos, o que, na prática, no decorrer dos anos, mostrou-se um objetivo um tanto quanto idealista. Enfim, essa teoria foi de grande importância para consolidar a Terminologia enquanto disciplina científica. Entretanto, mostrou-se limitada; verificou-se que os fenômenos tão evitados por ela eram de suma importância para o estudo das terminologias. Afinal, embora façam parte de domínios especializados, os termos técnicos não escapam à ambiguidade, à sinonímia, à homonímia e à polissemia, pois não se pode ignorar o caráter pragmático dos discursos. Assim sendo, a teoria de Wuster utilizava um conjunto de princípios que se mostravam pouco satisfatórios do ponto de vista da comunicação real. Essa teoria dita “clássica” da terminologia possuía uma perspectiva padronizadora, que privilegiava termos normalizados e pregava a elaboração de “mapas conceituais” para fundamentar a elaboração de glossários e outros repertórios

Com a intensa atividade e produção no campo da Terminologia que se seguiram e com base nas experiências concretas de aplicação dessa teoria, as reflexões sobre o fazer terminológico e as críticas ao antigo modelo foram inevitáveis, especialmente a partir dos anos noventa. A TGT começa então a dar lugar a uma teoria mais ampla, flexível, que pretendia explicar melhor os fenômenos da comunicação especializada e descrever os termos dentro de toda sua complexidade.

Como resposta à necessidade de adequação dos modelos teóricos dos estudos de tipo descritivo, nasce a Teoria Comunicativa da Terminologia (TCT), formulada por Maria Teresa Cabré (1999). Essa teoria reconhece o valor e as contribuições da TGT, porém, traz consigo inovações e ampliações que vêm ao encontro do que uma nova proposta teórica e metodológica deveria conter.

A TCT considera os termos como unidades linguísticas constituídas de forma e conteúdo, sendo estes indissociáveis, aproximando-se, desse modo, da Linguística

⁵ “Structured set of concepts established according to the relations between them, each concept being determined by its position in this set.”

saussuriana. Essas unidades lexicais assumem, no contexto das línguas de especialidade, o estatuto de unidades terminológicas. Não existe uma distinção, *a priori*, entre termos e palavras, pois, segundo essa teoria, uma palavra do léxico geral de uma língua pode tornar-se termo se atualizada em um discurso especializado, designando um conceito específico. Em outras palavras, o termo nessa perspectiva é “um signo linguístico, igualmente carregado de subjetividade e polissemia, de modo que não há uma fronteira rígida entre palavras e ‘termos técnicos’” (ZILIO; FICHTNER; FINATTO, 2005, p. 2).

Outra diferença da TCT em relação à TGT é o reconhecimento e o tratamento de sinônimos, homônimos e termos polissêmicos que ocorrem nas línguas de especialidade. A variação conceptual e lexical é aqui considerada, pois essa teoria aborda os termos em uma dimensão textual e discursiva, e não mais isoladamente. Os termos, de acordo com Cabré, devem ser vistos sob uma perspectiva comunicativa, em seus aspectos linguísticos, cognitivos e sociais (CABRÉ, 1999, p. 120). Assim, o trabalho terminológico deve ser eficiente e adequado às necessidades comunicativas dos usuários e profissionais de determinada área; deve ser feito com base no conhecimento do domínio especializado para que se possa identificar e estruturar sua terminologia e deve abranger a competência e a atuação, descrevendo atos comunicativos reais e explicando o funcionamento dessa terminologia.

Na TCT, admite-se que as regras gerais que regem o funcionamento do léxico de uma língua aplicam-se igualmente aos termos de uma área de especialidade dessa mesma língua. Além disso, a variação aqui é entendida de maneira natural, ou seja, inerente à linguagem; por isso, deve ser observada e descrita e não mais evitada ou eliminada. Fatores extralinguísticos devem ser observados: os conceitos são influenciados por fatores linguísticos e socioculturais de uma comunidade falante.

Segundo Cabré (1999, p.126), a TCT

deseja estabelecer os fundamentos de uma teoria ampla da terminologia de base comunicativa, concebida sob a perspectiva das ciências da linguagem, mas que integra elementos da teoria do conhecimento e da comunicação. Essa teoria, que denominamos Teoria Comunicativa da Terminologia, requer que, tanto do ponto de vista teórico quanto do metodológico, contemple-se a variação linguística em toda a sua dimensão, assuma-se a condição de adequação dos termos e se integrem os aspectos psicolinguísticos implicados (juntamente com a perspectiva cognitiva) e os elementos sociolinguísticos relacionados (juntamente com a perspectiva social).⁶

⁶ “[...] intenta poner las bases de una teoría amplia de la terminología de base comunicativa, concebida desde la perspectiva de las ciencias del lenguaje, pero que integra elementos de la teoría del conocimiento y de la comunicación. Esta teoría, que hemos denominado Teoría Comunicativa de la Terminología, requiere que, tanto

A TCT reconhece, então, a possibilidade de variação dos conceitos e das denominações que os designam nos domínios de especialidade, o que proporciona uma abordagem mais ampla, com espaço para pesquisas terminológicas descritivas nos vários níveis de língua. Busca-se o estudo das terminologias *in vivo*, nas suas inter-relações com os discursos e as condições de realização. Essa teoria adota, então, uma postura sócio-variacionista e descritiva de usos.

O percurso metodológico do trabalho terminológico, nessa teoria, também sofre uma mudança: o percurso onomasiológico deixa de ser obrigatório, já que, com os avanços da informática, o termo é reconhecido por sua expressão gráfica e pode ser objeto de busca tanto em ordem sistemática quanto em ordem alfabética.

Na verdade, o percurso onomasiológico só acontece de maneira pura e isolada no momento da criação de novas designações, ou seja, quando é preciso nomear um novo conceito, relativo a um objeto, fenômeno ou processo. Nesse momento, o terminólogo ou o especialista responsável pela criação do termo possui em sua mente um conjunto de semas, que constituem o conceito, e através do conhecimento deste deve encontrar uma designação. Entretanto, na prática do trabalho terminológico descritivo, os percursos se entrecruzam. O terminólogo parte dos textos que compõem seu *córpus* e levanta as unidades lexicais candidatas a termo. Ele só as considerará como tal se observar que a expressão designa um conceito específico do domínio em questão. Para isso, o terminólogo parte da designação à análise da definição (percurso semasiológico), mas em seguida retorna ao significante para a delimitação e recolha do termo (percurso onomasiológico) (BARROS, 1998, p.1-4).

Como modelo geral, a TCT deve ser abrangente para responder às necessidades dos estudos no campo da Terminologia, como explica Cabré:

A Terminologia, vista como uma teoria linguística não redutiva que inclua a competência e a atuação dos falantes contemplados na heterogeneidade cognitiva e comunicativa, deve propor uma teoria que ao mesmo tempo dê conta dos fenômenos da linguagem geral, descreva as especificidades cognitivas, linguísticas (gramaticais, pragmáticas, textuais e discursivas) e comunicativas das unidades terminológicas, e explique como o falante-

desde el punto de vista teórico como desde el metodológico, se contemple la variación lingüística en toda su dimensionalidad, se asuma la condición de adecuación de los términos y se integren los aspectos psicolingüísticos implicados (compartidos con la perspectiva cognitiva) y los elementos sociolingüísticos relacionados (compartidos con la perspectiva social)."

especialista adquire essas especificidades e utiliza essas unidades.⁷
(CABRÉ, 1999, p. 119-120)

Em suma, pode-se dizer que o grande diferencial da TCT é a inclusão dos termos em suas condições de produção, ou seja, é a consideração do contexto, da situação de discurso, das interferências pragmáticas no estudo dos conjuntos terminológicos. Com isso, fenômenos como a variação em geral, sinonímia, homonímia e polissemia passam a ser reconhecidos e abordados, já que, segundo essa teoria, a ambiguidade é desfeita no contexto, ou ainda, no discurso.

⁷ “La terminología, vista desde una teoría lingüística no reductiva que incluya la competencia y la actuación de los hablantes contemplados en su heterogeneidad cognitiva y comunicativa, debe proponer una teoría que al mismo tiempo que dé cuenta de los fenómenos del lenguaje general, describa las especificidades cognitivas, lingüísticas (gramaticales, pragmáticas, textuales y discursivas) y comunicativas de las unidades terminológicas, y explique cómo el hablante-especialista adquiere estas especificidades y utiliza estas unidades.”

2. A TERMINOLOGIA MÉDICA E DERMATOLÓGICA

Assim como todos os outros domínios técnicos e científicos do saber humano, a Medicina e um de seus ramos, a Dermatologia, possuem linguagem e terminologia que apresentam características específicas do ponto de vista linguístico e de seu funcionamento em discurso. Um dos aspectos importantes é o uso de epônimos na formação de termos da terminologia dessas áreas científicas. Para melhor compreendermos o funcionamento de tais unidades terminológicas, é preciso conhecer as particularidades da terminologia desses domínios: é o que fazemos neste capítulo.

2.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS

Como toda terminologia de áreas técnicas e científicas, a da Dermatologia e da Medicina em geral designa conceitos especializados que, na maioria das vezes, são desconhecidos dos leigos, mas de uso corrente entre os especialistas. Como a Medicina diz respeito à saúde humana, há uma preocupação muito grande em garantir uma comunicação o mais clara possível e, para tanto, é preciso que a terminologia dessa área auxilie no processo de eliminação de ruídos. Essa visão e objetivos são assim explicados por Rezende (1998):

[...] é necessário ressaltar que o objetivo da terminologia médica é a simplificação da linguagem, permitindo expressar em poucas palavras fatos e conceitos que, de outro modo, demandariam locuções e frases extensas. Cada termo médico, tal como ocorre em outras áreas do conhecimento humano, caracteriza um objeto, indica uma ação ou representa a síntese de uma idéia ou de um fenômeno, a definição de um processo, contendo em si, muitas vezes, verdadeira holofrase, cujo sentido está implícito na própria palavra. (REZENDE, 1998, p. 31)

Com o fim de fazer com que as unidades terminológicas das áreas médicas (dentre elas, a Dermatologia) permitam uma decodificação rápida dos conceitos que designam, os especialistas do domínio convencionaram que esses termos sejam criados com base em radicais e afixos gregos e latinos, considerados mais descritivos. Quando os formantes dessas unidades são identificados, torna-se mais fácil a compreensão e a assimilação dos conceitos. Assim, qualquer pessoa que conheça razoavelmente o processo de formação de palavras em

português é capaz de apreender minimamente o conceito médico designado por um termo com essas características.

Esse processo de formação dos termos da Medicina em geral e de todos os seus ramos não é fortuito, ao contrário, é fruto de uma política deliberada dos profissionais dessa área. Hannelore Lee-Jahnke (2005, p.82), ao tratar da tradução médica, afirma que “para desenvolver a compreensão, é útil dividir primeiramente todas as palavras [ou termos] em prefixos e sufixos para melhor entender o processo médico descrito”⁸. De fato, muitos teóricos que tratam de terminologia médica atribuem a esses elementos a possibilidade de uma melhor codificação e decodificação das unidades terminológicas.

Sobre o fato de a terminologia médica estruturar-se com base em elementos gregos e latinos, J. Chevalier (1995) afirma que:

Não é necessário conhecer essas línguas para aprender a terminologia médica, mas é muito útil saber decompor as palavras em raízes, prefixos e sufixos, e compreender o sentido dos constituintes que são mais frequentemente utilizados.⁹ (CHEVALIER, 1995, p. 7)

Segundo Rezende (1998, p. 37), os termos que possuem origem grega e figuram na terminologia médica podem ser de dois tipos, a saber: a) termos do grego clássico, que passaram pelo latim antes de chegar às línguas modernas e, por isso, sofreram alterações prosódicas e morfológicas, mantidas até hoje, e b) termos formados de elementos gregos e latinos de forma direta, após o declínio do latim enquanto língua das ciências, o que ocorreu a partir do século XVII.

Quanto ao latim, os formantes provenientes dessa língua têm, em sua grande maioria, origem erudita (língua-padrão das obras literárias); entretanto, os membros do corpo humano parecem ter sido designados com base no latim vulgar (latim falado pelo povo), que deu origem às línguas neolatinas. Existem também contribuições de outras línguas, porém em número bem menor (REZENDE, 1998).

De fato, dada a importância de seu trabalho, a Medicina busca, incessantemente, adotar regras de controle de sua terminologia de modo a minimizar os ruídos de comunicação entre os especialistas. Por esse motivo, uma regra básica de orientação no que concerne à

⁸ “To improve comprehension, it is useful to first subdivide all words into prefix and suffix in order to better understand the medical process described.”

⁹ “Il n’est pas nécessaire de connaître ces langues pour apprendre la terminologie médicale, mais il est très utile de savoir décomposer les mots en racines, préfixes et suffixes, et de comprendre le sens des constituants qui sont le plus couramment utilisés. »

criação de neônimos (neologismos) em Medicina - adotada repetidamente por Comitês Internacionais especialmente reunidos para discutirem a harmonização da linguagem médica - é a de que a terminologia desse domínio tenha, como processo de formação-modelo, a composição por meio de radicais e afixos gregos e latinos. Essa determinação é válida para qualquer país, independente de seu idioma oficial.

Dessa forma, é frequente encontrar, em várias línguas, termos com expressão formal semelhante, adaptada à fonética e ortografia de cada uma delas. Como exemplos, podemos citar *dermatopatologia* (port.) = *dermatopathology* (ing.), *rosácea* (port.) = *rosacea* (ing.) e *actinomicose cérvico-facial* (port.) = *cervicofacial actinomycosis* (ing.), entre outros. Na busca dos equivalentes em inglês dos termos em português do domínio da Dermatologia, durante nossa pesquisa de Mestrado, esse processo de formação dos termos foi de grande auxílio.

Devemos relatar também que a maior parte da bibliografia consultada por nós em português, inglês, francês e espanhol sobre terminologia médica trazia uma lista dos principais elementos gregos e latinos utilizados em Medicina. Isso demonstra a importância desses elementos para a linguagem médica.

É literalmente vital que os profissionais das áreas médicas do mundo todo se entendam, para que não haja falhas nas trocas de informações. Assim, visando à harmonização da terminologia médica, normas e classificações internacionais foram criadas. Um exemplo é a *Nomina Anatômica*, uma tentativa de se estabelecer uma terminologia universal designativa das partes do corpo humano. A primeira nomenclatura anatômica internacional ocorreu em 1887, na Alemanha. Com o passar dos anos e após várias revisões, foi aprovada nova Nomenclatura Anatômica, em 1955, no Congresso Mundial de Anatomia de Paris, conhecida como *Nomina Anatomica Parisiensis* (BARROS, 2004, p. 85-87). Outras revisões vieram com os inúmeros congressos de Anatomia. A última versão passou a chamar-se *Terminologia Anatômica*, tendo entrado em vigor em 28 de agosto de 1997. As línguas oficialmente adotadas são o latim (forma latinizada, já que algumas partículas oriundas do grego são, às vezes, utilizadas) e o inglês (que se tornou a linguagem internacional das ciências), porém cada país pode e deve traduzi-la para seu próprio vernáculo, mantendo somente uma designação para cada conceito (DI DIO, 2000, p. 191).

Outro exemplo de tentativa de normalização de termos é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID. Essa era antes chamada de Classificação Internacional de Doenças, o que originou a sigla CID, ainda hoje utilizada. Essa classificação existe em todas as línguas e seu objetivo maior não é exatamente

normalizar, mas organizar os termos que designam doenças de modo a se criar um sistema internacional de identificação das enfermidades. A cada termo é atribuído um código composto de letras e números, que é universal e idêntico em todos os idiomas. Esse código é inscrito pelo médico em cada requisição de exames e atestados de óbito. Desse modo, a Organização Mundial de Saúde pode identificar as doenças e as causas de morte mais frequentes, permitindo a elaboração de estatísticas de saúde que deem base à adoção de políticas públicas ou sanitárias.

Outro grande projeto de harmonização internacional da terminologia médica é a *Nomenclatura Internacional das Doenças* (NID). Esta visava normalizar termos, atribuindo, para cada doença, uma única designação. Originalmente escrita em inglês, foi traduzida para diversas línguas e competia aos Comitês nacionais indicar o termo oficial em sua língua. A NID foi um projeto desenvolvido pelo *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS), juntamente com a Organização Mundial de Saúde. No site oficial dessa organização, encontramos a seguinte explicação sobre o projeto:

O objetivo principal da IND [*International Nomenclature of Disease*], um projeto da OMS [Organização Mundial de Saúde] em conjunto com a CIOMS [The Council for International Organizations of Medical Sciences], iniciado em 1980, era estabelecer, para toda entidade mórbida, um único nome recomendado e internacionalmente aceito. Foi também desenvolvido para complementar a Classificação Internacional de Doenças da OMS. Este projeto utilizou os serviços de mais de 500 peritos em muitos países. Mais de 5.000 nomes de doenças e suas definições foram aceitos em acordo e mais de 20.000 sinônimos foram listados e publicados juntamente com a OMS. Este projeto, que foi suspenso em 1992 devido à falta de recursos, foi planejado para facilitar a comunicação entre os profissionais da saúde de todo o mundo, fornecendo uma verdadeira linguagem internacional de doenças e eliminando uma das barreiras à comunicação. (CIOMS, 2004)

O projeto visava, então, facilitar a comunicação entre os profissionais das áreas médicas e, embora tenha sido suspenso por falta de recursos, a nomenclatura elaborada continua a ser útil. Ao propor uma uniformização de termos, escolhendo apenas um como oficial (recomendado e internacionalmente aceito) em detrimento de todos os demais possíveis, o projeto parece compartilhar da visão de uma univocidade entre designação e conceito. Apesar disso, mesmo dentro desse contexto, “mais de 20.000 sinônimos foram listados e publicados juntamente com a OMS” (CIOMS, 2004), o que evidencia, uma vez mais, que a variação ocorre mesmo em línguas de especialidade.

Uma particularidade apresentada pela terminologia médica é a presença de termos eponímicos, ou seja, de termos formados com base em nomes próprios (epônimos), como, por exemplo, *síndrome de Sézary*. Existe, em Medicina, uma forte orientação, por parte de especialistas de linguagem médica, à não utilização desse tipo de termo, já que são considerados opacos ou não descritivos do conceito designado. Tratamos desse tipo de unidade terminológica no capítulo sobre a eponímia (ver capítulo 3).

2.2. O DOMÍNIO DA DERMATOLOGIA

A Dermatologia é um ramo da Medicina que tem importância reconhecida. Para compreendermos melhor como esse domínio chegou a se consolidar como autônomo no âmbito da Medicina, retomamos aqui alguns fatos importantes da história dessa ciência.

Segundo G. Carneiro (2002, p. 31-34), a Medicina, de modo geral, tem suas origens em Hipócrates (séc. IV a.C.). Foram os gregos que começaram a sistematizar os conhecimentos médicos na Antiguidade, e Hipócrates, por ter desenvolvido e fundado uma prática médica revolucionária para a época, ficou conhecido como “o Pai da Medicina”.

A história da Dermatologia se confunde com a história da Medicina em geral. Desde a Antiguidade, as doenças da pele sempre preocuparam o homem, por serem, em sua grande maioria, visíveis e por incomodarem muito, como as coceiras, alergias e feridas. A partir da civilização egípcia, todas as que se seguiram deram muita importância às doenças da pele (CARNEIRO, 2002, p. 34). Alguns nomes são lembrados ainda hoje por sua participação nos estudos dermatológicos: Imhotep (egípcio, 3000 a.C.), que foi o primeiro a preocupar-se com doenças cutâneas; Hipócrates, que as descreveu parcialmente; Aristóteles (384-322 a.C.), que estudou unhas, cabelos, piolhos e lepra; os romanos Celso e Galeno, sendo este último um grego radicado em Roma que iniciou os estudos de Anatomia e Fisiologia cutâneas.

Durante a Idade Média, a evolução dos estudos médicos conheceu uma desaceleração na Europa. Por outro lado, os povos judeus, árabes e persas continuaram a participar de forma significativa do desenvolvimento da Dermatologia. Entre os nomes que poderíamos citar, estão Rhazes (860-932 d.C.), que fez uma descrição da varíola, distinguindo-a do sarampo, e Avicena (989-1037 d.C.), que descreveu as doenças do couro cabeludo, carbúnculos e antrax (CARNEIRO, 2002, p. 35).

A partir do século XII, a Europa voltou a ser o centro de desenvolvimento dos estudos médicos. Grandes descobertas e sistematizações aconteceram, revelando a evolução científica do domínio.

O período de 1550 a 1880 (CARNEIRO, 2002, p. 37) é tido como um dos mais profícuos para a Dermatologia. E foi nesse período que viveu o homem que é considerado o fundador da Dermatologia, Robert Willan (1757-1812). Nascido em Londres, elaborou uma fundamentada classificação das doenças da pele, aceita universalmente por ser baseada em “pilares sólidos de morfologia” (CARNEIRO, 2002, p. 37). Após sua morte, seus trabalhos foram continuados por Thomas Bateman (1779-1821).

Depois desses trabalhos, o grande centro de desenvolvimento da Dermatologia passou a ser a França, em especial o Hospital São Luís, de Paris.

Entretanto, foi com Ferdinand von Hebra, por volta da metade do século XIX, que a especialidade dermatológica se fixou e foi ligada à Patologia Geral. A partir daí, o progresso dessa ciência foi muito grande, tendo expoentes em vários países.

No final do século XIX, foi realizado em Paris o 1º Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia (agosto de 1889). E no século XX

[...] a especialidade começou a abandonar o critério morfológico exclusivo para ingressar nas investigações histopatológicas, que marcaram o início do período experimental, com o estudo das micoses assumindo importância considerável. (CARNEIRO, 2002, p. 39)

Quanto ao período contemporâneo, pode-se dizer que os avanços em Dermatologia são muito significativos. Os setores de terapêutica e cirurgia dermatológica têm crescido incessantemente. O grande centro de desenvolvimento, que até meados do século XX era a França, transferiu-se para os Estados Unidos.

Segundo os historiadores, “não existiu uma dermatologia brasileira antes do final do Século XIX, em se falando de teoria e prática estruturadas dentro do conceito de especialização” (CARNEIRO, 2002, p. 41). Vemos, então, que os estudos dermatológicos no Brasil são relativamente recentes.

Estes passaram por três fases, segundo Carneiro (2002, p. 41), a saber: 1) Pajelança; 2) Pré-científica e 3) Científica. Esta última, que se iniciou no século XX, parece ter sido impulsionada pela fundação da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), que se deu no ano de 1912.

Enquanto cátedra e ensino, a Dermatologia foi institucionalizada em nosso país em 1883 e foi somente a partir desse momento que a Dermatologia no Brasil passou a ser respeitada. Quanto à influência da SBD, podemos ler em Carneiro a seguinte afirmação:

Resultante da dinâmica induzida pelo ensino da nova especialidade no país – na década de oitenta do Século XIX, e do impulso à pesquisa microbiológica dado pelo Instituto Oswaldo Cruz – no começo do Século XX -, a Sociedade Brasileira de Dermatologia surgiu para apoiar e ampliar o processo de formação, coesão e valorização da categoria profissional, priorizando o estímulo à investigação científica e favorecendo a implantação de uma escola nacional criativa no país, além de conectada e respeitada no exterior. (CARNEIRO, 2002, p. 50)

Atualmente, o Brasil desenvolve pesquisas significativas em Dermatologia e é respeitado por outros países. Possuímos grandes dermatologistas, cujos trabalhos são de relevância, especialmente no que diz respeito às doenças tropicais e à estética.

3. O FENÔMENO DA EPONÍMIA

Em Medicina e em Dermatologia, é muito comum uma doença, lesão ou estrutura do corpo ser designada por um termo formado em parte por um nome próprio, ou seja, por um epônimo. Nessas áreas do saber, os epônimos visam, muitas vezes, homenagear cientistas que se destacaram no estudo desses elementos ou fazer alusão a pacientes que se tornaram referência da enfermidade. Nas palavras do médico Morton Scheinberg:

Na literatura médica existe um grande número de situações desse tipo, ou seja, a atribuição de epônimos, sendo que muitos deles são conhecidos inclusive pelo mundo leigo. Alguns exemplos são a doença de Hodgkin, um tipo de linfoma que leva o nome do médico inglês Thomas Hodgkin que o descreveu, em 1832; a tireoidite de Hashimoto, uma doença da glândula tireóide; ou o mal de Alzheimer, que provoca perda de memória e pode evoluir para demência e que foi descrito por Alois Alzheimer em uma revista médica, em 1906. Muitas dessas homenagens, conforme mencionamos acima, devem-se à descrição de uma nova doença, ao entendimento de um conjunto obscuro de sintomas ou à introdução de um novo aparelho. (SCHEINBERG, 2001)

Apesar de essa referência a grandes cientistas ser vista como uma homenagem, a Medicina em geral orienta, sistematicamente, à não-criação e mesmo ao não-emprego desses termos por parte dos especialistas. No domínio da Dermatologia, observamos, por meio do estudo a que procedemos, que, apesar das orientações da Medicina contra a criação e utilização de epônimos, os tratados e compêndios da área ainda utilizam uma terminologia eponímica.

Para melhor compreendermos a natureza desses termos e a polêmica que gira em torno da Eponímia, tratamos, neste capítulo, do conceito de *Eponímia* e de termos eponímicos à luz da Onomástica, da Linguística e da própria Medicina.

3.1. EPÔNIMO E TERMO EPONÍMICO: CONCEITOS E VISÕES EM DIFERENTES ÁREAS

O estudo da eponímia situa-se no campo da Onomástica, que é a ciência da linguagem que possui duas principais áreas de estudo, a saber, a Antroponímia e a Toponímia. A

primeira “tem como objeto de estudo os nomes próprios individuais, os nomes parentais ou sobrenomes e as alcunhas ou apelidos”, enquanto que a segunda “investiga o léxico toponímico, através do estudo da motivação dos nomes próprios de lugares” (SEABRA, 2006). O eixo central da Onomástica é o nome próprio, abordado do ponto de vista de seu significado e de sua origem. Segundo Maria Vicentina de Paula do Amaral Dick,

O sistema onomástico comporta as realizações do sistema lexical, compatíveis ao desempenho denominativo do enunciador e do enunciatário. A participação de cada um dos actantes, nos enunciados produzidos, representa maior ou menor competência no emprego de um vocabulário que se caracteriza pela especialização. (DICK, 1998, p. 77)

A autora situa, então, o sistema onomástico-denominativo no âmbito dos estudos do léxico. Assim, bases lexicais são utilizadas para definir ou identificar lugares e pessoas através de um simbolismo próprio a essas formas linguísticas. Por esse processo, nomes próprios passam a ser “lugares existenciais” e indivíduos passam a ser “personalidades sociais” (DICK, 1998, p. 77).

Ao observarmos como o linguista John Lyons trata a questão dos nomes próprios, encontramos o seguinte comentário:

Os nomes próprios, assim como os pronomes ou os sintagmas que identificam uma pessoa ou uma coisa definida [...] devem ser considerados como os mais “substantivais” – os mais verdadeiramente nominais – dos elementos de uma língua (daí o termo tradicional substantivo para o nome). São termos **particulaires** (ou “singulares”) que denotam certa substância *individual* e definida.¹⁰ (LYONS, 1970, p.258-259 – grifos do autor)

Evidencia-se, aqui, o caráter individualizante e definido do nome próprio. Lyons contrapõe os nomes próprios aos termos universais ou gerais, que denotam uma classe de coisas, estados ou ações que podem se relacionar aos indivíduos (idem, ibidem, p.259).

O nome próprio tem, então, como função fundamental diferenciar pessoas entre si; embora pareça simples, o tema é complexo, a começar, por exemplo, pela definição que se tem de nome.

¹⁰ “Les noms propres, de même que les pronoms ou les syntagmes qui identifient une personne ou une chose définie [...] doivent être considérés comme les plus ‘substantivaux’ – les plus vraiment nominaux – des éléments d’une langue (d’où le terme traditionnel de substantif pour le nom). Ce sont des termes **particuliers** (ou ‘singuliers’) qui dénotent une certaine substance *individuelle* et définie. »

O nome próprio, ou substantivo próprio, é definido da seguinte maneira, na *Gramática Metódica da Língua Portuguesa*:

[Substantivo] Próprio: aquele que expressa, em determinadas classes, um único ser dessa espécie: *Caramuru, Jorge VI, Pio XII* são *substantivos* (ou *nomes*) *próprios*, por individualizarem seres da classe das pessoas. (ALMEIDA, 1985, p. 84)

Ainda nessa gramática, observamos que os substantivos próprios são aqueles que designam 1. *pessoas*; 2. *coisas personificadas*; 3. *nações, estados, cidades, localidades, acidentes geográficos*, e 4. *entidades, organizações, corporações* juridicamente constituídas. O Dicionário *Aurélio*, por sua vez, considera nome próprio como segue:

Nome [Do lat. *nomen*] S.m. [...] 12. **1. Nome próprio.** Nome com que se nomeiam individualmente os seres e que se aplica em especial a pessoas, nações, povoações, montes, mares, rios etc. [...]. (FERREIRA, 1999, p. 1413)

A nosso ver, a questão do substantivo próprio é ainda mais profunda: o nome próprio é uma designação que remete a um ser, local, organização particular ou outro, individualizando-o com relação aos demais de um grupo, especialmente por comportar em seu conteúdo semântico as características inerentes àquele que é designado. É essa concepção de nome (substantivo) próprio que utilizamos doravante.

Tendo-se em vista que para a própria Onomástica essa ainda é uma questão delicada, vamos nos limitar a considerar, em nosso trabalho, os nomes próprios de origem antroponímica e toponímica.

Rostislav Kocourek (1991, p. 94) comenta que os nomes próprios são geralmente excluídos dos estudos linguísticos e terminológicos. Contudo, esse autor os considera como parte do léxico técnico-científico, levando-se em conta seu emprego na formação de termos e sua frequência em discursos.

Segundo esse autor, os nomes próprios “são palavras e sintagmas lexicais que têm uma manifestação falada e escrita e que pertencem à classe lexical e são caracterizados por

categorias gramaticais”¹¹ (KOCOUREK, 1991, p. 94). Podem dar origem a palavras derivadas ou compostas e a sintagmas nominais (terminológicos) mais complexos.

No que diz respeito aos termos eponímicos, que o autor define como “unidades lexicais cuja fonte é um nome próprio”¹² (KOCOUREK, 1991, p. 96), afirma que esses são muito frequentes em terminologia técnico-científica, principalmente porque os nomes próprios de lugar, de personalidades e de especialistas de uma determinada área constituem elementos essenciais dos domínios especializados.

Ainda de acordo com Kocourek, o processo envolvido na formação de termos eponímicos é a metonímia, que ocorre quando “a relação entre o sentido do termo e o sentido comum da palavra que constitui o termo é de contiguidade”¹³ (KOCOUREK, 1991, p. 171). Diversos tipos de motivação metonímica apresentam-se com frequência nas terminologias especializadas, como explica o autor:

Diversos tipos de metonímia deram origem ao que chamamos de **epônimos terminológicos** (termos-epônimos), isto é, termos comuns (e não nomes próprios) que contêm um elemento originário de um nome próprio, [...] compreendendo o caso em que o nome próprio serve de base para a derivação [...].¹⁴ (KOCOUREK, 1991, p. 172)

As relações que poderiam gerar termos eponímicos com base em um antropônimo seriam as seguintes: *inventor/invenção*, *descobridor/descoberta*, *produtor/produto*, ou, mais especificamente, *cientista célebre/unidade criada em sua homenagem*. Existe ainda a relação *lugar/produto*, que explica a motivação dos termos eponímicos com base em topônimos, como por exemplo, *champanhe*, vinho que vem da região de Champagne, na França.

Observamos, então, que Kocourek considera os termos eponímicos como elementos integrantes das terminologias das áreas especializadas.

O termo *epônimo*, de origem grega (tendo como formantes *epi-*, "sobre", e *ônom*, "nome"), era, inicialmente, um adjetivo utilizado para se referir a “aquele que dá seu nome a”. Havia, então, o herói epônimo, a divindade epônima, o arconte epônimo, entre outros, que eram pessoas renomadas e reconhecidamente importantes na Grécia antiga, cujos nomes

¹¹ “[...] sont des mots et des syntagmes lexicaux qui ont une manifestation parlée et écrite, et qui appartiennent aux classes lexicales et sont caractérisés par des catégories grammaticales »

¹² “[...] les unités lexicales dont la source est un nom propre »

¹³ “[...] le rapport entre le sens du terme et les sens ordinaire du mot qui constitue le terme est celui de contiguïté ».

¹⁴ “Divers types de métonymie ont donné naissance à ce que l’on appelle **éponymes terminologiques** (termes-éponymes), c’est-à-dire termes communs (et non noms propres) qui contiennent un élément issu d’un nom propre [...] y compris les cas où le nom propre sert de base pour la dérivation ».

serviam de base para nomear as tribos, os anos, uma família, uma dinastia ou até mesmo uma cidade (como, por exemplo, Constantinopla, que teve como herói epônimo o Imperador Constantino) (OLIVEIRA FILHO, 2001). Atualmente, o epônimo (nome próprio) ainda mantém algumas dessas funções e pode ser utilizado como adjetivo ou substantivo.

Consultando o *Novo Aurélio século XXI*, de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, encontramos a seguinte definição de epônimo:

Epônimo [do grego *epónymos*] – *Adj.* 1. Que dá ou empresta seu nome a alguma coisa. [...] *S.m.* 2. Aquele que dá ou empresta seu nome a alguma coisa [...]. (FERREIRA, 1999, p. 781)

Esse verbete fornece o sentido geral da palavra, sem mencionar acepções mais específicas. Também não explica se o nome próprio é de pessoa, lugar ou outro, mas indica a dupla categoria gramatical a que pode pertencer.

Em Medicina, os epônimos passam a ter sentidos mais específicos, como podemos observar no dicionário médico *Stedman* (original em inglês - traduzido para o português):

Eponym [G. *epónymos*, denominado segundo]. Epônimo; o nome de uma doença, estrutura, operação ou método, em geral derivado do nome da pessoa que a (o) descobriu ou descreveu em primeiro lugar.
Eponymic. Eponímico. **1.** Relativo a um epônimo. **2.** Um epônimo. (STEDMAN, 1996, p. 438)

De acordo com as definições encontradas nesse dicionário (que contém as entradas em inglês e as definições dos verbetes em português), observamos, mais uma vez, o problema terminológico que envolve o termo. Depreendemos, com base na primeira definição, que epônimo se refere ao objeto cuja denominação tem origem em um nome próprio. Porém, na segunda, vemos que *eponímico* pode ser considerado um sinônimo de *epônimo* ou um adjetivo relativo ao nome próprio. Contudo, na seção *Como usar este dicionário*, que se encontra no início da obra, pode-se ler a seguinte explicação: “Os sobrenomes de pessoas às quais são atribuídos epônimos recebem uma breve entrada principal biográfica que serve para localizar as referências cruzadas para epônimos” (STEDMAN, 1996, p. 22 – grifo nosso). Observamos, aqui, a terminologia utilizada por esse dicionário: de acordo com essa colocação, epônimo é tanto o termo quanto a pessoa ou o sobrenome que foi utilizado na formação do termo.

Assim, o que o dicionário Stedman chama de *epônimo* é o que chamamos, no contexto desta tese, *termo eponímico*, ou seja, o termo que comporta em sua formação o (sobre)nome de uma pessoa ou lugar. Para nós, *epônimo* é o nome próprio (substantivo) e *eponímico* é o adjetivo que qualifica o termo que apresenta, em sua formação, um epônimo.

Ainda no âmbito da definição de epônimo, a questão se enriquece com a explicação posterior, dada pelo dicionário Stedman, a respeito da forma possessiva em inglês com esses sobrenomes. Vejamos:

Tradicionalmente, a forma possessiva foi adicionada ao nome do descobridor ou descritor de uma doença (Down's syndrome, Wilms' tumor), mas não ao nome da pessoa que tenha a doença (Christmas disease, Job syndrome), um nome composto (Bence Jones proteinuria, Niemann-Pick disease), ou o nome da localidade em que a doença foi encontrada pela primeira vez (Lyme disease, Pontiac fever). (STEDMAN, 1996, p. 22 – grifos nossos)

Observamos, nessa explicação, que o dicionário considera os nomes de localidades (topônimos) como passíveis de formação de epônimos (termos eponímicos). Essa informação encontra-se na seção “Epônimos”, da parte “Como usar este dicionário”.

Na bibliografia pesquisada sobre a definição desse conceito, encontramos sempre referências a antropônimos, mas poucas vezes a topônimos. A definição a seguir foi extraída de um dicionário médico ilustrado (inglês/português) e exemplifica essa informação: “Eponym: epônimo, palavra formada ou derivada do nome da pessoa que primeiro descreveu ou descobriu uma doença, p. ex.: *doença de Chagas*.” (ALVES, 2004, p.144). Observamos que, nessa definição, além de não haver nenhuma menção a topônimos, os nomes próprios considerados são apenas os relativos aos descobridores e não aos pacientes das doenças.

Porém, lemos em Victor A. McKusick o seguinte trecho:

O uso de epônimos, isto é, nomear doenças através de nomes próprios, geralmente nomes de médicos, mas algumas vezes de pacientes (por exemplo, *Christmas disease* e *Lou Gehrig disease*) e algumas vezes nomes geográficos (por exemplo, *familial Mediterranean fever*) ou étnicos, segue o princípio de Hermógenes, mas não completamente, já que o nome não carrega informação específica à doença.¹⁵ (McKUSICK, 1998, p. 425)

¹⁵ “Use of *eponyms*, that is, naming disorders by proper names, usually names of physicians but sometimes names of patients (for example, Christmas disease and Lou Gehrig disease) and sometimes geographic (for example, familial Mediterranean fever) or ethnic names, follows the Hermogenes principle, but not completely since the name does convey information specific to the disorder.”

Podemos notar, nesse comentário, que o autor engloba na categoria *epônimo* todos os nomes próprios, e não somente os de pessoas. Assim, nomes geográficos e étnicos fariam parte do conceito estudado.

Quanto à distinção *epônimo*/termo *eponímico*, essa problemática passa ainda pela questão da categoria gramatical, como podemos observar na *Introdução* da obra de Geraldo José Medeiros Fernandes:

Os bons dicionários conceituam EPONÍMIA (s.f.) como “nome de coisas, tirado de outras coisas ou de pessoas” e EPONÍMICO ou EPÔNIMO (adj.) como “o que diz respeito à eponímia”. Mas a palavra EPÔNIMO, como substantivo masculino, significa também “aquele que dá ou empresta seu nome a alguma coisa”. O termo deriva diretamente do grego *eponymos*, literalmente “*que tem seu nome sobre*”.

Portanto, em Anatomia, a nomeação de qualquer estrutura orgânica através de nomes próprios, como “esfíncter de **Oddi**”, “órgão de **Corti**” ou “ligamento de **Gimbernath**”, são **epônimos**. (FERNANDES, 1999, p. 7 – grifos do autor)

De acordo com Fernandes, poderíamos utilizar a expressão *termo epônimo*. Quanto aos objetos englobados pela definição, o autor também fala em nomes próprios de modo geral e não somente em (sobre)nomes de pessoas.

Encontramos no *Medical Dictionary* da Medline Plus a definição abaixo, que, apesar de fazer parte de um dicionário médico, não se diferencia muito em relação às demais definições encontradas em dicionários de língua geral:

Epônimo (s.m.). 1. a pessoa para quem algo (como uma doença) é ou supostamente é nomeada; 2. um nome (como o de uma droga ou doença) baseado em ou derivado do nome de uma pessoa.¹⁶ (MEDLINEPLUS, 2004)

A definição de *epônimo* é abordada por vários autores, especialmente no que concerne à questão de sua adequação ao domínio médico. Nesse sentido, Dirckx comenta que:

Médicos de língua inglesa, cuja linguagem técnica inclui centenas de termos baseados em nomes próprios, também adaptaram o sentido de *epônimo* para fazê-lo significar “um nome de uma droga, estrutura ou doença baseada em

¹⁶ “1. the person for whom something (as a disease) is or is believed to be named; 2. a name (as of a drug or a disease) based on or derived from the name of a person.”

ou derivada do nome de uma pessoa”. Essa definição, que aparece após a tradicional no *The American Heritage Dictionary of the English Language*, é precedida pela rubrica “Medicina”. O OED não reconhece esse sentido alternativo.¹⁷ (DIRCKX, 2001, p. 18)

A nosso ver, essa definição, trazida pelo dicionário *The American Heritage Dictionary of the English Language*, mencionada por Dirckx, seria apropriada para o domínio da Dermatologia, nossa área de pesquisa. No entanto, os demais tipos de nomes próprios não estão contidos nessa definição.

Vale lembrar, ainda, que, para a classe médica, *epônimo* é quase sempre utilizado no sentido de nome próprio antroponímico; na bibliografia escrita por médicos, praticamente não encontramos referência a topônimos.

Assim, após a leitura, análise e reflexão a respeito desse conceito que é de suma importância para a sequência de nossa pesquisa, decidimos utilizar *epônimo* para nos referirmos ao nome próprio (qualquer nome próprio, sendo ele de pessoa ou não) contido em um termo, e esse termo, por sua vez, chamamos *termo eponímico*.

3.2. UMA TIPOLOGIA DE TERMOS EPONÍMICOS

De acordo com Henri Van Hoof (1999, p. 212), os epônimos em Medicina podem ser de dois tipos: os que são formados com o nome próprio original e os que dão origem a substantivos comuns. Como exemplo do primeiro caso, podemos citar *Doença de Bowen*, assim como *schwannoma* constitui um exemplo do segundo caso. Van Hoof categoriza e analisa esses termos, incluindo verbos e adjetivos em seus estudos:

Por epônimo banalizado¹⁸ deve-se entender todo termo substantivado (*parkinsonism/parkinsonisme*), verbalizado (*to pasteurize/pasteuriser*) ou adjetivado (*parkinsonian/parkinsonien*) por oposição ao epônimo mantido nome próprio (*Parkinson's syndrome/maladie de Parkinson*). Esses nomes comuns, ainda que relativamente pouco numerosos comparados à

¹⁷ “English-speaking physicians, whose technical language includes hundreds of terms based on proper names, also have twisted the sense of *eponym* to make it mean “A name of a drug, structure, or disease based on or derived from the name of a person.” This definition, which appears after the more traditional one in *The American Heritage Dictionary of the English Language*, is preceded by the label “Medicine.” The OED recognize no such alternative sense.”

¹⁸ Cumpre ressaltar aqui que adotamos o termo *banalizado* da forma como o faz Van Hoof, ou seja, um uso particular que não remete, a priori, ao que Galisson (1978) define enquanto processo de banalização.

abundância dos nomes próprios, podem causar problemas ao tradutor por múltiplas razões.¹⁹ (VAN HOOFF, 2001, p. 82)

Nesse mesmo artigo, o autor analisa separadamente os substantivos, os verbos / formas verbais e os adjetivos banalizados (terminologia própria do autor). Retomamos, aqui, somente as informações relativas aos substantivos e aos adjetivos, visto que os termos que foram objeto de nossa pesquisa enquadram-se na categoria *substantivos simples* ou *complexos*.

Quanto aos epônimos que Van Hoof denomina *banalizados*, na categoria substantivos, o autor (2001, p. 82-83) expõe as situações que ocorrem entre o inglês e o francês, por exemplo. São elas:

- 1) o inglês possui duas formas de epônimos banalizados para um único termo enquanto o francês só dispõe de uma forma, ou vice-versa;
- 2) o francês possui um epônimo banalizado enquanto no inglês o mesmo termo é designado por um epônimo mantido o nome próprio, ou vice-versa;
- 3) o francês recorre a epônimos banalizados diferentes do inglês;
- 4) o francês pode não ter epônimo banalizado nenhum como equivalente de um termo eponímico em inglês, ou, ao contrário, pode introduzir epônimos banalizados onde o inglês não possui, e vice-versa .

Nesse estudo, o autor verifica que, muitas vezes, a diferença entre as línguas se dá por diferenças de sufixos formadores de substantivos. Dentre os muitos exemplos dados por ele, podemos citar *leishmaniasis*, *leishmaniosis* em inglês que possuem somente uma forma em francês, que é *leishmaniose*. Em português, assim como em francês, somente o sufixo *-ose* é utilizado. Ou seja, duas línguas podem não ter as mesmas banalizações.

No que concerne aos adjetivos banalizados, os casos são bastante semelhantes. Van Hoof cita, acompanhadas de exemplos, as situações descritas abaixo (VAN HOOFF, 2001, p. 83-84):

- 1) uma língua pode apresentar duas formas diferentes de adjetivo eponímico banalizado enquanto a outra só apresenta uma forma;
- 2) pode ocorrer que um adjetivo eponímico banalizado tenha como equivalente na outra língua um substantivo banalizado;

¹⁹ « Par éponyme banalisé, il faut entendre tout terme substantivé (parkinsonism /parkinsonisme), verbalisé (to pasteurize / pasteuriser) ou adjectivé (parkinsonian /parkinsonien), par opposition à l'éponyme resté nom propre (Parkinson's syndrome/maladie de Parkinson). Ces noms communs, bien que relativement peu nombreux comparés à la pléthore des noms propres, peuvent poser problème au traducteur pour de multiples raisons. »

- 3) as terminações adjetivais podem diferir entre as línguas;
- 4) uma língua conserva o nome próprio e a outra o adjetiva.

Como sugestão a quem possa vir a trabalhar com equivalentes eponímicos, afirma que o trabalho terminológico para o estabelecimento dos mesmos somente é possível tendo por base uma documentação adequada e estando sempre em contato com a literatura médica nas duas línguas (VAN HOOFF, 2001, p.84-85).

Encontramos no artigo “Nociones de neología - La formación de derivados y compuestos a partir de nombres propios de personas”, de José Antonio Díaz Rojo (publicado na revista *Panacea*, v.2, n.5, 2001) os procedimentos morfológicos e sintáticos mais comuns para a formação de substantivos com base em nomes próprios. São eles: a derivação imprópria, a derivação própria e a composição. Quanto ao processo de formação dos termos eponímicos, o autor afirma ser a *composición* o mais produtivo.

Vejamos como ele explica o processo, nesse caso, na língua espanhola:

Por meio desse processo [composição] formam-se termos compostos em que um dos componentes é um nome próprio, e são denominados **epônimos**. A estrutura habitual costuma ser substantivo comum + de + nome próprio (*ligamento de Cooper*), embora também existam compostos em que o substantivo comum é formado por um substantivo e um adjetivo (*distrofia miotônica de Steinert*) ou em que a segunda parte é constituída de vários nomes próprios (*enfermedad de Gerstmann-Straussler-Scheinker*, ‘tipo de demência’).²⁰ (ROJO, 2001, p.29 – grifos do autor)

Observamos que as características de formação dos termos eponímicos do espanhol são semelhantes ao que ocorre no português; temos, em nosso idioma, *bainha de Huxley*, *prurigo nodular de Hyde* e *síndrome de Besnier-Boeck-Schaumann*, como exemplos dos mesmos casos citados pelo autor. Essas unidades terminológicas figuram no conjunto de termos eponímicos da Dermatologia estudados em nosso trabalho.

²⁰ “Por medio de este procedimiento se forman términos compuestos en que uno de los componentes es un nombre propio, y se denominan *epónimos*. La estructura habitual suele ser nombre común + de + nombre propio (*ligamento de Cooper*), aunque también existen compuestos en que el nombre común está formado por un nombre y un adjetivo (*distrofia miotónica de Steinert*) o en que la segunda parte consta de varios nombres propios (*enfermedad de Gerstmann-Straussler-Scheinker*, ‘tipo de demencia’).”

3.3. POSTURA DA MEDICINA E DA DERMATOLOGIA EM RELAÇÃO AOS EPÔNIMOS

Os termos eponímicos (baseados em ou derivados de nomes próprios) pululam nas terminologias científicas e são considerados, nas áreas médicas, problemáticos. Por acreditar-se que não são descritivos e não trazem em si características que possam ser atribuídas ao seu referente, são considerados obscuros quanto à definição de seu objeto. Por essa razão, os acadêmicos da área médica, as associações de anatomistas e todos os organismos normalizadores têm buscado a exclusão de epônimos da linguagem médica. A tendência atual, em todos os ramos da Medicina, é atualizar as terminologias, substituindo, sempre que possível, os termos eponímicos por termos que evidenciem características descritivas ou etiológicas, facilitando assim, a compreensão do conceito designado. Nesse sentido, o Prof. Dr. Liberato J.A. Di Dio afirma que:

Hoje, pelo menos a Terminologia Anatômica oficial, base da Terminologia Médica, é publicada em Latim, acompanhada não pela tradução inglesa, mas por termos “equivalentes” em inglês, como orientação para os que não sabem ou não se lembram do Latim. Apesar disso, não faz muito tempo, a linguagem da Anatomia, tanto em Latim quanto em outra língua, prestava-se a gerar confusão, devido ao uso de termos eponímicos [...] (DI DIO, 2000, p. 191).

[...] Para evitar confusões, a solução, proposta reiteradas vezes, só agora foi oficialmente aprovada e adotada pelas associações de anatomistas de todo o mundo: eliminar os epônimos, escolher um termo significativo para cada estrutura, simplificar, atualizar e uniformizar a terminologia (idem, ibidem, p. 192)

De acordo com os especialistas da área, a linguagem médica deve primar pela objetividade e clareza e os epônimos são considerados por muitos uma ameaça a esses princípios. Assim, Rojo afirma que:

A terminologia médica é uma das linguagens com maior quantidade desses termos [eponímicos]. Diversos cálculos estimam que o número de epônimos médicos oscile entre 3 e 6 mil. Com eles, são nomeadas doenças, técnicas, acidentes anatômicos, instrumentos, sinais, tratamentos, etc., e pretende-se reconhecer e recordar a contribuição científica de descobridores, primeiros descritores das doenças ou de partes do corpo humano, criadores de técnicas, etc. Os epônimos são menos descritivos que os termos técnicos

correspondentes e por isso geralmente não se costuma recomendar seu uso.
²¹ (ROJO, 2001, p.29 – grifos nossos)

Da mesma forma que esse autor, outros acreditam que o termo eponímico é dispensável e, mais que isso, deve ser eliminado da linguagem médica por não ser objetivo ou descritivo. No artigo *Terminologia anatômica utilizada em oftalmologia*, da autoria de dois médicos docentes, a saber, Fernando César Abib e Fernando Oréfice, verificamos as mesmas posturas:

Este artigo tem como objetivo informar à classe médica oftalmológica a existência da edição em língua portuguesa da Terminologia Anatômica Internacional cujo objetivo, em sua elaboração, foi tornar mais racional e objetivo o nome pelo qual se descrevem estruturas anatômicas humanas facilitando, assim, sua memorização e utilização. Com este objetivo, os epônimos, nomes próprios utilizados para compor nomes de estruturas anatômicas, foram eliminados da *Nomina Anatomica* em uso já há décadas. (ABIB; OREFICE, 2005 – grifos nossos)

Observamos, mais uma vez, tratar-se da Anatomia (nesse caso, oftalmológica). Embora haja uma grande preocupação nessa área com a uniformização da terminologia, a eliminação de termos eponímicos não se dá de forma abrupta ou impositiva; os usuários fazem suas escolhas pragmáticas e, talvez por isso, os termos eponímicos ainda resistam a essas orientações. Os autores reconhecem que “os epônimos, embora banidos da terminologia anatômica há dezenas de anos, continuam a ser usados pelos médicos em suas especialidades. A exclusão destes facilitará o uso do termo oficial, evitando-se maiores dificuldades” (ABIB; OREFICE, 2005 – grifo nosso). Entretanto, quanto às características da terminologia médica, J. Chevalier (1995, p. 7-8) ressalta, na introdução de sua obra *Précis de terminologie medicale*, que a linguagem médica é uma linguagem viva, isto é, está sempre se modificando, embora lentamente. Palavras “nascem” para designar novos conceitos e outras “morrem”, desaparecem ou são substituídas. Isso se dá pela dinâmica própria dos fatos de língua que

²¹ “La terminología médica es uno de los lenguajes con mayor cantidad de este tipo de términos. Diversos cálculos estiman que el número de epónimos médicos oscila entre 3000 y 6000. Con ellos se nombran enfermedades, técnicas, accidentes anatómicos, instrumentos, pruebas, tratamientos, etc., y se pretende reconocer y recordar la aportación científica de descubridores, primeros descriptores de enfermedades o de partes del cuerpo humano, creadores de técnicas, etc. Los epónimos son menos descriptivos que los correspondientes términos técnicos y, por ello, generalmente no suele recomendarse su uso”.

acompanham a evolução da Medicina e somente o uso pode consagrar a inclusão ou a exclusão de um termo. Assim também ocorre com os termos eponímicos.

Outro problema que ocorre envolvendo os termos eponímicos é a existência de vários epônimos para designar uma mesma estrutura ou doença. Na Introdução à *Nomenclatura Anatômica da Língua Portuguesa* (1977), Idel Becker declara:

O caos da nomenclatura anatômica foi crescendo como progresso das observações anatômicas. Idênticas estruturas, descobertas (ou supostamente descobertas) por diferentes anatomistas, davam origem a nomes diversos. (BECKER, 1977, p. 7)

O “caos” terminológico de que fala esse autor deve-se à variedade de designações existente para cada conceito. A cada novo detalhe de uma doença ou estrutura, descoberto por observadores posteriores, um novo termo é criado ou uma nova especificação é acrescida ao termo complexo (sintagmático). Dessa forma, explica-se o fenômeno da multiplicação dos termos eponímicos: cada descobridor quer associar seu nome à descoberta. Rojo (2001, p.29) traz como exemplo do “problema semântico da sinonímia” o caso bastante conhecido em espanhol de *enfermedad de Basedow*, *enfermedad de Graves*, *enfermedad de Graves-Basedow*, *enfermedad de Parry* ou *enfermedad de Flajani*, sendo estas variantes utilizadas para designar o mesmo conceito, que é o de *bocio exoftálmico hipertiroideo*.

Os termos médicos trazem em seus próprios constituintes (radicais, prefixos, sufixos) “pedaços” de significado, que, “somados”, levam, em boa parte das vezes, à definição do conceito designado pelo termo. Isso não ocorre com os termos eponímicos. Assim, citando exemplos da Anatomia, uma comissão criada em 1950 para decidir os princípios que norteariam a elaboração de uma nova *Nomina Anatomica*, decidiu, entre outros, que “i) cada estrutura deve ser designada tão só por um único nome, salvo pequeno número de exceções; ii) os nomes próprios [epônimos] não devem ser usados” (BECKER, 1977, p. 8-9). A instrução era clara quanto ao uso de epônimos. Apesar disso, esses ainda continuam a existir e são bastante utilizados, especialmente na prática, e, em alguns casos, até mais do que seus quase-sinônimos ditos científicos.

Na Introdução de seu livro, Geraldo José Medeiros Fernandes faz uma explanação a respeito do uso de epônimos em Anatomia. Explica que:

Uma das mais marcantes tendências nas tentativas de efetuar-se uma uniformização da Nomenclatura Anatômica (em latim, *Nomina Anatomica*)

foi dirigida à supressão da terminologia por epônimos. Comitês e sociedades anatômicas, em todo o mundo, estimularam a completa supressão dos epônimos. Atualmente, a Anatomia Humana está perdendo suas tradições históricas. (FERNANDES, 1999, p. 7)

Vemos que esse professor de Anatomia vê na exclusão dos epônimos uma perda, especialmente das raízes históricas de cada termo. Assim como ele, outros médicos e especialistas pensam ser desnecessária essa exclusão.

A nova *Nomina Anatomica – Terminologia Anatômica Internacional* (produzida pela FCAT – *Federative Committee on Anatomical Terminology*), publicada em 2001 (no Brasil), traz os termos anatômicos oficiais a serem utilizados em língua portuguesa. Nessa edição, os termos eponímicos foram totalmente excluídos da nomenclatura, porém a publicação conta com uma lista, ao final da obra, dessas unidades terminológicas e, ao lado, os termos oficiais a serem utilizados. Essa foi uma decisão da CTA (Comissão de Terminologia Anatômica), em consenso, depois de inúmeras reuniões. Na Apresentação da Edição Brasileira da Terminologia Anatômica essa questão é explicada da seguinte forma:

Apresentamos no fim desta publicação uma lista dos epônimos que, embora banidos da terminologia anatômica há dezenas de anos, continuam a ser usados pelos clínicos, apesar dos esforços da maioria dos anatomistas. Isto facilitará o uso do termo oficial evitando-se o epônimo. (SBA, 2001, p. 6)

Observamos que, em Medicina, e em particular na Anatomia, existe uma grande preocupação no que concerne à orientação para o não-uso de termos eponímicos.

Em Dermatologia, nos tratados que compuseram o *cópus* de nossa pesquisa, não encontramos nenhuma reflexão específica e direta a esse respeito. Sequer o termo “epônimo” é registrado como tal nesses livros. Entretanto, o levantamento que fizemos da terminologia da Dermatologia com base nessas obras encontrou inúmeras designações que continham epônimos. O *Textbook of Dermatology* (1986), um dos mais renomados tratados de Dermatologia, escrito em inglês, não dedica nenhum capítulo sequer ao assunto, porém, em algumas das partes em que descreve as dermatoses, menciona os problemas ocasionados por termos eponímicos. É o que observamos na definição abaixo:

EPIDERMÓLISE BOLHOSA

A epidermólise bolhosa (EB) constitui um grupo de distúrbios geneticamente determinados caracterizados por formação de bolhas na pele

e mucosas – principalmente na boca e no esôfago. [...] O termo descritivo “epidermólise” é ilógico, já que as formas distróficas têm “dermólise” com o tecido epitelial normal. Entretanto, apesar dessas objeções, o termo “epidermólise bolhosa” está atualmente tão bem estabelecido na literatura que ainda é o mais amplamente utilizado. A classificação desse grupo complexo e heterogêneo de síndromes é difícil e não é auxiliada pela grande variedade de nomes e epônimos aplicados a cada síndrome. ²² (ROOK *et al.*, 1986, p. 1620-1621 – grifos nossos)

Assim, sabemos que, muitas vezes, para cada síndrome mais de um epônimo é utilizado. Essa variedade terminológica poderia causar confusões em situações reais de uso, quando um dos interlocutores desconhece todas as possibilidades de designação. Outro exemplo é o que vemos a seguir: “A classificação da sarcoidose cutânea tem sido distorcida por epônimos que não são mais apropriados e uma classificação morfológica mais simples deveria ser adotada. ²³ (ROOK *et al.*, 1986, p. 1769– grifos nossos). Como podemos notar, os termos eponímicos não são bem vistos em Dermatologia, que deve sempre utilizar uma “classificação morfológica mais simples”, ou seja, baseada nos formantes e afixos de origem grega e latina, como reza a Medicina.

Na *Nomenclatura Dermatológica* de Francisco Eduardo Rabello (1974), podemos constatar, entretanto, uma posição menos rígida com respeito a esses termos. Já no *Prefácio* da obra, escrito por J. de Aguiar Pupo (1973, p. 5-6), podemos ler a seguinte explicação sobre os verbetes da *Nomenclatura Dermatológica*:

A cada um dos textos são adjudicadas subdivisões clínicas de tipo evolutivo, seguidos de subsídios conceptuais de natureza doutrinária, altamente instrutivos que enaltecem a cultura e a ética intelectual do Autor: a precisão dos conceitos, a riqueza de citações autorais e o respeito pelos epônimos dos grandes mestres, precioso acervo sobre o qual edificou-se a Dermatologia, são sumariados com seguro critério didático. (PUPO, 1974, p. 5 – grifo nosso)

²² “EPIDERMOLYSIS BULLOSA - Epidermolysis bullosa (EB) comprises a group of genetically determined disorders characterized by blistering of the skin and mucosae — especially the mouth and oesophagus. [...] The descriptive term ‘epidermolysis’ is illogical since the dystrophic forms have ‘dermolysis’ with normal epithelium. However, in spite of these objections the term ‘epidermolysis bullosa’ is now so well established in the literature that it is still the most widely used term. Classification of this complex and heterogeneous group of syndromes is difficult, and is not helped by the large variety of names and eponyms applied to each syndrome”.

²³ “The classification of cutaneous sarcoidosis has been distorted by eponyms that are no longer appropriate, and a simpler morphological classification should be adopted.”

Notamos, então, que, segundo esse autor, os epônimos remetem aos grandes mestres da Dermatologia e, por isso, devem ser respeitados; elogia a cultura e a ética intelectual de Rabello justamente por conhecer e tratar esses termos de maneira criteriosa.

Mesmo considerando os epônimos em sua proposta de *Nomenclatura Dermatológica*, Pupo ressalta que as regras gerais utilizadas no trabalho de F. E. Rabello estão:

[...] em consonância às sugestões do ‘Comitê de Nomenclatura’ do Congresso Internacional de Dermatologia (Budapeste, 1935) mantendo o critério das Comissões de Nomenclatura, aprovados pelo I Congresso do Colégio Ibero-Latino e Americano de Dermatologia e XXVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia, reunidos no Rio de Janeiro (1951 e 1965). (PUPO, 1973, p. 6)

Assim, na primeira parte de sua obra, em que descreve as regras que nortearam seu trabalho, Rabello retoma as regras gerais sugeridas pelo Comitê de Nomenclatura do Congresso de Budapeste (1935), acrescentando, porém, “ligeiras e necessárias modificações” (RABELLO, 1974, p. 13). Sendo a eponímia o fenômeno que nos interessa, citamos aqui somente a regra que diz respeito a esse aspecto:

4.0. Epônimos devem ser evitados quanto possível; nomes de autores podem entretanto ser conservados, *quando não existir melhor designação* (máxime quando a etiologia não for exatamente conhecida); então alguns epônimos podem ser mantidos, como nos exemplos – Morbus Darier, Morbus Kaposi (com o abandono de cerca de 38 sinônimos), Morbus Raynaud, Syndroma Ehlers-Danlos, Syndroma Reiter.

- *provisoriamente parece imprescindível a adoção de um número relativamente grande de designações eponímicas, sendo suficiente lembrar que mesmo a ‘Standard Nomenclature’ (ed. 1952) não dispensou alguns epônimos, tais como Erythroplasia Queyrat, Fox-Fordyce disease, Hodgkin’s disease of the skin, multiple hemorrhagic hemangioma of Kaposi.* (RABELLO, 1974, p. 15)

Como podemos observar, Rabello aceita a adoção de certo número de epônimos, especialmente quando não existe uma designação melhor, para descrever a etiologia do objeto designado. Dessa forma, alguns nomes de autores, cientistas e pacientes ainda figuram entre os termos da *Nomenclatura Dermatológica*.

A postura da Dermatologia com relação aos termos eponímicos é a mesma da Medicina em geral: orienta à não criação e à não utilização deles. Contudo, percebemos que, em vários casos, abre-se uma exceção, visto a importância histórica que essas designações

possuem. Os argumentos que embasam tanto posição a favor quanto contra os epônimos são muitos e variam, isto é, médicos e especialistas em linguagem médica divergem quanto ao uso desses termos e apresentam justificativas bastante interessantes. Embora existam muitos argumentos a favor dessa utilização na literatura que consultamos, as opiniões contrárias são também numerosas e relevantes.

Em seu livro *Manual práctico de traducción*, Van Hoof afirma que “o problema da eponímia representa um aspecto particular e característico da tradução médica” ²⁴ (VAN HOOFF, 1999, p. 212). Afirmar ser um problema bastante complexo por dois motivos: “primeiro porque os termos eponímicos são muitos e, segundo, porque sua adoção em uma língua não segue regras fixas” ²⁵ (p. 212). Não emite opinião sobre a problemática, embora deixe claro que os epônimos podem gerar grandes confusões terminológicas.

Vânia Belintani Piatto *et al.* (2000) analisam os epônimos e discutem a inadequação do emprego desses termos na comunicação médica. Os autores destacam que o conhecimento da motivação exata de termos eponímicos se restringe a poucos. Embora esses autores tratem mais especificamente dos termos da Anatomia, suas conclusões generalizam os casos que podem ocorrer em toda a terminologia médica. Afirmam que “o uso de epônimos, na terminologia médica e anatômica, não deve ser realizado. As discrepâncias e confusões secundárias à utilização dos epônimos reforçam a aplicação da Terminologia Anatômica vigente nas escolas médicas” (PIATTO *et al.*, 2000, p. 186 – grifos nossos).

Liberato J.A. Di Dio afirma, em seu artigo sobre o lançamento oficial da Terminologia Anatômica, que “[...] a linguagem da Anatomia, tanto em latim quanto em outra língua, prestava-se a gerar confusão, devido ao uso de termos eponímicos” (DI DIO, 2000, p. 191). Como se vê, mais uma vez os epônimos são associados à ideia de confusão terminológica. A solução proposta por Di Dio assemelha-se a outras que encontramos na literatura sobre o assunto, ou seja, a substituição desses termos por outros mais descritivos. Apesar de tudo, o autor reconhece o valor dos termos eponímicos ao afirmar que “naturalmente, a importância dos termos eponímicos continua a ser fundamental para a história da Medicina e para estudiosos e pesquisadores de seus problemas e projetos, publicados ou em publicação” (p. 192).

Encontramos em um site que retrata a cultura judaica (Morashá.com) o texto de um médico que coloca uma questão interessante, que se relaciona ao epônimo que será utilizado

²⁴ “El problema de la eponimia representa un aspecto particular y característico de la traducción médica.”

²⁵ “[...] en primer lugar porque son muy numerosos y, en segundo lugar, porque su adopción en una lengua no sigue reglas fijas.”

em um termo eponímico: a do lado ético e moral. De acordo com o Dr. Morton Scheinberg (*Médico Clínico e Pesquisador em Reumatologia e Imunologia*), “um dos mais nobres reconhecimentos na vida de um pesquisador médico é quando uma doença ou um microorganismo, ou mesmo uma área anatômica recebem o seu nome”. Entretanto, ele cita o exemplo do termo *Doença ou Síndrome de Reiter*, que levanta discussões e questionamentos por conter o epônimo referente a um “médico alemão [Hans Reiter]”:

O caso em questão envolve a doença de origem ainda desconhecida que causa artrite, conjuntivite e alterações dermatológicas, conhecida como *Síndrome de Reiter*. Trata-se de um médico alemão que descreveu este conjunto de sintomas em um hospital militar alemão, em 1916. A denominação “doença de Reiter” passou a ser utilizada na literatura médica inglesa no início da década de 1940. Naquela altura, Reiter já havia se tornado um adepto de Hitler. Recentemente, detalhes da carreira de Hans Conrad Reiter deixaram bem claro que ele esteve intensamente envolvido nas atrocidades nazistas, em uma dimensão bem maior do que se imaginava. (SCHEINBERG, 2001)

Assim, alguns médicos, cientes dessa situação, têm tentado mudar essa terminologia, sugerindo que o termo *síndrome de Reiter* seja substituído por *síndrome da artrite reativa*. O Dr. Morton Scheinberg finaliza seu artigo dando a seguinte opinião sobre casos do mesmo tipo:

Acho que a prática secular de homenagear descobertas com epônimos deve continuar, sendo justificável quando uma descoberta original causa impacto, modifica o curso de doenças, introduz novos recursos de identificação de problemas médicos e outros. No entanto, não pode haver dicotomia entre o lado ético e moral e o reconhecimento profissional. (SCHEINBERG, 2001)

Mesmo em Terminologia, encontramos algumas referências aos termos eponímicos e aos problemas que podem trazer. De acordo com Ieda Maria Alves, esse tipo de termo pode ser visto como obstáculo à comunicação especializada, mesmo quando incluído em um sintagma terminológico:

Os termos sintagmáticos, cujo significado é transparente na maioria das formações, são algumas vezes formados com nomes próprios. São, então, denominados epônimos [por nós chamados *termos eponímicos*] e, diferentemente de outras formações sintagmáticas, apresentam um significado opaco. O termo *gânglio de Rotter* (medicina mastológica) revela esse tipo de formação. (ALVES, p.33, 2006)

Observamos que a autora faz aqui uma crítica a essa terminologia, atribuindo a ela o caráter de opaca, ou seja, não informativa quanto ao conceito que designa. Entretanto, como veremos adiante, essa questão da opacidade dos termos eponímicos pode ser relativa.

Embora muitos médicos, estudiosos e principalmente anatomistas critiquem, de forma constante, a utilização dos termos eponímicos, existem também aqueles que a defendem. V.A. McKusick (1998, p. 1-2) enumera algumas das razões pelas quais acredita que os termos eponímicos sejam mais apropriados ou vantajosos. Primeiramente, afirma que os epônimos (utilizamos aqui este termo para estar de acordo com a terminologia utilizada por esse autor) são mais vantajosos do que nomes de doenças com base em uma só manifestação da mesma, porque pode ocorrer que essa característica escolhida para figurar na designação do termo não esteja presente em todos os casos da doença. Outra razão para o emprego do epônimo é livrar-se de termos que são incômodos, cacofônicos ou trava-línguas. Além disso, os epônimos substituem designações que podem ser ofensivas aos pacientes ou às suas famílias.

V. Wright (1991), em um artigo publicado no *British Medical Journal*, defende a utilização de epônimos na terminologia médica por uma série de argumentos favoráveis. Dentre eles, consideramos como principais: a) o termo eponímico pode esconder aspectos constrangedores de uma doença (por exemplo, o termo *mal de Hansen* é bem menos constrangedor do que *lepra*); b) o termo eponímico pode evitar designações que sugiram preconceito racial; c) credita a origem de um novo conhecimento, sendo que essa é a razão usual pela qual este é utilizado; d) permite argumentar sobre a procedência de um termo, já que, geralmente, o epônimo atribuído refere-se ao descobridor da doença; e) evita situações embaraçosas, como utilizar um termo descritivo tido como correto e definitivo que, posteriormente, com novas descobertas patológicas, verifica-se ser não adequado, ou até mesmo incorreto.

Após explicar e exemplificar essas razões, Wright conclui:

Os puristas podem evitar os **epônimos**, mas os médicos profissionais apreciam seu valor. Aqueles que os usam não precisam ter nenhum complexo de culpa, mas sim um brilho íntegro. Por razões boas, ruins e indiferentes, os **epônimos** continuarão a ser usados e realmente devem ser. Os clínicos, portanto, deveriam ser cuidadosos na descrição de novas

síndromes – seus nomes podem ser ligados ao sintoma complexo e assim poderão ser lembrados pela posteridade.²⁶ (WRIGHT, 1991, p. 1600-3)

Uma postura interessante é a de Geraldo José Medeiros Fernandes (1999, p. 10-12), que apresenta em sua obra tanto argumentos a favor quanto contra o uso de termos eponímicos. No que concerne aos aspectos negativos, considera que a terminologia eponímica tem como consequência certa imprecisão científica, já que, em alguns casos, estudos posteriores demonstram que os objetos designados tinham, na realidade, uma natureza diferente da que lhe foi atribuída inicialmente e, assim, seria justo homenagear também os cientistas que deram maior consistência à descrição da patologia. No entanto, afirma que esses “erros” não diminuem a importância desses cientistas ou médicos pioneiros. Um segundo fator negativo seriam as injustiças históricas que ocorrem, quando se nomeia alguma estrutura ou doença não com o nome do descobridor, mas com o de algum observador posterior. Além disso, uma única estrutura, lesão ou doença pode ser designada por vários epônimos diferentes, gerando problemas para a terminologia médica. Isso se deve, em alguns casos, ao fato de que essas entidades podem ser descobertas quase que simultaneamente por cientistas de diferentes nacionalidades; felizmente, os exemplos desse caso não são tão numerosos.

Quanto aos fatores positivos que sugerem a utilização de epônimos, Fernandes cita a tradição histórica. Segundo o autor, por volta do século XVI, os estudiosos e intelectuais se interessavam em conhecer descobertas e trabalhos realizados em outros países; isso era facilitado pela linguagem erudita comum (o latim), que propiciava acesso fácil ao aprendizado universitário. Assim, a nomeação através de epônimos auxiliava esses intelectuais a “reconhecer a origem dos fenômenos com os quais estavam lidando” (FERNANDES, 1999, p. 9). Uma segunda razão colocada por esse especialista é a influência de outras ciências,

[...] que utilizam os epônimos universalmente e sempre enfatizam a facilidade e inocuidade desta terminologia, parecendo estarem plenamente satisfeitas com este tipo de designação. Além, é claro, do fato de homenagearem determinado cientista, meritariamente ou não, resgatando parte da história. (FERNANDES, 1999, p. 9)

²⁶ “Purists may shun *eponyms*, but practical doctors appreciate their value. Those who use them need to have no guilt complex, but rather a self righteous glow. For good, bad and indifferent reasons *eponyms* will continue to be used and indeed should be. Clinicians, therefore, should be diligent in describing carefully new syndromes - their name may become attached to the symptom complex and thus they may be remembered by posterity.”

Sendo ele professor, finaliza com o argumento de que a utilização de termos eponímicos desperta nos estudantes certa curiosidade, uma vez que, vendo exaustivamente o mesmo nome desconhecido em estruturas ou doenças, busca compreender o lado histórico do termo. Quanto ao resgate desse aspecto da Terminologia, Fernandes afirma que:

Não se deve prescindir do estudo dos fatos históricos de uma ciência, pois toda a sua evolução está sedimentada na progressão de eventos sócio-culturais que culminaram nas descobertas e invenções específicas de cada uma delas. (idem, ibidem, p. 10)

Apesar de ter exposto os dois lados da questão, o autor toma uma posição ao final de suas explicações. Afirma que, como professor, segue a *Nomina Anatomica* e é esta a nomenclatura que ensina aos seus alunos. Porém, diz que ainda é influenciado pelo que lhe foi ensinado, ou seja, uma terminologia anatômica eponímica.

É necessário ressaltar que excluir os termos eponímicos da linguagem médica é uma proposta da Medicina; enquanto linguista, nossa posição pessoal é a de que a existência desses termos constitui uma riqueza. A Terminologia Descritiva visa registrar todos os termos e seus sinônimos nos seus mais variados usos dentro de uma área de especialidade. Não cabe a nós, terminólogos, a prescrição ou normalização de termos; esta é tarefa dos órgãos normalizadores ou das comissões e comitês científicos que têm essa função. Nosso trabalho é reconhecer as várias possibilidades de designação de um conceito, em uma língua de especialidade, reconhecendo que a variação linguística é algo benéfico à Terminologia.

Uma questão que colocamos aqui é o que aconteceria com os termos eponímicos banalizados ou derivados, se a exclusão dos epônimos fosse verdadeiramente realizada. Termos como *merkeloma* teriam de ser também excluídos. Ao propor essa eliminação radical de todos os epônimos da linguagem médica, os especialistas se esquecem de termos banalizados. Enquanto nome próprio, o epônimo pode ser excluído, porém o conceito permanece nos termos derivados (ou seja, tenha o nome que tiver, o *merkeloma* continuará sendo o “tumor das células de Merkel”). Esse é um impasse que perpassa a questão da exclusão dos epônimos, embora os médicos ainda não tenham atentado para ele. A problemática é mais profunda e a reflexão sobre ela deveria preocupar as discussões em Medicina.

A riqueza vocabular do domínio da Dermatologia e as peculiaridades de cada um dos termos foi o que tornou nosso trabalho mais interessante e prazeroso. Além disso, observar

esses termos em comunicação efetiva mostrou-se intrigante e desafiante, no sentido de tentar entender as razões pelas quais são tão utilizados.

4. O TERMO EPONÍMICO: UM TIPO DE VARIANTE TERMINOLÓGICA

O estudo dos termos eponímicos do domínio da Dermatologia que realizamos permitiu-nos constatar a coexistência, no discurso dessa área médica, de termos compostos, em parte, por nomes próprios (termos eponímicos) e termos que designam os mesmos conceitos que esses, mas que se estruturam com base em radicais e afixos de origem grega e latina. Verifica-se, assim, a existência de variantes terminológicas que mantêm, entre si, uma relação sinonímica, ou melhor, quase-sinonímica (ou parassinonímica).

Não é objeto de estudo desta pesquisa proceder a investigações mais aprofundadas sobre os tipos de variantes terminológicas encontradas no domínio da Dermatologia, porém acreditamos ser necessário expor as bases teóricas que dão sustentação ao uso que fazemos neste trabalho do termo *variante*.

Por seu caráter de variante, os termos eponímicos puderam ser estudados em nosso trabalho sob o aspecto de uso em comunicação oral com o auxílio da metodologia de análise sociolinguística. Por esse motivo, expomos, neste capítulo e seus subcapítulos, os principais conceitos e princípios metodológicos da Sociolinguística e da Socioterminologia, os quais alicerçam nossa investigação.

4.1. SOCIOLINGUÍSTICA

A Sociolinguística, de modo geral, trata das relações entre língua e sociedade, levando em consideração a língua e seus determinantes sociais e culturais. Essa corrente teórica leva em conta o contexto da produção linguística, isto é, o meio social no qual essa produção se insere. Para a Sociolinguística, não se deve basear os estudos em um falante ideal, mas em uma comunidade de fala e suas características. Assim, entendemos, juntamente com Maria Cecília Mollica (2004), que

A Sociolinguística é uma das subáreas da Linguística que estuda a língua em uso no seio das comunidades de fala, voltando a atenção para um tipo de investigação que correlaciona aspectos linguísticos e sociais. Esta disciplina se faz presente num espaço interdisciplinar, na fronteira entre língua e sociedade, focalizando precipuamente os empregos linguísticos concretos, em especial, os de caráter heterogêneo. (MOLLICA, 2004, p.9)

Observa-se, então, que a heterogeneidade é especialmente focalizada nos estudos dessa disciplina, considerando-se que essa heterogeneidade se deve a aspectos sociais que influenciam diretamente o uso da linguagem. Nesse sentido, Roberto Gomes Camacho (2001, p.50) explica que, na Sociolinguística, “o exame da linguagem no contexto social é tão importante para a solução de problemas próprios da teoria da linguagem, que a relação entre língua e sociedade é encarada como indispensável, não mero recurso interdisciplinar”.

Em toda comunidade de fala, percebemos a presença de grupos sociais distintos que utilizam a língua de maneira também distinta. Daí a necessidade de investigarmos cientificamente como os aspectos sociais podem influenciar o comportamento linguístico desses grupos. Para a Sociolinguística, o fato linguístico só pode ser estudado e analisado se levadas em conta as influências sobre ele dos fatores extralinguísticos e sociais. Assim:

O estudo do uso da linguagem em relação aos contextos sociais tem como objetivo descobrir quais são as normas linguísticas de uma comunidade, reveladas pelas variações estilísticas que forem observadas desde o ambiente mais informal até o mais formal. Tudo indica que os falantes possuem um repertório que pode variar dependendo de onde se encontram e com quem falam. (MACEDO, 2004, p.59)

Vemos, com Macedo, um pressuposto muito interessante e que retomaremos mais adiante, ao tratarmos da Socioterminologia, a saber: os falantes dominam diferentes variantes e as utilizam de acordo com critérios e necessidades pragmáticas. Fatores como o ambiente ou o interlocutor podem influenciar diretamente suas escolhas linguísticas. Nesse sentido, de acordo com essa mesma autora, devido à “dependência do contexto para a interpretação semântica dos enunciados [...] a Sociolinguística não deveria ser desvinculada da pragmática” (MACEDO, 2004, p.66).

De acordo com Cabré (1996), pode-se “interpretar a expressão *variação linguística* como ‘a língua pode mudar’, isto é, ‘oferecer variações, variar’”²⁷. Esse fenômeno, responsável pela heterogeneidade linguística, é tido como inerente a toda e qualquer língua natural e, de acordo com a Sociolinguística, é passível de estudo, análise e sistematização. Camacho (2001, p.57) afirma também que “a despeito de diferenças de enfoque, todo linguista indiscriminadamente concorda com o princípio de que nenhuma língua natural

²⁷ “[...] interpretar la expresión *variación lingüística* como “el lenguaje puede cambiar”, es decir, “ofrecer variaciones, variar”.

humana é um sistema em si mesmo homogêneo e invariável”. Dessa forma, observa-se que a variação linguística ocorre quando uma língua sofre mudanças devidas ao tempo, ao espaço geográfico, ao contexto social ou ao contexto de uso. É consequência do fato de que a língua pode tentar adequar-se, no tempo ou no espaço, para satisfazer necessidades de expressão e de comunicação, individual ou coletiva, de seus falantes.

Cabré (1996), ao discutir as variações que mais comumente ocorrem na linguagem, resume-as em três tipos gerais:

- a) a variação entre línguas, que inclui a análise da tipologia linguística;
- b) a variação em uma mesma língua, basicamente as mudanças históricas, que se traduzem no tema da evolução das línguas, incluindo-se o aparecimento e o desaparecimento de línguas vivas;
- c) a variação de grupo ou individual dentro de uma mesma comunidade linguística fundamentalmente ligada às características dos falantes ou às situações de comunicação.²⁸

Assim, podemos falar em variação intralínguas (variantes nacionais de uma mesma língua), variação histórica e variação sociolinguística. A variação também se manifesta em todos os níveis da língua (fonológico, morfológico, sintático e léxico, entre outros) e, portanto, podemos falar em variação fonológica, morfológica, sintática e lexical.

Dentre essas, a variação lexical – no léxico geral ou especializado - é mais facilmente observada. Ela ocorre quando para determinado conceito existem várias formas designativas. Embora muitas vezes exista um termo preferencial ou privilegiado, as demais variantes existem por necessidades pragmáticas e são alvo de pesquisas sociolinguísticas.

4.2. SOCIOTERMINOLOGIA

Nos primórdios da Terminologia enquanto campo de estudos, Eugen Wuster (1930) pregava a univocidade dos termos técnicos e científicos, não admitindo que eles

²⁸ “Las variantes que en términos generales ofrece más explícitamente el lenguaje pueden resumirse en tres:

- a) la variación entre lenguas, que incluye el análisis de la tipología lingüística;
- b) la variación en una misma lengua, básicamente los cambios históricos, que se traducen en el tema de la evolución de las lenguas, incluidas la aparición y desaparición de lenguas vivas;
- c) la variación grupal o individual dentro de una misma comunidad lingüística, fundamentalmente ligada o bien a las características de los hablantes o a las situaciones de comunicación.”

estabelecessem relações sinonímicas, polissêmicas ou outras entre si. A variação era negada. Mas já em 1997, Ieda Maria Alves afirmava:

A prática terminológica, no entanto, tem levado os terminólogos, sobretudo os de formação linguística, a não mais aceitarem essa posição rígida do pesquisador austríaco e dos seguidores da Escola de Viena. Um mesmo conceito pode ser expresso por termos que apresentam variações não apenas morfológicas ou gráficas, mas também regionais e socioprofissionais. Assim, a Terminologia torna-se, na verdade, uma **Socioterminologia**, termo que marca a relação que a Terminologia estabelece com a Sociolinguística. (ALVES, 1997, p.5)

De maneira geral, pode-se dizer que uma das principais diferenças entre a Sociolinguística e a Socioterminologia é o nível de atualização linguístico do objeto de estudo dessas áreas do saber. Ou melhor, a primeira trata da variação linguística no âmbito (nível) da língua geral, observando as relações entre a língua e a sociedade como um todo; a segunda observa o mesmo fenômeno, mas no âmbito das línguas de especialidade (no nível das normas dos discursos técnico-científicos).

O principal conceito da Sociolinguística do qual a Socioterminologia se serve é o da *variação linguística*, definido anteriormente. Nos domínios de especialidade, estuda-se, então, a variação terminológica, conforme explica Enilde Faulstich:

Socioterminologia, como disciplina descritiva, estuda o termo sob a perspectiva linguística na interação social. Assim sendo, a pesquisa socioterminológica deve ter como auxiliar:

- 1) os princípios da sociolinguística, tais como os critérios de variação linguística dos termos no meio social e a perspectiva de mudança;
- 2) os princípios de etnografia: as comunicações entre membros da sociedade capazes de gerar conceitos interacionais de um mesmo termo ou de gerar termos diferentes para um mesmo conceito. (FAULSTICH, 1995)

A Socioterminologia aceita a ideia de existência da variação lexical nos domínios de especialidade e admite que os termos de uma área do saber mantenham entre si relações de significação, tais como polissemia, homonímia, sinonímia e outros. A Socioterminologia estuda esses aspectos e analisa com o mesmo interesse as diferentes unidades terminológicas que designam um mesmo conceito; preocupa-se, então, em identificar, descrever e categorizar essas variantes de acordo com critérios específicos, verificando se a variação está ligada a

fatores relacionados ao espaço, ao tempo, à situação comunicativa, nível de língua ou frequência de uso, dependendo da pesquisa que se pretende realizar.

De acordo com Aubert,

Uma adequada compreensão das linguagens de especialidade somente se pode dar a partir do entendimento de que os termos não existem em isolamento, nem derivam sua existência apenas de um arcabouço lógico-conceptual, mas se manifestam, circulam e exercem sua função em situação, em uso efetivo. (AUBERT, 1996, p.14)

Com o advento da Socioterminologia, o fazer terminológico tomou outros rumos. As situações de uso dos termos são, desde então, observadas, analisadas e descritas. A variação terminológica é vista como natural, inerente às línguas de especialidade, assim como a variação linguística o é nas línguas naturais.

4.3. A SOCIOTERMINOLOGIA E A VARIAÇÃO TERMINOLÓGICA

A TGT foi um grande marco para a Terminologia; entretanto, esse modelo teórico chocava-se com os resultados práticos da Terminologia Descritiva e evidenciava-se como algo distante da realidade das línguas de especialidade.

Desse modo, muitos linguistas, terminólogos e especialistas da linguagem passaram a criticar esse modelo e a sugerir que um estudo terminológico devesse levar em conta a variação linguística e os aspectos sociais da linguagem, ou seja, os estudos terminológicos deveriam se basear em “uma teoria que atenda ao fato de que toda língua é um fenômeno social e cultural, submetido à influência de fatores como a visão de mundo, o contexto social ou a ideologia política e científica”²⁹ (ROJO, 2001, p. 44).

Os princípios que mais tarde deram origem ao que se chamou Socioterminologia surgiram nos anos 80, com Jean-Claude Boulanger. Porém, a primeira manifestação significativa deu-se em 1986, por parte de Yves Gambier, em um colóquio realizado em Paris (SANTOS BORBUJO, 2001, p. 661). Enquanto teoria, formalizou-se com François Gaudin, em 1993, quando este publicou sua tese de Doutorado *Pour une Socioterminologie – des problèmes sémantiques aux pratiques institutionnelles*, em forma de livro, pela Editora da Universidade de Rouen. Nesse trabalho, o autor faz críticas à política normalizadora que

²⁹ “una teoría que atienda al hecho de que toda lengua es un fenómeno social y cultural, sometido a la influencia de factores como la visión del mundo, el contexto social o la ideología política y científica”

vinha sendo empregada internacionalmente no tratamento das terminologias e procura “mostrar como, no mesmo movimento que conduziu a Linguística Estrutural à Sociolinguística, uma *Socioterminologia* pode levar em conta o funcionamento real da linguagem e restituir toda sua dimensão social às práticas linguísticas consideradas”³⁰ (GAUDIN, 1993, p.16). Propõe, então, “uma visão ampliada da terminologia com base em uma pesquisa fundamental mais diversificada e, por esse fato, interdisciplinar”³¹ (idem, ibidem, p.16). Essa Socioterminologia deveria ir além dos limites da terminologia escrita e normativa; uma Socioterminologia que possibilitasse o estudo dos léxicos especializados efetivamente utilizados na comunicação entre profissionais de um domínio (seja ele científico ou técnico). Gaudin(1993) afirma que a prática terminológica não pode ser dissociada do conhecimento da área de atuação em que ela acontece. Assim, a socioterminologia pode ser entendida como uma disciplina científica que considera e estuda os termos no âmbito das “práticas linguísticas e sociais concretas dos homens que as empregam”³² (GAUDIN, 1993, p.216).

Nas palavras de Rojo (2001, p. 44), percebe-se a inquietação e o descontentamento generalizado pelos quais passavam os terminólogos e linguistas com relação à teoria normalizadora de Wuster. A realidade da prática terminológica era outra. Nesse sentido, Rojo afirmou na época (2001):

[...] é imprescindível começar a reconhecer que a diversidade terminológica nas linguagens científicas e técnicas é um fato natural, no sentido de que é um fenômeno *intrínseco* de toda língua e de todo setor da linguagem.[...] Dependendo, então, das condições de cada contexto de comunicação – situação interna e externa da língua, finalidade do trabalho terminológico, destinatários, área temática, nível de especialização, âmbito social, etc. – convirá aplicar uma ou outra forma de atuação terminológica. ³³ (ROJO, 2001, p. 44)

³⁰ « [...] montrer comment, dans le même mouvement qui a conduit de la linguistique structurale à la sociolinguistique, une *socioterminologie* peut prendre en compte le réel du fonctionnement du langage et restituer toute leur dimension sociale aux pratiques langagières concernées. »

³¹ « une vision élargie de la terminologie sur la base d’une recherche fondamentale plus diversifiée et, de ce fait, interdisciplinaire .»

³² “[...] au sein des pratiques langagières et sociales concrètes des hommes qui les emploient. »

³³ “[...] es imprescindible comenzar por reconocer que la diversidad terminológica en los lenguajes científicos y técnicos es un hecho natural, en el sentido de que es un fenómeno *intrínseco* de toda lengua y de todo sector del lenguaje.[...] Dependiendo, pues, de las condiciones de cada contexto de comunicación –situación interna y externa de la lengua, finalidad del trabajo terminológico, destinatarios, área temática, nivel de especialización, ámbito social, etc.–, convendrá aplicar una u otra forma de actuación terminológica.”

Assim, essa nova corrente teórica tem como um dos principais conceitos que a sustentam o de variação linguística:

O princípio subjacente da pesquisa socioterminológica é o registro de variante(s) que leva em conta os contextos social, situacional, espacial e linguístico em que os termos circulam; não abandona também a frequência de uso, se for este o método escolhido pelo especialista. (FAULSTICH, 1995)

Dessa forma, a Socioterminologia propõe uma análise *in vivo* das línguas de especialidade, privilegiando os aspectos sociais das mesmas e levando em consideração o uso real dos termos. Opõe-se, visivelmente, à TGT, uma vez que passa a reconhecer a existência e a utilidade da variação linguística mesmo em discursos especializados.

Assim, a Socioterminologia nasce para preencher lacunas deixadas pelos estudos normalizadores da escola de Viena; passa a ter como objeto de estudo o comportamento pragmático e variacionista das terminologias. Como já visto anteriormente, esses estudos linguísticos com ênfase no aspecto social influenciaram os estudos terminológicos de forma intensa e fizeram com que outros pesquisadores começassem a refletir sobre o fazer terminológico. Uma das maiores contribuições da Socioterminologia foi, então, o impulso dado para a instauração de um novo paradigma, alternativo à TGT, que foi a TCT, sobre a qual discorreremos anteriormente.

Enilde Faulstich, em 1995, no artigo intitulado “Socioterminologia: mais que um método de pesquisa, uma disciplina”, comenta as bases dessa nova vertente: “**Socioterminologia**, como prática do trabalho terminológico, fundamenta-se na análise das condições de circulação do termo no funcionamento da linguagem (FAULSTICH, 1995).

Assim, a Terminologia e a Sociolinguística relacionam-se entre si e dão origem à Socioterminologia, vertente teórica na qual se estuda a variação terminológica existente nas línguas de especialidade.

Sabe-se que é no léxico que podemos observar de forma mais clara a variação. Assim, para Cabré, os tipos de variantes mais comumente produzidas no léxico geral, em cada “parâmetro de variação”, são:

a) do ponto de vista dos dialetos geográficos, encontramos no léxico variantes como: localismos, comarcalismos, regionalismos, internacionalismos, etc.

b) do ponto de vista dos dialetos sociais: cultismos, popularismos, vulgarismos, léxico infantil, gíria, etc.

c) do ponto de vista dos dialetos temporais: arcaísmos, neologismos etc.³⁴
(CABRÉ, 1996)

Dentro dessa classificação, as variantes ocorrem num eixo de gradação do mais para o menos (+ para o -), ou seja, elas são fluidas e móveis, estando sempre entre os extremos de cada tipo. Pode ser entre o culto e o vulgar, o arcaico e o novo, o local e o internacional, sendo que há sempre a possibilidade de tender tanto a um polo quanto a outro:



Figura 1 – Eixo de gradação das variantes

Ao tratar especificamente das línguas de especialidade, a autora diz que há também um eixo de gradação, que vai do mais geral ao mais especializado, pois leva em consideração “o grau de especialização ou o nível de abstração em relação ao léxico comum”³⁵. Entretanto, a autora não faz aqui uma proposta de classificação detalhada das variantes no interior de uma língua de especialidade.

Por outro lado, encontramos em Jean-Louis Rousseau (1996) uma reflexão em que ele aponta as três principais categorias de variação que o trabalho terminológico deve considerar e avaliar, quando busca descrever os usos dessas variantes. Em suma, ele assim as descreve:

- *variação geográfica ou topoletal* – depende notadamente da pluralidade dos lugares de criação terminológica; abre caminho para tradições terminológicas diferentes, sendo

³⁴ “Las variedades más usuales que se producen en cada uno de los parámetros de variación son bien conocidas:
a) desde el punto de vista de los dialectos geográficos encontramos en el léxico variantes como: localismos, comarcalismos, regionalismos, internacionalismos, etc;
b) desde el punto de vista de los dialectos sociales: cultismos, popularismos, vulgarismos, léxico infantil, argot, etc;
c) desde el punto de vista de los dialectos temporales: arcaísmos, neologismos, etc.”

³⁵ “El léxico que puede organizarse en un eje que tenga en cuenta el grado de especialización o el nivel de abstracción respecto al léxico común.”

também uma consequência da elaboração das terminologias isoladas em que não há ajustes entre os interlocutores/falantes.

- *variação sociotecnológica* – corresponde a diferentes níveis de tecnicidade, diferentes níveis de “literaridade”, diferentes níveis socioprofissionais, diferentes estratos de comunicação em um determinado meio. Para examinar esse tipo de variação, seria necessário conseguir distinguir o conhecimento passivo do uso real dos termos, levar em conta o oral e o escrito; seria necessário estudar os fenômenos de alternância de código terminológico, além de outros fenômenos, como as gírias profissionais, com o intuito de observar como funciona a comunicação real em um determinado meio profissional.

- *variação técnico-comercial* – proveniente dos responsáveis pelo marketing de diferentes empresas de um mesmo setor econômico que escolhem deliberadamente denominações diferentes para os produtos de suas empresas, a fim de particularizá-los, com objetivos estritamente comerciais.

Como se pode notar, encontramos, no segundo tipo de variação descrito por esse autor, uma tentativa de elucidação de princípios metodológicos para se estudar o termo em uso dentro de determinado meio profissional. Tenta mostrar o caráter multifacetado dos termos, ressaltando que seu estudo deve levar em conta tanto o conhecimento passivo quanto o uso ativo, *in vivo*, ou seja, real dos termos. É exatamente assim que buscamos tratar do fenômeno da eponímia neste trabalho, especialmente no que concerne ao uso em comunicação.

Faulstich (1998) propõe uma tipologia de variantes terminológicas, baseada na natureza de cada variação. Ela divide as variantes em dois grupos gerais, a saber, *variantes terminológicas linguísticas* e *variantes terminológicas de registro*.

No que concerne às primeiras, essas são resultado do processo de variação do fenômeno propriamente linguístico, e são as seguintes:

1. **variante terminológica fonológica**, em que o registro pode surgir de formas decalcadas da fala;
2. **variante terminológica morfológica**, a que apresenta alternância de estrutura de ordem morfológica na constituição do termo, sem que o conceito se altere;
3. **variante terminológica sintática**, em que há alternância entre duas construções sintagmáticas que funcionam como predicação de uma UTC (unidade terminológica complexa);
4. **variante terminológica lexical**, em que algum item da estrutura lexical da UTC sofre apagamento ou movimento de posição, mas o conceito do termo não se altera;

5. **variante terminológica gráfica**, a que se apresenta sob forma gráfica diversificada de acordo com as convenções da língua. (FAULSTICH, 1998, p. 7)

O segundo tipo, chamado de *variantes terminológicas de registro*, inclui:

1. **variante terminológica geográfica**, aquela que ocorre no plano horizontal de diferentes regiões em que se fala a mesma língua. Pode decorrer ou de polarização de comunidades linguísticas geograficamente limitadas por fatores políticos, econômicos ou culturais, ou de influências que cada região sofreu durante sua formação;

2. **variante terminológica de discurso**, a que decorre da sintonia comunicativa que se estabelece entre elaborador e usuários de textos científicos e técnicos;

3. **variante terminológica temporal**, aquela que se configura como preferida no processo de variação e mudança, em que duas formas (X e Y) concorrem durante um tempo, até que uma forma se fixe como a preferida. (FAULSTICH, 1998, p. 7-8)

Notamos, então, que a variação terminológica vem sendo estudada e sistematizada por alguns pesquisadores e sua inclusão, evidenciando a ligação entre terminologia e o fator social, só traz benefícios e amplia as possibilidades de análise e entendimento do funcionamento das terminologias em seu contexto real de utilização.

No âmbito deste trabalho, consideramos os termos eponímicos como variantes dos termos científicos estruturados com base em formantes e afixos gregos e latinos. Do ponto de vista linguístico, os termos eponímicos podem se enquadrar em diversas categorias. Em nosso *cópus*, dentre os termos eponímicos da Dermatologia, encontramos casos de:

- *variantes terminológicas morfológicas*:

epitelioma calcificante de Malherbe

epitelioma calcificado de Malherbe.

- *variantes terminológicas sintáticas*:

camada de Malpighi

camada Ø malpighiana

Nesse caso, observa-se também a ocorrência de uma variação morfológica, ou seja, além da exclusão da preposição *de*, que constava no termo eponímico *camada de Malpighi*, observamos uma modificação com relação ao epônimo (*de Malpighi* → *malpighiana*). Se, no

primeiro exemplo, ele está em forma original (Malpighi), no segundo, o epônimo aparece em forma banalizada adjetival (VAN HOOFF, 2001), isto é, o epônimo *Malpighi* sofre alterações morfológicas e, ao juntar-se ao sufixo *-ano* (nesse caso, *-ana*, na forma feminina), que é muito produtivo na formação de adjetivos derivados de antropônimos (ex. agostiniano, machadiano), torna-se um adjetivo de *camada*.

- *variantes terminológicas lexicais:*

Epitelioma	<u>intra-epidérmico</u>	de Borst-Jadassohn
Epitelioma	Ø	de Borst-Jadassohn.

- *variantes terminológicas gráficas:*

angioceratoma de Mibelli
angioqueratoma de Mibelli.

São várias as classificações que se propõem a respeito das variantes terminológicas. Neste trabalho, com base nos objetivos a que nos propusemos, não procedemos a uma análise e nem a uma classificação aprofundada dos tipos de variantes terminológicas que os termos eponímicos podem assumir. Vamos considerar os termos eponímicos enquanto variantes terminológicas de registro (de acordo com a classificação de Faulstich), sendo, mais especificamente, variantes terminológicas de discurso, ou seja, que não se encontram no mesmo nível de língua que os termos considerados científicos e criados com base nos formantes e afixos gregos e latinos. As variantes terminológicas de discurso ocorrem quando diferentes designações de um mesmo conceito existem em diferentes níveis de discurso (nível popular, científico, técnico ou de divulgação científica) para que haja entendimento do texto pelos diferentes públicos, ou seja, essas variantes decorrem da relação entre os interlocutores, podendo até mesmo refletir características mais ou menos formais entre eles. A escolha dessa variante discursiva pode estar relacionada às concepções científicas e sócio-culturais do emissor, uma vez que este seleciona a unidade terminológica que julga mais adequada para a especificação do conceito e à situação comunicativa. O uso dos termos eponímicos, por serem mais informais (se comparados aos termos com base erudita), distingue-se daquele dos termos científicos, sendo, conseqüentemente, empregados em situações comunicativas diferentes.

Consideremos que todas as variantes mantenham entre si, do ponto de vista cognitivo e semântico, uma relação de quase-sinonímia. Utilizamos a denominação *variante* para salientar a característica de termo marcado sociolinguisticamente, ou seja, que possui valores sociolinguísticos agregados. Neste caso, os termos eponímicos são termos populares ou, pelo

menos, mais informais do que os termos que aqui chamamos de científicos (formados por meio de radicais e afixos gregos e latinos). Por serem variantes terminológicas discursivas, são responsáveis por uma comunicação eficaz, que atende às mais variadas necessidades pragmáticas.

4.4. VARIAÇÃO TERMINOLÓGICA E NORMALIZAÇÃO EM LINGUAGEM MÉDICA

A Medicina é uma área do conhecimento que, como qualquer outra, apresenta peculiaridades quanto à sua terminologia. Por ser um domínio que lida diretamente com a saúde pública, preocupa-se com a comunicação, procurando torná-la a mais clara possível e com o menor número de ruídos. O esforço dessa área em harmonizar seus termos parece refletir essa preocupação. Entretanto, sabemos que a variação lexical é algo inerente à linguagem; assim, a variação terminológica se apresenta também na linguagem médica e, conseqüentemente, na da Dermatologia.

O desejo de evitar os ruídos na comunicação médica é partilhado por vários especialistas e profissionais da área. Diversos comitês, órgãos e associações da área médica tentam impor termos harmonizados ou normalizados. Por *harmonização terminológica* entendemos o “processo realizado por uma empresa, órgão ou outra entidade administrativa com o objetivo de consagrar determinados usos terminológicos” (PAVEL; NOLET, 2002, p. 123). Já *normalização* é a “seleção, validação e difusão de um ou mais termos por uma entidade de normalização reconhecida, com o objetivo de recomendar ou desaconselhar o uso de um termo em uma determinada comunidade” (idem, ibidem, p.126). Entendemos, então, que o processo de harmonização visa apenas recomendar e divulgar termos de um determinado domínio, ao passo que a normalização tem uma postura mais impositiva, estabelecendo os termos de uma área de especialidade que devem ser utilizados em detrimento de outros. Observamos, em Medicina, que ambos os procedimentos são utilizados, a depender dos objetivos do trabalho terminológico efetuado por esses comitês, associações ou órgãos.

A padronização (uniformização, seja por um processo de harmonização ou de normalização) faz-se útil no caso de as variantes tornarem-se tão numerosas a ponto de causarem dificuldades de compreensão entre usuários de uma terminologia. Entretanto, a aceitação ou a estigmatização das unidades terminológicas harmonizadas (ou normalizadas) depende diretamente de fatores extralinguísticos e sociais.

Como exemplo, pode-se citar o caso do termo *lepra*, que é uma variante popular bastante recorrente do termo *hanseníase*. De acordo com Ivan Abreu Figueiredo, *lepra* era aceito e utilizado em diversos contextos, inclusive em textos científicos e, de modo geral, na mídia. Entretanto, devido ao cunho fortemente pejorativo e por ser a doença muito reconhecida como problema de saúde pública, houve a implantação de normas para promover os direitos do hanseniano, incluindo a mudança de terminologia no Brasil (FIGUEIREDO, 2006, p.187). A proibição de uso em veículos midiáticos do termo *lepra* é encarada como uma luta contra o estigma causado por ele. Nota-se, desta forma, que variantes aceitas e normalmente utilizadas em determinadas épocas, podem ser posteriormente refutadas devido a razões sociais. Por outro lado, vê-se também, nesse exemplo, o papel social da normalização, atendendo a necessidades advindas dos próprios usuários (nesse caso, dos hansenianos).

A Medicina considera fundamental o processo de harmonização de sua terminologia para diminuir os ruídos de comunicação entre especialistas e profissionais do domínio. Diversos são os projetos de harmonização e mesmo de normalização de termos. Como exemplo, podemos citar a *Nomina Anatomica* ou Terminologia Anatômica, a Nomenclatura Internacional de Doenças (NID), o projeto Sistema Unificado de Linguagem Médica e a Classificação Internacional das Doenças (CID). Esses projetos foram criados com o objetivo de diminuir a variação terminológica existente nesse domínio. Contudo, isso não corresponde ao que se observa na realidade da linguagem e da comunicação médica, ou seja, há uma forte presença de variantes terminológicas nesse campo do saber.

A Anatomia parece ser a área que mais se ocupa (e que mais se preocupa) com essa questão. A criação da *Nomina Anatomica* visava ditar regras de formação dos termos para evitar “problemas” como a sinonímia, a polissemia, entre outros. Contudo, sabemos que esses fenômenos são bastante recorrentes e pouco controláveis; a imposição de determinada terminologia a uma comunidade é um tanto utópica, pois a linguagem é um fato social: o indivíduo, o falante, o usuário dessa terminologia adequa suas preferências de acordo com contextos e situações de uso. Devido à heterogeneidade de níveis sociais dos usuários que podem utilizar uma terminologia, muitas variantes podem surgir. Mesmo em Anatomia, o uso de um termo, prescrito ou não, dependerá do contexto em que o especialista se encontra; poderá, em um congresso científico, utilizar-se apenas dos termos ditados pela *Nomina*, ao passo que, ao falar com um paciente (um leigo), pode optar por uma variante popular, ou mais conhecida de seu interlocutor.

Assim, acreditamos, juntamente com Leonardo Zílio, Mônica Linck Feijó Fichtner e Maria José Bocorny Finatto (2005, p.2) que

uma terminologia é feita de signos linguísticos, sujeitos tais signos à variação e à polissemia, e que mesmo a versão mais “normatizada” de uma terminologia é um tipo de realização cujo reconhecimento é importante. Desse modo, torna-se necessário dar a conhecer os diferentes modos de denominar uma dada noção em diferentes situações de comunicação.

Ora, o usuário precisa “reconhecer formas normatizadas e variações denominativas em função de usos distintos em textos distintos” (ZILIO; FICHTNER; FINATTO, 2005) para, assim, devido ao seu desempenho pragmático, poder dominar e escolher qual a melhor designação ao que pretende comunicar.

Vale ressaltar, entretanto, que *não* defendemos aqui que não se deva fazer uso dos processos de harmonização ou normalização de terminologias, em especial, na Medicina. Se isso puder ajudar, do ponto de vista das comunicações especializadas, a evitar ruídos ou ambiguidades que coloquem em risco a saúde das pessoas, essa área pode e deve usufruir de tais processos. Porém, parece-nos que, ao recorrer a eles, os especialistas em linguagem médica admitem que a variação terminológica é, de fato, algo ruim.

De acordo com Rojo (2001, p.44)

[...] conceber a normalização como uma luta contra esta realidade concebida como desvio ou desordem da língua é errôneo e ineficaz, pois a diversidade sempre surgirá de forma espontânea. Assim, o trabalho terminológico não consistirá tanto em pôr fim a um suposto caos linguístico, como *controlar e pôr ordem* na variação inerente à língua, partindo das características de cada situação e contexto comunicativo. Dependendo, então, das condições de cada contexto de comunicação – situação interna e externa da língua, finalidade do trabalho terminológico, destinatários, área temática, nível de especialização, âmbito social, etc. – convirá aplicar uma ou outra forma de atuação terminológica. (grifos do autor)³⁶

³⁶ “[...] concebir la normalización como una lucha contra esta realidad concebida como desviación o desorden de la lengua es erróneo e ineficaz, pues la diversidad siempre surgirá de forma espontánea. Así pues, el trabajo terminológico no consistirá tanto en poner fin a un supuesto caos linguístico, como en *controlar y poner orden* a la variación inherente a la lengua, partiendo de las características de cada situación y contexto comunicativo. Dependiendo, pues, de las condiciones de cada contexto de comunicación –situación interna y externa de la lengua, finalidad del trabajo terminológico, destinatarios, área temática, nivel de especialización, ámbito social, etc–, convendrá aplicar una u otra forma de actuación terminológica.”

Em outras palavras, este autor também partilha da ideia de que a normalização pode ser utilizada e proveitosamente em determinados contextos, embora afirme que ela “deve integrar-se ao modelo renovador em que atualmente se encontra a ciência e a atividade terminológica e ser aplicada apenas naquelas situações em que as situações comunicativas permitam ou exijam.”³⁷ (idem, *ibidem*, p. 44).

4.5. ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS DA SOCIOLINGÜÍSTICA PARA A PESQUISA DE CAMPO DE VARIANTES

As pesquisas de campo são de grande importância para se verificar a influência das relações sociais e culturais sobre os fatos linguísticos. Em Terminologia, atualmente, as pesquisas se preocupam com o estudo da língua em sua interação com a sociedade e é nesse sentido que se realiza nossa investigação sobre o uso de termos eponímicos na Medicina, mais especificamente na Dermatologia.

Nossa pesquisa de campo buscou suporte teórico e metodológico na Sociolinguística, porque a Terminologia ainda não possui uma metodologia própria e consagrada para investigações desse tipo e, de fato, apesar de possuir arcabouço teórico valioso em Socioterminologia, essa área científica não possui, ainda, uma metodologia de pesquisa de campo como a Sociolinguística possui.

A investigação do uso de termos eponímicos em comunicação é de caráter mais qualitativo do que quantitativo, uma vez que não utilizamos grande quantidade de informantes (não é um estudo de grandes populações) e não buscamos enumerar ou medir os eventos estudados com o objetivo de generalizar ou fazer afirmações categóricas; não houve nenhuma manipulação para a seleção da amostra de informantes e, também, não houve grupo de controle. Nessa abordagem de tipo descritivo-qualitativo, as análises são realizadas observando-se não apenas os dados, mas também a situação comunicativa, os interlocutores e o grau de formação científica destes, para que haja uma compreensão qualitativa da motivação do uso de termos eponímicos por parte de um grupo de estudantes e profissionais de Medicina.

Para os métodos e análise dos dados obtidos em nosso estudo, baseamo-nos, sobretudo, no trabalho de Fernando Tarallo, em que ele propõe um modelo de análise

³⁷ “[...] debe integrarse en el modelo renovador en que actualmente se halla la ciencia y la actividad terminológica y aplicarse en aquellas situaciones que así lo permitan o exijan las condiciones comunicativas.”

denominado *teoria da variação*, ou seja, “um modelo teórico-metodológico que assume o ‘caos’ linguístico como objeto de estudo” (TARALLO, 2003, p.6)

Em seu livro *A pesquisa sociolinguística* (2003), esse autor discute a questão da amostragem e seleção de informantes. Ao dar diretrizes para o pesquisador, afirma que, em pesquisas sociolinguísticas, “o critério básico para a seleção de informantes será o da amostragem aleatória” (p.27), pois esse tipo de amostragem é o que proporciona a certeza de que todos os membros da comunidade tenham tido a chance de serem entrevistados.

Embora Tarallo não mencione claramente a questão da proporção entre os grupos da amostra, sabemos que, de acordo com a Sociolinguística, ela deve ser levada em consideração. Por esse motivo, o número de informantes deve variar de acordo com a categoria em que se inserem, ou seja, há de se levar em conta o tamanho da população geral disponível em cada categoria, estratificar os informantes e equilibrar as amostras.

Com o intuito de observar e compreender como essa quantificação deve ser feita, buscamos no livro *Estatísticas para Ciências Humanas* (LEVIN; FOX, 2004) maiores explicações sobre esse tipo de pesquisa.

O pesquisador social, ou seja, aquele que leva em consideração a interação de seu objeto de estudo com a sociedade, tem que lidar com questões práticas, como tempo, energia, recursos limitados e adesão ou participação dos indivíduos. Ao se trabalhar com indivíduos dessa sociedade (informantes ou sujeitos da pesquisa), sabe-se que é muito raro ter condições de se estudar cada um deles separadamente. Deve-se, então, selecionar e trabalhar com uma amostra, ou seja, com um número menor de informantes de determinada população. “Por meio do processo de amostragem, os pesquisadores sociais procuram fazer generalizações de uma amostra (um pequeno grupo) para toda a população da qual ela foi extraída (um grupo maior)” (LEVIN; FOX, 2004, p.177).

Uma pesquisa de campo pode utilizar diferentes métodos de amostragem, sendo os dois principais tipos o *método de amostragem aleatório*, quando qualquer informante da amostra tem igual chance de ser escolhido e o *método de amostragem não aleatório*, quando isso não ocorre. Dentre os métodos não aleatórios, pode-se ter uma *amostragem intencional*, *amostragem por cotas* e *amostragem por julgamento*. Dentre os métodos aleatórios, incluem-se as amostragens *simples*, *sistemática* e *estratificada*. Por amostragem aleatória *simples* entende-se aquela em que todos os informantes têm igual chance de serem escolhidos por um processo de identificação e sorteio. Em geral, lista-se a população e atribui-se a cada elemento um número identificador. Em seguida, por meio de uma tabela de números aleatórios, escolhem-se os representantes de acordo com os números que a linha ou coluna escolhida da

tabela for apresentando. Na amostragem *sistemática*, não é necessário produzir essa tabela de números aleatórios, uma vez que os informantes serão listados e posteriormente selecionados em intervalos fixos (por exemplo, de 12 em 12 elementos). Entretanto, nossa pesquisa utilizou-se do método de amostragem aleatória estratificada, que é descrita pelos autores da seguinte forma: “Outra variante da amostragem simples, a amostra *estratificada*, envolve a divisão da população em subgrupos ou estratos mais homogêneos, dos quais se extraem então amostras aleatórias simples” (LEVIN; FOX, 2004, p.179).

De acordo com Levin e Fox (2004, p.182), quando as amostras são aleatórias estratificadas, exigem “a inclusão de características amostrais exatamente nas mesmas proporções em que figuram na população”. Porém, um dos problemas desse critério é justamente ter acesso a essa proporção de maneira exata. Os números são fluidos e muito raramente consegue-se ter esse dado. O primeiro passo seria encontrar os dados relativos à população geral e repousa aí o primeiro impasse. “Os pesquisadores sociais que tentaram [obter uma relação completa dos membros de determinada população] dão testemunho da dificuldade” (idem, *ibidem*, p.179).

Isso também ocorreu em nossa pesquisa. Ao tentarmos balancear as amostras estratificadas, tentamos levar em consideração a proporção como elas figuram na população total. Embora não tenhamos conseguido chegar a essa proporção em termos numéricos, sabemos que, de modo geral, em cada uma das cidades pesquisadas, em um recorte sincrônico, a categoria de médicos é a maior delas, enquanto que a categoria de alunos de Medicina é maior do que a de médicos docentes. Ou seja, em uma escala, teríamos que

Médicos > Alunos de Medicina > Médicos docentes de Medicina.

Quando se utiliza como instrumento de pesquisa um questionário, ou seja, um conjunto de perguntas previamente elaboradas referentes a determinado problema e que é aplicado a um grupo de pessoas (denominado ‘grupo de informantes’), é preciso considerar que a análise das respostas nem sempre é de fácil realização. No caso de questões fechadas (ou, em nosso caso, semi-abertas), apresenta-se ao informante uma lista de respostas previstas e a instrução de preenchimento pode ser, por exemplo: indicar a resposta mais adequada; indicar vários itens de forma livre ou fixa quanto ao número de respostas possíveis; ordenar todas ou parte das respostas em função de certo parâmetro, entre outros. Cada uma dessas opções traz como consequência diferentes métodos de análise. Em nossa pesquisa,

especificamente, os informantes poderiam assinalar mais de uma resposta por questão, sendo esse número livre. Esse padrão de preenchimento tornou a análise exaustiva, devido ao número bastante alto de combinações possíveis. Assim, utilizamos em nossa pesquisa um padrão de análise que se baseia na frequência de cada alternativa separadamente. Os detalhes sobre como procedemos encontram-se descritos no capítulo *Metodologia da pesquisa*.

5. METODOLOGIA DE NOSSA PESQUISA

Este capítulo compõe-se de duas partes distintas: a primeira descreve os passos metodológicos para a análise de base teórica que realizamos sobre os termos eponímicos em obras escritas. Na segunda seção, discorremos sobre os procedimentos e formas de análise utilizados em nossa pesquisa de campo sobre o uso efetivo de termos eponímicos em comunicação real.

5.1. METODOLOGIA DE NOSSA PESQUISA SOBRE TERMOS EPONÍMICOS EM COMUNICAÇÃO ESCRITA

Durante toda nossa pesquisa, mantivemos um diálogo constante com especialistas dos domínios da Medicina e da Dermatologia. Esse diálogo teve início em nossa pesquisa de Mestrado e foi bastante valioso para os nossos estudos, uma vez que, por meio dele, foi possível realizar uma reflexão mais aprofundada sobre a questão da eponímia em Medicina, o que nos propiciou um novo olhar sobre a questão e o interesse na continuidade e aprofundamento desse estudo.

Assim, nessa tese que ora apresentamos, a primeira etapa do nosso trabalho constituiu-se em aprofundar nossos conhecimentos sobre a matéria e refletir sobre os conceitos fundamentais que envolvem o fenômeno da eponímia, dando continuidade às discussões já iniciadas no Mestrado. Assim, buscamos melhor compreender e verificar: o que a literatura médica reza como comportamento dos especialistas quanto ao uso, em comunicação escrita, dos termos eponímicos; como os autores do domínio da Dermatologia empregam, de fato, em obras médicas escritas, esses termos; quais os principais processos de formação que marcam os termos eponímicos; entre outros aspectos. Como base para nossos estudos, recorremos aos seguintes tratados e manuais de Dermatologia:

- AZULAY, R.D., AZULAY, D.R. *Dermatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- BECHELLI, L. M., CURBAN, G. V. *Compêndio de dermatologia*. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 1978.
- SAMPAIO, S. A. P., CASTRO, R. M., RIVITTI, E. A. *Dermatologia básica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1982.

A maior parte desses textos já se encontrava escaneada, digitalizada e armazenada em bases de dados, pois esse foi o *corpus* utilizado também para o levantamento do conjunto vocabular do VMD, tendo sido escolhido por indicação de profissionais renomados dessa área, em especial o assessor científico Dr. João Roberto Antônio, Chefe da Cadeira de Dermatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e também seu filho, o Dr. Carlos Roberto Antônio. Dicionários de língua geral também foram consultados nessa fase para a obtenção de dados sobre variantes terminológicas de diferentes tipos e eventuais marcas sociolinguísticas das mesmas.

A ficha terminológica eletrônica, constituída com o auxílio do programa para a criação de base de dados Windows Access 2.0, já havia sido elaborada pela equipe do VMD e foi por nós novamente utilizada, porém com outros objetivos. Era composta de cinco subformulários, sendo que o primeiro continha os dados relativos ao termo em língua de partida, ou seja, no nosso caso, em português; esses foram os dados que constavam nos verbetes do VMD. Esse subformulário era composto dos seguintes campos: “código”, “termo principal”, “categoria gramatical”, “marcas de uso”, “remissiva”, “definição”, “outras designações”, “símbolo de classificação” (de acordo com a classificação do domínio feita pela equipe), “CID9” e “CID10” (Código Internacional de Doenças, nas versões 9 e 10). Podemos visualizar essa parte da ficha terminológica eletrônica na figura abaixo:

CÓD	23	cat gram	s f
termo	camada espinhosa	marcas de uso	-
remissiva	-	Símbolo de classificação	2.1.1.4.
definição	camada de matéria viva da epiderme* e que se considerada de fora para dentro, é a sua penúltima camada constituinte. Comõe-se de	Outras designações	estrato espinhoso, camada de Malpighi, camada malpighiana
CID9	-	CID10	-

Registro: 21 de 1164
Modo formulário

Figura 2 – Ficha terminológica utilizada no projeto VMD

Esse é o layout da parte monolíngue da ficha eletrônica. Como se pode observar, o termo principal ou termo entrada é, nesse exemplo, *camada espinhosa*, que é um substantivo feminino; não sendo um verbete remissivo, o campo “remissivas” não está preenchido; nesse caso, não foram encontradas “marcas de uso” para o termo. Foram, porém, encontradas “outras designações”, a saber, *estrato espinhoso*, *camada de Malpighi* e *camada malpighiana*. Observamos que, nesse caso, duas variantes eponímicas foram encontradas para o termo-entrada. Assim, *camada de Malpighi*, por exemplo, figurará em outra ficha, sendo, então, o termo principal dela, a qual possui modelo próprio para armazenar os dados relativos a verbetes remissivos.

Os demais subformulários da ficha terminológica destinavam-se ao registro das informações em língua inglesa, trabalho do qual nos ocupamos no Mestrado.

Como se viu na Introdução desse trabalho, os termos eponímicos que são analisados nessa tese, do ponto de vista da comunicação escrita, sua formação e características morfossintáticas e léxico-semânticas, foram levantados a partir desse conjunto terminológico (em português) extraído do VMD; a pesquisa terminológica monolíngue já havia sido realizada anteriormente por uma equipe escolhida pela coordenadora geral.

Deste modo, para coletarmos os termos eponímicos, procedemos à análise dos termos-entrada e suas cadeias sinonímicas, registradas nas fichas terminológicas no campo “outras designações”. Toda vez que um termo-entrada possuía ao menos uma variante eponímica registrada, esse termo passava a fazer parte de nosso estudo. Assim, criamos nova base de dados contemplando apenas as sequências sinonímicas que continham termos eponímicos.

A ficha da nova base tem a seguinte configuração:

<i>termo</i>
camada de Huxley: ok
<i>cat. gram</i>
sf
<i>marcas de uso</i>
<i>remissiva</i>
<i>definição</i>
parte da bainha radicular interna* que se localiza entre a cutícula da bainha radicular* e a membrana de Henle*. Constitui-se na camada média da bainha interna da raiz do pêlo* e compõe-se de células interpostas, além disso, compreende uma ou duas camadas de células hipercromáticas, devido ao fato de conter grânulos de trico-hialina.
<i>Outras designações</i>
membrana de Huxley, bainha de Huxley.

Figura 3 - Ficha terminológica de termos eponímicos

A partir dessa nova base de dados, procedemos ao levantamento dos termos eponímicos: observamos quais os termos em português continham pelo menos uma designação eponímica, sendo ela o termo principal ou uma variante (outra designação). Consideramos tanto os epônimos banalizados quanto os conservados como nomes próprios. A lista que evidencia todos esses termos será apresentada no capítulo de análise dos dados.

Assim, as informações contidas nessa base permitiram nossas análises linguísticas sobre os termos eponímicos do domínio da Dermatologia que constituíram nosso objeto de estudo.

5.2. METODOLOGIA DE NOSSA PESQUISA SOBRE O USO DE TERMOS EPONÍMICOS EM COMUNICAÇÃO ORAL

Durante a investigação linguística iniciada no Mestrado, o diálogo com médicos, médicos docentes e alunos de Medicina foi constante. Embora nosso objetivo naquele momento não fosse entrevistá-los ou realizar uma pesquisa de campo de forma científica e formal, essas discussões permitiram-nos perceber a complexidade que envolve o fenômeno linguístico da eponímia, tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista prático, ou seja, do uso real. Assim, no âmbito do presente estudo, sistematizamos uma pesquisa em forma de questionários feitos com três grupos distintos de informantes: 1) estudantes de

Medicina (que se subdivide em duas categorias: alunos de 1º e 4º anos); 2) médicos docentes de Medicina e 3) médicos não docentes. Participaram desse estudo, compondo a amostra, 96 informantes. Os motivos que nos levaram a selecionar esses grupos de informantes foram as diferenças de ponto de vista e de opinião sobre o tema.

Percebemos, durante nossa pesquisa, que as categorias de informantes escolhidas não são tão solícitas quanto se imagina, e o período para a obtenção desses dados acabou se estendendo bem mais do que o desejado. Enfrentamos problemas práticos de diversos tipos, como burocracia para realizar a pesquisa no interior de faculdades e Universidades, ausência de médicos interessados em responder os questionários (em especial, médicos não docentes), resistência talvez por medo de avaliação ou julgamento, o discurso da falta de tempo para realizar atividades extras, como responder a um questionário sobre terminologia médica, que, segundo muitos, “não possui ligação nenhuma com a *prática* médica”, entre outros. Assim, podemos citar como entraves da pesquisa: baixo índice e longa demora de devolução de questionários e certa quantidade de questionários com as perguntas dissertativas (abertas) em branco. Tivemos ainda problemas com alguns questionários que apresentavam incoerências muito evidentes. Assim, ao conferirmos as respostas, observamos que seria necessário descartar certo número de questionários e aplicá-los a outros informantes, o que teve como consequência um aumento considerável no tempo dedicado a essa fase da pesquisa, e um atraso para o início das análises completas.

Como o questionário é quase todo composto de perguntas semi-abertas, contendo um campo destinado a possíveis comentários e anotações (“*outros – especificar*”), tivemos que observar as informações nele contidas e fazer abstrações, generalizações e, em alguns casos, descartes. Isso se deve a dois fatores principais: dificuldade de interpretação das opiniões expressas devido ao uso de frases soltas e sem conexão, ou incompletas, e impossibilidade de entender a letra do informante (clássico problema de “letra de médico”).

Apesar das dificuldades de compilação e análise das informações contidas nos questionários, esse material é rico e nos permitiu ter uma visão mais ampla sobre o fenômeno da eponímia. Assim, os resultados e as análises serão apresentados no capítulo 6.

Para a realização da pesquisa de campo, adotamos procedimentos metodológicos cujas bases foram descritas no subcapítulo 4.5. Descrevemos a seguir qual foi a metodologia específica por nós utilizada.

Primeiramente, dividimos a nossa população total em subgrupos ou estratos mais homogêneos, pois “a estratificação baseia-se na idéia de que um grupo homogêneo exige uma amostra menor do que um grupo heterogêneo” (LEVIN; FOX, 2004, p.181). Em seguida,

cada um desses estratos é considerado como uma população total e, a partir deles, extraímos amostras aleatórias, ou seja, dentro de cada subgrupo os indivíduos que comporão a amostra são escolhidos ao acaso, visando reduzir a interferência de variáveis diferentes daquelas que se pretende estudar.

Sabendo que estudamos um tipo específico de termo utilizado por grupos sociais específicos, delimitamos previamente as categorias de informantes por meio de critérios de classificação em grupos sócio-profissionais. Em seguida, utilizamos a amostragem aleatória em cada um deles.

Tarallo (2003, p.28) afirma que “o tamanho da amostra dependerá da natureza linguística da variável a ser estudada”. Em nosso caso, sabemos que os termos eponímicos são possibilidades de designação de um conceito, mas sua ocorrência não é previsível, ou seja, não se pode pressupor a frequência de ocorrência desses itens. Dessa forma, não poderíamos utilizar o método de observação, entrevistas, ou gravações de dados naturais da língua, pois o volume a ser gravado seria enorme; os termos eponímicos poderiam ou não ocorrer nas falas dos profissionais da área, já que variantes lexicais são menos recorrentes que uma variante fonológica, por exemplo. Além disso, nosso objetivo não é observar o uso em linguagem oral, mas entender como ele se dá mediante fatores condicionadores e verificar a opinião dos usuários sobre o uso de termos eponímicos. Assim, entendemos que o melhor instrumento de pesquisa para investigarmos a questão é o *questionário*.

No que tange o tamanho da amostra, Tarallo sugere que ela seja quantificada com base nas células sociais. Estratificamos nossas células com base em três variáveis:

i) *Cidade*: Catanduva, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto

ii) *Instituição*: FAMECA, FAMERP E UNAERP

iii) *Formação e atuação*: Aluno de 1º ano do curso de Medicina, aluno de 4º ano do curso de Medicina, médicos docentes e médicos não docentes.

Ao combinar as três variáveis, obtivemos a seguinte organização:

CIDADE	INSTITUIÇÃO	FORMAÇÃO
1. Catanduva	FAMECA	Aluno (1º ano)
2. Catanduva	FAMECA	Aluno (4º ano)
3. Catanduva	FAMECA	Médico Docente
4. Catanduva	-----	Médico
5. S. J. Rio Preto	FAMERP	Aluno (1º ano)
6. S. J. Rio Preto	FAMERP	Aluno (4º ano)

7. S. J. Rio Preto	FAMERP	Médico Docente
8. S. J. Rio Preto	-----	Médico
9. Ribeirão Preto	UNAERP	Aluno (1º ano)
10. Ribeirão Preto	UNAERP	Aluno (4º ano)
11. Ribeirão Preto	UNAERP	Médico Docente
12. Ribeirão Preto	-----	Médico

Figura 4 – Estratificação dos informantes com base nas variáveis de estudo

Conforme a estratificação acima, obtivemos 12 células sociais. Para cada uma delas, tivemos um mínimo de 5 informantes (TARALLO, 2003, p.29), para a garantia da representatividade da amostra.

De maneira geral, para balancear as amostras estratificadas, levamos em consideração a proporção com que figuram na população total. Embora não tenhamos a proporção exata, em números percentuais, sabemos que, com relação ao tamanho da população total desses informantes, na cidade de Ribeirão Preto, por exemplo, existem mais alunos de Medicina na instituição do que médicos docentes. Por outro lado, sabemos que há mais médicos que médicos docentes na mesma cidade. E, por fim, sabemos que existem mais médicos que alunos de Medicina. Assim, como já mencionamos anteriormente, temos a seguinte representação:

Médicos > Alunos de medicina > Médicos docentes de medicina

Entretanto, no decorrer da pesquisa, a distribuição proporcional da amostra apresentou-se inviável, pelo menos no que diz respeito ao primeiro grupo, ou seja, os médicos (que trabalham em seus consultórios particulares e não estão vinculados a nenhuma instituição ligada à pesquisa). Tivemos dificuldades em encontrar informantes dispostos a responder os questionários e muitos, mesmo sendo solícitos e aceitando inicial e aparentemente participar da pesquisa, não o fizeram na prática. Esses informantes foram os que mais demonstraram resistência e, durante a aplicação dos questionários, verificamos que o número pretendido não seria atingido, em tempo viável. Ao quantificar os questionários, vimos que o número máximo conseguido com esse grupo em uma das cidades era 7. Dessa forma, padronizamos as amostras e decidimos que 7 seria o número de informantes dessa categoria em cada cidade.

Assim, balanceando a amostra, chegamos à seguinte distribuição:

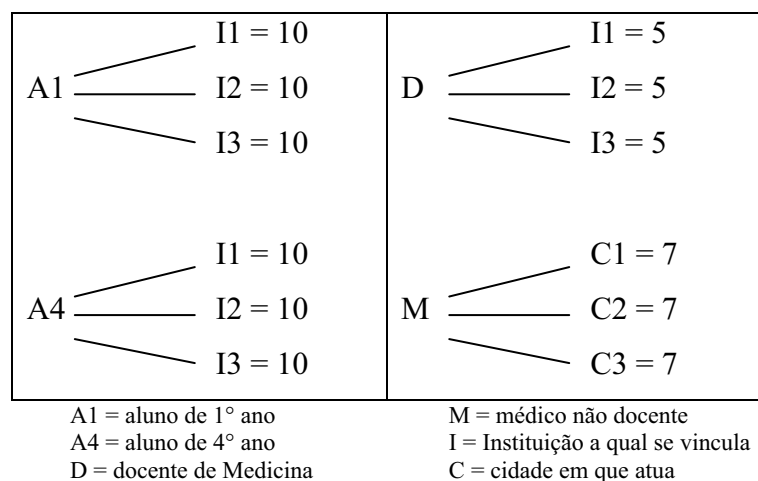


Figura 5 – Esquema de distribuição dos informantes por categorias

Verificamos, então, que as orientações para amostragem foram atendidas e que, portanto, conseguimos imprimir à nossa amostragem o caráter científico de que necessitamos.

Além do suporte teórico que encontramos nas obras já mencionadas no capítulo sobre as orientações metodológicas para pesquisas de campo (ver subcap. 4.5), procuramos confirmar o número adequado de informantes aos quais deveríamos aplicar os questionários. Assim, tivemos reuniões com o professor doutor em Sociolinguística Sebastião Carlos Leite Gonçalves (UNESP – câmpus de São José do Rio Preto). Juntamente com esse professor, revimos a distribuição das amostras e verificamos que, para demonstrar como os informantes da região lidam com os termos eponímicos e de acordo com o número de variáveis que trabalhamos, os 96 informantes (quantidade total da amostra) são suficientes e representativos, conforme as diretrizes da Sociolinguística.

Para a seleção dos informantes, seguimos o modelo de amostragem aleatória estratificada, conforme mencionado no subcapítulo 4.5. Os informantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- a) ser médico ou médico-docente de Medicina;
- b) ser aluno de primeiro ou quarto ano do curso de Medicina;
- b) pertencer a uma das cidades analisadas, ou seja, Catanduva, São José do Rio Preto ou Ribeirão Preto;
- c) no caso dos alunos e médicos docentes, estarem vinculados a uma das instituições que participaram do estudo, a saber, FAMECA, FAMERP ou UNAERP.

Quanto aos alunos, é preciso descrever o critério de seleção que norteou a escolha dos grupos. De fato, os que ingressam no curso de Medicina vêm de escolas do Ensino Médio ou

cursinhos preparatórios variados, mas, de forma geral, pode-se pressupor que sua formação teórica em Medicina é nula, possuindo, no máximo, bons conhecimentos da terminologia da Biologia. Eles iniciam o curso sem pressupostos ou pré-conceitos e estão ávidos por receber e aprender os conteúdos específicos de Medicina. Na maioria dos cursos dessa área no estado de São Paulo, as aulas de Anatomia acontecem já no primeiro semestre e se estendem por todo o primeiro ano. Conforme já exposto neste trabalho, essa subárea é a que mais se preocupa com a terminologia médica, propondo regras de formação, orientações e mesmo normalizações de termos. Aqui encontramos a maior manifestação de opinião, na Medicina, com relação à utilização de termos eponímicos: são execrados. Por esse motivo, temos como hipótese que a visão do aluno de primeiro ano, que assiste às aulas de Anatomia e tem forte contato com professores dessa área, seja diferente da visão de um aluno de quarto ano, porque é nesse ano que se iniciam as práticas (as disciplinas começam a ser divididas em teoria e prática – laboratório ou aulas em hospitais, além dos estágios). Embora isso se intensifique ainda mais no quinto e sexto anos, com os plantões e o internato, é muito difícil reunir os alunos para a aplicação dos questionários, o que poderia inviabilizar a coleta de dados de nossa pesquisa. Como os alunos de quarto ano já estão em contato com médicos, residentes, equipes dos hospitais e pacientes, já fazem parte de um contexto muito mais amplo, prático e bem menos teórico, e possivelmente não sofrem mais tantas influências dos docentes (como controle, avaliação, observação). A comunicação nesse estágio dos estudos é dinâmica, natural e tem funções específicas, o que leva a crer que os termos eponímicos possam ser mais utilizados. Entendemos, então, que esse grupo se enquadra no que buscamos analisar, obedece aos critérios estabelecidos e atende às nossas necessidades, além de ser mais acessível do que alunos do último ano.

No que concerne à categoria dos médicos, optamos por investigar dois grupos distintos: médicos docentes e médicos não docentes. Essa divisão deve-se ao fato de que os médicos vinculados a uma instituição de ensino estão, de alguma forma, em contato com as pesquisas e atualidades da área. Assim sendo, podem ter uma opinião mais embasada sobre a utilização dos termos eponímicos. É verdade que também médicos não docentes podem especializar-se, fazer cursos e participar de debates, congressos e comitês científicos, porém seu trabalho é mais prático, em geral atendem em consultórios, têm uma carga horária bastante densa e poucas vezes cumprem uma agenda de atividades extras. Pensamos, então, que diferentes opiniões e posturas seriam observadas quanto à utilização de termos eponímicos.

Com relação às cidades, decidimos aplicar os questionários em faculdades de Medicina de mais de uma cidade com o objetivo de escapar de tendências e características que fossem institucionais locais. Assim, trabalhamos com três realidades diferentes: uma faculdade na cidade de Catanduva (FAMECA), uma na cidade de São José do Rio Preto (FAMERP) e outra em Ribeirão Preto (UNAERP), sendo, respectivamente, instituições particular, pública e particular. Sabemos que Ribeirão Preto é referência em pesquisas médicas, especialmente devido à presença da FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pensamos, *a priori*, em aplicar os questionários nessa Universidade, entretanto, mais uma vez, impasses de ordem burocrática impediram-nos de fazê-lo.

Para realizar a pesquisa sobre o uso dos termos eponímicos em comunicação, decidimos trabalhar com os grupos de informantes que representam a categoria ‘profissionais de áreas médicas’ sem limitar a uma só especialidade ou a um só nível de formação, para poder avaliar de forma menos pontual e mais abrangente o fenômeno. Assim, profissionais formados, atuantes e também alunos ainda em formação foram abordados.

O perfil geral da amostra, quanto a suas características específicas de formação, pode ser assim descrito:

- foram 96 informantes: 10 alunos de primeiro ano, 10 alunos de quarto ano, cinco médicos docentes e sete médicos não docentes, totalizando 32 informantes por cidade;
- dentre os médicos em geral (total de 36 informantes), o **ano de formação** variou de 1958 a 2006, sendo que apenas dois médicos não informaram esse dado;
- como consequência, sabe-se que a amostra possuía médicos com experiência que variava entre três e 51 anos;
- quanto à formação médica, mais especificamente, todos eles possuíam residência ou especialização (ou seja, títulos) em alguma das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- as especialidades que se apresentaram na amostra (esse número de especialidades ultrapassa o número de médicos, pois alguns relataram possuir mais de uma especialização – ver Apêndice G) foram:

Tabela 1 - Especialidades apresentadas na amostra de médicos informantes

	Especialidades	Nº de inf.
1.	Anestesiologia	2
2.	Cardiologia	1
3.	Cirurgia da mão	1
4.	Cirurgia Geral	3

	Cirurgia de Urgência (<Cirurgia Geral)	1
5.	Cirurgia Vascular Periférica	1
6.	Clínica Médica	8
	Terapia Intensiva (< Clínica Médica)	1
	Sanitarista (<Clínica Médica)	1
7.	Dermatologia	1
8.	Endocrinologia	1
9.	Gastroenterologia	3
10.	Ginecologia e Obstetrícia	2
11.	Hematologia	1
12.	Medicina Generalista (ou Medicina de família e comunidade)	1
13.	Medicina Legal	1
14.	Nefrologia	1
15.	Oncologia (ou Cancerologia)	1
16.	Ortopedia e Traumatologia	5
17.	Pediatria	1
18.	Psiquiatria	1
19.	Radiologia	1
20.	Medicina Tropical (< Infectologia)	1
21.	* <i>Especialidade não informada</i>	1

- Essas 20 especialidades representam 37,7% de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que elenca 53 especialidades em sua lista oficial;
- no que concerne aos alunos, a única variável que nos importou foi o ano (nível) de formação: tivemos, ao todo, 30 alunos de primeiro ano e 30 de quarto ano;
- a aplicação do instrumento de pesquisa, o questionário, para a categoria alunos e médicos docentes teve início em 2008 e se estendeu por todo o ano. Embora a documentação para entrada nas faculdades tivesse sido entregue ainda em 2007, a burocracia e o trâmite entre diferentes comitês (como o de Pesquisa e o de Ética) fez com que esse processo levasse um tempo considerável para ser concluído.
- No que diz respeito aos médicos não docentes, a entrega e recolha dos questionários começou nos primeiros meses de 2007, e ainda no início de 2009 estávamos coletando questionários de médicos não docentes.

Essas características do perfil dos informantes que acabamos de traçar são importantes para que compreendamos comentários e colocações que foram feitas e que abordaremos mais adiante.

Uma vez demonstrado o perfil dos informantes e os princípios que nortearam a quantificação da amostra, discorreremos agora sobre os critérios para a elaboração de nosso instrumento de pesquisa, a saber, o questionário.

5.2.1. Critérios para a elaboração do questionário

Para a elaboração do questionário estabelecemos critérios bastante específicos, que se relacionam estreitamente com os grupos que visamos investigar. Tínhamos em mente um conjunto de pelo menos vinte e cinco questões para serem inseridas. No entanto, resolvemos, em comum acordo com nossa orientadora, que os mesmos não poderiam conter mais de quinze, devido ao tempo que nos é concedido por parte desses profissionais e alunos (o impacto visual de um questionário com muitas perguntas desencoraja os informantes). Outra questão que nos colocamos foi desenvolver ou não um ou mais questionários para cada categoria de informante; decidimos, para uma comparação mais direta e uniforme dos dados, aplicar apenas um modelo que abarcasse as características e possíveis respostas de todas as categorias.

Para a elaboração das perguntas que constam nos questionários, as impressões e hipóteses levantadas ainda no Mestrado foram fundamentais, tornando-se nossa base de apoio. Assim, o questionário só foi elaborado após um apurado trabalho de observação, análise documental e leituras prévias, o que possibilitou a determinação dos objetivos do instrumento. O questionário é estruturado e padronizado, usando principalmente questões semi-abertas, às vezes encadeadas. Os participantes da pesquisa são informados de que podem assinalar mais de uma alternativa, conforme julgarem necessário.

Questões semi-abertas (de múltipla escolha, mas que contêm o campo “outro”) e abertas (dissertativas) possuem vantagens e desvantagens. As primeiras, embora aparentemente possam limitar as informações, foram cuidadosamente redigidas, tendo, cada uma, um objetivo específico, e suas respostas tentam prever todas as situações possíveis. O que é problemático com relação a esse tipo de pergunta é que exige muito tempo de preparação, sendo que, mesmo assim, podem faltar opções. Assim, com o intuito de não deixar que nenhuma informação fosse perdida e para abrir uma possibilidade de resposta para além das previstas, ou a justificativa de uma determinada resposta, criamos para cada uma dessas questões um campo denominado “outro – especificar”. As questões abertas têm como objetivo extrair opiniões, dando liberdade para que cada informante possa se expressar da maneira mais espontânea possível. A vantagem desse tipo de perguntas é que não há a influência de respostas predeterminadas. Por outro lado, as questões abertas são de tratamento mais difícil, uma vez que exigem uma *análise de conteúdo* posterior, com uma categorização das respostas. São de difícil tabulação e análise, e pode-se ter dificuldades de entendimento

como, por exemplo, letra ilegível, incoerências etc. Lembramos que um dos objetivos principais de nossa pesquisa é dar voz aos usuários reais das terminologias médicas e saber o que pensam a respeito de um termo que utilizam em sua comunicação e que envolve tanta polêmica. Assim, mesmo a despeito dessas desvantagens, decidimos manter e analisar qualitativamente o que essas questões abertas/dissertativas trouxeram como dados.

5.2.2. *Formato final do questionário*

Primeiramente, foram aplicados alguns questionários-piloto para um grupo teste, formado por alunos da Faculdade de Medicina de Catanduva. Esses foram escolhidos aleatoriamente dentre os alunos de primeiro e quarto anos e foram então instruídos a fazer comentários, críticas e sugestões ao questionário em si, para que pudéssemos chegar ao modelo final. No total, 12 alunos responderam e analisaram o questionário. No momento da recolha, perguntamos se havia o que ser mudado ou melhorado, e que trechos ou perguntas tinham gerado dúvidas. Nosso objetivo era verificar a fidedignidade, validade e operatividade do instrumento para, em seguida, se necessário, aperfeiçoar o questionário ou adaptá-lo; entretanto, nenhuma colocação nesse sentido foi feita e o questionário era, segundo os informantes, adequado para nossa investigação. O modelo final consta no Apêndice A.

Nosso instrumento de pesquisa foi dividido em duas partes, uma contemplando as informações pessoais e outra, as perguntas propriamente ditas. Com relação aos dados pessoais, procuramos obter informações sobre o perfil do informante: iniciais do nome, categoria (aluno de primeiro ano, aluno de quarto ano, médico atuando na docência ou médico), instituição a que se vincula, cidade em que atua, ano, área e local de formação e cursos ou especializações.

Logo após esse cabeçalho de identificação, consta um pequeno texto. Como nossa postura era não dar explicações iniciais quando da aplicação dos questionários, esse enunciado visa cumprir esse objetivo: contém a definição de *termo eponímico* e informa, então, o tipo de termo médico focado no estudo:

Os **termos eponímicos** são aqueles que contêm em sua formação um **epônimo**, ou seja, um nome próprio (de pessoa ou de lugar). Na área médica, temos como exemplos *Mal de Parkinson*, termo que identifica a doença descrita em 1817, pelo médico inglês James **Parkinson** e *Pé de Madura*, termo que se refere à doença identificada em 1842, na cidade de Madura, na Índia, por John Gill. Com base nessas informações, responda às questões a seguir:

Quanto às perguntas propriamente ditas, foram doze questões de múltipla escolha e duas dissertativas. Reproduzimos no quadro a seguir as questões objetivas:

QUESTIONÁRIO – QUESTÕES SEMI-ABERTAS	
1.	Você já conhecia o termo <i>epônimo</i> e sabia o que ele significava?
2.	Com que frequência você emprega termos eponímicos?
3.	Em que situações comunicativas você costuma utilizar termos eponímicos?
4.	Com que pessoas você utiliza esse tipo de termo?
5.	Na literatura sobre linguagem médica, uma das críticas mais comuns a respeito dos termos eponímicos é a de que eles não são <i>transparentes</i> , ou seja, não contêm radicais ou afixos gregos e latinos que muitas vezes indicam características das doenças (por exemplo, <i>linfogranuloma</i> é um termo formado com base nos radicais <i>linfo-</i> (do latim <i>lympa-</i> = água de fonte) e <i>granulo-</i> (do latim <i>granulum</i> = grânulo) e com o sufixo nominal grego <i>-oma</i> (<i>-oma</i> = tumor), em contraposição ao termo <i>Mal de Kimura</i> , que não possui esse mesmo tipo de formação). Devido a esse fato, diz-se que termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?
6.	Na Medicina, é comum encontrarem-se termos de forma mista: são eponímicos, mas possuem outros componentes em sua expressão. Como exemplo, temos <i>melanose circunscrita pré-câncer de Dubreuilh</i> . Em sua opinião: [o termo é opaco, parcialmente opaco, parcialmente transparente ou outro?]
7.	Qual a principal razão que o levaria a utilizar um termo eponímico?
8.	Existem termos eponímicos que são chamados <i>banalizados</i> , ou seja, são aqueles que se originaram de nomes próprios e passaram a formar substantivos (por exemplo, <i>parkinsonismo</i> , <i>hanseníase</i>). Pensando na questão da opacidade X transparência dos termos médicos, esse termo poderia ser visto como: [mais opaco, mais transparente, tão opaco ou transparente quanto termos com epônimos em forma original ou dependerá dos formantes?]
9.	Refletindo sobre o tema das perguntas 5, 6, 7 e 8 e observando a formação do termo, responda: qual seria o significado mais adequado de “ <i>merkeloma</i> ”?
10.	Como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?
11.	Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?
12.	Você acha que seria importante ter essa disciplina para ajudar a decodificar os termos médicos?

Quadro 1- Perguntas objetivas do questionário

A primeira questão do questionário investiga o conhecimento linguístico do conceito e da designação de *epônimo*. A questão de número dois visa identificar com que frequência cada um desses usuários utiliza termos eponímicos. As questões de número três e quatro têm como objetivo evidenciar as situações comunicativas e os interlocutores com os quais os informantes habitualmente utilizam essa unidade terminológica. A questão de número cinco

traz um enunciado mais longo. Nota-se que a questão elaborada traz um questionamento importante com base em dados extraídos de obras que tratam sobre linguagem médica. Nosso intuito é, então, saber qual a opinião do informante a respeito da sugerida exclusão dos epônimos da linguagem médica. A sexta questão aborda o problema da opacidade dos termos eponímicos. Ao exemplificar e elucidar como ela pode ocorrer com um termo misto, busca-se a opinião dos usuários. A questão sete tem por objetivo identificar, de forma mais específica, razões que podem levar o informante a utilizar a forma eponímica como designação de um termo. Como possibilidades de alternativas, utilizamos razões e motivos que foram mencionados nas fontes consultadas ainda no Mestrado; além dos tratados e manuais, artigos e sites auxiliaram nessa busca. Os termos eponímicos banalizados comparados a variantes que possuem o epônimo em forma original são tratados na questão oito. O foco é verificar se há e qual é a diferença do grau de opacidade entre eles. A questão de número nove nos remete a algumas considerações feitas anteriormente: embora a formação *merkeloma* possa parecer “tumor de Merkel”, a referência completa é “tumor *das células* de Merkel”. Entretanto, essas três designações são utilizadas, além de outras que não trazem o epônimo. Assim sendo, investigamos se os usuários saberiam identificar o significado do termo (listando algumas de suas variantes nas respostas) e como fariam isso (questão de número dez). Dentre as possíveis respostas, estavam o conhecimento prévio do termo, a semelhança formal (dada, em grande parte, pelo epônimo que se une ao sufixo) ou por conhecer o significado de radicais e afixos gregos e latinos, tão comumente utilizados na formação de termos médicos.

As duas últimas questões objetivas relacionam-se ao ensino ou à aquisição de uma terminologia médica, ao investigar a presença de disciplinas que abordem esse tema. De acordo com as impressões deixadas pela pesquisa de Mestrado, com base nas entrevistas e conversas informais com alunos e docentes, isso seria de grande utilidade para os alunos de Medicina, ou seja, para os futuros médicos. Assim, na questão de número onze perguntamos se o informante já teve ou tem alguma disciplina que aborde terminologia médica enquanto objeto de estudo, ou seja, do ponto de vista linguístico (estudo da formação dos termos, por exemplo) e a questão de número doze visa obter a opinião dos usuários sobre a importância de se ter uma disciplina desse tipo.

A segunda parte do questionário contém duas questões dissertativas que visam obter informações e opiniões mais livres (menos controladas) sobre a utilização de termos eponímicos:

QUESTÕES ABERTAS	
13.	Em que situações você acha que os epônimos poderiam ou deveriam ser utilizados?
14.	Você tem problemas com termos eponímicos? Por quê?

Quadro 2 – Perguntas dissertativas do questionário

A questão de número treze abre espaço para respostas variadas. Pensamos estar aqui um dos focos principais de análise, pois podemos observar o que, de fato, ocorre nas situações comunicativas. A questão quatorze é bastante clara; independentemente do que o informante tenha respondido nas questões anteriores, ele pode reportar ter ou não problemas com essa terminologia. Ao inserirmos o “Por quê?”, nosso intuito é fazer com que esse usuário realmente reflita sobre os motivos que ele atribui a isso.

5.2.3. A aplicação dos questionários

Antes de partir propriamente para a coleta de dados, elaboramos um documento (Apêndice B) com informações pessoais e sobre a pesquisa para estabelecer contato com as instituições. Esse documento formaliza a solicitação de colaboração por parte das mesmas. Em alguns casos, houve a necessidade de se entregar esse documento (porém adaptado) a alguns médicos não docentes que afirmavam querer saber mais sobre a pesquisa antes de participar dela.

Para a aplicação dos questionários, abordagens distintas tiveram de ser utilizadas. Isso se deve a fatores de ordem prática, como explicamos a seguir.

Para a aplicação do questionário-piloto ao grupo-teste, em Catanduva, fomos até a Faculdade de Medicina (FAMECA) e o fizemos pessoalmente, uma vez que nossa solicitação foi aceita, nas duas vezes em que fomos procurá-los. Além disso, possuímos contato com uma aluna de quarto ano, que nos auxiliou na intermediação. Os alunos foram escolhidos ao acaso pelos representantes de sala e o questionário foi respondido na presença da pesquisadora. Como os questionários não sofreram alterações após esse teste, partimos para a aplicação efetiva e válida para a coleta dos dados.

Ao voltarmos à FAMECA, mais uma vez tivemos acesso às salas de aula e pudemos aplicar os questionários ao final das aulas, tanto no primeiro quanto no quarto ano. Fomos auxiliados, mais uma vez, pelos representantes de sala. Nossa postura foi entregar e em seguida recolher, sem fazer maiores intervenções ou comentários. Esse comportamento visava

deixar os informantes à vontade e afastar qualquer impressão de que estavam sendo avaliados, ou de que estaríamos medindo seu nível de conhecimento. Além disso, por já termos algumas opiniões e tendências a respeito do assunto, tomamos como postura não nos manifestarmos para não influenciar, mesmo que indireta ou inconscientemente, as respostas. Assim, almejávamos a imparcialidade e o rigor científico que uma pesquisa que envolve “material humano” deve ter.

Em seguida, entramos em contato telefônico com o professor Gerson Alves Pereira Júnior, docente e pesquisador vinculado à Universidade de Ribeirão Preto – (UNAERP), sendo também membro da Comissão de Pesquisa e Comunicação do curso de Medicina dessa instituição. Esse contato foi intermediado por nossa orientadora, que já o conhecia. Assim, esse médico se mostrou imensamente disposto a nos ajudar e se ofereceu para aplicar os questionários aos alunos e docentes da instituição. Essa ajuda nos foi de grande valia, pois, ao verificarmos a disponibilidade das turmas, dias, horários e docentes dispostos a cederem parte das aulas para a aplicação dos questionários, para tentar posteriormente conciliar com nossa disponibilidade e agenda, tornou-se inviável fazê-lo pessoalmente. Portanto, foi o Prof. Gerson quem se responsabilizou por esse processo, enviando-nos os questionários poucas semanas depois.

Em São José do Rio Preto, o acesso à Faculdade de Medicina foi bastante complicado. Por indicação do Prof. Gerson, entramos em contato com o médico docente Dr. Paulo Espada, que intermediou nossa comunicação com a instituição. Embora não tenha medido esforços para nos auxiliar, tivemos dificuldade e levamos um tempo bastante longo para conseguir o acesso. Tivemos que cumprir todas as exigências burocráticas solicitadas, aguardar as aprovações de diferentes comitês e diretores e, ao final, nossa solicitação foi atendida apenas em parte: não poderíamos entrar em nenhuma aula do curso e, conseqüentemente, os questionários só poderiam ser aplicados pelos representantes de turma. Assim, indicaram-nos entrar em contato com o Centro Acadêmico da Instituição, que nos levaria até essas pessoas. Os contatos desses alunos nos foram passados, mas tivemos dificuldade em sermos atendidos. Levou-se algum tempo para conseguir agendar encontros e entregar o material. A devolução dos questionários também foi demorada, já que os representantes não os aplicaram de uma só vez.

Esse contexto situacional da pesquisa é de fundamental importância para se entender as dificuldades encontradas por um pesquisador social (ou, nesse caso, um socioterminólogo) que depende de vários fatores para conseguir atingir suas metas e objetivos.

5.2.4. Compilação dos dados e procedimentos de análise

Após a coleta de todos os questionários, totalizando 96 unidades, iniciamos as transcrições dos mesmos. Em um primeiro momento, após a numeração sequencial de todos os questionários, digitamos as informações neles contidas em uma ficha de síntese construída no programa *Word*. O modelo de ficha que utilizamos é (ver detalhes no Apêndice C):

Iniciais do nome		Nº
Categoria		
Cidade		
Instituição		
Formação		
Cursos/Esp.		
Múltipla escolha		Dissertativas
1.		13.
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		14.
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Figura 6 - Ficha de síntese dos dados obtidos nos questionários

Para cada questionário, uma ficha diferente e numerada foi utilizada. Foi a fase fastidiosa de lançamento das respostas, questionário por questionário, registrando todas as informações neles contidas. Ao término desse procedimento, a execução estatística dos dados ficaria mais fácil.

Em seguida, para as questões objetivas, agrupamos as respostas dos 96 informantes em quadros, por cidade e categoria. Assim, com relação às respostas dos alunos de primeiro ano de Catanduva, por exemplo, temos:

	Inf.1	Inf.2	Inf.3	Inf.4	Inf.5	Inf.6	Inf.7	Inf.8	Inf.9	Inf.10
1	A	A	D	C	D	B	A	A	A	B
2	B	A	C	B	C	C	C	B	B	C
3	BE	AE	BE	AE	A	AE	BE	ACE	AE	BE
4	ABC	AB	B	AB	B	B	AB	ABCD	AB	ABC

5	CD	D	CD	D	E	D	D	D	A	CD
6	B	B	BD	B	C	B	B	B	C	B
7	G	E	BCF	BCF	A	I	E	ABF	AFG	ABCF
8	C	B	AD	D	D	C	A	A	C	C
9	BC	C	D	CD	C	B	B	A	C	A
10	B	C	C	B	B	B	B	B	B	C
11	F	ABE	DG	C	C	CH	C	B	H	C
12	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A

Quadro 3 – Exemplo de quadro de respostas das perguntas objetivas

A tabulação das respostas de múltipla escolha é um tanto delicada. Deixamos como possibilidade ao informante assinalar mais de uma alternativa por pergunta, caso fosse necessário. Sendo assim, em grande parte das questões objetivas, isso ocorreu. Dessa forma, utilizamos como auxílio o programa *Epi Info* (2005), que foi utilizado de forma adaptada, já que, originalmente, esse programa é utilizado em Epidemiologia, ou em pesquisas biomédicas em geral. Possui as seguintes aplicações: banco de dados (criação, entrada e processamento), análise estatística, geração de tabelas e gráficos, entre outras. É usado para criar e analisar questionários de protocolos de pesquisa desse gênero. A tela inicial é representada abaixo:



Figura 7 - Tela inicial do programa Epi Info

Esse programa, dentre outras funções, gera tabelas com dados numéricos (de frequência e estatísticos) sobre cada uma das questões objetivas; entretanto, para que o programa pudesse ler os quadros que havíamos montado previamente, com as respostas de todos os informantes, foi necessário transportá-los para o programa Excel. Além disso, o programa não faz o cruzamento de variáveis; assim, para obtermos as estatísticas das respostas dos alunos de primeiro e quarto anos, simultaneamente, tivemos que montar uma terceira planilha, no próprio Excel, com todas as alternativas de ambas as categorias, e somente depois pedir que o programa gerasse os dados já cruzados.

Assim, temos as diferentes planilhas (individuais ou cruzadas) com os dados dos informantes dispostos como exemplificado abaixo:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12		
1															
2	Inf 1	A	B	BE	ABC	CD	B	G	C	BC	D	F	B		
3	Inf 2	A	A	AE	AB	D	B	E	B	C	C	ABE	B		
4	Inf 3	D	C	BE	B	CD	BD	BCF	AD	D	C	DX	A		
5	Inf 4	C	B	AE	AB	D	B	BCF	D	CD	B	C	A		
6	Inf 5	D	C	A	D	E	C	A	D	C	B	C	A		
7	Inf 6	B	C	AE	B	D	B	I	C	B	D	CH	A		
8	Inf 7	A	C	BE	AB	D	B	E	A	B	B	C	A		
9	Inf 8	A	B	ACE	ABCD	D	B	ABF	A	A	B	B	A		
10	Inf 9	A	B	AE	AB	A	C	AFG	C	C	B	H	A		
11	Inf 10	B	C	BE	ABC	CD	B	ABCF	C	A	C	C	A		
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															

Figura 8 - Planilha do Excel com respostas dos Alunos de primeiro ano de Catanduva

Observa-se que, na planilha acima, as *linhas* identificam os diferentes informantes e as *colunas* referem-se a cada uma das doze questões objetivas. Assim, como os questionários são numerados e remetem a um informante específico, tornou-se mais factível a realização do cruzamento dos dados dos diferentes grupos.

Utilizamos, para os propósitos dessa investigação, a ferramenta “Analisar dados”. Ao clicarmos nesse item, o programa nos pede para “importar os dados” (nesse caso, selecionar a planilha que desejamos estudar) e, em seguida, pedimos a lista de frequências.

A tela que o programa gera traz as questões em forma de *hyperlinks* que, quando abertos, mostram a tabela específica da pergunta que se quer analisar. É o que se pode observar na figura abaixo:

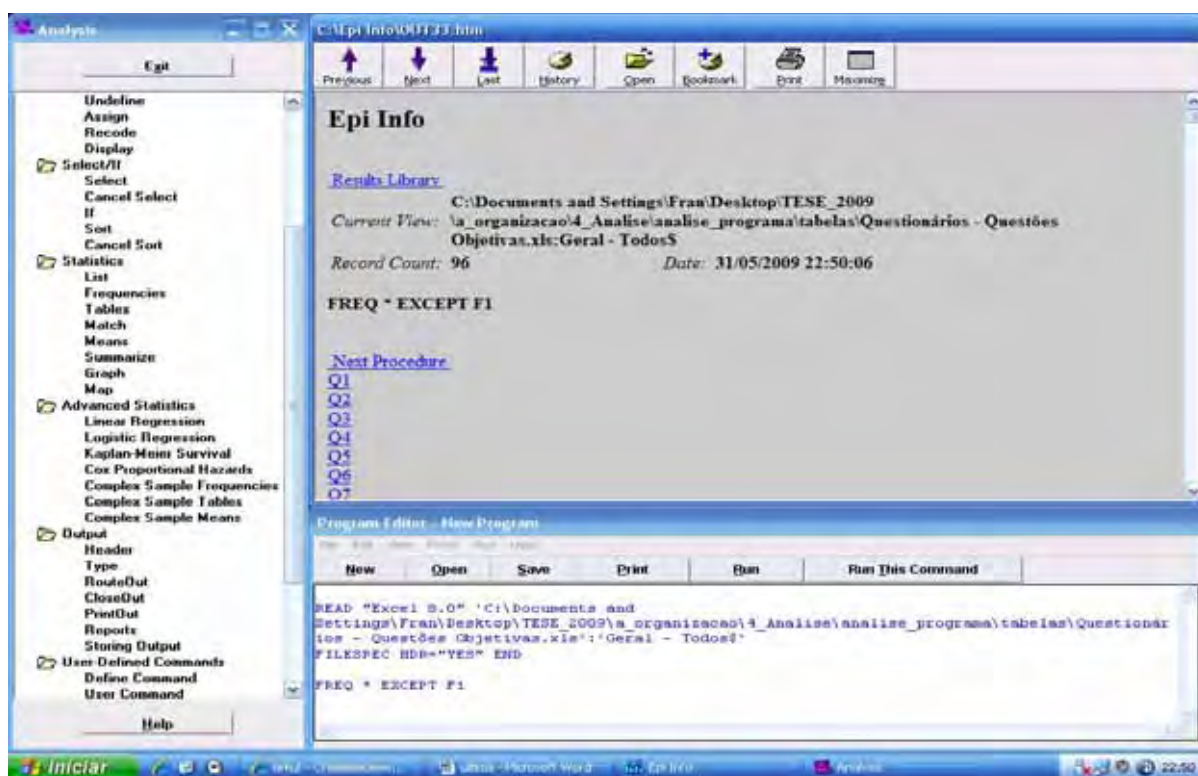


Figura 9 - Tela de frequências do programa Epi Info

A tela seguinte apresenta a tabela que foi gerada para a questão de número um:

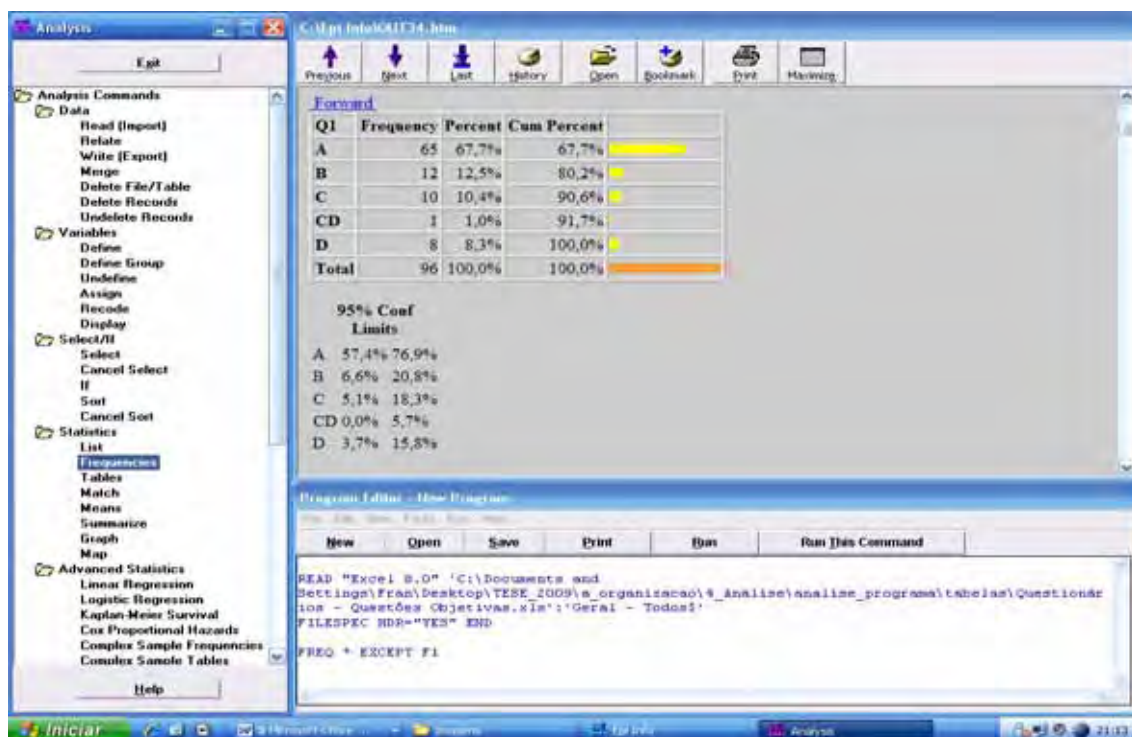


Figura 10 – Tela de frequências do programa Epi Info

Ao observarmos mais detalhadamente essa tabela, que utilizamos aqui como exemplo, temos:

Tabela 2 – Exemplo da representação das respostas referentes à questão 1

Q1	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	5	50,0%	50,0%	
B	2	20,0%	70,0%	
C	1	10,0%	80,0%	
D	2	20,0%	100,0%	
Total	10	100,0%	100,0%	

Observa-se que o programa oferece: na primeira coluna, o número da questão semi-aberta e as alternativas ou combinações de alternativas que apareceram naquele grupo; apresenta-se a frequência (**Frequency**) de cada uma das alternativas na segunda coluna e, na terceira, tem-se a porcentagem (**Percent**) com relação ao total dessa amostra. A quarta coluna traz o percentual cumulativo das respostas e a quinta, uma visualização gráfica das mesmas. Como não serão necessárias para a análise a que procederemos, serão excluídas das próximas tabelas (nos apêndices, essas tabelas encontram-se completas).

Em nossas análises, fizemos cruzamentos entre as categorias de informantes, para podermos obter dados mais generalizantes sobre as mesmas, com o intuito de verificar as

influências das variáveis por nós estudadas. No Apêndice E, pode-se observar todos os quadros provenientes de cada categoria separadamente, por cidades.

Para investigar o uso de termos eponímicos em comunicação médica, decidimos traçar as características de cada grupo e fazer os seguintes intercruzamentos:

- Alunos;
- Médicos docentes;
- Médicos não docentes;
- Amostra total.

É importante ressaltar que outros cruzamentos podem ser feitos, e inclusive o foram. Entretanto, a análise descritiva de muitas questões e grupos separadamente pode tornar-se cansativa e repetitiva em termos de padrão metodológico. Nesse sentido, decidimos, após o início de algumas análises de variáveis cruzadas e de alguns testes, que apenas os cruzamentos citados acima seriam realizados, já que são os mais importantes e o que apresentaram diferenças relevantes nesse contexto. Em suma, utilizamos os dados quantitativos e, com base neles, procedemos a análises qualitativas, com tabelas contendo dados agrupados e organizados de maneira comparativa, com todas as questões, simultaneamente.

Outra questão a ser colocada a respeito de como quantificamos os dados é sobre o critério utilizado. Ao observarmos atentamente as alternativas que figuram nas respostas assinaladas pelos informantes, verificamos que as combinatórias são frequentes. Entretanto, se analisadas uma a uma (já que são várias e bastante distintas, dependendo da questão) o resultado estatístico pode não ser representativo dentro da amostra, que é relativamente pequena. Ou seja, a representatividade de cada combinatória poderia ser tão baixa e tantas poderiam ser as combinatórias que não se chegaria a nenhuma conclusão. Assim, acreditamos ser mais coerente e benéfico para a pesquisa utilizarmos a frequência isolada das alternativas. Entendemos que, no caso do questionário que elaboramos, as alternativas da maioria das questões não são excludentes, mas se complementam.

Na questão de número três, por exemplo, que investiga as situações comunicativas em que os termos eponímicos são de fato utilizados por alunos de primeiro ano, em Catanduva, tivemos a seguinte distribuição:

Tabela 3 - Exemplo da representação das respostas referentes à questão 3

Q3	Frequency	Percent
A	4	13,3%

ABE	1	3,3%
ACE	1	3,3%
AE	6	20,0%
BE	6	20,0%
C	1	3,3%
E	11	36,7%
Total	30	100,0%

Nessa questão, algumas combinações de alternativas começam a aparecer sendo esse fato algo que já havia sido previsto por nós. Entretanto, para fins de análise, determinamos utilizar o critério da frequência de cada alternativa separadamente, uma vez que, nessa pesquisa em específico, elas podem, em geral e salvo em algumas questões, ser complementares. Desta forma, somamos a **frequência** (dada por número de ocorrências) da alternativa A, por exemplo, tanto quando é a única resposta assinalada quanto quando ocorre em uma combinação. Esse é o critério utilizado para todas as questões objetivas; dessa forma, as generalizações e conclusões resultam mais consistentes.

No caso das questões dissertativas, elaboramos um quadro sintético para cada questão com base em todas as respostas obtidas, agrupando colocações semelhantes e destacando os pontos a serem discutidos. Assim, criamos categorias de respostas de acordo com o conteúdo contido nelas e podemos analisar a frequência dessas categorias. O trabalho de análise das questões abertas é mais árduo e toma também mais tempo. Entretanto, pensamos que é exatamente nessas respostas que encontramos explicações valiosas a respeito da utilização dos termos eponímicos na prática da comunicação médica. Assim, trabalhamos com essas informações para podermos observar e verificar quais são as regularidades encontradas nas respostas, ou o que é mais recorrente entre os usuários da terminologia médica.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo está dividido em seis subcapítulos. Primeiramente, analisamos o tipo de epônimo inserido nos termos eponímicos de nosso *cópus* de pesquisa, classificando-os em epônimos em forma original e epônimos banalizados. Em seguida, investigamos questões de gênero, isto é, fazemos reflexões sobre os homenageados homens ou mulheres nos epônimos e o número de vezes que esses epônimos se repetem na formação de diferentes termos. No terceiro subcapítulo, procedemos a uma análise formal dos termos eponímicos, abordando sua estrutura morfossintática e léxico-semântica (termos simples, compostos e complexos). Discutimos, na sequência, a questão dos graus de opacidade dos termos eponímicos, ou seja, se são mais ou menos descritivos, de acordo com sua estrutura morfossintática e léxico-semântica. Os dois últimos subcapítulos tratam do uso efetivo de termos eponímicos na comunicação médica escrita e oral. No subcapítulo 6.5, verificamos como esses termos são utilizados em obras escritas do domínio da Dermatologia e, no subcapítulo 6.6, analisamos os dados obtidos após a realização da pesquisa de campo com informantes da área médica sobre o uso dos termos eponímicos em comunicação oral.

6.1. TIPOS DE TERMOS EPONÍMICOS: EPÔNIMO NA FORMA ORIGINAL VERSUS EPÔNIMO BANALIZADO

Conforme mencionado no capítulo 5. *Metodologia de nossa pesquisa*, os termos que são aqui analisados designam estruturas ou doenças dermatológicas. Cada conceito dessas estruturas ou doenças é normalmente designado por mais de um termo, originando, assim, uma série de variantes, que mantêm entre si uma relação quase-sinonímica. Dentre as séries quase-sinonímicas encontram-se termos científicos, criados com base em radicais e afixos gregos e latinos, e, também, termos eponímicos.

O quadro abaixo apresenta as séries sinonímicas (que designam um mesmo conceito por meio de mais de uma unidade terminológica) que encontramos no *cópus* analisado e que possuíam ao menos um termo eponímico:

1.	camada espinhosa, estrato espinhoso, camada de Malpighi, camada malpighiana
2.	célula de Malpighi, célula espinhosa
3.	célula de Langerhans

4.	desmossoma, desmossomo, desmosomo, desmosoma, nó de Bizzozzero
5.	célula de Merkel
6.	corpúsculo de Meissner
7.	corpúsculo de Ruffini
8.	corpúsculo de Pacini
9.	glândula sudorípara, glândula sudorífera, glândula perspiratória, glândula miliar, glândula da sudorese, glândula de Boerhaave
10.	camada de Huxley, membrana de Huxley, bainha de Huxley
11.	camada de Henle, membrana de Henle, bainha de Henle
12.	liquenificação macropapulosa, prurigo nodular de Hyde
13.	maduromicose, pé-de-madura
14.	acne solar, acne estival, acne de Majorca, acne praiana
15.	sarcoidose, doença de Boeck, sarcóide de Boeck, moléstia de Besnier-Boeck-Schaumann, síndrome de Besnier-Boeck-Schaumann, doença de Besnier-Boeck-Schaumann, síndrome de Schaumann, sarcóide cutâneo múltiplo, linfogranulomatose benigna, lupóide benigno, lúpus pérmio, eritrodermia hipodérmica, sarcóide hipodérmico, sarcóide infiltrativo difuso em placa, doença de Boeck-Schaumann
16.	necrobiose lipoídica, <i>necrobiosis lipoídica</i> , <i>necrobiosis lipoídica diabeticolorum</i> , necrobiose lipoídica diabética, necrobiose lipoídica “ <i>diabeticorum</i> ”(Oppenheim Urbach)
17.	granuloma anular elastolítico, granuloma actínico, granuloma actínico de O’Brien
18.	queilite granulomatosa, síndrome de Melkerson-Rosenthal
19.	sífilis, avariose, lues, mal-americano (pop.), mal-canadense (pop.), mal-céltico (pop.), mal-da-baía-de-são-paulo (pop.), mal-de-coito (pop.), mal-de-fiúme (pop.), mal-de-franga (pop.), mal-de-frenga (pop.), mal-de-nápoles (pop.), mal-de-santa-eufêmia (pop.), mal-de-são-jó (pop.), mal-de-são-névio (pop.), mal-de-são-semento (pop.), mal-dos-cristãos (pop.), males (pop.), mal-escocês (pop.), mal-francês (pop.), mal-gálico (pop.), mal-germânico (pop.), mal-ilírico (pop.), mal-napolitano (pop.), mal-polaco (pop.), mal-turco (pop.), gálico (pop.), venéreo (pop.)
20.	cancro mole, cancro venéreo simples, cancróide, doença de Ducrey
21.	linfogranuloma venéreo, linfogranuloma inguinal, <i>lymphogranuloma venereum</i> , LGV, linfogranulomatose inguinal subaguda, quarta moléstia venérea, sexta moléstia venérea, bulbão climático, bulbão venéreo, bulbão tropical, adenite climática, doença de frei, moléstia de Nicolas-Durand-Favre, doença de Nicolas-Favre, linfopatia venérea
22.	úlceras de Marjolin
23.	queilite glandular apostematosa de Puente, queilite glandular apostematosa
24.	epitelioma intra-epidérmico de Borst-Jadassohn, epitelioma de Borst-Jadassohn
25.	doença de Bowen, DB, moléstia de Bowen

26.	acantoma de células claras, acantoma de Degos
27.	pilomatrixoma, epitelioma calcificante de Malherbe, epitelioma calcificado de Malherbe
28.	tricoepitelioma, adenoma sebáceo tipo Balzer, adenoma sebáceo tipo Balzer-Menetrier, epitelioma adenóide cístico, trico-epitelioma papuloso múltiplo, epitelioma cístico múltiplo benigno
29.	cilindroma, tumours turbans, tumor em turbante, tumor de Spiegler
30.	epitelioma basocelular superficial, carcinoma basocelular superficial, epitelioma basocelular pagetóide, carcinoma pagetóide de Darier, carcinoma eritematoso benigno de Little.
31.	condiloma acuminado gigante de Buschke-Loewenstein, carcinoma verrucoso da região anourogenital, condiloma pontiagudo, papiloma acuminado venéreo, verruga acuminada, excrescência em couve-flor, verruga das vestes, verruga úmida, verruga pontiaguda, verruga venérea, cavalo de crista (bras., pop.)
32.	papilomatose oral florida, carcinoma verrucoso da cavidade oral, tumor de Ackerman.
33.	carcinoma de células de Merkel, tumor de células de Merkel, carcinoma trabecular, carcinoma neuroendócrino, merkeloma
34.	nevo azul de Jadassohn-Tieche, nevo azul comum
35.	leucodermia centrífuga adquirida, halo-nevo, vitiligo perinéxico, nevo de Sutton.
36.	melanoma juvenil benigno, nevocitoma juvenil, nevo de Spitz, nevo celular epitelióide, nevo celular fusiforme.
37.	síndrome do nevo displásico, síndrome B-K mole.
38.	lentigo maligno de Hutchinson, melanose circunscrita pré-câncerosa de Dubreuilh, sarda infecciosa melanótica de Hutchinson, lentigem maligna, melanose pré-cancerosa de Hutchinson.
39.	lipomatose simétrica, doença de Dercum.
40.	lipomatose familiar, doença de Roch-Leri, lipomatose mesossomática, lipomatose múltipla circunscrita.
41.	angioceratoma de Fordyce, angioqueratoma do escroto.
42.	angioceratoma de Mibelli, angioqueratoma de Mibelli.
43.	angioceratoma de Fabry, angioqueratoma difuso de Fabry, angiokeratoma corporis diffusum, angioceratoma corporal difuso, lipidose glicolipídica.
44.	hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia, doença de Kimura.
45.	neurilema, schwannoma, nevriema
46.	schwannoma de células granulosas, tumor de Abrikossoff, tumor de células granulosas, mioblastoma de células granulosas, mioblastoma grânulo-celular, rabiomioma.
47.	fibromatose palmoplantar, contratura de Dupuytren, fibromatose plantar e palmar, moléstia de Dupuytren, fibromatose palmoplantar juvenil

48.	fibromatose peniana, doença de Peyronie, indurativo penis plastica, moléstia de Peyronie.
49.	dermatofibrose lenticular disseminada, síndrome de Buschke-Ollendorff, síndrome de Ollendorff, osteodermatopecilose
50.	fasciíte eosinofílica, fasciíte eosinófila, síndrome de Shulman
51.	linfocitoma cútis, linfocitoma da pele, linfocitoma benigno da pele, linfadenose benigna da pele, pseudolinfocitoma de Spiegler-Fendt, linfoplasia cutânea, linfodenóide sarcóide de Spiegler-Fendt, infiltração linfocitária da pele.
52.	infiltrado linfocítico de Jessner-Kanof, infiltração linfocitária da pele (Jessner-Kanof).
53.	doença de Bazex, acroceratose paraneoplásica, acroceratose paraneoplásica de Bazex
54.	doença de Paget, moléstia de Paget
55.	dermatofibrossarcoma protuberante (Darier-Ferrand), fibrossarcoma cutâneo, dermatofibrossarcoma protuberans, dermatofibrossarcoma, dermatofibroma progressivo, fibrossarcoma da pele.
56.	angiossarcoma secundário a linfedema crônico, linfangiossarcoma em linfedema, síndrome de Stewart-Treves.
57.	sarcoma de Kaposi, SK.
58.	sarcoma de Kaposi clássico, SKC.
59.	sarcoma de Kaposi endêmico, sarcoma de Kaposi africano, SKA
60.	sarcoma de Kaposi endêmico nodular, SKA nodular.
61.	sarcoma de Kaposi endêmico florido, SKA florido.
62.	sarcoma de Kaposi endêmico infiltrativo, SKA infiltrativo.
63.	sarcoma de Kaposi endêmico linfadenopático, SKA linfadenopático.
64.	sarcoma de Kaposi do imunodeprimido, SKI.
65.	sarcoma de Kaposi relacionado à AIDS, sarcoma de Kaposi epidêmico, SKE.
66.	síndrome de Sézary, doença de Sézary, moléstia de Sézary, MS, eritrodermia de Sézary, eritrodermia linforreticular, reticulose.
67.	reticulose pagetóide, RP, reticulose epidermotrópica.
68.	linfoma de Hodgkin, linfogranulomatose maligna, moléstia de Hodgkin, moléstia de Paltauf-Sternberg, doença de Hodgkin
69.	linfoma de Burkitt, linfoma africano, tumor de Burkitt.

Quadro 4 - Séries sinonímicas com pelo menos um termo eponímico

Assim, obtivemos, em nossa pesquisa, um conjunto de 69 conceitos designados por 69 séries sinonímicas que contemplam, entre os termos que as compõem, termos eponímicos. Contados um a um, temos um conjunto terminológico de 267 termos. Dentre eles, os termos eponímicos extraídos são:

	Quadro de termos eponímicos
1.	acantoma de Degos
2.	acne de Majorca
3.	acroceratose paraneoplásica de Bazex
4.	adenoma sebáceo tipo Balzer
5.	adenoma sebáceo tipo Balzer-Menetrier
6.	angioceratoma de Fabry
7.	angioceratoma de Fordyce
8.	angioceratoma de Mibelli
9.	angioqueratoma de Mibelli.
10.	angioqueratoma difuso de Fabry
11.	bainha de Henle
12.	bainha de Huxley
13.	camada de Henle
14.	camada de Huxley
15.	camada de Malpighi
16.	camada malpighiana
17.	carcinoma de células de Merkel
18.	carcinoma eritematoso benigno de Little.
19.	carcinoma pagetóide de Darier
20.	célula de Langerhans
21.	célula de Malpighi
22.	célula de Merkel
23.	condiloma acuminado gigante de Buschke-Loewenstein
24.	contratura de Dupuytren
25.	corpúsculo de Meissner
26.	corpúsculo de Pacini
27.	corpúsculo de Ruffini
28.	DB
29.	dermatofibrossarcoma protuberante (Darier-Ferrand)
30.	doença de Bazex
31.	doença de Besnier-Boeck-Schaumann
32.	doença de Boeck
33.	doença de Boeck-Schaumann

34.	doença de Bowen
35.	doença de Dercum.
36.	doença de Ducrey
37.	doença de Hodgkin
38.	doença de Kimura
39.	doença de Nicolas-Favre
40.	doença de Paget
41.	doença de Peyronie
42.	doença de Roch-Leri
43.	Doença de Sézary
44.	epitelioma basocelular pagetóide
45.	epitelioma calcificado de Malherbe
46.	epitelioma calcificante de Malherbe
47.	epitelioma de Borst-Jadassohn
48.	epitelioma intra-epidérmico de Borst-Jadassohn
49.	eritrodermia de Sézary
50.	glândula de Boerhaave
51.	granuloma actínico de O'Brien
52.	infiltração linfocitária da pele (Jessner-Kanof)
53.	infiltrado linfocítico de Jessner-Kanof
54.	lentigo maligno de Hutchinson
55.	linfodenóide sarcóide de Spiegler-Fendt
56.	linfoma de Burkitt
57.	linfoma de Hodgkin
58.	maduromicose
59.	mal-da-baía-de-são-paulo (pop.)
60.	mal-de-nápoles (pop.)
61.	mal-de-santa-eufêmia (pop.)
62.	mal-de-são-jó (pop.)
63.	mal-de-são-névio (pop.)
64.	mal-de-são-semento (pop.)
65.	melanose circunscrita pré-câncerosa de Dubreuilh
66.	melanose pré-câncerosa de Hutchinson.
67.	membrana de Henle
68.	membrana de Huxley

69.	merkeloma
70.	moléstia de Besnier-Boeck-Schaumann
71.	moléstia de Bowen
72.	moléstia de Dupuytren
73.	moléstia de Hodgkin
74.	moléstia de Nicolas-Durand-Favre
75.	moléstia de Paget
76.	moléstia de Paltauf-Sternberg
77.	moléstia de Peyronie
78.	moléstia de Sézary
79.	MS
80.	necrobiose lipoídica “ <i>diabeticorum</i> ”(Oppenheim-Urbach)
81.	nevo azul de Jadassohn-Tieche
82.	nevo de Spitz
83.	nevo de Sutton.
84.	nó de Bizzozzero
85.	pé-de-madura
86.	prurigo nodular de Hyde
87.	pseudolinfocitoma de Spiegler-Fendt
88.	queilite glandular apostematosa de Puente
89.	reticulose pagetóide
90.	RP
91.	sarcóide de Boeck
92.	sarcoma de Kaposi
93.	sarcoma de Kaposi africano
94.	sarcoma de Kaposi clássico
95.	sarcoma de Kaposi do imunodeprimido
96.	sarcoma de Kaposi endêmico
97.	sarcoma de Kaposi endêmico florido
98.	sarcoma de Kaposi endêmico infiltrativo
99.	sarcoma de Kaposi endêmico linfadenopático
100.	sarcoma de Kaposi endêmico nodular
101.	sarcoma de Kaposi epidêmico
102.	sarcoma de Kaposi relacionado à AIDS
103.	sarda infecciosa melanótica de Hutchinson

104.	schwannoma
105.	schwannoma de células granulosas
106.	síndrome B-K mole
107.	síndrome de Besnier-Boeck-Schaumann
108.	síndrome de Buschke-Ollendorff
109.	Síndrome de Melkerson-Rosenthal
110.	síndrome de Ollendorff
111.	síndrome de Schaumann
112.	síndrome de Sézary
113.	síndrome de Shulman
114.	síndrome de Stewart-Treves
115.	SK
116.	SKA florido.
117.	SKA infiltrativo
118.	SKA linfadenopático
119.	SKA nodular
120.	SKA
121.	SKC
122.	SKE
123.	SKI
124.	tumor de Abrikossoff
125.	tumor de Ackerman
126.	tumor de Burkitt
127.	tumor de células de Merkel
128.	tumor de Spiegler
129.	úlceras de Marjolin

Quadro 5 – Lista dos termos eponímicos

Verifica-se, então, que os 69 conceitos por nós estudados produziram 267 termos (variantes sinonímicas). Assim, pode-se dizer que, em média, existem três variantes para cada conceito, ou seja, a variação terminológica em Dermatologia e na Medicina em geral ocorre em alta escala. Dentre os 267, 129 termos, isto é, cerca de 48,3% deles são termos eponímicos, sendo que 13 se apresentam em forma braquigráfica, isto é, forma curta, concisa.

Para a classificação dos termos eponímicos conforme apresentada no subcapítulo 3.2. deste trabalho, baseamo-nos na proposta de Henri Van Hoof (1999, 2001). De acordo com

essa proposta, esses termos podem: a) conservar os nomes próprios (epônimos) na sua forma original; b) conter um nome próprio que assume a forma de substantivo comum ou de adjetivo ou de um verbo. Os termos que se enquadram nessa segunda categoria (b) são chamados pelo autor *epônimos banalizados* (termos substantivados, adjetivados ou verbalizados). Em nosso trabalho, adotamos essa distinção e aplicamos essa tipologia na análise formal dos termos eponímicos.

Em nosso *cópus*, a esmagadora maioria dos termos eponímicos conserva os epônimos (nomes próprios) em sua forma original; isso ocorreu com 108 dos 129 termos, ou seja, em cerca de 83,7% dos termos eponímicos encontrados no *cópus*. Não reproduzimos aqui a lista completa dessas unidades terminológicas, visto constituírem a quase totalidade dos termos eponímicos de nossa pesquisa. Reproduziremos, então, os termos que não possuem o epônimo em forma original:

	Termos sem epônimo em forma original
1.	camada <i>malpighiana</i>
2.	carcinoma <i>pagetóide</i> de Darier
3.	epitelioma basocelular <i>pagetóide</i>
4.	<i>maduromicose</i>
5.	<i>merkeloma</i>
6.	reticulose <i>pagetóide</i>
7.	<i>schwannoma</i>
8.	<i>schwannoma</i> de células granulosas

Quadro 6 – Termos sem epônimo em forma original

Analisando essas formas de designação, verificamos que se trata de termos com epônimos banalizados substantivados ou adjetivados. Apenas o termo de número 2 apresenta-se de forma um pouco distinta, pois possui um epônimo em forma original e outro em forma banalizada:

Termo misto	Epônimos
2. carcinoma <i>pagetóide</i> de Darier	Pagetóide: Epônimo banalizado adjetival Darier: Epônimo em forma original

Quadro 7 – Formação do termo misto *carcinoma pagetóide de Darier*

De fato, o termo *carcinoma pagetóide de Darier* é composto de um termo descritivo, *carcinoma*, que é formado pelos seguintes elementos: *carcin(i/o)*, elemento de composição que vem do grego *karkínos* (caranguejo, câncer) + o sufixo *-oma* (que designa tumores em

geral). O segundo é o epônimo banalizado *pagetóide*, cuja referência é o cirurgião inglês Sir. James Paget. Seu nome é associado a mais de uma doença, uma vez que, segundo o site *Who named it?*, é considerado um dos descobridores da patologia moderna. O adjetivo formado com base em seu sobrenome compõe-se da seguinte forma: *paget* + o sufixo *-óide* (formado pela vogal de ligação *-o-* + *-ide* (derivado do grego *êidos* = ‘aspecto, forma’). Chamamos, então, esse termo de misto.

Em relação ao conjunto de termos eponímicos estudado, a ocorrência de termos com epônimo banalizado é pequena. De fato, os termos com esse estatuto são apenas oito (que corresponde a 6,2% do total de termos eponímicos), a saber:

	Termos com epônimo banalizado	
1.	camada <i>malpighiana</i>	Epônimo banalizado adjetival
2.	carcinoma <i>pagetóide</i> de Darier	Epônimo banalizado adjetival
3.	epitelioma basocelular <i>pagetóide</i>	Epônimo banalizado adjetival
4.	<i>maduromicose</i>	Epônimo banalizado substantival
5.	<i>merkeloma</i>	Epônimo banalizado substantival
6.	reticulose <i>pagetóide</i>	Epônimo banalizado adjetival
7.	<i>schwannoma</i>	Epônimo banalizado substantival
8.	<i>schwannoma</i> de células granulosas	Epônimo banalizado substantival

Quadro 8 – termos com epônimos banalizados

Os epônimos banalizados que ocorrem nesses termos são *malpighiana*, *pagetóide* (este se repete em três termos eponímicos), *maduromicose*, *merkeloma* e *schwannoma* (este ocorre em dois termos eponímicos). *Malpighiana* e *pagetóide* são adjetivos banalizados. Quanto à sua formação, sabemos que *pagetóide* refere-se a James Paget, como já explicado acima. O adjetivo *malpighiana* tem sua origem no epônimo *Malpighi*. Marcello Malpighi, anatomista, histologista e embriologista italiano, viveu entre 1628 e 1694 e seu nome é associado a várias estruturas do corpo humano. Dentre as mais conhecidas, podemos citar *túbulos de Malpighi*, *célula de Malpighi*, *camada de Malpighi* e *vesícula de Malpighi*. À base *malpighi* acrescentou-se o sufixo nominal adjetivo *-ano* (nesse caso, no feminino, *-ana*, ou seja, com a desinência nominal adjetiva *a*) que é proveniente do morfema do latim culto *-anus, a, um*, formador de adjetivos, especialmente os gentílicos e pátrios, como *americana*, *indiana*, *italiana* e outros.

Quanto ao termo *maduromicose*, obtivemos no dicionário Houaiss (2008) a seguinte informação:

Maduromicose. S.f. INFECT. Infecção micótica crônica que fica geralmente restrita aos pés, embora, em alguns casos, possa atingir as mãos e outras partes do corpo, produzida por fungos de diversas espécies e gêneros, caracterizada por tumefações que concentram um exsudato

serossanguinolento com grânulos típicos e de cores variadas; pé de Madura [Este é um dos tipos principais de *micetoma*]. ETIM. radical de *madurella* ‘variedade de fungo’ (segundo Nascentes) sob a forma *madur-* + *-o-* + *micose*; ver *mico-*. (HOUAISS, 2008, p.1809)

Com base nesse verbete, confirmamos a relação de quase-sinonímia entre os termos *maduromicose* e *pé-de-madura*. Ao consultarmos o verbete remissivo de *pé*, encontramos, dentre as várias acepções lá contidas:

Pé de Madura. INFECT. Mesmo que *maduromicose* [A doença tomou o nome da cidade de Madura ou Madras, na Índia, onde é comum]. (idem, *ibidem*, p.2159)

Esse verbete explicita o nome próprio *Madura*, que é o referente toponímico que serviu de base para a criação do termo eponímico derivado. Ao buscarmos maiores informações sobre o termo e sua composição, descobrimos que, em 1842, John Gill fez algumas descrições vagas sobre micetoma, enquanto trabalhava em Madura (Índia). Em 1902, Laveran descreveu o *Streptothrix mycetomi* como agente causador da doença e, em 1905, Brumpt reclassificou *Streptothrix mycetomatis* no gênero *Madurella*, o que deu origem, então, ao termo *Madurella mycetomatis*, tido hoje como o causador do micetoma. Observamos, então, que o topônimo Madura parece ter sido a base de nomeação para ambos os termos, a saber, *madurella* (o nome do fungo descoberto na Índia) e *maduromicose*. Em *maduromicose*, termo que nos interessa aqui, vemos a junção do epônimo *madura*, a outro lexema, a saber, *micose*. Por esse motivo, consideramos *maduromicose* um termo com epônimo toponímico em forma banalizada. Cumpre esclarecer que, do ponto de vista diacrônico, *maduromicose* é um termo composto, mas do ponto de vista sincrônico, consideramo-lo como um termo simples, por se constituir de apenas um lexema.

Os outros dois substantivos banalizados, a saber, *merkeloma* e *schwannoma*, possuem formações bastante semelhantes. Em *merkeloma*, podemos notar uma substantivação do epônimo *Merkel*, que, acrescido do sufixo *-oma*, originou o termo *merkeloma*. *Merkel* é um epônimo que pode se referir a dois anatomistas diferentes: Friedrich S. Merkel ou Karl L. Merkel. Segundo o dicionário Stedman (1996, p. 786), o anatomista que deve ser associado à célula envolvida no tumor citado é o primeiro, Friedrich Sigmund Merkel. Esse anatomista e fisiologista alemão, que viveu de 1845 a 1919, descreveu, em 1875, as *Tastzellen* (células tácteis), células claras da camada basal da epiderme. Essas funcionam como terminações

nervosas sensoriais e como receptores cutâneos. Vale lembrar que, apesar da formação *merkeloma* poder parecer “tumor de Merkel”, sabemos que a referência completa é “tumor das células de Merkel”. Desse modo, “tumor de Merkel” ou “merkeloma” são variantes sintéticas da unidade terminológica *tumor das células de Merkel*. O primeiro termo, *tumor de Merkel*, é formado por elipse lexical, na medida em que o componente “das células” desaparece da expressão (mas não do conteúdo) do termo; o segundo, *merkeloma*, é formado por derivação por sufixação do epônimo *Merkel* + o sufixo *-oma*.

No caso de *schwannoma*, observamos a mesma formação, agora com base no epônimo *Schwann*, ao qual se associa o sufixo *-oma*, indicativo de tumor. *Schwann* é o epônimo que se refere ao histologista e fisiologista alemão Theodor Schwann, que viveu entre 1810 e 1882. Descobriu células que compõem o envoltório ao redor de cada fibra dos nervos periféricos e que podem formar a bainha de mielina dos axônios periféricos. Essas células passaram a ser chamadas de *células de Schwann* em homenagem a esse cientista. O termo *schwannoma* designa, então, o tumor que atinge essas células e que consiste, basicamente, na proliferação desordenada das mesmas.

Finalmente, encontramos, dentre os termos eponímicos, formas braquigráficas, isto é, termos em forma abreviada. Isso em geral ocorre pelo processo natural de economia linguística que rege a língua (e as línguas de especialidade), que tem como objetivo tornar a comunicação mais rápida e eficaz. De fato, há uma tendência em se reduzirem designações que sejam demasiadamente longas e de difícil pronúncia. Assim, deparamo-nos constantemente, na linguagem da Medicina e da Dermatologia, com formas abreviadas, como as siglas, por exemplo. Ressaltamos aqui que entendemos as siglas, juntamente com Kocoureck, como unidades lexicais braquigráficas que “abreviam sintagmas e não palavras isoladas” e que “mantêm a letra inicial (ou um grupo de letras iniciais) das palavras fortes” desses sintagmas (KOCOUREK, 1991, p.161).³⁸

A lista das formas braquigráficas, referentes aos termos eponímicos, que se apresentaram em nosso *cópus*, é a que segue:

	Formas braquigráficas	Forma expandida
1.	DB	doença de Bowen
2.	MS	moléstia de Sézary
3.	RP	reticulose pagetóide
4.	Síndrome B-K mole	síndrome do nevo displásico
5.	SK	sarcoma de Kaposi
6.	SKA	sarcoma de Kaposi endêmico;

³⁸ “[...] abrège les syntagmes et non les mots isolés » [...] “garde la lettre initiale (ou un groupe de lettres initiales) des mots forts”.

		sarcoma de Kaposi africano
7.	SKA florido	sarcoma de Kaposi endêmico florido
8.	SKA infiltrativo	sarcoma de Kaposi endêmico infiltrativo
9.	SKA linfadenopático	sarcoma de Kaposi endêmico
10.	SKA nodular	sarcoma de Kaposi endêmico linfadenopático
11.	SKC	sarcoma de Kaposi clássico
12.	SKE	sarcoma de Kaposi epidêmico; sarcoma de Kaposi relacionado à AIDS
13.	SKI	sarcoma de Kaposi do imunodeprimido

Quadro 9 – Formas braquigráficas dentre os termos eponímicos

Essas 13 formas braquigráficas representam aproximadamente 10% do total de termos eponímicos encontrados no *corpus* analisado. É possível notar que, embora apareçam abreviados, os epônimos que compõem esses termos encontram-se em forma original. Esse tipo específico de unidade terminológica será analisado de maneira mais aprofundada no item 6.3.3. deste trabalho, por isso nos restringimos a citá-las agora.

Observamos, então, que os termos eponímicos que constituíram nosso objeto de pesquisa são formados, na grande maioria das vezes, por epônimos (nomes próprios) na sua forma original. As formas banalizadas (VAN HOOFF, 2001) de epônimos não se revelaram, dentre as unidades terminológicas da Dermatologia que compuseram nosso *corpus*, um processo produtivo de formação de termos eponímicos. Há também a presença de algumas formas braquigráficas, conforme mencionamos acima, que serão abordadas adiante.

6.2. QUESTÕES RELATIVAS A GÊNERO E NÚMERO DOS EPÔNIMOS

Outro aspecto chamou-nos a atenção dentre os termos de nosso *corpus*: a maioria dos epônimos utilizados para a formação de termos eponímicos são masculinos. Os únicos casos que encontramos entre os nossos termos e que fogem à regra foram *síndrome de Busckhe-Ollendorf* (e sua variante *síndrome de Ollendorf*) e *nevo de Spitz*.

O primeiro termo citado possui em sua composição dois epônimos: *Busckhe* (de Abraham Busckhe) e *Ollendorf* (de Helene Ollendorff, mais tarde Helene Ollendorff Curth). Por meio do site *Who named it?* tivemos acesso à história dessa médica alemã.

Helene Ollendorff estudou Medicina nas universidades de Friburgo, Munique e Breslau. Depois de se qualificar em 1923, especializou-se em Dermatologia em Rudolf-Virchow-Krankenhaus em Berlim, orientada por Abraham Busckhe. Tornou-se assistente de Busckhe e casou-se com seu assistente, Wilhelm Curth. Os Curths se mudaram para os EUA em 1931 e começaram a clinicar em Nova Iorque.

Os Curths, agora William e Helene Ollendorff Curth seguiram carreira na área de Dermatologia na Universidade de Columbia. O trabalho mais importante de Helene Ollendorff Curth foi sobre a *acanthosis nigricans*.³⁹ (WHONAMEDIT, 2009)

Ollendorff é uma das poucas médicas que tiveram o privilégio de ter seu nome adicionado a um termo. De fato, são poucos os nomes de mulheres que o site traz.

Quanto ao termo *nevo de Spitz*, sabemos que o epônimo faz referência à Sophie Spitz:

Sophie Spitz nasceu em Tennessee. Ela se graduou em Bacharelado em Artes em 1929, pela Universidade de Vanderbilt, Nashville e se formou em Medicina em 1932. Casou-se com Arthur C. Allen, Doutor em Medicina, que também era um célebre patologista. Ela morreu com apenas 46 anos de idade.⁴⁰ (WHONAMEDIT, 2009)

Na mesma página da Web, a saber, a *Who named it?*, obtivemos uma informação bastante interessante, que se aplica ao nosso conjunto terminológico. O site diz possuir 8352 termos eponímicos descritos em 4163 entradas principais; no entanto, esses termos se ligam a somente 3322 pessoas, sendo 3194 homens e 128 mulheres apenas. Observamos, então, que, do ponto de vista estatístico, as mulheres representam apenas 3,8% do total de pessoas que o site apresenta, ao passo que os homens representam a grande maioria, ou seja, 96,2%.

Esse dado evidencia a questão social e cultural da participação da mulher em certas áreas do conhecimento, especialmente nas Ciências Biológicas e Exatas. Até algumas décadas atrás, as mulheres não se envolviam muito em pesquisas e quando o faziam, tinham dificuldade para se firmar nesses domínios, visto que o chefe dos laboratórios normalmente eram homens. De fato, é evidente a discrepância entre o número de termos que homenageiam homens e mulheres em Medicina, o que indica que o reconhecimento e a valorização do trabalho da mulher é pequeno. Esperemos que, com o avanço do processo social de valorização da mulher na Ciência, esse quadro se modifique nos próximos anos.

³⁹ “Helene Ollendorff studied medicine at the universities of Freiburg, Munich and Breslau, After qualifying in 1923 she trained in dermatology at the Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin under Abraham Buschke. She became Buschke's assistant subsequently married his other assistant, Wilhelm Curth. The Curths moved to the USA in 1931 and commenced private practice in New York. The Curths, now William and Helene Ollendorff Curth pursued careers in dermatology at Columbia University. Helene Ollendorff Curth's most important work was on *acanthosis nigricans*.”

⁴⁰ “**Sophie Spitz** was born in Tennessee. She received a bachelor of arts in 1929 from the Vanderbilt University, Nashville, and obtained her medical doctorate in 1932. She was married to Arthur C. Allen, MD, also a noted pathologist. She died at the age of only 46 years.”

Os dados trazidos pelo *site* também são importantes para uma reflexão sobre o número de vezes que um cientista é homenageado com a inserção de seu nome em um termo eponímico. Analisando os números informados, depreendemos que um mesmo cientista foi o responsável ou participou do estudo e descrição de mais de uma doença e, por esse motivo, seu nome se repete em diversos termos eponímicos. No conjunto terminológico de nosso *cópus* encontramos *Malpighi* em três termos, que são *célula de Malpighi*, *camada malpighiana* e *camada de Malpighi*; *Paget* e *pagetóide* (adjetivo banalizado) aparecem nos termos *doença de Paget*, *reticulose pagetóide* e *carcinoma pagetóide de Darier*; *Merkel*, em *célula de Merkel*, *carcinoma de células de Merkel*, *tumor de células de Merkel* e no banalizado *merkeloma*; o epônimo *Jadassohn*, que está presente nas unidades terminológicas *epitelioma intra-epidérmico de Borst-Jadassohn* e *nevo azul de Jadassohn-Tièche*; *Buschke* em *síndrome de Buschke-Ollendorff* e *condiloma acuminado gigante de Buschke-Lowenstein*; *Spiegler* em *linfodenóide sarcóide de Spiegler-Fendt*, *pseudolinfocitoma de Spiegler-Fendt* e *tumor de Spiegler* e *Fendt*, em *linfodenóide sarcóide de Spiegler-Fendt* e *pseudolinfocitoma de Spiegler-Fendt*. Essas repetições demonstram que, em geral, cientistas célebres se envolvem em vários projetos, trabalhando em equipes diferentes e participando da descoberta e descrição de vários conceitos. São muito produtivos e contribuem de forma notória para o avanço das áreas em que atuam.

Em nossa pesquisa, observamos ainda a presença de mais de um epônimo, no interior de um mesmo termo, em alguns termos eponímicos (geralmente, ligados por hífen): há epônimos duplos e triplos. Como os epônimos com essa formação só apareceram, em nosso *cópus*, em termos complexos, trataremos dessa particularidade de maneira mais detalhada no subitem 6.3.1.2. Essa presença de epônimos duplos e triplos evidencia uma característica comum à dinâmica de trabalho dos profissionais das áreas biológicas: há uma grande tendência em se trabalhar em equipes, com vários profissionais envolvidos. Muitas vezes são necessários vários passos ou etapas para que determinado objeto seja compreendido e desvendado pelos cientistas. Desse modo, a cada período do desenvolvimento, diferentes pesquisadores ou cientistas auxiliam no processo, imprimindo sua importância e seu papel no avanço de cada nova descoberta.

Outro motivo para a presença de mais de um epônimo na formação de um termo eponímico é a questão da diacronia da ciência. Ao longo do tempo, novos trabalhos são realizados; pode ocorrer, então, que haja um epônimo que remeta ao pioneiro das descobertas de determinado conceito, mas, posteriormente, pode ocorrer a inserção de outro epônimo, que fará referência àqueles que aprofundaram, desenvolveram ou complementaram os trabalhos

iniciais. Assim, conforme novos traços vão sendo descobertos por novos cientistas, seus nomes, por vezes, passam a ser inseridos no termo que designa determinado conceito, como forma de homenagem.

Os termos eponímicos possuem uma estrutura morfossintática e léxico-semântica própria. No próximo subcapítulo, verificaremos quais são as possíveis configurações que podem assumir.

6.3. ESTRUTURA MORFOSSINTÁTICA E LÉXICO-SEMÂNTICA DOS TERMOS EPONÍMICOS DO DOMÍNIO DA DERMATOLOGIA

Ao observar os termos eponímicos encontrados em nossa pesquisa verificamos que, quanto à sua estrutura morfossintática e léxico-semântica, esses termos apresentam diferentes formações e tamanhos. Percebemos, por exemplo, que a presença de termos complexos (sintagmáticos) eponímicos se faz constante no domínio da Dermatologia e na terminologia médica em geral. Entretanto, termos eponímicos simples e termos eponímicos compostos também foram encontrados no *cópus* que analisamos. Para que se possa compreender melhor as análises que seguirão, exporemos agora o que consideramos termos simples, complexos e compostos.

A gramática tradicional, ao tratar dos processos de formação das unidades léxicas da língua portuguesa, diz que há dois processos básicos: composição (por justaposição ou aglutinação) e a derivação (prefixal, sufixal, parassintética, regressiva e imprópria). Assim, existem palavras simples, compostas e derivadas.

Os vocabulários especializados (terminologias técnicas e científicas) tendem a apresentar características de formação bastante semelhantes às do léxico da língua geral. Além dos processos tradicionais de formação de palavras, os termos das áreas de especialidade são frequentemente formados por composição sintagmática e, por vezes, por empréstimos.

Segundo Alves (1990), os principais processos de criação neológica do português são: 1) formações sintáticas - derivação (prefixal, sufixal), composição (subordinativa, coordenativa), formação sintagmática, sigla e acronímia; 2) conversão; 3) neologismo semântico; 4) empréstimo / estrangeirismo e 5) outros processos menos produtivos, tais como truncção, palavra-valise, reduplicação e derivação regressiva. Alves distingue unidade léxica simples, composta e sintagmática (complexa). Segundo a autora, “a unidade lexical

sintagmática [complexa] encontra-se ainda em vias de lexicalização. Por isso, não costuma ser unida por hífen. O item léxico composto, ao contrário, é geralmente transcrito com essa marca gráfica” (ALVES, 1990, p.51). Explica ainda que é o grau de lexicalização que determina a “fixidez” do sintagma terminológico.

A Norma ISO 1087 (1990) define da seguinte maneira os termos simples, complexos e compostos:

Termo simples: constituído de um só lexema, com ou sem afixos.

Termo complexo: constituído de dois ou mais radicais aos quais podem se acrescentar outros elementos.

Termo composto: termo complexo no qual os elementos têm uma posição fixa dentro do termo como um todo, mas que não são unidos por elementos morfológicos.⁴¹ (ISO 1087, 1990, p.7-8)

Em nosso trabalho, seguimos a terminologia da ISO, porém olhamos, junto com Barros (2007), as unidades terminológicas do ponto de vista sincrônico, isto é, de acordo com a configuração que elas têm hoje. Assim, as “unidades lexicais compostas por aglutinação ou truncção e por justaposição de dois ou mais radicais sem hífen” são, para nós, termos simples (BARROS, 2007, p.24). Por exemplo, o termo *amiloideose*, se visto diacronicamente, deve ser considerado como composto, uma vez que se formou por um processo que uniu a base *amil(o)-* ao sufixo *-ose*. Entretanto, se o observarmos do ponto de vista sincrônico, isto é, na forma em que o termo se apresenta hoje, podemos considerá-lo um termo simples, uma vez que sua configuração formal se evidencia em um único item lexical. O que chamamos de *compostos* são os que se unem por meio da marca gráfica do hífen e que, portanto, possuem alto grau de lexicalização.

Alves (2006) afirma que “a derivação, tanto sufixal como prefixal, e a composição são processos vernaculares muito representativos dentre as novas formações nos domínios de especialidade” (ALVES, 2006, p.32), sendo a composição sintagmática um dos processos de criação neológica mais produtivos em boa parte das áreas técnicas e científicas. Nesse sentido, a autora comenta:

⁴¹ Simple term: term consisting of only one stem with or without affixes.

Complex term: term consisting of two or more stems with or without other term elements.

Compound term: complex term in which the elements have a fixed position within the term as a whole but are not linked by morphological devices.

Os domínios de especialidade caracterizam-se também por apresentarem termos sintagmáticos [complexos], com significado em geral transparente, representados por segmentos de frase (nominal ou verbal) que se lexicalizam e tornam-se, por meio desse procedimento, novas unidades do léxico. Essas formações, bastante frequentes, tendem a seguir uma estrutura em que um termo determinado é expandido por um adjetivo ou um sintagma preposicional, que, por sua vez, também podem ser expandidos. (ALVES, p.33, 2006)

Voltemos, então, ao conceito de termo *complexo* (também chamado *termo sintagmático* ou *sintagma terminológico*). São unidades terminológicas constituídas de vários lexemas, possuindo tamanhos e graus de lexicalização variados. Como exemplos, em nosso *cópus*, temos *carcinoma eritematoso benigno de Little* ou ainda *condiloma acuminado gigante de Buschke-Loewenstein*. Esses termos são lexicalizados, ou seja, são uma combinação de elementos que constituem uma unidade linguística e um bloco único de significação. O estudo desses termos é bastante delicado. Segundo Maria da Graça Krieger:

[...] o tratamento das terminologias não se resume a uma prática compilatória voltada à frequência do termo. Ao contrário, reconhecer o estatuto terminológico de uma unidade lexical exige critérios de identificação baseados em um conjunto de princípios do funcionamento dos sistemas linguísticos.

Tal problema agrava-se sobretudo porque os sintagmas terminológicos, de problemático reconhecimento, têm altíssimo percentual nas linguagens especializadas. Seu estudo requer uma descrição dos graus de lexicalização das unidades terminológicas, assim como da coesão entre os componentes de uma determinada expressão, entre outros aspectos. Por isso, cabe lembrar a importância dos aportes da semântica, da sintaxe, da sociolinguística, da pragmática e das teorias de texto e discurso para o exame do funcionamento dos termos. Acrescente-se ainda que o exame da produção científica e técnica revela que é nos diferentes universos discursivos que as terminologias cobram sentido. (KRIEGER, 2001)

Por se tratar de um bloco único de significação é que entendemos que a estrutura morfossintática e léxico-semântica dos termos eponímicos está intimamente relacionada à questão da opacidade: o conceito de um termo complexo não pode ser conhecido apenas pela soma dos elementos que o constituem, uma vez que cada um desses elementos só adquire seu valor semântico no interior desse sintagma. Contudo, um termo se torna menos opaco quando nos permite decodificar pelo menos parte do conceito por meio das pistas que os elementos descritivos fornecem sobre o significado geral. Por esse motivo é que abordamos a

questão da opacidade dos termos eponímicos e tecemos reflexões sobre ela em um subcapítulo adiante (ver 6.4.)

6.3.1. Termos com epônimos em forma original

Analisaremos agora a estrutura morfossintática e léxico-semântica dos termos eponímicos que mantêm em sua formação um nome próprio sem nenhuma alteração.

Nenhum desses termos é simples, visto que todos possuem, obrigatoriamente, uma base e um sintagma preposicional, normalmente de tipo *de* + *epônimo*. Desse modo, temos apenas termos eponímicos compostos (com hífen) e complexos com epônimos em forma original.

6.3.1.1. Termos eponímicos compostos

Entendemos por termos eponímicos compostos os formados por mais de um lexema e morfema gramatical (geralmente a preposição *de*) graficamente ligados por hífen. Possuem alto grau de lexicalização e seus componentes estão em uma relação de não-autonomia. Em nosso *cópus* de pesquisa, verificamos a ocorrência desse tipo de termo eponímico dentre os sinônimos de *sífilis*:

Termo composto com epônimo em forma original	Outras designações
mal-da-baía-de-são-paulo (pop.), mal-de-nápoles (pop.), mal-de-santa-eufêmia (pop.), mal-de-são-jó (pop.), mal-de-são-névio (pop.), mal-de-são-semento (pop.)	sífilis, avariose, lues, mal-americano (pop.), mal-canadense (pop.), mal-céltico (pop.), mal-de-coito (pop.), mal-de-fiúme (pop.), mal-de-franga (pop.), mal-de-frenga (pop.), mal-dos-cristãos (pop.), males (pop.), mal-escocês (pop.), mal-francês (pop.), mal-gálico (pop.), mal-germânico (pop.), mal-ilírico (pop.), mal-napolitano (pop.), mal-polaco (pop.), mal-turco (pop.), gálico (pop.), venéreo (pop.)

Quadro 10 – termos eponímicos compostos com epônimo em forma original

O termo *sífilis*, que designa uma doença sexualmente transmissível, apresentou uma longa cadeia sinonímica, permeada por termos eponímicos de origem antroponímica, tais como *mal-de-santa-eufêmia*, *mal-de-são-jó*, *mal-de-são-névio* e *mal-de-são-semento*; de origem toponímica, como em *mal-de-nápoles* e ainda um termo misto: *mal-da-baía-de-são-*

paulo. De fato, este último possui o topônimo *baía-de-são-paulo* que, por sua vez, contém um antropônimo (*São Paulo*).

Esses termos pertencem à classe lexical dos substantivos e o processo de formação que os caracteriza foi, em um primeiro momento, o da composição sintagmática, que produziu um termo complexo. A recorrência de uso conduziu essas unidades terminológicas a um alto grau de lexicalização, chegando ao ponto de todos os elementos que as compõem passarem a ser ligados por hífen. A partir desse momento, o termo deixou de ser complexo para ser composto.

Todas essas unidades terminológicas possuem como base o termo *mal* e constituem variantes diastráticas de *sífilis* e *avariose*, na medida em que se situam em um nível de língua diferente, ou seja, são variantes populares.

A presença de antropônimos alusivos a santos no interior das variantes populares de *sífilis* foi observada. Acreditamos que isso se deva ao fato de que, no final do século XV – início do século XVI, após a invasão de Nápoles pela França, muitos europeus contraíram doenças que tinham manifestações visíveis na pele. No caso específico de *sífilis*, sabe-se que as lesões causadas por ela e pela lepra eram bastante semelhantes e, na época, não se distinguiam as doenças, sendo uma, muitas vezes, dada como a outra. A lepra, por exemplo, era utilizada para se referir a *lupus*, *escarlatina*, *eczemas*, *sífilis* e à lepra verdadeira.

No caso das variantes terminológicas do termo *sífilis* que contêm em sua formação adjetivos gentílicos e pátrios, podemos explicar que, por causa da guerra a que nos referimos entre a França e o reino napolitano, os franceses passaram a designar a doença como *mal-de-nápoles* e os italianos, por sua vez, chamavam-na de *mal-francês*. Como a doença se espalhou rapidamente, como uma peste, devido às sucessivas invasões promovidas por diferentes povos europeus, uma “guerra” linguística também se produziu. A transmissão da *sífilis* entre soldados de vários exércitos, durante as invasões, fez com que fossem criados diversos nomes em que os povos se acusam entre si. Então, cada povo atingido dava um novo nome à doença, ou ao “mal”, responsabilizando normalmente os povos vizinhos suspeitos de terem sido os contaminadores. (BARROS, 2006, p.154-160). Por esse motivo é que existem as variantes com adjetivos gentílicos e pátrios de várias localidades: *mal-napolitano*, *mal-francês*, *mal-gálico*, *mal-polonês* etc.

Não consideramos, neste trabalho, os termos compostos com base em adjetivos gentílicos e pátrios como termos eponímicos, uma vez que não foi o nome próprio que deu origem diretamente ao termo, mas sim o nome comum, isto é, o adjetivo pátrio ou gentílico. Por adjetivo gentílico, entendemos o “adjetivo que designa o lugar de origem de uma pessoa

(tanto pode referir-se ao país, como ao estado, cidade, etc.)” (HOUAISS, 2008, p. 85), sendo o adjetivo pátrio um tipo de adjetivo gentílico, que “designa especialmente a nação em que o indivíduo nasceu e/ou a que pertence como cidadão.” (idem, ibidem, p.85-86). Ou seja, são itens lexicais da língua geral que se referem a lugares. Lembramos que, de acordo com o exposto no subcapítulo 3.1, epônimo é o nome próprio com base no qual um conceito recebe uma denominação. Assim, embora os adjetivos gentílicos e os pátrios refiram-se a localidades (que são denominadas com base em nomes próprios), já estão em forma de adjetivo, isto é, são nomes comuns. No caso das variantes populares de sífilis que se caracterizam como adjetivos gentílicos ou pátrios, temos: *mal-americano*, *mal-canadense*, *mal céltico*, *mal-escocês*, *mal-francês*, *mal-gálico*, *mal-germânico*, *mal-ilírico*, *mal-napolitano*, *mal-polaco*, *mal-turco*.

Tomemos como exemplo o caso de *mal-napolitano*. Como discutido anteriormente, *napolitano*, que foi ligado à base *mal*, é o adjetivo gentílico que se refere a Nápoles. Apesar dessa relação, linguisticamente o nome próprio *Nápoles* não foi utilizado na formação do termo. Somente consideramos eponímico, no âmbito deste trabalho, o termo formado por ou derivado **diretamente** de um nome próprio (topônimo ou antropônimo). Assim, *mal-de-Nápoles* é, para nós, um termo eponímico, mas *mal-napolitano* não.

Outro exemplo de termo composto encontrado em nosso *cópus* é o que segue:

Termo eponímico composto	Outras designações
pé-de-madura	maduromicose

O termo *pé-de-madura* conserva a forma original *Madura*, um topônimo que se refere a uma cidade da Índia, onde foi originalmente descrito o quadro clínico dessa micose, que é encontrada, principalmente, em áreas tropicais e subtropicais. Esse termo tem como história de seu processo de criação a composição sintagmática, ou seja, provavelmente o termo “pé de Madura” formou-se inicialmente como complexo e a intensa frequência de uso levou a alto grau de lexicalização entre os componentes do termo, que hoje se apresenta na forma de termo composto.

Quanto ao termo *maduromicose*, uma descrição mais detalhada sobre essa unidade terminológica já foi realizada no subcapítulo 6.1, em que demonstramos a formação do termo e refletimos sobre a origem do epônimo toponímico que se insere no mesmo. Mais uma vez ressaltamos que, sincronicamente, consideramos o termo *maduromicose* como simples, por constituir-se de apenas um lexema.

Esses foram, então, os únicos termos compostos dentre as designações eponímicas encontradas em nosso *cópus*. A seguir, tratamos de outro tipo de formação.

6.3.1.2. Termos eponímicos complexos

Em sua grande maioria, os termos eponímicos são sintagmáticos (termos complexos).

O sintagma terminológico eponímico pode ter como base um termo simples, como ocorre com o conjunto de unidades terminológicas a seguir:

Base simples	Base simples
1. <u>Acantoma</u> de Degos	34. <u>Glândula</u> de Boerhaave
2. <u>Acne</u> de Majorca	35. <u>Linfoma</u> de Burkitt
3. <u>Angioceratoma</u> de Fabry	36. <u>Linfoma</u> de Hodgkin
4. <u>Angioceratoma</u> de Fordyce	37. <u>Membrana</u> de Henle
5. <u>Angioceratoma</u> de Mibelli	38. <u>Membrana</u> de Huxley
6. <u>Bainha</u> de Henle	39. <u>Moléstia</u> de Besnier-Boeck-Shaumann
7. <u>Bainha</u> de Huxley	40. <u>Moléstia</u> de Bowen
8. <u>Camada</u> de Henle	41. <u>Moléstia</u> de Dupuytren
9. <u>Camada</u> de Huxley	42. <u>Moléstia</u> de Hodgkin
10. <u>Camada</u> de Malpighi	43. <u>Moléstia</u> de Nicolas-Durand-Favre
11. <u>Célula</u> de Langerhans	44. <u>Moléstia</u> de Paget
12. <u>Célula</u> de Malpighi	45. <u>Moléstia</u> de Paltauf-Sternberg
13. <u>Célula</u> de Merkel	46. <u>Moléstia</u> de Peyronie
14. <u>Contratura</u> de Dupuytren	47. <u>Moléstia</u> de Sézary
15. <u>Corpúsculo</u> de Meissner	48. <u>Nevo</u> de Spitz
16. <u>Corpúsculo</u> de Pacini	49. <u>Nevo</u> de Sutton
17. <u>Corpúsculo</u> de Ruffini	50. <u>Nó</u> de Bizzozzero
18. <u>Doença</u> de Bazex	51. <u>Pseudolinfocitoma</u> de Spiegler-Fendt
19. <u>Doença</u> de Besnier-Boeck-Shaumann	52. <u>Sarcóide</u> de Boeck
20. <u>Doença</u> de Boeck	53. <u>Sarcoma</u> de Kaposi
21. <u>Doença</u> de Boeck-Shauman	54. <u>Síndrome</u> de Besnier-Boeck-Shauman
22. <u>Doença</u> de Bowen	55. <u>Síndrome</u> de Buschke-Ollendorff
23. <u>Doença</u> de Dercum	56. <u>Síndrome</u> de Melkerson-Rosenthal
24. <u>Doença</u> de Ducrey	57. <u>Síndrome</u> de Ollendorf
25. <u>Doença</u> de Hodgkin	58. <u>Síndrome</u> de Schauman
26. <u>Doença</u> de Kimura	59. <u>Síndrome</u> de Sézary
27. <u>Doença</u> de Nicolas Favre	60. <u>Síndrome</u> de Shulman
28. <u>Doença</u> de Paget	61. <u>Síndrome</u> de Stewart-Treves
29. <u>Doença</u> de Peyronie	62. <u>Tumor</u> de Abrikossoff
30. <u>Doença</u> de Roch-Leri	63. <u>Tumor</u> de Ackerman
31. <u>Doença</u> de Sézary	64. <u>Tumor</u> de Burkitt
32. <u>Epitelioma</u> de Borst-Jadassohn	65. <u>Tumor</u> de Spiegler
33. <u>Eritrodermia</u> de Sézary	66. <u>Úlcera</u> de Marjolin

Quadro 11 - Termos eponímicos complexos com bases constituídas de termos simples

Cabe aqui comentar o termo aparece na posição de número dois, a saber, *acne de Majorca*. Em nosso *cópus*, pouquíssimos foram os termos eponímicos que apresentaram um epônimo toponímico. Isso ocorreu apenas em *maduromicose* e *pé-de-madura*, em duas variantes populares da *sífilis*, que são *mal-de-nápoles* e *mal-da-baía-de-são-paulo* e no termo

complexo *acne de Majorca*. Observamos, no caso deste último, que a designação tem como epônimo o nome próprio *Majorca*, que é uma ilha do arquipélago Baleares, que está localizado a leste da Espanha, pertencendo a esse país. Provavelmente, esse tipo de acne é característico da região, justamente por ser uma ilha e ter uma posição que proporciona sempre altas temperaturas. Isso se confirma pelo sinônimo *acne praiana* que remete a altas temperaturas e a exposição solar. Os demais termos eponímicos que trazem em sua formação um topônimo são descritos nos capítulos específicos de cada estrutura morfossintática e léxico-semântica à qual pertencem.

Os termos apresentados no quadro 11 possuem algumas características comuns no que concerne à sua estrutura morfossintática e léxico-semântica:

- 1) todos são termos complexos (sintagmáticos);
- 2) a base é um termo simples (possui um único lexema);
- 3) o modificador é um adjunto adnominal formado pela preposição *de* + epônimo em sua forma original.

Os lexemas que constituem as bases desses 66 termos eponímicos são em número de 23, como podemos observar no quadro a seguir:

	Lexema-base	Frequência
1.	Doença	14
2.	Moléstia	9
3.	Síndrome	8
4.	Tumor	4
5.	Angioceratoma	3
6.	Camada	3
7.	Célula	3
8.	Corpúsculo	3
9.	Bainha	2
10.	Linfoma	2
11.	Membrana	2
12.	Nevo	2
13.	Acantoma	1
14.	Acne	1
15.	Contratura	1
16.	Epitelioma	1
17.	Eritrodermia	1
18.	Glândula	1
19.	Nó	1
20.	Pseudolinfocitoma	1
21.	Sarcóide	1
22.	Sarcoma	1
23.	Úlcera	1

Quadro 12 - Frequência das bases simples dos termos eponímicos complexos

Podemos perceber, por esses dados referentes à frequência, que os termos *doença* e *moléstia* são os mais produtivos no processo de criação terminológica por composição sintagmática de termos eponímicos, totalizando, respectivamente, quatorze e nove ocorrências. Uma possível explicação para essa produtividade seria o fato de esses termos serem genéricos. Segundo o dicionário Aurélio, esses termos têm as seguintes acepções:

Doença [Do lat. *Dolentia*] S.f. **1.** *Med.* Denominação genérica de qualquer desvio do estado normal. **2.** *Med.* Conjunto de sinais e/ou sintomas que têm uma só causa; moléstia. [...]. (FERREIRA, 1999, p. 701)

Moléstia [Do lat. *molestia*] S.f. **1.** Incômodo ou sofrimento físico; doença, achaque, mal. **2.** Doença (2). (FERREIRA, 1999, p. 1355)

É possível observar que *doença* e *moléstia* podem, por vezes e em determinados contextos, ser intercambiáveis. Por possuírem uma larga zona de intersecção semântica, são utilizados frequentemente como sinônimos. Verificamos, porém, em nossa pesquisa, que *doença* é o termo mais comum, popularizado, sendo, portanto, mais empregado.

Esses dois termos são seguidos, do ponto de vista estatístico, por *síndrome*, com frequência oito. Essa alta frequência em relação ao número de termos eponímicos segue, aproximadamente, a mesma lógica dos termos anteriores, porém, por significar “conjunto de sinais e sintomas” que pode ter mais de uma causa, *síndrome* é um pouco menos genérico e, portanto, aplica-se a menos termos que os primeiros.

As outras bases tiveram frequência menor: *tumor* (freq. 4); *angioceratoma*, *camada*, *célula* e *corpúsculo* (freq. 3); *bainha*, *linfoma*, *membrana* e *nevo* (freq. 2); os demais com frequência única. Nesses casos, produzem termos mais específicos.

Diferentemente desse conjunto terminológico descrito, em que os termos eponímicos tinham como base termos simples, outros termos eponímicos podem ter como base um termo complexo, como podemos observar a seguir:

1. Acroceratose paraneoplásica de Bazex
2. Adenoma sebáceo tipo Balzer
3. Adenoma sebáceo tipo Balzer-Menetrier
4. Angioqueratoma difuso de Fabry
5. Carcinoma de células de Merkel
6. Carcinoma eritematoso benigno de Little
7. Carcinoma pagetóide de Darier
8. Condiloma acuminado gigante de Buschke-Lowenstein
9. Epitelioma calcificado de Malherbe

10. Epithelioma calcificante de Malherbe
11. Epitelioma intra-epidérmico de Borst-Jadassohn
12. Granuloma actínico de O'Brien
13. Infiltrado linfocítico de Jessner-Kanof
14. Lentigo maligno de Hutchinson
15. Linfodenóide sarcóide de Spiegler-Fendt
16. Melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh
17. Melanose pré-cancerosa de Hutchinson
18. Nevo azul de Jadassohn-Tièche
19. Prurigo nodular de Hyde
20. Queilite glandular apostematosa de Puente
21. Sarda infecciosa melanótica de Hutchinson
22. Tumor de células de Merkel

Quadro 13 - Termos eponímicos complexos com bases constituídas de termos complexos

Percebemos que esse conjunto terminológico, que contém 22 termos eponímicos, difere do que compõe o quadro 11 por possuir como base um termo complexo (sintagmático). Efetivamente, no primeiro caso, as bases eram compostas de um único lexema (termo simples), enquanto que, neste último quadro, a base caracteriza-se como um sintagma terminológico.

Observamos que o tipo de formação desses termos complexos segue o padrão *gênero próximo + diferenças específicas*, em relação a um termo mais genérico (hiperônimo). Assim, à base acrescentam-se elementos descritivos que tornam o termo mais extenso e, conseqüentemente, mais específico. Tomemos como exemplo o termo 4. *angioqueratoma difuso de Fabry*. O hiperônimo (termo mais genérico), neste caso, é *angioqueratoma*, que designa uma dermatose. Essa possui vários tipos específicos, dentre eles, o difuso. O *angioqueratoma difuso*, por sua vez, também é especificado pelo epônimo *Fabry*. Assim, normalmente, o termo eponímico de base formada por um termo complexo é um termo que designa um conceito com algum (e por vezes, até alto) grau de especificidade.

No que concerne aos epônimos propriamente ditos (os nomes próprios citados), esses podem ser:

- a) **únicos**, como em *angioceratoma de Fordyce*, *bainha de Huxley*, *camada de Malpighi*, *tumor de Abrikossof*, *doença de Bazex*, *epitelioma calcificado de Malherbe*, etc.
- b) **duplos**, como em *adenoma sebáceo tipo Balzer-Menetrier*, *condiloma acuminado gigante de Buschke-Loewenstein*, *doença de Boeck-Schaumann*, *doença de Nicolas-Favre*, *doença de Roch-Leri*, *epitelioma de Borst-Jadassohn*, *epitelioma intra-epidérmico de Borst-Jadassohn*, *infiltrado linfocítico de Jessner-Kanof*, *linfodenóide sarcóide de Spiegler-Fendt*, *moléstia de Paltauf-Sternberg*, *nevo azul de Jadassohn*.

Tieche, *pseudolinfocitoma de Spiegler-Fendt*, *síndrome de Buschke-Ollendorff*, *síndrome de Melkerson-Rosenthal*, *síndrome de Stewart-Treves* (total de 15 termos).

c) **triplos**, como em *doença de Besnier-Boeck-Shaumann*, *moléstia de Besnier-Boeck-Shaumann*, *síndrome de Besnier-Boeck-Shaumann* e *moléstia de Nicolas-Durand-Favre* (total de 4 termos).

Observamos, então, que, somados os epônimos duplos e triplos (19 casos) que ocorrem no conjunto dos termos eponímicos com epônimo em forma original (um total de 108 termos), esses representam 17,5 % dos termos dessa natureza e, portanto, os termos formados com base em um único epônimo (ou seja, 89 termos) correspondem a 82,5%, ou seja, a grande maioria. Isto é, predominam, em nosso *cópus*, os termos eponímicos que mencionam um único epônimo.

Além dessas duas formações, pudemos ainda observar em nossa pesquisa casos em que a forma de expressão dos termos eponímicos é um pouco diferente da dos já mencionados.

Os termos *adenoma sebáceo tipo Balzer* e *adenoma sebáceo tipo Balzer-Menetrier* são termos complexos com epônimos único e duplo, respectivamente, que se ligam à base complexa por meio da partícula *tipo*. Assim, diferenciam-se dos demais que, em geral, unem-se à base por meio da preposição *de*. Uma informação interessante é que a segunda variante, *adenoma sebáceo tipo Balzer-Menetrier*, só apareceu em uma de nossas fontes, a saber, em *Compêndio de Dermatologia* (1978), dos autores Bechelli e Curban. Nas demais, a variante comumente utilizada é a com o epônimo único *Balzer*. Esse fato parece indicar que o termo seja uma idiossincrasia desses autores, o que acontece muito em Dermatologia, pois cada cientista ou pesquisador de determinado domínio por vezes cunha sua própria terminologia.

Finalmente, encontramos casos em que os termos eponímicos têm uma formação diferente dos modelos até aqui apresentados. Observemos os termos abaixo:

1. necrobiose lipóidica ‘diabeticorum’ (Oppenheim-Urbach)
2. infiltração linfocitária da pele (Jessner-Kanof)
3. dermatofibrossarcoma protuberante (Darier-Ferrand)

Verificamos que esses três termos eponímicos possuem como base termos complexos, mas sua particularidade repousa no fato de que o epônimo não se liga a essa base por meio da

preposição *de*. Efetivamente, sua “participação” no termo complexo dá-se por sua inserção entre parênteses.

Ao observar a primeira ocorrência, verificamos que a única obra científica que registra o termo *necrobiose lipoídica 'diabeticorum'* (Oppenheim Urbach) é o *Compêndio de Dermatologia* (1988). Vejamos:

VI) Necrobiose lipoídica 'diabeticorum' (Oppenheim- Urbach)

É muito rara, predominante no sexo feminino e em diabéticos, caracteriza-se por lesões numulares ou placas de centro amarelado e periferia purpúrica. (BECELLI, CURBAN, 1978, p. 338)

Num primeiro momento, consideramos esse termo como eponímico, uma vez que fica clara a ligação do epônimo duplo à unidade terminológica. Entretanto, ao analisar mais de perto as definições e a forma como essa doença é tratada nas demais fontes de consulta que constituíram nosso *córpus* de pesquisa, constatamos que essa inserção entre parênteses dá-se apenas para indicar uma informação adicional, sendo que, do ponto de vista do grau de lexicalização, os epônimos ainda não fazem realmente parte do termo. Para confirmarmos nossa hipótese, utilizamos a Web como *córpus* de pesquisa e não encontramos nenhuma ocorrência para o termo com os epônimos incluídos nele. Consultando o site *Who named it?* para obter maiores informações sobre os epônimos, verificamos que Moriz Oppenheim e Erich Urbach foram os médicos e professores de Dermatologia responsáveis pela descrição, em 1932, da doença citada acima. Oppenheim estudou em Viena e ingressou na clínica dermatológica da Universidade dessa cidade em 1902. Escreveu vários livros sobre doenças venéreas e doenças da pele. Urbach nasceu na Tchecoslováquia, mas também estudou na Universidade de Viena, onde provavelmente conheceu seu colega Oppenheim. Ambos estão envolvidos na descrição de *necrobiose lipoídica*, daí a formação dupla do epônimo contendo dois sobrenomes.

No segundo caso, verificamos que não inserir o epônimo no interior do termo complexo é uma opção de uso terminológico por parte de alguns especialistas em Dermatologia:

Infiltração Linfocitária da Pele (Jessner e Kanof)

Patogenia. É desconhecida, existindo dúvidas quanto à posição nosológica desta entidade. Alguns autores reconhecem sua individualidade nosológica e outros interpretam-na como variante de outros processos, lúpus eritematoso, erupção polimorfa à luz ou linfocitoma cútis. (SAMPAIO, RIVITTI, 1982, p. 910)

Observamos, então, que Sampaio e Rivitti utilizam essa forma de termo eponímico (com o epônimo entre parênteses inserido no sintagma). No entanto, outros especialistas, como Bechelli e Curban (1978) empregam esse termo eponímico sob outra forma, como podemos verificar pelo contexto abaixo:

A imunofluorescência é negativa em lucites e na **infiltração linfocitária de Jessner-Kanoff**. (BEHELLI, CURBAN, 1978, p.479 – grifo nosso).

Como podemos notar, Sampaio e Rivitti utilizam uma forma diferente de designação, apresentando o epônimo somente entre parênteses, o que não ocorre com Bechelli e Curban, que preferem a forma lexicalizada com a presença do epônimo duplo. Em uma busca pela Web, observamos que, ao pesquisarmos pelo termo *infiltração linfocitária da pele*, encontramos cinco ocorrências. Ao procurarmos por *infiltração linfocitária de Jessner-Kanof*, encontramos três e, finalmente, ao pesquisarmos apenas com o epônimo *Jessner*, ou seja, o termo como *infiltração linfocitária de Jessner* encontramos seis. Essa busca comprova que o termo pode vir acompanhado ou não do epônimo em sua formação.

No caso de *dermatofibrossarcoma protuberante (Darier-Ferrand)*, observamos a ocorrência do mesmo, com essa expressão específica, em somente um tratado de Dermatologia, o de Azulay & Azulay (1999):

Dermatofibrossarcoma protuberante (Darier-Ferrand)

É um tumor fibroblástico de baixa malignidade, com representação clínica muito característica: vários nódulos aglomerados em placas, protuberantes, de evolução lenta e progressiva, chegando a ulcerar-se, de localização preferencial nas paredes abdominal e dorsal, podendo, entretanto, ter outras localizações (extremidades e cabeça). (AZULAY & AZULAY, 1999, p. 359)

Esse termo, caracterizado pela inserção entre parênteses dos epônimos Darier e Ferrand, é empregado apenas por Azulay e Azulay, enquanto que Bechelli e Curban preferem o termo não-eponímico *dermatofibrossarcoma protuberante*. Também nesse caso, podemos constatar a relação entre os nomes próprios e a doença descrita na obra desses dois últimos especialistas:

O *dermatofibrossarcoma protuberante* foi descrito por Darier e Ferrand (1925) sob o nome de *dermatofibromas progressivos e recidivantes* ou *fibrossarcomas da pele*. Considerado de pouca malignidade, origina-se na derme e desenvolve-se de preferência no abdômen e região inguinal, em forma de placa fibrosa em que se vão formando saliências globosas, isoladas ou coalescentes, podendo surgir raras lesões na vizinhança da massa tumoral primitiva. (BECHELLI, CURBAN, 1978, p. 467-468 – sublinhado por nós).

Como podemos observar, Bechelli e Curban, embora adotem como uso preferencial o termo *dermatofibrossarcoma protuberante* (não-eponímico), não deixam de mencionar, em sua obra, a relação com os cientistas que descreveram a doença em pauta, homenageados explicitamente por Azulay e Azulay.

Na obra de duas outras autoridades em Dermatologia, Sampaio e Rivitti, o termo é apresentado em sua forma descritiva sem o epônimo inserido, do mesmo modo que Bechelli e Curban. Nesse tratado, porém, nenhuma menção é feita aos nomes dos cientistas que descreveram a doença:

Dermatofibrossarcoma Protuberante

O dermatofibrossarcoma ou fibrossarcoma cutâneo é tumor de baixa malignidade, que se origina do tecido conjuntivo da derme.

Manifestações Clínicas

Inicia-se com um ou vários nódulos duros de cor acastanhada ou vermelho-azulada, móveis em relação aos tecidos subjacentes. Os nódulos desenvolvem-se, formando placas elevadas, crescem lentamente e frequentemente se ulceram. É mais comum no sexo masculino e localiza-se mais frequentemente no tronco (Fig. 77-11). Embora seja um tumor invasivo local, metástases raramente ocorrem. As recidivas, porém, são extremamente frequentes, pela natureza infiltrativa do tumor. (SAMPAIO, RIVITTI, 1982, p. 852)

Para obtermos maiores informações sobre os epônimos envolvidos nesse termo, procedemos a uma pesquisa no site *Who named it?*, onde encontramos os seguintes dados:

Doença de Darier e Ferrand

Também conhecida como: fibrossarcoma de Darier-Ferrand; dermatofibrossarcoma de Darier-Ferrand; dermatofibrossarcoma protuberans

Pessoas associadas: Ferdinand-Jean Darier; Marcel Ferrand.

Descrição: Uma condição hereditária rara caracterizada por erupções simétricas de lesões papulares e verrucosas que coalescem em placas de vários tamanhos no couro cabeludo, no rosto, pescoço, tronco e axilas. Posteriormente tornam-se doloridas, fixam-se à estrutura subjacente,

ulceram e se rompem. Associam-se a unhas fracas e quebradas e a lesões das membranas mucosas e da córnea. Frequentemente há oligofrenia. Início entre 12 e 18 anos de idade. Mesma incidência em ambos os sexos na idade adulta.⁴² (WHONAMEDIT, 2009)

Os epônimos utilizados na formação do termo eponímico são os sobrenomes de Ferdinand-Jean Darier e Marcel Ferrand. O primeiro iniciou seus estudos em Medicina na cidade de Genebra (onde nasceu) com apenas quinze anos, mas decidiu transferir-se para Paris, onde se naturalizou e desenvolveu sua tese de Doutorado. Foi Chefe do Departamento Médico do Hospital Saint-Louis, de 1909 a 1922. Com setenta anos, foi o editor-chefe da maior enciclopédia dermatológica francesa: a *Nouvelle Pratique Dermatologique*, que possuía oito volumes, publicada em 1936. Marcel Ferrand foi um médico francês, que viveu entre 1878 e 1940. Embora o site não traga dados mais precisos sobre a descrição da doença que leva seu nome e o de Marcel Ferrand, dá pistas de que se conheceram na França e juntos descobriram esse dermatofibrossarcoma. O site também indica diversas designações da doença, a maior parte delas eponímicas. Entretanto, por questões de critérios metodológicos, não registramos em nosso *corpus* esses termos, uma vez que o site não foi elencado como fonte de pesquisa. Além disso, o site é originalmente escrito em inglês e, portanto, a “tradução” das variantes ali contidas pode não dar como resultado variantes equivalentes e efetivamente utilizadas em português.

Após o exposto, podemos fazer algumas considerações sobre essa formação de termos eponímicos complexos. Primeiramente, quanto às bases desses termos, observamos que ainda é muito mais recorrente o uso de bases contendo apenas um termo simples. Acreditamos que isso se deva ao fato de as variantes eponímicas serem um pouco mais informais e, portanto, a priori, não são formadas com a preocupação de serem descritivas com relação ao conceito que designam. Além disso, os termos eponímicos, em geral, são usados em situação de comunicação e seguem o princípio da economia linguística. Assim, *doença de Bazex*, por exemplo, funciona como uma unidade terminológica muito mais concisa e eficaz, do ponto de vista da dinâmica da comunicação, que a variante expandida que possui uma base complexa, a

⁴² “**Darier-Ferrand disease**

Also known as: Darier’s disease; Darier-Ferrand dermatofibrossarcoma. Associated persons: Ferdinand-Jean Darier; Marcel Ferrand.

Description: A rare hereditary condition characterized by symmetric outbreaks of verrucous papular growths that coalesce into plaques of various sizes on the scalp, face, neck, trunk, and axillae. Later they become painful, fixate to the underlying structure, ulcerate and discharge. They are associated with brittle furrowed nails and lesions of the mucous membranes and cornea. Often there is oligophrenia. Onset between 12 and 18 years of age. Equal incidence in both sexes in adult life.”

saber, *acroceratose paraneoplásica de Bazex*. Conforme mencionado anteriormente, termos complexos muito longos não são muito produtivos na comunicação e acabam, consequentemente, sofrendo reduções e dando origem a formas abreviadas. Os termos eponímicos não fogem à regra.

Outra evidência que o estudo dos termos complexos com epônimo em forma original trouxe é a de que, embora nas áreas biológicas seja comum o trabalho em equipe, havendo mais de um cientista ou pesquisador envolvido nas descobertas e descrições de novos conceitos, a tendência ainda é ter apenas um deles homenageado de forma explícita nas designações. Assim, os epônimos únicos remetem aparentemente ao cientista responsável, ao chefe de uma equipe, ao cientista mais importante ou ainda ao pioneiro relacionado ao conceito que o termo eponímico designa.

Após essa análise dos termos eponímicos que se apresentaram em nosso *córpus* trazendo em sua formação epônimos mantidos em sua forma original, trataremos agora dos termos com epônimos banalizados.

6.3.2. Termos com epônimos banalizados

Após análise do nosso *córpus*, podemos afirmar que os epônimos banalizados ocorreram muito pouco. Em geral, esses formam substantivos ou adjetivos. Os termos substantivais encontrados em nosso *córpus* e que se apresentam nessa forma são os que seguem:

Epônimo banalizado	Outras designações
1) <u>maduromicose</u>	pé-de-Madura
2) <u>merkeloma</u>	carcinoma de células de Merkel, tumor de células de Merkel, carcinoma trabecular, carcinoma neuroendócrino
3) <u>schwannoma</u>	neurilema, nevriema
4) <u>schwannoma</u> de células granulosas	tumor de Abrikossoff, tumor de células granulosas, mioblastoma de células granulosas, mioblastoma grânulo-celular, rabiomioma.

Quadro 14 – Termos eponímicos com epônimos banalizados em forma de substantivos

A primeira observação que deve ser feita aqui é que foi apenas dentro do grupo dos termos com epônimos banalizados que encontramos termos simples, ou seja, termos formados de apenas um lexema. Como existem, em nosso *córpus*, apenas três termos desse tipo, a saber,

maduromicose, *merkeloma* e *schwannoma*, não dedicamos um capítulo à parte para descrevê-los.

Quanto à formação específica desses termos, uma descrição minuciosa já foi feita no subcapítulo 6.1. Explicamos, naquele momento, que o termo *maduromicose* tem em sua formação o elemento de composição *madur-* ao qual se acrescenta o termo *micose*, após a vogal de ligação *-o-*. Em *merkeloma*, há a substantivação do epônimo *Merkel*, por meio do acréscimo do sufixo *-oma* e em *schwannoma*, termos como base o epônimo *Schwann*, ao qual também se associa o mesmo sufixo, ou seja, *-oma*, que é indicativo de tumor.

No que concerne aos epônimos banalizados que assumem a função de adjetivo, observamos quatro ocorrências, que são:

Epônimo banalizado	Outras designações da mesma cadeia sinonímica
1. camada <i>malpighiana</i>	camada espinhosa, estrato espinhoso, camada de Malpighi
2. carcinoma <i>pagetóide</i> de Darier	epitelioma basocelular superficial, carcinoma basocelular superficial, carcinoma eritematoso benigno de Little.
3. epitelioma basocelular <i>pagetóide</i>	epitelioma basocelular superficial, carcinoma basocelular superficial, carcinoma eritematoso benigno de Little.
4. reticulose <i>pagetóide</i>	RP, reticulose epidermotrópica.

Quadro 15 - Termos eponímicos com epônimos banalizados em forma de adjetivos

Temos, no primeiro termo, o adjetivo *malpighiana*, que foi formado com base no epônimo *Malpighi*. À base *malpighi* acrescentou-se o sufixo nominal adjetivo *-an* (+ a desinência nominal adjetiva feminina *a*), conforme já demonstrado no subcapítulo 6.1.

Nos exemplos 2, 3 e 4, o mesmo adjetivo banalizado ocorre, ou seja, *pagetóide*. Observa-se, ainda, que 2 e 3 são variantes eponímicas do mesmo conceito, sendo que o termo *carcinoma pagetóide de Darier* foi descrito no item 6.1. como um termo misto, pois possui também um epônimo em forma original, a saber, *Darier*. Na formação do adjetivo banalizado, ao epônimo *Paget* é acrescido o sufixo *-(ó)ide* (do grego *eidos* = forma, aspecto) (ver também subcap. 6.1.).

Vale ainda ressaltar que, em uma cadeia de variantes de um dado termo, podem existir ambas as ocorrências, sendo uma com o epônimo mantido em forma original e outra com o epônimo banalizado. É o que ocorre com os seguintes termos:

carcinoma de células de Merkel	----- >	merkeloma
camada de Malpighi	----- >	camada malpighiana

O termo *merkeloma*, um substantivo comum masculino, possui como quase-sinônimo um termo que contém o epônimo na forma original. O mesmo acontece com *camada malpighiana*.

O estudo dos termos com epônimos na forma banalizada encontrados em nosso *cópus* possibilitou-nos verificar que a produtividade desses é muito baixa. Com efeito, sua ocorrência se deu em número muito pequeno de termos eponímicos. Entretanto, do ponto de vista semântico, esses termos são interessantes. Por exemplo, o adjetivo banalizado *pagetóide* demonstra que Paget não é apenas o descobridor ou descritor da doença *reticulose pagetóide*: ao se adjetivar o nome próprio, o adjetivo eponímico adquire maior valor semântico e transmite a noção de que *pagetóide* é um modo de ser, de trabalhar, de estudar, de pesquisar, ou seja, algo que é próprio do pesquisador Paget. Esse passou a ser mais que si mesmo, para ser uma forma, uma metodologia, para adquirir um valor científico maior.

6.3.3. Formas Braquigráficas

As formas ou unidades *braquigráficas* (*braqui-*, do grego, breve, conciso, curto) são formas gráficas

[...] compostas de letras, de números ou de símbolos especiais (não-alfanuméricos), formadas por diferentes combinações desses elementos, ou, enfim, por meio do agrupamento de uma unidade linguística plenamente articulada com elementos braquigráficos.⁴³ (KOCOUREK, 1991, p. 158)

Em outras palavras, são aquelas formadas pela redução ou abreviação de termos. Tem como objetivo tornar a comunicação mais dinâmica e eficaz. Os principais tipos de formas braquigráficas são as siglas e os acrônimos.

Por sigla entendemos uma “abreviação utilizando as letras iniciais de uma palavra complexa” (PAVEL; NOLET, 2002, p.129) que é pronunciada letra por letra, diferenciando-

⁴³ « [...] formées soit par le moyen de lettres, de chiffres et de symboles spéciaux (non alphanumériques), soit par leurs diverses combinaisons, ou enfin au moyen du regroupement d’une unité pleinement articulée et des éléments brachygraphiques. »

se, assim, do acrônimo (critério da pronunciabilidade). Um acrônimo é uma “redução formada pela inicial ou por segmentos sucessivos de uma palavra complexa” (PAVEL; NOLET, 2002, p.115) e que é pronunciado silabicamente.

No conjunto de termos eponímicos por nós estudado, encontramos algumas siglas:

DB	D oença de B owen
MS	M oléstia de S ézary
RP	R eticulose P agetóide
SK	S arcoma de K aposi
SKA	S arcoma de K aposi A fricano
SKC	S arcoma de K aposi C lássico
SKE	S arcoma de K aposi E pidêmico
SKI	S arcoma de K aposi do I munoderpimido

Quadro 16 – Siglas típicas encontradas dentre os termos eponímicos

Esses são exemplos típicos de siglas provenientes da redução que um termo complexo (sintagmático) pode sofrer. Ou seja, são formadas pelas iniciais de cada elemento do sintagma terminológico.

Vale aqui comentar uma particularidade do que ocorre com os termos *sarcoma de Kaposi endêmico* e *sarcoma de Kaposi africano*. As duas variantes são utilizadas para designar o conceito dessa doença. Entretanto, apenas a segunda forma, que contém o especificador *africano*, foi utilizada para a criação da sigla que designa esse conceito, ou seja, SKA. Isso ocorre porque há outro tipo de *sarcoma de Kaposi* que é chamado *epidêmico* (por ser relacionado à AIDS), cuja sigla tornou-se, então, SKE. Para que não houvesse ruídos na comunicação no que concerne ao uso dessas siglas, convencionou-se SKA para o tipo endêmico ou africano e SKE para o tipo epidêmico.

Essa informação pode ser constatada em Azulay (1999, p.361-362):

Sarcoma de Kaposi (SK)

Conceito. Trata-se de angiorreticulose multicêntrica, não-metastática, capaz de surgir, simultânea ou progressivamente, na pele e/ou em vários órgãos. De etiologia desconhecida, o SK foi descrito em 1872 por Moritz Kaposi. Neoplasia raramente observada até bem pouco tempo, o SK tem se tornado entidade comum, distinguindo-se quatro formas epidemiológicas: sarcoma de Kaposi clássico (SKC), sarcoma de Kaposi endêmico ou africano (SKA), sarcoma de Kaposi do imunodeprimido (SKI) e sarcoma de Kaposi relacionado à AIDS ou epidêmico (SKE). (grifos nossos).

Conforme a ciência da Medicina foi evoluindo e a doença foi sendo estudada, novas características e especificações foram descobertas e incorporadas à descrição desse conceito. Assim, a designação agora genérica *sarcoma de Kaposi endêmico* precisou ser aumentada, ou seja, houve um acréscimo de itens lexicais ao termo complexo para torná-lo mais específico. Como vimos anteriormente, Alves já afirmava que, nos domínios de especialidade, essas composições são frequentes, sendo comum um termo mais genérico ser expandido para receber especificadores, como adjetivos ou sintagmas preposicionais, estes também passíveis de serem novamente expandido (ALVES, p.33, 2006).

Cumpramos ressaltar que essas formas aumentadas apresentam um dado importante sobre os termos eponímicos. O termo *sarcoma de Kaposi africano* já se tornou tão consagrado e produtivo na terminologia da Dermatologia que se tornou a base de criação de novos termos. Como esse termo já possui uma forma braquigráfica de tipo sigla também consagrada, o princípio de economia linguística fez com que essa sigla, que é eponímica, tornasse-se a base de termos ainda mais específicos, a saber:

SKA	Termo genérico
SKA florido	Termo específico (subtipo)
SKA infiltrativo	Termo específico (subtipo)
SKA linfadenopático	Termo específico (subtipo)
SKA nodular	Termo específico (subtipo)

Quadro 17 – Formas braquigráficas de tipo sigla + diferenças específicas

Observamos nos termos do quadro 17 que a sigla se refere apenas ao termo eponímico mais genérico, que passou a constituir a base de formação dos subtipos mais específicos da doença. De fato, não encontramos em nossas fontes o termo todo abreviado, ou seja, os especificadores *florido*, *infiltrativo*, *linfadenopático* e *nodular* são apresentados sempre em forma expandida.

Outra unidade terminológica merece atenção por sua particularidade: o termo *síndrome B-K mole* traz os epônimos em forma abreviada (B-K), que, de acordo com o dicionário *Stedman* (1996, p. 1270), são as iniciais dos sobrenomes dos pacientes que primeiro apresentaram os sintomas da doença. Os epônimos estão na forma original, porém apresentam-se sob forma abreviada. O dicionário consultado não traz, no entanto, maiores dados sobre essas pessoas ou famílias e tampouco seus nomes completos. Consultamos ainda

o site *Who named it?*, que não apresenta esses nomes; ao utilizarmos a Web, como um todo, através dos sites de busca, obtivemos apenas a seguinte informação:

O artigo publicado no *The New England Journal of Medicine* apresenta recomendações para o seguimento de indivíduos com nevos displásicos. Posteriormente, os nevos displásicos foram descritos como parte da *B-K mole syndrome*, onde o B e K correspondem às iniciais de duas famílias diagnosticadas com a síndrome, que mais tarde passou a ser denominada síndrome do nevo displásico hereditário. (GBETH, 2009)

Aparentemente, o termo já foi cunhado com a forma reduzida dos epônimos, uma vez que não encontramos registro do mesmo com os epônimos em forma expandida (original). Talvez isso se dê para evitar mesmo a identificação das famílias e não expô-las, ou seja, é uma maneira de protegê-las.

6.4. GRAUS DE OPACIDADE DOS TERMOS EPONÍMICOS

Um dos argumentos contra o uso dos epônimos na terminologia médica, apresentados por alguns especialistas e expostos por nós no subcapítulo 3.3, apóia-se na questão da opacidade desses termos. Segundo os que defendem essa posição, o termo eponímico não traz em si nenhuma característica que possa ser atribuída ao seu referente, não dá pistas da localização da doença, sua natureza ou outro aspecto. A esse respeito, Vânia Belintani Piatto et al (2000) afirmam:

A tendência atual dos sistemas internacionais de nomenclatura é de substituir, sempre que possível, os epônimos por terem características inespecíficas, por uma terminologia localizadora, descritiva ou etiológica, que facilite a compreensão dos fatos ou a sua ligação com a natureza ou a causa do assunto em questão. (PIATTO et al., 2000, p. 186)

Sobre a opacidade de termos eponímicos, Maria Vicentina de Paula do Amaral Dick faz um comentário sobre a diferença existente entre o termo antroponímico e o termo toponímico:

No campo das designações, os locativos, pelo seu aspecto mais próximo à apreensão visual e, principalmente, pela recorrência a vocábulos comuns da língua para sua organização, escolhidos em uma gama ampla de

possibilidades, são melhor decodificados ou atualizados na fala cotidiana do que os antropônimos. Nomes próprios de pessoas são obscurecidos em seu conteúdo léxico-semântico pela opacidade do próprio signo que os conforma, distanciados, na maioria das ocorrências, do foco original. (DICK, 1998, p. 81)

Segundo a autora, os topônimos são mais transparentes por designarem realidades extralinguísticas, cuja visualização é mais clara; no caso dos antropônimos, a referência é mais distante do ponto de vista da compreensão.

Diríamos, então, que existem dois tipos fundamentais de termo na linguagem médica: os descritivos e os eponímicos. Dentre os descritivos, encontram-se os termos constituídos por base e formantes gregos e latinos, que trazem em si, por sua própria etimologia, significados embutidos na designação. Assim, sabemos que *linfogranuloma* é um termo formado com base nos radicais *linfo-* (do latim *lymph-* = água de fonte) e *granulo-* (do latim *granulum* = grânulo) e com o sufixo nominal grego *-oma* (*-oma* = tumor). Designa então, o conceito de *tumor dos gânglios linfáticos*. Esse tipo de termo caracteriza-se, portanto, por certo grau de transparência.

O termo eponímico, por sua vez, teoricamente, de acordo com alguns especialistas em linguagem médica, seria uma unidade terminológica opaca, ou seja, que não concentraria em sua forma designativa tanta informação e, portanto, esses dados não seriam tão transparentes como quando do uso de termos descritivos.

Na verdade, essa opacidade dos termos é relativa, visto os termos eponímicos poderem até ser mais opacos, porém acreditamos que não o sejam totalmente: os profissionais da saúde conhecem bem a terminologia da área de especialidade em que trabalham e identificam, dentro do termo, alguns elementos que lhes dão pistas sobre o objeto designado.

É certo que, ao médico que domina os processos de formação de palavras e o significado dos formantes gregos e latinos, os termos descritivos são mais transparentes. Entretanto, se tomarmos como referência o ponto de vista do leigo ou do estudante que se inicia no campo da Medicina, tanto os termos eponímicos quanto os descritivos apresentam certo grau de opacidade.

Existem, a nosso ver, diferentes graus de opacidade. Para fins de análise de um primeiro aspecto, vejamos os termos a seguir:

Termo
Schwannoma
Célula de Malpighi
Corpúsculo de Pacini
Camada de Huxley
Úlcera de Marjolin
Nevo de Spitz
Doença de Kimura

Quadro 18 – Termos eponímicos com diferentes graus de opacidade

Podemos observar que esses termos possuem certo grau de opacidade, porém, acreditamos que nenhum deles seja totalmente opaco: mesmo contando com epônimos em sua formação, uma carga semântica mínima é garantida pelas unidades lexicais que constituem suas bases. Em outras palavras, o termo, embora seja um bloco de significação que deve ser entendido como único, é menos opaco se nos permite depreender o conceito (ou, pelo menos, parte dele) por meio dos elementos descritivos que suas bases trazem.

De fato, embora não se possa, de imediato, somente pela expressão do termo, obter muitas informações relativas à dermatose ou à estrutura de pele designadas, as unidades terminológicas *célula de Malpighi*, *camada de Huxley*, *úlcera de Marjolin* e *nevo de Spitz* não são totalmente opacas. Certo grau de transparência é garantido, uma vez que podemos claramente diferenciar uma célula de uma úlcera, uma camada de um nevo.

O termo *schwannoma*, por ser mais sintético que os demais, poderia dar a impressão de maior opacidade. Acreditamos, todavia, que possa se situar no mesmo nível dos termos que acabamos de analisar, dependendo do público-alvo. De fato, o sufixo *-oma* significa tumor e esse dado é de conhecimento de praticamente todo médico e de boa parte dos usuários da terminologia dessa área. Porém, para um público mais leigo, que desconhece o significado de *-oma*, há, efetivamente, certa opacidade, maior do que em relação a *camada*, *corpúsculo*, *célula*, *úlcera* e mesmo *nevo*. O termo *doença* talvez seja um pouco mais vago do que os demais, mas nem por isso o termo, como um todo, é obrigatoriamente opaco aos olhos do especialista.

No caso de *corpúsculo de Pacini*, por oposição aos demais termos comparados, há um grau um pouco maior de opacidade, inclusive para a comunidade médica, habituada à precisão. Isso se deve ao fato de que os estudiosos de Dermatologia ou mesmo de Anatomia ou Fisiologia não conseguiram ainda determinar com exatidão de que tipo de estrutura se trata: de uma célula? De um nódulo? Na ausência de maiores conhecimentos científicos sobre esse elemento, os próprios especialistas propõem uma designação genérica.

Essa situação não é estranha à Medicina, sendo, aliás, recorrente. Efetivamente, a Terminologia Anatômica (*Nomina Anatomica*) de São Paulo (última versão) substituiu o termo *corpo pineal* por *glândula pineal*, uma vez que, após pesquisas sobre essa estrutura anatômica, percebeu-se que se tratava efetivamente de uma glândula. Assim, o termo genérico *corpo*, anteriormente empregado por falta de maiores conhecimentos científicos, possuindo alto grau de opacidade, foi substituído por *glândula* que expressa maior precisão obtida com as pesquisas, tornando o termo um pouco mais transparente (BARROS, 1999, p. 389).

O mesmo fenômeno ocorreu com outros termos eponímicos, como explica Barros:

Um dos problemas atacados pela *Nomina de São Paulo* foi o de designações pouco informativas quanto à forma ou função da estrutura em questão. Uma expressão desse tipo de problema eram os epônimos, como por exemplo, **trompa de Eustáquio** e **tendão de Aquiles**. Os nomes próprios Eustáquio ou Aquiles pouco ou nada diziam a quem não conhecesse a origem do termo. Os cientistas preferem, então, substituí-los respectivamente pelos termos **trompa auditiva** e **tendão calcâneo**. No primeiro caso, o termo complexo torna-se mais carregado de significação e marcado por semas aplicativos que indicam a função da trompa. No caso de **tendão calcâneo**, o qualificativo ressalta a localização do referido tendão (calcanhar). O mesmo acontece com o epônimo **trompa de Falópio**, agora chamado **tuba uterina**. (BARROS, 1999, p. 388)

Assim, alguns termos outrora pouco informativos tornam-se, por vezes, sintagmas descritivos.

Alguns termos da Dermatologia apresentam forma mista: são eponímicos, mas possuem fortes componentes descritivos em sua expressão. É o caso de:

Termo eponímico
melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh
epitelioma calcificado de Malherbe
condiloma acuminado gigante de Buschke-Loewenstein

Quadro 19 – Termos eponímicos de forma mista

Apesar de contarem com epônimos em sua formação, esses termos sintagmáticos trazem, em sua expressão, elementos descritivos. No caso de *melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh*, somente o último lexema não seria descritivo, já que é um nome próprio (epônimo). Para se chegar a um nível mínimo de entendimento do termo, o que se deve saber é o significado dos primeiros elementos do sintagma, pois são geralmente esses que trazem os principais traços de significação.

A etimologia dos lexemas que compõem esse termo complexo permitem uma compreensão considerável do conceito que designa. Segundo o dicionário *Stedman*, o termo *melanosis* é composto pela forma combinante *melano-*, que vem do grego *melas* = *preto*, significando *preto* ou *de coloração muito escura*, e pelo sufixo *-ose*, que vem do grego *-osis*, que significa *condição*. A palavra *circunscrita* também dá transparência ao significado: em latim, temos o prefixo *circum-*, que quer dizer *em volta de* e o formante *scribo*, que significa *escrever*. Assim, *circunscrito* designa *algo que é limitado por uma linha ou confinado àquela posição ou região*. A terceira palavra descritiva é *pré-cancerosa*, cuja significação depreendemos por meio do prefixo *pré-*, do latim *prae* = *antes* (no espaço ou no tempo) e através da base *cancerosa*, um adjetivo derivado de *câncer*, que é largamente utilizado tanto pela classe médica quanto pela população em geral, e é, portanto, de conceito conhecido. Verificamos, então, que o epônimo *Dubreuilh* refere-se a um dermatologista francês que viveu de 1857 a 1935, tendo sido professor de Dermatologia por dezoito anos em Paris. Dessa forma, acreditamos que esses termos devam ser chamados de *semi-opacos* ou parcialmente descritivos.

Diante do exposto, poderíamos classificar, *grosso modo* e em um *continuum*, os termos acima em diferentes graus de opacidade:

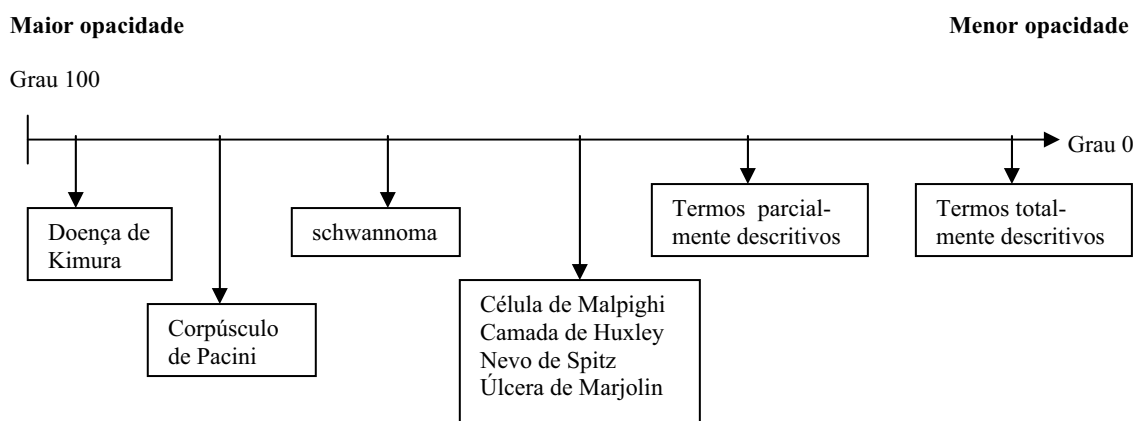


Figura 11 - Graus de opacidade dos termos eponímicos

Assim, em nossa opinião, os termos possuem maior ou menor opacidade, de acordo com os formantes que os constituem. Entretanto, os pontos extremos desse *continuum* não são atingidos, demonstrando que termos totalmente descritivos ou totalmente opacos não existem, *a priori*.

6.5. OS TERMOS EPONÍMICOS DA DERMATOLOGIA EM USO NA COMUNICAÇÃO ESCRITA

As obras que compuseram o *córpus* de nossa pesquisa sobre os termos eponímicos em Dermatologia permitiram-nos observar a ocorrência dessas unidades terminológicas em contexto de uso escrito. Após intensa leitura sobre linguagem da Medicina, que nos levou a perceber o grande empenho dos especialistas da área em eliminar os epônimos da terminologia médica, esse aspecto chamou-nos a atenção: o fato de que, não apenas esse tipo de unidade lexical continua a ser empregado em discurso escrito (e oral, como veremos no subcapítulo 6.6), como, em alguns casos, há, inclusive, uma preferência pelo termo eponímico em relação às demais variantes. No que concerne ao uso em obras científicas e renomadas do domínio da Dermatologia, encontramos exemplos que ilustram essa nossa informação. Nas obras de referência que formaram o *córpus* para a investigação desses termos durante nossa pesquisa (ver subcap. 5.1. - *Metodologia de nossa pesquisa sobre o uso de termos eponímicos em comunicação escrita*), alguns dos casos encontrados são descritos a seguir.

Um primeiro exemplo é o termo eponímico *carcinoma de células de Merkel*, cuja definição é a que segue:

Carcinoma de células de Merkel: Tem como sinonímia *carcinoma trabecular*, *carcinoma neuroendócrino* e *merkeloma*. Inicialmente, pensou-se que tinha origem em glândulas sudoríparas, porém a microscopia eletrônica revelou a presença de grânulos neuroendócrinos e, portanto, com origem nas células de Merkel. (AZULAY, R.; AZULAY, D., 1999, p. 340 – grifo nosso)

Vemos, nesse exemplo, que *carcinoma de células de Merkel* é um termo eponímico complexo que possui alguns sinônimos, que são citados no contexto apresentado. Porém, é ele o termo utilizado para intitular a seção que trata dessa doença na referida obra de Dermatologia.

Com relação ao mesmo termo, observamos, em Sampaio (1982), uma situação semelhante. O termo *carcinoma de células de Merkel* é, mais uma vez, o termo que encabeça o capítulo referente a essa doença. Entretanto, é outro termo também eponímico que se repete em vários contextos nessa obra. O capítulo se inicia assim:

Carcinoma de Células de Merkel

São carcinomas originários das células de Merkel, cuja diagnose definitiva exige exame ultraestrutural e imunohistoquímico. Este tumor participa do espectro dos tumores do sistema neuroendócrino e para o qual foi proposta a designação carcinoma cutâneo neuroendócrino. Admite-se influência da radiação UV na gênese do tumor e, com certa frequência, ocorre associação do tumor de células de Merkel com imunossupressão representada por doenças neoplásicas, leucemia linfática crônica, mieloma múltiplo. (SAMPAIO, 1982, p.867 – grifo nosso)

Observamos que o quase-sinônimo *tumor de células de Merkel* é apresentado durante a definição da doença. Ao longo do texto, esse termo é que é atualizado em diferentes contextos, o que demonstra a preferência de uso por parte dos autores do tratado de Dermatologia consultado. Vejamos:

A diagnose deve sempre envolver a confirmação histopatológica e, na diagnose diferencial, devem ser considerados os queratoses actínicas, o queratoacantoma, o epitelioma basocelular, a disqueratose de Bowen, queratoses seborréicas, melanoma amelanótico e tumores de células de Merkel, além de tumores malignos de anexos. (SAMPAIO, 1982, p.845)

O tumor de células de Merkel apresenta-se como nódulos eritematosos, da cor da pele ou vermelho-acastanhado, recobertos de pele aparentemente normal. Outras vezes, apresenta-se como massas exofíticas ulceradas e sangrantes e recobertas por crostas. (idem, ibidem, p.867)

O tumor de células de Merkel é composto por massas tumorais localizadas na derme, compostas por células monomorfas com núcleos redondos ou ovais com escasso citoplasma. (idem, ibidem, p. 867)

O tumor de células de Merkel é de alta malignidade, sendo a sobrevida de 3 anos cerca de 55%. As recidivas locais, metástases regionais e à distância são frequentes. O melhor tratamento para os tumores primários é a excisão cirúrgica ampla. A radioterapia e linfadenectomia profilática também são utilizadas (linfonodos palpáveis, tumores de mais de 6 semanas de duração e tumores maiores do que 1,5 a 2 cm). (idem, ibidem, p.867)

Notamos, então, que o termo eponímico *tumor das células de Merkel* é o mais recorrente nesse tratado de Dermatologia, sendo também indicado como variante terminológica em Azulay e Azulay (1999).

Outro exemplo é o termo a seguir:

Schwannoma de células granulosas (tumor de Abrikossoff). É, em geral, único; localizado, preferencialmente, na língua, medindo alguns milímetros de diâmetro, raramente ulcera. (AZULAY, AZULAY, 1999, p. 355 – grifo nosso)

Nesse exemplo, observamos que o termo utilizado preferencialmente possui, em sua composição, um epônimo banalizado (*schwannoma*) e que seu quase-sinônimo, apresentado nesse compêndio de Dermatologia, é um termo com epônimo conservado como nome próprio original: *tumor de Abrikossoff*. Não encontramos, nessa obra, outros termos que fossem apenas descritivos (ou seja, formados puramente com base em radicais e afixos gregos e latinos e cuja designação auxilia no entendimento do conceito em questão) utilizados para referir-se a esse tumor.

Em Bechelli e Curban (1978), o epônimo em forma original, ou seja, *Abrikossoff*, é indicado, mas não aparece atualizado em contexto. Encontramos o termo *tumor de Abrikossoff* apenas no índice remissivo da obra. No momento da definição da doença, temos:

O **tumor de células granulosas (Abrikossoff), rabdomioma** ou **mioblastoma grânulo-celular**, é raro. Derivaria de músculos estriados, em geral em fase imatura, não estriada, ou de células de Schwann. (BECHELLI; CURBAN, 1978, p.452 – grifo nosso)

A presença do epônimo *Abrikossoff*, nesse contexto específico, demonstra a relação evidente do cientista com o tumor descrito. Embora não atualizem o termo com epônimo em forma original em contexto, os autores apresentam a informação entre parênteses ao leitor.

Interessante notar que, apesar de o termo *schwannoma* constar na obra, esse termo eponímico banalizado não é utilizado como base de formação de variantes para esse conceito, como ocorre em Azulay e Azulay (1999). O contexto em que os autores definem *schwanoma* é o que segue:

Neurilemoma, schwannoma, neurinoma ou glioma periférico: tem forma de pequenos nódulos, habitualmente indolores. Origina-se das células da bainha de Schwann (glia periférica ou neurilema), muitas numerosas e dispostas em onda na derme ou em cardume de peixes. São característicos os espaços claros, homogêneos, com raros núcleos, e delimitados por núcleos em paliçada (nódulos de Verocay). (BECHELLI; CURBAN, 1978, p.452 – grifo nosso)

Em Sampaio e Rivitti (1982), há a apresentação do termo eponímico complexo, formado com o epônimo *Abrikossof* em forma original, entre parênteses:

Tumor de Células Granulosas

(*Tumor de Abrikossoff*)

É tumor benigno de origem controversa, sendo mais aceita sua histogênese a partir de células de Schwann. (SAMPAIO; RIVITTI, 1982, p. 867)

Observamos que, também aqui, o termo *schwannoma* não é utilizado. Mas notamos, nesse caso, que o uso do termo eponímico *tumor de Abrikossoff* é possível. Contudo, não encontramos repetições desses termos em outros contextos. Apesar disso, ao final da obra, há uma lista com as “Afecções Dermatológicas e Doenças com Manifestações Cutâneas na Classificação Internacional de Doenças” (CID 10 - Organização Mundial da Saúde - EDUSP – 1995). Verificamos, então, que o termo eponímico consta como referência nessa lista: “D21.9 - Mioblastoma de células granulares (Tumor de Abrikossoff)”.

O termo que mostramos a seguir conta, em sua formação, com um epônimo conservado como nome próprio:

Epitelioma calcificado de Malherbe

(Pilomatricoma)

É tumor benigno oriundo do folículo pilossebáceo.

Manifestações Clínicas

Surge, em geral, na infância, como nódulo intradérmico de consistência pétrea, geralmente recoberto por pele normal, excepcionalmente ulcerado. Localiza-se mais frequentemente na face, pescoço e membros superiores, sendo mais observado no sexo feminino. (SAMPAIO; RIVITTI, 2001, pág. 829)

O termo *epitelioma calcificado de Malherbe* traz o epônimo *Malherbe* em sua formação. A segunda denominação *pilomatricoma* é um termo descritivo, composto pelos formantes *pilo-*, (pelo) e *matri-* (raiz) e pelo sufixo *-oma* (tumor). Embora esse tipo de unidade terminológica atenda ao modelo adotado pela Medicina, não figura, nesse caso, como o termo empregado de preferência pelos autores da obra científica consultada. Após essa constatação, perguntamo-nos se essa seria uma preferência individual ou expressaria um uso mais generalizado por parte dos especialistas em Dermatologia. Para verificarmos esse uso, observamos o mesmo termo em outro tratado:

Epitelioma calcificado de Malherbe ou pilomatrixoma

Raro, de evolução benigna, é nódulo duro, indolor, na face ou membros superiores. *Quadro histológico*: típico, massas de células epiteliais, semelhantes às do carcinoma baso-celular, dão origem a outras, sem núcleos e coradas em róseo pela hematoxilina e eosina, capazes de cornificarem-se e, frequentemente, calcificarem-se. Comumente há células gigantes do tipo de corpo estranho. *Tratamento*: cirúrgico. (AZULAY, R.; AZULAY, D., 1999, p. 330)

Também nessa obra de referência do domínio da Dermatologia o termo que aparece em primeiro lugar na cadeia sinonímica (nesse caso, contendo somente duas designações) é o que se forma com base no epônimo *Malherbe*.

Em Bechelli e Curban (1978), o termo eponímico também se apresenta como preferencial:

Epitelioma calcificado de Malherbe ou pilomatrixoma

Raro, de evolução benigna, é nódulo duro, indolor, na face ou membros superiores.

Quadro histológico: típico, massas de células epiteliais, semelhantes às do carcinoma baso-celular, dão origem a outras, sem núcleos e coradas em róseo pela hematoxilina e eosina, capazes de cornificarem-se e, frequentemente, calcificarem-se. Comumente há células gigantes do tipo de corpo estranho. (BECHELLI; CURBAN, 1978, p.442)

Outro exemplo que apresentamos aqui desse tipo de situação também foi atestado em um dos tratados de Dermatologia mais renomados em língua portuguesa:

LIQUENIFICAÇÃO MACROPAPULOSA (PRURIGO NODULAR DE HYDE)

Caracteriza-se por pápulas de grandes proporções, hemisféricas e arredondadas, em geral nos membros. São muito pruriginosas, com predominância quase que exclusiva do sexo feminino. As lesões são distantes umas das outras, separadas por pele normal ou, às vezes, com discreta liquenificação difusa. [...] As injeções intralesionais de corticóide de depósitos são úteis no prurigo nodular de Hyde. A medicação de escolha é a talidomida (200-300 mg/dia) prolongada, tomando-se, evidentemente, as precauções necessárias devido à sua teratogenia. A psicoterapia é indicada. (AZULAY; AZULAY, 1999, p. 113-114 – grifo nosso)

Pode-se observar aqui que o termo que inicia essa definição é o considerado, por alguns especialistas das áreas médicas, como descritivo, isto é, formado com base em radicais

e afixos de origem grega ou latina. O termo eponímico segue, entre parênteses, como variante terminológica do conceito descrito. É interessante notar que, no interior na definição, é justamente o termo eponímico que se repete. Para confirmarmos se o uso do termo *prurigo nodular de Hyde* é recorrente e preferencial, buscamos outros contextos que pudessem nos dar esse dado:

Prurigo nodular de Hyde

Ocorre, preferencialmente, em mulheres. As pápulas são córneas hipertróficas, firmes, elevadas, arredondadas, isoladas, com localização preferencial nas faces externas dos membros e, às vezes, no tronco. O prurido é intenso e, ao microscópio, observa-se proliferação de fibras nervosas e das células de Schwann. A etiologia é desconhecida; para uns, trata-se de uma neurodermite atípica nodular circunscrita. Responde muito bem à talidomida (200-300 mg/dia, durante meses). (AZULAY, R.; AZULAY, D., 1999, p. 144)

Observamos, então, que o termo eponímico *prurigo nodular de Hyde*, nesse momento da obra, é o título da seção. Além disso, aqui não são citadas outras variantes do termo, ou seja, os autores preferiram a designação eponímica à *liquenificação macropopulosa* ou outra designação. Verificamos, em outros tratados, que o mesmo parece ocorrer:

Prurigos crônicos

1. Prurigo de Hebra.
2. Prurigo nodular de Hyde.
3. Prurigo simples crônico ou neurodermite (neurodermatite) [...]. (BECELLI; CURBAN, 1978, p.552 – grifo nosso)

2. Prurigo nodular de Hyde

É muito raro. As lesões são pápulas semi-esféricas, de 5 mm de diâmetro, ou nódulos, de consistência firme, coloração da pele normal, rósea ou róseo-amarelado, de fina escama aderente. São pouco numerosos, 10, 20 ou pouco mais, esparsos na superfície de extensão dos membros, em especial nas coxas e pernas. A pele entre as lesões tem aspecto normal, não obstante a coçagem. (idem, ibidem, 1978, p.556 – grifo nosso)

Prurigo Nodular (Hyde)

É afecção rara, constituída por lesões pápulo-pruriginosas acompanhadas de prurido feroz. É de etiologia desconhecida. (SAMPAIO; RIVITTI, 2001, p.213 – grifo nosso)

Talidomida

É a imida ftálica do ácido glutâmico. Introduzida como droga sedativa mostrou-se altamente teratogênica, causando focomelia sendo, portanto, de uso bastante restrito. [...] **Indicações dermatológicas:** Reações hansênicas tipo eritema nodoso e polimorfo, aftas recorrentes, prurigo nodular de Hyde, escabiose nodular, prurigo actínico, reações de fotossensibilidade, lupus eritematoso, síndrome de Behçet, paniculite de Weber-Christian. (idem, ibidem, 2001, p.1074 – grifo nosso)

Com base na leitura desses excertos, podemos verificar que o termo utilizado em Azulay e Azulay (1999), a saber, *liquenificação macropapulosa*, não aparece nas demais obras, sendo, portanto, o termo eponímico *prurigo nodular de Hyde* usado preferencialmente.

Um último exemplo que explicitaremos aqui diz respeito aos termos eponímicos que se referem ao conceito da *doença de Sézary*. Nos compêndios e tratados de Dermatologia consultados, essa doença aparece em vários contextos: sendo definida, sendo comparada a outras doenças, em exemplos, entre outros.

Vejamos o contexto em que essa doença é definida por Azulay e Azulay (1999):

Síndrome de Sèzary é linfoma de célula T, primariamente cutâneo, de evolução menos lenta que a da micose fungóide, com invasão precoce do sangue (células de Sèzary) e, finalmente, com invasão sistêmica fatal. (AZULAY; AZULAY, 1999, p. 364 – grifo nosso)

Nesse contexto em específico, nenhuma outra variante terminológica designativa desse conceito é registrada. Ao longo da obra, observamos:

Ciclosporina A. É um agente imunossupressor não-citostático ou citotóxico obtido a partir de um fungo. [...] Favorece o aparecimento de neoplasias quando usada por longo período. Após o exposto, fica claro que seu uso em Dermatologia deve ser visto como medida heróica. Eis as principais indicações: psoríase, pioderma gangrenoso, pênfigo, penfigóide bolhoso, LES, alopecia areata, doença enxerto *versus* hospedeiro, síndrome de Sézary. (AZULAY; AZULAY, 1999. p. 484 – grifo nosso)

O mesmo ocorre em relação à morfologia: alguns se apresentam com aspecto de dermatite, por tempo longo, enquanto outros se iniciam com lesão única nodular (para não dizer tumoral). É curioso que, às vezes, o mesmo quadro clínico, como, por exemplo, o de eritrodermia, pode ser a expressão quer de uma leucose, quer de uma doença de Hodgkin, micose fungóide ou síndrome de Sézary. (idem, ibidem, p.362 – grifo nosso)

Linfomas de maior interesse dermatológico

1. Linfomas de pequenas células linfóides de padrão T

- micose fungóide
- síndrome de Sèzary
- reticulose pagetóide (idem, ibidem, p. 363 – grifo nosso)

LINFOMAS CUTÂNEOS DE CÉLULAS T (LCCT)

Conceito. Hoje não há dúvidas de que os linfócitos T podem produzir, primariamente, na pele, quadros de linfomas. A micose fungóide (MF), a síndrome de Sèzary (SS) e a reticulose pagetóide (RP) (doença de Woringer-Kolopp) representam manifestações clínicas de um mesmo processo imunopatológico — linfoma epidermotrópico de células T. (idem, ibidem, p. 364 – grifo nosso)

No tratado de Dermatologia de Bechelli e Curban, também encontramos contextos que confirmam o uso de um termo eponímico para se referir a essa doença. Entretanto, a base que forma o termo complexo deixa de ser apenas *síndrome* e passa a ter também como formante o termo *moléstia*:

Micose fungóide e moléstia de Sezary, que pertencem ao grupo de linfomas não-Hodgkin, serão estudadas à parte. (BECHELLI; CURBAN, 1978, p.358 – grifo nosso)

SÍNDROME DE SEZARY

Caracteriza-se por eritrodermia, prurido, enfartamento ganglionar e, no sangue e na pele, presença de células de Sezary (derivadas de linfócitos T auxiliar). Estas são intensamente basófilas, grandes, com diâmetro de 7 a 20 μ , núcleo único, binucleado ou irregular, tendo ao redor estreita faixa de citoplasma. (idem, ibidem, p.362 - grifo nosso)

Graças às investigações de ultramicroscopia, enzimoquímica (peroxidases, fosfatases ácidas, esterases não específicas) e de imunocitologia (em células extraídas mecanicamente da pele), a micose fungóide passou a ser considerada *linfoma epidermotrópico de linfócitos T* e descreve-se à parte da síndrome de Sezary e da *reticulose pagetóide epidermotrópica* de Woringer-Kolopp (Civatte, 1982). Este linfócito T pertence à subpopulação “auxiliar”. (idem, ibidem, p.360 - grifo nosso)

Finalmente, realizamos a busca dos termos *doença de Sèzary*, *síndrome de Sèzary* e *moléstia de Sèzary* na obra renomada de Sampaio e Rivitti (2001) para verificar qual (ou quais) dessas variantes se apresentavam. Encontramos vários contextos, dentre eles:

Síndrome de Sézary

É outra forma epidermotrópica de linfoma cutâneo de células T. Caracteriza-se por:

1. Eritrodermia, que pode se iniciar por lesões eczematosas dos membros, intensamente pruriginosas.
2. Pigmentação localizada na face e membros ou difusa.
3. Infiltração edematosa da face acompanhada de liquenificações, que confere a alguns doentes *facies leonina* e leva à formação de nódulos.
4. Hiperqueratose palmo-plantar fissurada.
5. Linfadenopatias múltiplas e volumosas.
6. Alopecias e distrofias ungueais.
7. Podem ainda ocorrer lesões purpúricas, lesões bolhosas e crises sudorais (SAMPAIO; RIVITTI, 2001, p. 906 – grifo nosso)

A psoríase eritrodérmica deve ser distinguida das eritrodermias encontradas em atópicos, nas erupções medicamentosas e nos linfomas (micose fungóide e síndrome de Sézary). A histopatologia pode ser útil para a diagnose. (idem, ibidem, p. 177 – grifo nosso)

O aparecimento de placas infiltrativas, nódulos-tumores, indica linfoma, provavelmente micose fungóide. A síndrome de Sézary inicia-se por quadro eritrodérmico, inicialmente inespecífico (síndrome pré-Sézary) posteriormente surgindo as células de Sézary no sangue. (idem, ibidem, p.182 – grifo nosso)

Os progressos registrados a partir de 1970 levaram a modificações conceituais em relação aos linfomas com participação cutânea, caracterizando-se, sob a denominação linfomas cutâneos de células T, neoplasias com a mesma origem celular — o linfócito T — e compreendendo variedades epidermotrópicas — a micose fungóide e a síndrome de Sézary — e variedades não-epidermotrópicas, que se expressam na pele por pápulas, nódulos e placas tumorais. (idem, ibidem, p.894)

Cumpra aqui comentar que os termos *síndrome*, *moléstia* e *doença* são, muitas vezes, intercambiáveis em termos médicos e aparecem como quase-sinônimos em cadeias de designações que descrevem doenças em geral. Uma discussão mais aprofundada sobre esses termos é feita no subitem 6.3.1.2.

De modo geral, após a análise das obras especializadas em Dermatologia, no que concerne à utilização dos termos eponímicos, verificamos que esses, muitas vezes, ocupam um lugar de destaque na série de variantes que designam o mesmo conceito, sendo, por vezes, empregados como títulos de capítulos das obras de referência na área. Sendo obras científicas, essas não deveriam trazer, *a priori*, o registro desses termos, uma vez que são considerados ameaças à clareza e à objetividade da linguagem médica. A realidade é, entretanto, outra: os

termos eponímicos são, de fato, atestados em discurso, encontram-se fortemente presentes na comunicação escrita no domínio da Dermatologia e, por vezes, constituem a forma preferencial em obras especializadas desse campo do saber.

6.6. OS TERMOS EPONÍMICOS EM USO NA COMUNICAÇÃO ORAL

Estudando e analisando a literatura sobre o fenômeno da eponímia em terminologia médica, constatamos que a indicação de não-utilização dos termos eponímicos na comunicação parece ser uma tendência geral em todos os campos da Medicina, embora seja mais enfatizada em Anatomia.

Apesar das inúmeras sugestões, das normalizações e das nomenclaturas propostas por especialistas em linguagem médica, nas quais predomina a posição de que não se devem usar termos eponímicos, verificamos, por meio de nosso estudo, que, na prática ou em comunicação real, a terminologia eponímica é utilizada em grande escala na Medicina, em especial pelos médicos profissionais. O comentário de Fernandes confirma essa afirmação:

Os estudantes de Anatomia, nos diversos cursos da área da saúde, principalmente os de Medicina, Odontologia e Enfermagem, ouvem frequentemente seus professores referirem-se às estruturas anatômicas por nomes próprios: são os daqueles que as descobriram, descreveram inicialmente ou deram-lhes a devida importância. Usam, em última análise, uma terminologia epônima. Longe de tentarem evitar o uso dos epônimos, os mestres de clínica e cirurgia, os especialistas médicos e odontólogos jamais esquecem estes termos e parecem até ostentar com certo orgulho o fato de conhecerem-nos e saberem um pouco sobre a história desses homens e as circunstâncias que cercaram suas descobertas. (FERNANDES, 1999, p.7)

Observamos, então, nas palavras de Fernandes que o uso dos termos eponímicos é bastante difundido entre os médicos e professores das áreas da saúde. Estes últimos são os responsáveis pelo preparo dos futuros profissionais e são formadores de opiniões. Ao manterem essa tradição de utilização dos termos eponímicos entre seus discípulos, fazem com que os mesmos também adquiram essa terminologia.

De acordo com Hécio Werneck, professor titular de Anatomia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e presidente da Comissão de Terminologia Anatômica – CTA da Sociedade Brasileira de Anatomia – SBA, os professores são realmente os

responsáveis pela disseminação dos termos eponímicos. Assim, na apresentação da edição brasileira da Terminologia Anatômica esse pesquisador afirma:

Apresentamos no fim desta publicação uma lista dos epônimos que, embora banidos da terminologia anatômica há dezenas de anos, continuam a ser usados pelos clínicos [...]. O uso corrente da terminologia anatômica depende exclusivamente dos professores de Anatomia e quando eles mesmos usam uma terminologia errada, sem justificativas aceitáveis, não se pode esperar mais de seus alunos e futuros clínicos. (SBA, 2001, p. 6 – grifo nosso)

Como podemos observar, esse anatomista se mostra um tanto descontente com a prática de utilização de epônimos. Sendo presidente da CTA, ele considera fundamental difundir a terminologia oficial da Anatomia. No entanto, parece-nos que será uma árdua tarefa erradicar o fenômeno da eponímia das situações de comunicação real entre médicos.

Com o objetivo de verificar esse uso, conversamos com alunos do 4º ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, buscando, primeiramente, saber se nesse curso havia alguma disciplina que tratasse da terminologia médica em geral. Para nossa surpresa, descobrimos que não só a disciplina não existe como também pouca referência é feita a seu respeito. Quanto ao caso específico da eponímia, esses alunos relataram-nos que existe uma incoerência entre a teoria e a prática. Segundo eles, até o terceiro ano do curso, os estudantes são instruídos a não utilizarem termos eponímicos e os professores praticamente não os empregam nas aulas; porém, quando no terceiro ano começam a realizar estágios em hospitais e a participar das práticas médicas, esses alunos sentem-se perdidos em meio a tantos epônimos até então desconhecidos. À parte essa questão ensino/aplicação, esses alunos dizem que, muitas vezes, o termo eponímico dificulta a compreensão e acaba por se tornar um obstáculo à comunicação entre médicos; os termos mais descritivos podem ao menos indicar algumas das características do referente.

Para confirmar essas informações, entramos em contato com alunos do primeiro ano do curso de Medicina da FAMECA – Faculdade de Medicina de Catanduva. Estes nos informaram que havia uma disciplina sobre terminologia médica anos atrás, contudo essa disciplina foi excluída da grade curricular, porque professores e alunos não viam uma real aplicação para a mesma. Atualmente, em suas aulas, os professores dessa Faculdade utilizam ambas as terminologias, isto é, a descritiva e a eponímica. Esta última vem, geralmente, entre parênteses. Em aulas teóricas, os professores informam aos alunos que esse tipo de unidade

terminológica não é aceita em provas, trabalhos ou artigos científicos, embora sejam usados na comunicação cotidiana.

Foi possível notar, com base nessas observações, que o emprego de epônimos gera bastante polêmica e a questão não parece resolvida. A nosso ver, a utilização é determinada por questões pragmáticas: acreditamos que um médico ou especialista sabe quando, onde e como utilizar esses termos e esse uso nunca é gratuito.

Foi com base nessa pequena pesquisa de campo informal que decidimos aprofundar nossos estudos sobre o uso real de termos eponímicos, verificando ou levantando hipóteses sobre o que exatamente estaria por trás desse uso.

6.6.1. Dificuldades encontradas na pesquisa de campo

Para realizar a pesquisa sobre o uso de termos eponímicos em comunicação médica real, decidimos trabalhar com diferentes grupos de informantes que representam a categoria ‘profissionais das áreas médicas’. Não limitamos nossa investigação a uma só especialidade ou a um só nível de formação, para poder avaliar de forma mais abrangente o fenômeno. Assim, profissionais formados, atuantes e também alunos ainda em formação compuseram esses grupos, que foram: a) médicos docentes de Medicina; b) médicos não docentes; c) alunos de 1º ano de Faculdade de Medicina e d) alunos de 4º ano de Faculdade de Medicina.

De modo geral, podemos dizer que, já no início de nossa pesquisa, sentimos dificuldade com a aplicação dos questionários e atribuímos isso a algumas das características próprias desses informantes. Com relação aos alunos, sabemos que os cursos de Medicina, de acordo com a legislação que os rege, são geralmente de tipo integral, ou seja, desde o primeiro ano existem aulas e atividades em pelo menos dois turnos. Muitas vezes, quando em regime de internato (parte prática do curso de Medicina – estágio obrigatório) há atividades à noite e plantões (de 12, 24 e até 36 horas). Isso leva a duas consequências: por um lado, os alunos se encontram bastante engajados, comprometidos e imersos no contexto da formação médica; por outro, são muito atarefados, possuem uma carga horária bastante volumosa e são bastante ocupados. Aplicando-se isso à nossa pesquisa, podemos dizer que abordá-los para a realização da pesquisa de campo foi um tanto complicado. Eles se diziam sem tempo e demonstravam desinteresse pelas atividades que propúnhamos, por não fazerem parte do currículo normal do curso.

Em Catanduva, onde aplicamos os questionários pessoalmente, pudemos observar um pouco o comportamento dos alunos. Os do primeiro ano mostraram-se um pouco mais

interessados, além de curiosos com relação ao assunto “termos eponímicos”; entretanto, tinham pressa e responderam os questionários com certo descaso por terem compromissos a serem resolvidos; muitos utilizaram o tempo que lhes havia sido dado pelo professor, para que respondessem aos questionários, para realizar outras atividades relativas ao curso.

No caso dos alunos do quarto ano, esses se mostraram muito desinteressados, especialmente porque o próprio docente da disciplina que permitiu nossa entrada em sala de aula e a aplicação dos questionários não se dispôs a respondê-lo; a razão por ele dada naquele momento foi a falta de tempo, uma vez que tinha que ir para o hospital onde atende. Entretanto, esse é o mesmo discurso de outros médicos docentes que tentamos contatar na mesma instituição. Esse comportamento influenciou o dos alunos, que pareciam repetir esse padrão.

Quanto aos médicos docentes, observamos que, embora tenham uma consciência acadêmica maior e reconheçam, de forma mais clara, a importância de uma pesquisa, são muito atarefados e ocupados; em geral, ocupam posições e cargos na instituição de ensino ou nos hospitais em que trabalham e, por isso, possuem uma carga horária de atividades bastante alta. Outra característica é que esses docentes, em geral, não gostam e, por vezes, não permitem interrupções em suas aulas. Dessa forma, embora pensássemos que esse grupo aderisse com maior disposição à pesquisa, foi com dificuldade que chegamos à quantidade necessária de questionários respondidos.

Os médicos que não estão vinculados a nenhuma instituição de ensino e que não frequentam o meio acadêmico, atendem em seus consultórios e fazem seu próprio horário. Entretanto, a maioria deles reluta em auxiliar atividades como pesquisas e entrevistas por terem uma agenda bastante cheia, sem intervalos ou com intervalos muito curtos. Assim, leva-se tempo para conseguir chegar até eles e convencê-los a disponibilizar algum momento de seu dia para atividades extras. Foi a categoria que, sem dúvida, configurou-se como nosso maior obstáculo.

Observamos, então, que os três grandes grupos de informantes de nossa pesquisa possuem algumas características em comum: o discurso da falta de tempo e certo descaso ou desinteresse por atividades que não sejam clara e diretamente ligadas à prática médica. Parecem não reconhecer utilidade em uma pesquisa de cunho teórico, especialmente de caráter linguístico. Tendem a minimizar uma pesquisa desse tipo em detrimento das pesquisas práticas, científicas e “vitais” que realizam no âmbito de sua área. É preciso dizer ainda que esses comportamentos e características foram observados com os profissionais e alunos das três cidades em que realizamos a pesquisa de campo.

6.6.2. Análise do grupo teste: primeiras pistas

Conforme explicado no capítulo *Metodologia da pesquisa*, os questionários-piloto foram aplicados a doze alunos da Faculdade de Medicina de Catanduva, sendo cinco de primeiro ano e sete de quarto ano.

A primeira pergunta do questionário avalia o conhecimento do *termo eponímico* e a designação que ele recebe. Observamos que, entre os cinco alunos de primeiro ano, dois não conheciam o termo *epônimo* (nem a designação e nem o conceito). Já entre os alunos de quarto ano, todos conheciam esse tipo de termo, composto por ou formado com base em nomes próprios, porém dois deles não associavam esse tipo de unidade terminológica à designação *epônimo*.

A segunda pergunta diz respeito à frequência de emprego/utilização de termos eponímicos. Entre os alunos de primeiro ano, as respostas parecem ser contraditórias. Dois deles assinalaram que quase nunca utilizam esse tipo de termo, enquanto que os outros três afirmam que os utilizam muito frequentemente. Todos os alunos de quarto ano marcaram a alternativa “muito frequentemente”, e um deles inclusive assinalou “sempre”. Um dos informantes utilizou o campo “outro – especificar” (o que raramente aconteceu nesse grupo) para fazer o seguinte comentário: “Eles [os termos eponímicos] são usados com mais frequência conforme passam os anos do curso. Quanto mais **prático** o curso se torna, mais frequente o seu uso” (grifo nosso).

Quanto às situações comunicativas que regem o uso dos termos eponímicos, os alunos de primeiro ano assinalaram apenas situações informais, na universidade. Imaginamos que seja entre os colegas, em conversas ou discussões livres. Nenhum deles disse utilizar esse tipo de termo em situações formais, como apresentações de congressos científicos. Entre os alunos de quarto ano, as respostas variam um pouco mais. Dois informantes responderam que utilizam termos eponímicos em quaisquer contextos, formais inclusive, como os de eventos científicos.

A quarta pergunta tem como objetivo verificar se o interlocutor é um fator determinante para o uso ou não dessa terminologia. Mais da metade dos alunos de quarto ano disseram que utilizavam apenas com colegas, professores e médicos, mas não com pacientes. Todos os alunos do primeiro ano disseram que apenas empregam termos eponímicos com os colegas/alunos de Medicina. Isso parece bastante coerente com o contexto no qual se encontram, ou seja, estão no início do curso e sua formação ainda é bastante teórica.

Uma das perguntas que mais nos interessou é a que questiona a opinião sobre a exclusão de termos eponímicos da comunicação em Medicina. A questão final era: “Devido a esse fato (ver Anexo 1, questão cinco), diz-se que termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?”

Vejamos as respostas obtidas nos questionários:

Resposta:	1º ano	4º ano
Discordo totalmente	0	1
Depende do termo que acompanha o epônimo	5	2
Depende do quanto o termo é conhecido	3	4
(Outras respostas não foram assinaladas e, por essa razão, não constam no quadro)	-	-

Quadro 20 – Respostas do grupo teste referentes à questão 5

Esse quadro mostra que as opiniões são semelhantes em ambos os anos e que nenhum aluno diz concordar com a exclusão dos termos eponímicos. Ao invés disso, um aluno de quarto ano chega a dizer que “discorda totalmente”. Buscamos no campo “outro – especificar” e encontramos o seguinte comentário: “O epônimo é um termo consagrado pelo uso e que pode ter o uso mais disseminado do que o próprio termo científico. O uso dos epônimos e dos termos científicos apenas enriquece a cultura e a história médica”.

Na questão seguinte, procuramos averiguar a opinião dos informantes sobre a opacidade do termo *melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh* e obtivemos as seguintes repostas:

Resposta:	1º ano	4º ano
Esse termo é totalmente opaco	0	0
O termo é parcialmente opaco, pois o epônimo (nome próprio) atrapalha a identificação do significado	1	1
O termo é totalmente transparente, pois o epônimo (nome próprio) não atrapalha a identificação do significado	4	6

Quadro 21 - Respostas do grupo teste referentes à questão 6

Observamos, assim, entre os alunos, uma regularidade nas repostas: praticamente todos eles não têm problemas com a identificação do termo e o consideram “transparente”. Ora, é preciso observar que a formação desse termo é a que chamamos de mista, ou seja, possui um epônimo e outros componentes descritivos. É possível que isso explique essas repostas.

Ao investigarmos as razões que levam os informantes a utilizarem essa terminologia eponímica (questão sete), obtivemos respostas variadas. Embora informados de que poderiam assinalar mais de uma alternativa, os alunos de primeiro ano marcaram uma única resposta (com exceção de um aluno). Cada aluno marcou uma alternativa diferente, o que fez com que o grupo elencasse várias razões, a saber: *para esconder aspectos constrangedores de uma doença, para evitar designações que sugiram preconceito, para evitar cacofonias ou trava-línguas (termos de pronúncia difícil) e para demonstrar o domínio da tradição histórica de cada termo (pessoas envolvidas com a descoberta).*

Os informantes do quarto ano assinalaram também alternativas variadas. Entretanto, algo que chamou atenção foi o fato de três alunos terem marcado unicamente a alternativa “Para demonstrar o domínio da tradição histórica de cada termo (pessoas envolvidas com a descoberta)”. Isso nos leva a pensar que, nesse momento de sua formação, o aluno passa a ter uma visão mais global da Medicina e de sua história, passando a dar mais valor a esse tipo de conhecimento.

Na questão oito, verificamos a problemática da opacidade com relação a termos eponímicos banalizados. Entre os alunos de primeiro ano, a resposta mais frequente foi a de que esses termos são *tão opacos ou transparentes quanto os termos com o epônimo em sua forma original*. Ou seja, aparentemente, é indiferente para esses alunos a forma como os epônimos se apresentam. Para os alunos de quarto ano, essa mesma resposta foi a mais assinalada (5 entre 7). Encontramos, em um dos questionários, um comentário interessante a respeito desse aspecto: “O epônimo geralmente não é opaco ou transparente, ou se conhece o termo ou não se conhece. Se é um termo pouco conhecido, ele não te dá pistas sobre o significado científico da doença”. Essa colocação parece evidenciar que, na verdade, não é o epônimo que leva o termo a ser opaco ou transparente, mas sua formação de forma geral. Outra hipótese é a de que o termo só é transparente aos olhos do informante se for conhecido; caso contrário, o aluno não sabe de que doença se trata. Aliás, cremos que, para os alunos, o foco não é o termo enquanto unidade linguística, mas sim a doença ou o referente.

Na nona questão, em que se investigou o conhecimento do significado do termo “merkeloma”, todas as alternativas poderiam ser marcadas, uma vez que todas elas traziam variantes desse termo. Entretanto, isso não ocorreu em nenhum dos questionários desse grupo (nem entre alunos do primeiro ano e nem entre alunos do quarto ano). As respostas foram bastante variadas, sendo que cada aluno assinalou combinações diferentes de alternativas. Desse modo, identificaram, por uma via ou por outra, o significado. Também se

demonstraram práticos: poderiam ter escolhido mais do que uma alternativa, porém se sentiram satisfeitos assinalando apenas uma.

Na questão dez, ao perguntarmos como esses informantes chegaram às respostas que julgam corretas, os alunos de primeiro ano responderam de dois modos: três deles disseram que foi *por conhecer o significado dos radicais e afixos*, enquanto que os outros dois afirmaram que se basearam *na semelhança entre os termos*. No quarto ano, esse padrão se repetiu: quatro alunos optaram pela primeira alternativa aqui mencionada, enquanto que os outros três optaram pela segunda.

A última questão que será comentada aqui é a de número 11, que diz “Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?”. As respostas são várias entre os alunos de primeiro ano, não havendo uma regularidade. As alternativas marcadas foram: *estudei um pouco sobre isso em uma disciplina não-específica sobre o assunto; nunca tive nenhuma orientação sobre terminologia médica; aprendi com alguns livros que li por minha conta; aprendi com a prática, na sala de aula; nunca ouvi falar sobre isso*. Apesar de não terem assinalado todos as mesmas alternativas, a análise dessas respostas demonstra que, de forma geral, eles sabem pouco sobre o assunto. Não há no curso uma disciplina que trate especificamente da linguagem médica, da formação dos termos, dos formantes (radicais e afixos gregos e latinos). Essas noções vêm com as aulas, nos discursos dos professores ou por meio de leituras que realizam. Assim sendo, pode-se dizer que obtiveram esses conhecimentos de maneira mais aleatória. Já os alunos de quarto ano, que também assinalaram alternativas variadas, demonstram que aprendem a terminologia médica no dia-a-dia, no uso corrente e frequente dos termos, na prática médica. Dos sete alunos que responderam ao questionário, quatro assinalaram as alternativas que incluem a prática, que são as de letra e, f e g: *aprendi com a prática, nos estágios; aprendi com a prática, na sala de aula; aprendi com a prática, no consultório e/ou hospital*. Os alunos do quarto ano já estão expostos à comunicação médica cotidiana, e talvez por isso tenham mais conhecimento sobre a terminologia médica em geral, e também sobre termos eponímicos.

Ao perguntarmos se o informante pensava ser importante haver uma disciplina que abordasse terminologia médica durante o curso, a maioria dos alunos de primeiro ano disse que sim, com exceção de um. No quarto ano, apenas dois alunos responderam que não, os demais cinco concordaram que seria útil. Podemos inferir dessas respostas que os usuários dessa terminologia têm certa dificuldade em decodificar termos médicos e se ressentem da falta de conhecimentos nessa área. Talvez aqui se evidencie a necessidade de se haver maior preocupação com a linguagem médica quando da formação dos alunos.

A questão de número treze é dissertativa e se refere às situações em que os termos eponímicos poderiam ou deveriam ser utilizados. Para ela, obtivemos as seguintes respostas:

3	Para evitar constrangimento ou dificuldade de compreensão.
2	Em situações informais.
2	Quando o termo for consagrado para referir-se determinada doença.
2	Na prática médica.
1	Com colegas de profissão, em palestras das áreas da saúde; quando os aspectos sobre as patologias não precisam ser mencionados.

Quadro 22 - Repostas do grupo teste para a questão dissertativa 3

Dois alunos não responderam a essa questão, mas observamos, de acordo com os dados, que não há um consenso sobre as situações que exigem ou excluem a possibilidade do uso de termos eponímicos. Isso reflete, como veremos adiante, as posições que se conflitam entre as diferentes áreas médicas.

A última questão era: “Você tem problemas com termos eponímicos? Por quê?” Dentre os alunos de primeiro ano, a resposta *sim* foi quase que unânime (apenas um aluno disse não, sem dar maiores explicações). Como razão, apontam a quantidade excessiva de termos desse tipo e a dificuldade de se conhecê-los e de memorizá-los. Por outro lado, os alunos de quarto ano afirmam que não têm problemas com a utilização desses termos por serem muito utilizados na prática médica e geralmente consagrados pelo uso. Vemos, aqui, uma discrepância entre os alunos, que se explica pelo nível de formação no qual se encontram: os iniciantes, certamente, possuem um conhecimento limitado sobre esses termos, visto que ainda conhecem poucas doenças, ao passo que os mais avançados já ingressaram na prática médica, que faz uso corrente desses termos.

Essa é uma primeira análise, feita com base nas respostas do grupo teste, cujos informantes são da cidade de Catanduva. Apesar de ser uma amostra pequena, permite observar que, aparentemente, termos eponímicos não causam problemas à comunicação médica em níveis mais elevados (alunos mais adiantados em sua formação e entre médicos já formados) e são muito utilizados no cotidiano. Entretanto, é preciso validar esses dados após a análise global de todo o material recolhido.

6.6.3. Dados importantes com base na observação de uma aula expositiva em Faculdade de Medicina

Para a aplicação dos questionários em Catanduva, fomos pessoalmente à FAMECA, juntamente com a aluna Ana Claudia Silveira de Castro (4º ano), que intermediou nossa entrada no câmpus. O professor que gentilmente cedeu parte de sua aula para que pudéssemos realizar os trabalhos pediu que aguardássemos até o momento oportuno, que seria ao final. Enquanto isso, ele permitiu que assistíssemos à sua aula expositiva. Essa era de Cirurgia Geral e o tópico do dia era Câncer Colorretal. Embora ciente de nossa presença e de que posteriormente faríamos uma pesquisa sobre termos da Medicina, não sabia ainda que se tratava do uso de termos eponímicos.

Durante toda a aula, fizemos observações sobre a linguagem empregada pelo docente. No período de uma hora e meia, ele utilizou sete termos eponímicos em sua fala, a saber: Doença de Crohn; Cirurgia de Miles; Síndrome de Gardner; Síndrome de Turcot; Síndrome de Cronkhite-Canada; Síndrome de Peutz-Jeghers; Divertículo de Meckel.

Foi interessante notar que esses termos também constavam nos slides de apresentação da aula e em nenhuma das ocorrências o professor citou (nem oralmente nem no texto escrito) variantes ou outro termo tido como mais “científico”, isto é, que não contivesse epônimos e que possuísse apenas radicais e afixos gregos e latinos. Além disso, o professor, em momento algum, explicou os conceitos designados pelos termos eponímicos empregados por ele. Talvez isso se deva ao fato de se tratar do quarto ano, ou seja, o docente tomou como pressuposto que os alunos já conhecessem a terminologia. Entretanto, ao conversarmos com os alunos da sala, descobrimos que esses são nomes de doenças raras e que, apesar disso, o docente apenas cita a denominação eponímica e, caso o aluno queira obter mais informações, deve pesquisar por conta própria.

Verificamos, então, por meio da observação dessa aula, que os termos eponímicos são muito utilizados, inclusive, por vezes, como forma preferencial de designação de determinados conceitos. Parece-nos, então, que a exclusão de termos eponímicos da terminologia médica parece estar fadada ao insucesso, uma vez que sua função pragmática é evidente, ou seja, na prática social concreta da comunicação, eles têm seu valor e papel assegurados. Essa observação veio reforçar nossa hipótese de que os termos eponímicos desempenham um importante papel na linguagem médica e não devem por isso, ser eliminados. Nossa pesquisa também constatou que há uma particularidade quanto ao uso dos termos eponímicos em Clínica e Cirurgia. Essa discussão será feita nos itens que seguem.

6.6.4. Questões objetivas: resultados

Conforme descrito em nossa metodologia, os dados de nossa pesquisa de campo são organizados em tabelas geradas pelo programa *Epi Info* e nossas observações se dão com base nelas. Procedemos ao inter cruzamento das categorias de informantes, para obter dados mais generalizantes sobre a influência das variáveis analisadas sobre o uso de termos eponímicos.

A análise das respostas do questionário foi realizada visando-se os objetivos do estudo, sendo feita tanto uma análise quantitativa (para as questões semi-abertas) quanto qualitativa (para as questões abertas) das respostas obtidas.

6.6.4.1. Alunos de primeiro ano de Medicina (A1)

Na seção que descreve a metodologia utilizada na realização das etapas deste trabalho, explicamos os motivos que nos levaram a abordar alunos de primeiro e de quarto ano do curso de Medicina. Assim, com base na quantificação dos dados, verificamos se a formação dos alunos influi no uso de termos eponímicos.

Os resultados obtidos na primeira pergunta do questionário, que investiga o conhecimento da palavra “epônimo”, foram esses:

Tabela 4 – Respostas de A1 referentes à questão 1
1. Você já conhecia o termo epônimo e sabia o que ele significava?

Q1	Frequency	Percent
A	13	43,3%
B	7	23,3%
C	4	13,3%
CD	1	3,3%
D	5	16,7%
Total	30	100,0%

Observando essa tabela podemos constatar que, na questão de número um, a alternativa mais assinalada pelos informantes é a letra A, representando 43% da amostra. Esse número indica que praticamente a metade dos alunos já conhecia e sabia o que significava o termo *epônimo*, entretanto, 23,3% (sete alunos) desconheciam esse termo e o respectivo conceito. Um dado interessante é que quatro alunos afirmaram conhecer a designação, mas

não o conceito e cinco afirmaram que conheciam esse tipo específico de termo, mas não a designação que ele recebia. Observa-se que, na verdade, de uma forma ou de outra, os alunos do primeiro ano, na grande maioria, já tinham contato com o termo (mesmo que não conhecessem a denominação *epônimo*). Acreditamos que isso se deva ao ensino da Anatomia, que ocorre no primeiro semestre, e que faz esforços contundentes para excluir esse tipo de termo da linguagem médica. Ao tratar desses termos (para sugerir que eles não sejam utilizados), os docentes acabam por fazer com que o aluno tome conhecimento de sua existência e acabe por prestar atenção nesse tipo de unidade lexical.

Pesquisando sobre a frequência de uso dos termos eponímicos, obtivemos os seguintes dados:

Tabela 5 - Respostas de A1 referentes à questão 2
2. Com que frequência você emprega termos eponímicos?

Q2	Frequency	Percent
A	1	3,3%
B	18	60,0%
C	11	36,7%
Total	30	100,0%

Notamos que a maioria dos alunos (63,3%) afirma utilizar os termos eponímicos *muito frequentemente*. Ao mesmo tempo, porém, 36,7% afirmam que *quase nunca* os utilizam (alternativa C). Os dados revelam que não há um grande consenso sobre isso; acreditamos que, no primeiro ano, os alunos ainda não tenham tido tempo, contato e conhecimento suficientes dessa terminologia, o que torna mais complicado optar por uma postura ou outra. Ainda sim, a frequência de A com relação a C é de quase o dobro, ou seja, confirma que em geral, utilizam muito esses termos.

Quanto à questão de número três, que investiga as situações comunicativas em que os termos eponímicos são de fato utilizados pelos alunos de primeiro ano, temos:

Tabela 6 - Respostas de A1 referentes à questão 3
3. Em que situações comunicativas você costuma utilizar termos eponímicos?

Q3	Frequency	Percent
A	4	13,3%
ABE	1	3,3%
ACE	1	3,3%
AE	6	20,0%
BE	6	20,0%
C	1	3,3%

E	11	36,7%
Total	30	100,0%

Nessa questão, algumas combinações de alternativas começam a aparecer, sendo esse fato algo que já havia sido previsto por nós. Entretanto, para fins de análise, determinamos utilizar o critério da frequência de cada alternativa separadamente, uma vez que, nessa pesquisa em específico, elas podem, em geral e salvo em algumas questões, serem complementares. Dessa forma, somamos a frequência (dada por número de ocorrências) da alternativa A, por exemplo, tanto quando é a única resposta assinalada quanto quando ocorre em uma combinação. Assim, com base nos dados obtidos, temos que as alternativas A e E são as mais recorrentes dentre as respostas:

- a alternativa A ocorre quatro vezes isoladamente; em ABE, uma; em ACE, mais uma, e em AE ocorre seis vezes. Ou seja, sabemos que a alternativa A (*situações comunicativas informais*) foi escolhida por doze informantes;
- a alternativa E (*na faculdade/universidade, durante as aulas*) é a primeira em frequência; ocorre onze vezes isoladamente, uma vez em ABE, uma vez em ACE, seis vezes em AE e seis vezes em BE, totalizando 25 ocorrências.

Observamos, então, que as repostas a essa pergunta são bastante coerentes com relação ao grupo: como ainda não possuem aulas práticas e não têm atividades a serem realizadas no hospital, esses alunos utilizam termos eponímicos apenas em sala de aula e, em geral, em situações comunicativas informais. É nesse contexto limitado que se dá a comunicação médica para esse grupo. Complementado essa ideia, buscamos saber com que interlocutores ocorre, de fato, o uso:

Tabela 7 - Respostas de A1 referentes à questão 4
4. Com que pessoas você utiliza esse tipo de termo?

Q4	Frequency	Percent
A	3	10,0%
AB	12	40,0%
ABC	2	6,7%
ABCD	1	3,3%
B	10	33,3%
C	1	3,3%
F	1	3,3%
Total	30	100,0%

Utilizando o mesmo critério descrito na questão anterior, observamos que as alternativas A (*com os professores*) e B (*com colegas, alunos de Medicina*) são as mais recorrentes e isso confirma a conclusão sobre a questão anterior.

Na questão de número cinco, observamos uma diferença maior entre os dados:

Tabela 8 - Respostas de A1 referentes à questão 5

Na literatura sobre linguagem médica, uma das críticas mais comuns a respeito dos termos eponímicos é a de que eles não são transparentes, ou seja, não contêm radicais ou afixos gregos e latinos que muitas vezes indicam características das doenças (por exemplo, linfogranuloma é um termo formado com base nos radicais linfo- (do latim *lympa-* = água de fonte) e granulo- (do latim *granulum* = grânulo) e com o sufixo nominal grego -oma (-oma = tumor), em contraposição ao termo Mal de Kimura, que não possui esse mesmo tipo de formação). Devido a esse fato, termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?

Q5	Frequency	Percent
A	8	26,7%
C	2	6,7%
CD	3	10,0%
D	15	50,0%
E	2	6,7%
Total	30	100,0%

Assim, quanto à opinião dos alunos sobre a exclusão de termos eponímicos, afirmam que isso *depende de quanto o termo é conhecido* (50% das respostas). Percebemos aqui a questão do uso consagrado, consideração que aparece também com frequência nas questões abertas. Nessa amostra de trinta alunos, apenas oito (26,7%) afirmaram *concordar totalmente com essa exclusão*.

Abordamos ainda a questão da opacidade dos termos e obtivemos os seguintes resultados para a pergunta de número seis:

Tabela 9 - Respostas de A1 referentes à questão 6

Na Medicina, é comum encontrarem-se termos de forma mista: são eponímicos, mas possuem outros componentes em sua expressão. Como exemplo, temos melanose circunscrita pré-câncer de Dubreuilh. Em sua opinião:

Q6	Frequency	Percent
B	20	66,7%
BD	1	3,3%
C	9	30,0%
Total	30	100,0%

Os alunos de primeiro ano, em sua grande maioria (66,7%) afirmam que o termo citado no enunciado da questão é *totalmente opaco* (alternativa B), mesmo sendo misto

(*melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh*). Atribuímos esse número, mais uma vez, à formação desses alunos. Embora a alternativa assinalada sugira que isso se dê devido à presença do epônimo, observamos que os alunos desconhecem o termo como um todo. Mesmo com constituintes ditos científicos, que têm em sua formação radicais e afixos gregos e latinos, julgam o termo opaco. Assim, parece-nos que o problema não reside no epônimo, mas na falta de conhecimento do termo como um todo, ou seja, do bloco de significação. Essa situação talvez advenha da falta de conhecimento do referente, isto é, da doença, o que levaria ao desconhecimento do termo que designa o conceito a ele correspondente.

Na questão sete, perguntamos sobre as razões que levam o usuário a utilizar um termo eponímico. As alternativas de resposta constituem uma lista. Por esse motivo, o número mais alto de combinações, já que várias razões podem se somar:

Tabela 10 - Respostas de A1 referentes à questão 7
7. Qual a principal razão que o levaria a utilizar um termo eponímico?

Q7	Frequency	Percent
A	4	13,3%
ABCF	1	3,3%
ABF	1	3,3%
ADF	1	3,3%
AFG	1	3,3%
B	1	3,3%
BCF	2	6,7%
C	1	3,3%
CF	1	3,3%
D	6	20,0%
E	4	13,3%
F	3	10,0%
G	3	10,0%
I	1	3,3%
Total	30	100,0%

As respostas mais frequentes para essa questão foram F (10 ocorrências), A (8 ocorrências) e D (7 ocorrências), que remetem, respectivamente, às seguintes razões: para evitar cacofonias ou trava-línguas (termos de pronúncia difícil), economia linguística (geralmente são mais curtos) e porque homenageia um cientista. Vemos que questões linguísticas, pragmáticas e filosóficas norteiam as respostas. Notamos também que todas as alternativas foram assinaladas pelo menos uma vez, com exceção da letra H, que era a opção para o aluno que *nunca usa*. Esse quadro é sintomático, visto que os alunos expressam

diferentes motivos pelos quais usam os termos eponímicos, mas nenhum disse que nunca usa. Desse modo, evidencia-se um uso real, de fato, desse tipo de unidade terminológica.

A questão oito põe em discussão, uma vez mais, a opacidade dos termos eponímicos, enfatizando, agora, a existência de termos eponímicos banalizados:

Tabela 11 - Respostas de A1 referentes à questão 8

8. Existem termos eponímicos que são chamados banalizados, ou seja, são aqueles que se originaram de nomes próprios e passaram a formar substantivos (por exemplo, parkinsonismo, hanseníase). Pensando na questão da opacidade X transparência dos termos médicos, esse termo poderia ser visto como:

Q8	Frequency	Percent
A	4	13,3%
AD	1	3,3%
B	5	16,7%
C	16	53,3%
D	4	13,3%
Total	30	100,0%

Entre os alunos do primeiro ano, observamos que 53,3% dos informantes afirmam que os termos eponímicos banalizados *são tão opacos ou transparentes quanto termos com o epônimo em sua forma original* (alternativa C). Isso nos leva a pensar novamente no resultado da questão seis; seria o epônimo a questão crucial que se liga à opacidade? Aparentemente, a configuração formal do termo não auxiliou na apreensão do conceito. Para esses alunos, a presença ou não dos sufixos marcadores de condições não é fundamental para que se chegue ao conceito designado. Observamos em nosso *corpus* de termos eponímicos da Dermatologia que, em geral, os termos banalizados possuem apenas uma unidade léxica, o que poderia ser um fator a dificultar a compreensão do termo. Entretanto, há sempre um sufixo ligado ao epônimo que dá pistas mínimas para a apreensão do significado.

As questões nove e dez continuam a investigar a relação termo eponímico/significado mais ou menos aparente. Para checar a impressão acima, questionamos os alunos sobre um termo específico, a saber, *merkeloma* e obtivemos a seguinte situação sobre a questão de número nove:

Tabela 12 - Respostas de A1 referentes à questão 9

9. Refletindo sobre o tema das perguntas 5, 6, 7 e 8 e observando a formação do termo, responda: qual seria o significado mais adequado de “merkeloma”? (é possível haver mais de uma resposta)

Q9	Frequency	Percent
A	5	16,7%
AB	1	3,3%

ABC	1	3,3%
B	7	23,3%
BC	2	6,7%
BCD	1	3,3%
C	11	36,7%
CD	1	3,3%
D	1	3,3%
Total	30	100,0%

Todas as alternativas dispostas nessa questão constituíam-se de variantes desse termo, sendo três eponímicas (A, B, C) e apenas uma não eponímica (D). As variantes eram: tumor de Merkel, tumor das células de Merkel, carcinoma de células de Merkel, carcinoma trabecular, respectivamente. Nesse caso específico, então, todas as alternativas poderiam ter sido assinaladas concomitantemente, pelo mesmo informante. Entretanto, isso não ocorreu. Ao analisar a tabela, notamos que as alternativas B e C têm frequência semelhante (12 e 16 ocorrências, respectivamente). Talvez isso de deva ao fato de os termos dessas alternativas serem formalmente muito parecidos (*tumor das células de Merkel* e *carcinoma de células de Merkel*). A alternativa A ocorre com frequência um pouco menor e isso pode ser explicado pela referência do termo: sabe-se que o tumor é das células descritas por Merkel; a opção sintética sem o constituinte *célula* (*tumor de Merkel*) teve sete ocorrências. O dado mais interessante aqui, a nosso ver, é que a alternativa D, que traz uma variante não eponímica do termo (*carcinoma trabecular*) foi assinalada apenas três vezes. Podemos inferir dessa situação que alguns usuários da terminologia médica ainda se baseiam na semelhança formal (e aqui nos referimos à presença do mesmo epônimo nas diversas variantes) para identificar os termos.

Buscamos confirmar essa hipótese na pergunta de número dez. Vejamos que dados a questão nos dá, quando perguntamos como se chegou a essa(s) resposta(s):

Tabela 13 - Respostas de A1 referentes à questão 10
10. Como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?

Q10	Frequency	Percent
B	15	50,0%
C	11	36,7%
D	4	13,3%
Total	30	100,0%

Observamos que as respostas desse quadro são bastante divididas: 50% afirmam que escolheram, na questão nove, o significado (ou a variante) correspondente de *merkeloma* por *semelhança formal entre os termos* sendo que 36,7% escolheram as variantes com base no *conhecimento do significado dos radicais e afixos*. Apenas quatro alunos afirmam terem escolhido as respostas aleatoriamente. Verificamos, então, que, na questão acima, que o motivo pelo qual *carcinoma trabecular* não foi considerado por muitos como variante de *merkeloma* foi a ausência do mesmo epônimo *Merkel* na constituição do termo, ou seja, por não ser, desse ponto de vista, semelhante formalmente.

Na questão onze, buscamos saber se os alunos têm alguma disciplina específica ou não sobre terminologia médica. As respostas que obtivemos são:

Tabela 14 - Respostas de A1 referentes à questão 11

11. Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?

Q11	Frequency	Percent
ABE	1	3,3%
B	5	16,7%
C	13	43,3%
CH	1	3,3%
D	1	3,3%
DG	1	3,3%
F	6	20,0%
H	2	6,7%
Total	30	100,0%

Analisando a frequência das respostas dadas, notamos que a alternativa C é mais recorrente (14 vezes), seguida pelas alternativas B e F (ambas com frequência 6). A maioria dos alunos respondeu, então, que *nunca teve nenhuma orientação sobre terminologia médica*; entretanto, as alternativas B (estudei um pouco sobre isso em uma disciplina não-específica sobre o assunto) e F (aprendi com a prática, na sala de aula) indicam que, de forma indireta, os conceitos são aprendidos em outras disciplinas, com a prática em sala de aula.

Por último, na questão doze, tivemos o objetivo de saber a opinião dos alunos com relação à inclusão de uma disciplina sobre terminologia médica, para ajudá-los a melhor codificar os termos. Os resultados foram os seguintes:

Tabela 15 - Respostas de A1 referentes à questão 12

12. Você acha que seria importante ter essa disciplina para ajudar a decodificar os termos médicos?

Q12	Frequency	Percent
------------	------------------	----------------

A	26	86,7%
B	4	13,3%
Total	30	100,0%

Vemos que, para esses alunos, essa é uma preocupação relevante, ou seja, dada a pouca experiência com as práticas de comunicação médica e à formação ainda inicial em Medicina, sentem que seria importante estudar a terminologia médica mais a fundo. Isso se confirma com 86,7% da amostra respondendo que *sim, seria importante*.

A nosso ver, as respostas e as conclusões às quais conseguimos chegar nesta análise em que observamos as considerações dos alunos de primeiro ano são bastante coerentes com o que esperávamos. Alunos em fase inicial de formação e com domínio ainda restrito da terminologia médica não têm uma postura tão fortemente marcada sobre o uso de termos eponímicos. Passemos agora a verificar como os alunos de quarto ano de Medicina veem a mesma problemática.

6.6.4.2. Alunos de quarto ano de Medicina (A4)

Os alunos de quarto ano já estão inseridos em um contexto mais prático da área e possuem conhecimentos e experiências acumulados ao longo do curso. Já apresentam certa postura crítica e, por isso, esperamos encontrar diferenças entre estes e os alunos de primeiro ano. A metodologia e os critérios para a análise seguem o mesmo fio condutor das análises anteriores.

Iniciamos com a questão de número um, que pergunta:

Tabela 16 - Respostas de A4 referentes à questão 1
1. Você já conhecia o termo epônimo e sabia o que ele significava?

Q1	Frequency	Percent
A	23	76,7%
B	1	3,3%
C	4	13,3%
D	2	6,7%
Total	30	100,0%

No que concerne ao conhecimento do termo *epônimo*, verificamos que 76,7% dos alunos dessa categoria afirmam já conhecer o termo e saber o que ele significava. Apenas um

aluno relatou não conhecer. Observa-se, então, que, conforme os anos do curso passam, mais conhecimento esses alunos adquirem sobre esse tipo de termo.

Quanto à frequência de uso, indagamos na pergunta dois:

Tabela 17 - Respostas de A4 referentes à questão 2
2. Com que frequência você emprega termos eponímicos?

Q2	Frequency	Percent
A	6	20,0%
B	21	70,0%
C	2	6,7%
E-	1	3,3%
Total	30	100,0%

Na questão dois, com relação à frequência de uso das unidades terminológicas eponímicas a maior incidência de respostas recaiu sobre a alternativa B (70% - *muito frequentemente*), seguida pela alternativa A (20%) (*sempre*).

Quanto às situações comunicativas, em que esses alunos empregam os termos eponímicos, questionados pela pergunta de número três, obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 18 - Respostas de A4 referentes à questão 3
3. Em que situações comunicativas você costuma utilizar termos eponímicos?

Q3	Frequency	Percent
ABCDEF	2	6,7%
ABCE	1	3,3%
ABCEF	2	6,7%
ACE	1	3,3%
ACEF	1	3,3%
B	1	3,3%
BCE	1	3,3%
BCEF	3	10,0%
BF	1	3,3%
C	4	13,3%
CE	7	23,3%
CEH	1	3,3%
E	5	16,7%
Total	30	100,0%

Analisando esse quadro sintético de respostas, observamos que as combinações de alternativas é um aspecto marcante. No cálculo total percebemos que duas alternativas foram

assinaladas com mais frequência, a saber, C (no hospital, falando com outros médicos) e E (na faculdade/universidade, durante as aulas), que ocorreram 23 e 19 vezes, respectivamente. O interessante é que também a combinação de somente essas alternativas é a mais frequente na amostra, totalizando sete ocorrências. Por esse resultado, podemos inferir que a prática no hospital permite a utilização de termos eponímicos; entretanto, como os alunos ainda frequentam a faculdade para o término de algumas disciplinas, utilizam ali também essa terminologia.

Os dados sobre os interlocutores com os quais os alunos utilizam essa terminologia eponímica estão apresentados no quadro abaixo:

Tabela 19 - Respostas de A4 referentes à questão 4
4. Com que pessoas você utiliza esse tipo de termo?

Q4	Frequency	Percent
A	5	16,7%
AB	5	16,7%
ABC	1	3,3%
ABCD	5	16,7%
ABCDF	3	10,0%
ABD	5	16,7%
ABF	1	3,3%
AD	1	3,3%
B	1	3,3%
BD	1	3,3%
C	1	3,3%
CD	1	3,3%
Total	30	100,0%

Mais uma vez, as combinações são várias. Entretanto, é possível verificar a repetição das alternativas A, B e D com maior frequência (A = 26, B = 22 e D = 16) que as demais. Assim, podemos dizer que, mais frequentemente, os alunos de quarto ano utilizam termos eponímicos: *com os professores; com os colegas, alunos de Medicina; e com médicos do hospital*. A opção menos assinalada aqui foi a F (*com pacientes*), o que pode ser justificado pelo fato de esses alunos ainda não atenderem (sozinhos) profissionalmente. Além disso, parece-nos que esses alunos têm a perspectiva de que os pacientes provavelmente não entendem essa terminologia.

Na questão cinco, tratamos da opacidade dos termos eponímicos. No quadro abaixo, vemos os resultados obtidos sobre a opinião dos alunos quanto à exclusão de termos eponímicos da linguagem médica devido à sua opacidade:

Tabela 20 - Respostas de A4 referentes à questão 5

5. Na literatura sobre linguagem médica, uma das críticas mais comuns a respeito dos termos eponímicos é a de que eles não são transparentes, ou seja, não contêm radicais ou afixos gregos e latinos que muitas vezes indicam características das doenças (por exemplo, linfogranuloma é um termo formado com base nos radicais linfo- (do latim lymph- = água de fonte) e granulo- (do latim granulum = grânulo) e com o sufixo nominal grego -oma (-oma = tumor), em contraposição ao termo Mal de Kimura, que não possui esse mesmo tipo de formação). Devido a esse fato, termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?

Q5	Frequency	Percent
A	6	20,0%
B	1	3,3%
C	5	16,7%
CD	4	13,3%
D	14	46,7%
Total	30	100,0%

Embora alguns alunos (6 ocorrências, totalizando 20% do grupo) tenham afirmado que concordam totalmente com a exclusão, a alternativa mais frequente foi a letra D, a saber, *depende do quanto o termo é conhecido* (18 ocorrências, ou seja, mais 47%). Alguns também afirmaram que *dependerá do(s) termo(s) que acompanha(m) o epônimo* (letra C, com 9 ocorrências no total).

Na sexta pergunta, sobre a opacidade de termos eponímicos mistos, a maioria dos alunos afirma que estes são *parcialmente opacos, pois o epônimo (nome próprio) atrapalha a identificação dos significados*. Vejamos a tabela abaixo:

Tabela 21 - Respostas de A4 referentes à questão 6

6. Na Medicina, é comum encontrarem-se termos de forma mista: são eponímicos, mas possuem outros componentes em sua expressão. Como exemplo, temos melanose circunscrita pré-câncer de Dubreuilh. Em sua opinião:

Q6	Frequency	Percent
A	3	10,0%
B	16	53,3%
C	11	36,7%
Total	30	100,0%

Confirma-se que a opção B (citada textualmente acima) é a mais frequente (16 ocorrências – 63,3% da amostra). Entretanto, a segunda nessa escala é a opção C; nesta, afirma-se que o termo *é totalmente transparente, pois o epônimo (nome próprio) não atrapalha a identificação do significado*. As opiniões são um pouco divergentes, mas os números evidenciam uma tendência a ver o termo misto como mais opaco que transparente. Aparentemente, esse resultado contradiz os obtidos no quadro anterior.

A questão sete lista os motivos pelos quais termos eponímicos seriam utilizados por esses informantes. Assim:

Tabela 22 - Respostas de A4 referentes à questão 7
7. Qual a principal razão que o levaria a utilizar um termo eponímico?

Q7	Frequency	Percent
A	1	3,3%
ABC	1	3,3%
ABI	1	3,3%
AC	1	3,3%
ADG	1	3,3%
AG	1	3,3%
B	1	3,3%
BC	4	13,3%
BCD	1	3,3%
C	1	3,3%
D	1	3,3%
DE	1	3,3%
DEG	1	3,3%
E	2	6,7%
EG	3	10,0%
F	1	3,3%
G	3	10,0%
I	5	16,7%
Total	30	100,0%

Depois de analisar cada combinação e verificar o número de ocorrências de cada alternativa dentre as mesmas, chegamos às três respostas mais frequentes: G, totalizando 9 ocorrências na amostra, B e C, ambas com 8 ocorrências cada e E, com 7. Temos, então, em ordem decrescente de ocorrência:

- para demonstrar o domínio da tradição histórica de cada termo (pessoas envolvidas com a descoberta)

- *para esconder aspectos constrangedores de uma doença / para evitar designações que sugiram preconceito*
- *porque remete ao descobridor da doença*

É necessário ressaltar que nessa questão não houve muita disparidade numérica entre as alternativas analisadas separadamente, ou seja, todas as alternativas foram assinaladas com frequência semelhante. Entretanto, a alternativa F ocorreu apenas uma vez (*para evitar cacofonias ou trava-línguas - termos de pronúncia difícil*). Em outras palavras, essa parece ser a última razão pensada por esse grupo para se utilizar um termo eponímico. Outra observação importante é que a alternativa I (*outro – especificar*) ocorreu em seis casos. Retomando os questionários, podemos sintetizar as respostas dos alunos da seguinte maneira: *porque às vezes são mais conhecidos do que outras designações do termo, mesmo as científicas.*

No quadro abaixo temos os resultados obtidos sobre a opacidade relativa a termos eponímicos banalizados:

Tabela 23 - Respostas de A4 referentes à questão 8

8. Existem termos eponímicos que são chamados banalizados, ou seja, são aqueles que se originaram de nomes próprios e passaram a formar substantivos (por exemplo, parkinsonismo, hanseníase). Pensando na questão da opacidade X transparência dos termos médicos, esse termo poderia ser visto como:

Q8	Frequency	Percent
A	1	3,3%
B	9	30,0%
BD	2	6,7%
C	15	50,0%
CD	1	3,3%
D	1	3,3%
E	1	3,3%
Total	30	100,0%

Ao investigarmos termos eponímicos banalizados (tais como *hanseníase*), depreendemos, de acordo com os dados, que, para a maioria dos alunos de quarto ano, eles são vistos como *tão opacos ou transparentes quanto termos com o epônimo em sua forma original* (essa alternativa se repetiu 16 vezes dentro da amostra). Um grupo menor, porém numericamente relevante (11 ocorrências) afirma que são *mais transparentes do que termos com o epônimo em sua forma original*. O curioso é que apenas dois alunos marcaram a alternativa que diz que essa maior ou menor opacidade dependerá dos prefixos e sufixos que se ligam ao nome próprio (epônimo). Isso leva a crer que, para esses alunos, os “pedaços de

significação” que poderiam ser adquiridos por esses elementos não são “enxergados” separadamente do termo, o que parece confirmar nossa impressão sobre a decodificação de blocos de significação em geral.

Na pergunta de número nove, em que se questiona sobre o significado de *merkeloma*, temos:

Tabela 24 - Respostas de A4 referentes à questão 9

9. Refletindo sobre o tema das perguntas 5, 6, 7 e 8 e observando a formação do termo, responda: qual seria o significado mais adequado de “merkeloma”? (é possível haver mais de uma resposta)

Q9	Frequency	Percent
A	3	10,0%
AB	5	16,7%
ABC	2	6,7%
B	7	23,3%
BC	4	13,3%
C	7	23,3%
CD	1	3,3%
E	1	3,3%
Total	30	100,0%

As respostas assinaladas e as combinações entre elas são várias. As mais frequentes do ponto de vista da ocorrência isolada são as alternativas B e C (sete indicações cada), com ocorrência total (nas combinações e isoladamente) de 18 e 14 vezes, respectivamente. Elas remetem a *tumor das células de Merkel* e *carcinoma de células de Merkel*. A alternativa D, que também traz uma variante possível para o termo (que é *carcinoma trabecular*), foi assinalada por apenas um aluno; isso evidencia que os demais alunos consideram como variantes do termo (e, conseqüentemente, sinônimos) apenas aquelas que contêm o epônimo *Merkel* em sua formação. Ao perguntarmos como chegaram às respostas, observamos os seguintes dados:

Tabela 25 - Respostas de A4 referentes à questão 10

10. Como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?

Q10	Frequency	Percent
B	7	23,3%
C	19	63,3%
D	3	10,0%
E	1	3,3%
Total	30	100,0%

O quadro acima mostra que a grande maioria dos alunos de quarto ano afirma que depreendeu os conceitos *por conhecer o significado dos radicais e afixos*. Todavia, se esse foi mesmo o caso, como explicar a não marcação da alternativa D (*carcinoma trabecular*)? O epônimo não está presente, mas o termo possui outros constituintes que poderiam dar pistas do conceito designado.

No que concerne à investigação sobre os alunos terem tido (ou não) uma disciplina sobre terminologia médica e sobre a forma como adquiriram conhecimento sobre esse assunto, temos:

Tabela 26 - Respostas de A4 referentes à questão 11

11. Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?

Q11	Frequency	Percent
A	1	3,3%
B	5	16,7%
BE	1	3,3%
C	3	10,0%
CDEFG	1	3,3%
CEF	2	6,7%
D	2	6,7%
DEFG	4	13,3%
E	1	3,3%
EF	2	6,7%
EFG	2	6,7%
EFH	2	6,7%
F	2	6,7%
H	2	6,7%
Total	30	100,0%

Quantificando os dados, observamos que a frequência de E e F (15 ocorrências cada) e G (7 ocorrências) são as maiores; todas elas remetem à prática, a saber: *aprendi com a prática, nos estágios; aprendi com a prática, na sala de aula; e aprendi com a prática, no consultório e/ou hospital*. Assim, parece não haver uma preocupação por parte das Faculdades de Medicina com o ensino teórico e reflexivo da terminologia médica. Ela é aprendida com a prática ou nas aulas das diferentes disciplinas. Para os alunos, seria de grande valia conhecer não só os processos de formação de palavras, os principais formantes eruditos provenientes do grego e do latim, mas também os epônimos mais importantes da Medicina que deram origem a termos eponímicos. Dessa forma, seria possível haver uma maior compreensão dos

conceitos com base na designação formal que recebem. Aprender a terminologia médica de modo científico e embasado tornaria mais acessível ao aluno o domínio do conhecimento da área.

Quanto à opinião dos alunos sobre a inclusão de uma disciplina sobre terminologia médica na grade curricular dos cursos de Medicina, verificamos:

Tabela 27 - Respostas de A4 referentes à questão 12

12. Você acha que seria importante ter essa disciplina para ajudar a decodificar os termos médicos?

Q12	Frequency	Percent
Missing	1	3,3%
A	18	60,0%
B	10	33,3%
C	1	3,3%
Total	30	100,0%

Assim, 60% dos alunos afirmam que seria importante a presença dessa disciplina no curso de Medicina para o auxílio na decodificação dos termos. Apenas um aluno fez uma observação (alternativa C, “outro – especificar”), dizendo que acha interessante, mas que “não caberia na grade [horário], pois existem outras matérias mais importantes que não podem deixar de serem dadas”. Na tabela, a marcação de **Missing** (ausente) indica que apenas um aluno não respondeu a essa questão.

6.6.4.3. Alunos de primeiro e quarto anos de Medicina – algumas considerações

Em uma análise comparativa entre alunos de primeiro (A1) e de quarto ano (A4) podemos observar semelhanças e diferenças. O quadro abaixo resume as alternativas que foram assinaladas com maior frequência por esses dois grupos. Ele está organizado da seguinte maneira: a primeira coluna, à esquerda, traz os números das perguntas objetivas; depois temos duas grandes colunas que listam as respostas dos alunos de primeiro ano (coluna A1) e as dos alunos de quarto ano (coluna A4). Essas grandes colunas se subdividem, cada uma, em duas outras colunas que apresentam as duas alternativas mais assinaladas, ou seja, a primeira e a segunda respostas mais frequentes (1º e 2º) de cada pergunta. Assim:

<i>Alternativas mais frequentes</i>				
<i>Questões</i>	<u>A1</u>		<u>A4</u>	
	1º	2º	1º	2º
Questão 1	A	B	A	C
Questão 2	B	C	B	A
Questão 3	E	A	E	C
Questão 4	B	A	A	B
Questão 5	D	A	D	C
Questão 6	B	C	B	C
Questão 7	F	A	G	B
Questão 8	C	A, B, D	C	B
Questão 9	C	B	B	C
Questão 10	B	C	C	B
Questão 11	C	B, F	E, F	D, G
Questão 12	A	B	A	B

Quadro 23 – Quadro sintético das respostas comparadas dos alunos

De modo geral, verificamos que sobre as 12 questões, muitas respostas são coincidentes entre os alunos de primeiro e quarto anos. O que acontece, por vezes, é uma inversão entre a primeira e a segunda resposta mais frequente. Isso nos leva a crer que, no que diz respeito a algumas questões, há certa homogeneidade entre alunos em geral.

Os alunos do primeiro ano, de forma geral, conhecem os termos eponímicos, sabem o que eles significam e os utilizam com bastante frequência. Dentre os alunos de quarto ano, essa situação se repete, entretanto com frequências maiores. Além disso, há uma uniformidade ou homogeneidade maior entre os A4, enquanto que entre os A1 há um pouco menos de homogeneidade nas opiniões. Acreditamos que isso talvez se deva à experiência e formação distintas de ambos.

Quanto ao uso de termos eponímicos em determinadas situações comunicativas, percebemos a diferença de acordo com a formação e, consequentemente, do contexto no qual os alunos se inserem: os alunos de primeiro ano utilizam termos eponímicos em situações formais e informais, entretanto esse uso ainda é grandemente limitado à sala de aula, acontecendo entre alunos e docentes, pois é onde vivem a situação comunicativa médica nessa fase de sua vida acadêmica. Os alunos de quarto ano utilizam uma terminologia eponímica em situações mais variadas, sendo que as alternativas mais assinaladas referem-se à prática médica, ou seja, utilizam termos eponímicos mais frequentemente nos hospitais e consultórios (quando acompanham outros médicos). Isso talvez se dê porque, nessa fase, frequentam bem menos a sala de aula. Outro dado interessante é que a situação “em apresentações de congressos científicos” não foi assinalada por nenhum aluno de primeiro ano, contra nove no

quarto. Ora, sendo essa uma situação formal, isso nos leva a crer que vai se adquirindo a prática do uso em diversos contextos conforme o tempo de formação, deixando, assim, de ter maiores preocupações com restrições impostas ao uso de termos eponímicos por determinadas disciplinas, áreas ou profissionais.

Os interlocutores com os quais os alunos utilizam a terminologia eponímica com mais frequência são os mesmos para ambos os grupos, com a diferença de que no quarto ano, a alternativa que inclui os médicos do hospital é assinalada com frequência, o que não acontece com os A1. A explicação repousaria, mais uma vez, no fato de que os A4 têm um contato bem maior com o hospital do que os A1.

Quanto à exclusão de termos eponímicos, os alunos se posicionam de forma semelhante, independente do ano de formação: a maioria, em ambas as amostras, afirma que o critério para se excluir ou não esse tipo de unidade terminológica deveria ser o *uso consagrado e conhecido do termo*. Infere-se que os muito conhecidos poderiam ser mantidos. Isso nos leva a pensar que, na verdade, esses alunos não são nem a favor e nem contra a exclusão, já que defendem que alguns termos devem ser mantidos e outros não.

Os termos eponímicos de forma mista são vistos de maneiras diferentes pelos alunos usuários dessa terminologia: a maioria de A1 considera o termo dado como exemplo totalmente opaco, enquanto que a maioria dos A4 diz que ele é *parcialmente* opaco, atribuindo o problema ao epônimo. A questão aqui nos parece ser depreender o conceito designado pelo termo eponímico sintagmático, ou seja, o termo enquanto um bloco fechado de significação que designa um único conceito, que não é dado apenas pelo resultado da somatória das partes.

Quanto às razões para o uso de epônimos, percebe-se que todas as listadas pela literatura a respeito, reproduzidas nas alternativas, foram assinaladas por ambos os grupos. Entretanto, para A1, a razão principal é *para evitar cacofonias ou trava-línguas (termos de pronúncia difícil)*. Isso nos faz pensar que esse grupo talvez sinta muita dificuldade com a linguagem médica no início, pois essas questões mais formais reaparecem em outras perguntas, como quando perguntamos o significado de *merkeloma*. Nesse caso, os alunos não conseguiram depreender nem o significado do sufixo –oma, que significa *tumor*.

Em A4, essa mesma alternativa foi assinalada por apenas um aluno. A frequência com a qual as demais alternativas foram assinaladas foi semelhante. O interessante aqui é observar que tanto em A1 quanto em A4, o item I (outro – especificar) foi assinalado, sendo dada como razão *porque às vezes são mais conhecidos do que outras designações do termo, mesmo as*

científicas. Fica claro que, em alguns casos, ser um termo consagrado é fator determinante para o uso do termo eponímico.

Na questão oito, que investiga a opacidade de termos banalizados, verificamos que os alunos como um todo (A1 e A4) consideram os mesmos *tão opacos ou transparentes quanto termos com o epônimo em sua forma original*. Para ambos os grupos, então, elementos como prefixos e sufixos parecem não acrescentar significados que ajudem a compreender um termo eponímico desse tipo. Talvez isso ocorra pela falta de conhecimento linguístico, ou seja, incapacidade de perceber que se trata de um afixo ou de um radical, e menos ainda, dos conceitos que esses designam.

Nas questões 9 e 10 fica claro que a semelhança formal, por causa da presença do epônimo, pode facilitar a associação de diversas variantes (vistas como sinônimos) utilizadas para se referirem ao mesmo conceito. Apesar de ambos os grupos afirmarem que chegaram aos resultados com base nos formantes (o que contradiz os resultados vistos na questão anterior), a alternativa quase nunca assinalada era justamente a que **não** continha o epônimo.

Nas questões onze e doze, sobre uma disciplina ou curso sobre terminologia médica, descobrimos que os alunos não têm nem tiveram nada desse gênero, pelo menos, não especificamente, mas aprendem a terminologia de sua área de forma indireta, em outras disciplinas, com a prática em sala de aula, nos estágios e hospitais. Ou seja, é um aprendizado “livre”, que ocorre conforme as necessidades e situações exigem. Quanto à opinião sobre a inclusão de um ensino desse tipo nos cursos de Medicina, os alunos de primeiro ano são mais favoráveis e veem maior proveito nisso; os de quarto ano também têm essa opinião, em sua maioria, porém há ainda muitos alunos que afirmam que não veem no que isso seria útil. Essa posição traz a impressão de que, como já estão inseridos nas situações comunicativas e participam dos contextos reais de utilização dessa terminologia, já aprenderam muitos termos, fazendo com que, nessa fase de formação, já não se dê tanta importância a um ensino teórico dessa terminologia.

Assim, com base nas análises dos dados sobre as respostas de A1 e de A4, podemos afirmar que, da teoria à prática, o uso de termos eponímicos vai se tornando cada vez mais frequente e comum, devendo-se ao acúmulo de conhecimento por parte dos alunos, inclusão em situações práticas e de comunicação oral, em ambientes mais variados (universidade e hospital), com mais interlocutores (alunos, professores enfermeiros, pacientes e outros).

6.6.4.4. Médicos Docentes (MD)

Ao analisarmos as respostas dadas pelos médicos docentes (MD), pudemos observar informações bastante coerentes com sua formação e que vão ao encontro de nossas hipóteses. Todavia, alguns dados nos chamaram a atenção e, por vezes, intrigaram-nos. Vejamos o que esses MD pensam a respeito dos termos eponímicos.

Com base nos dados fornecidos pelo programa *Epi Info* e seus quadros, analisamos as repostas dos MD. Já na primeira questão constatamos algo que era esperado:

Tabela 28 - Respostas de MD referentes à questão 1
1. Você já conhecia o termo epônimo e sabia o que ele significava?

Q1	Frequency	Percent
A	14	93,3%
B	1	6,7%
Total	15	100,0%

Dos quinze médicos abordados, apenas um afirmou não conhecer o termo *epônimo*. Os demais, justamente por estarem envolvidos no meio acadêmico, conhecem-no, sabem o que significa e, como veremos a seguir, utilizam-no com certa frequência.

Assim, na questão dois obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 29 - Respostas de MD referentes à questão 2
2. Com que frequência você emprega termos eponímicos?

Q2	Frequency	Percent
A	1	6,7%
B	8	53,3%
C	4	26,7%
E	2	13,3%
Total	15	100,0%

Observamos, assim, que 53,3% desse grupo utilizam os termos eponímicos *muito frequentemente*. Entretanto, quatro informantes afirmam o contrário, ou seja, que *quase nunca* recorrem a essa terminologia. Dois informantes não assinalaram nenhuma das alternativas e fizeram considerações no campo “*outros – especificar*”, explicando que às vezes [utilizam termos eponímicos]. Essa frequência de uso é, a nosso ver, fortemente influenciada (para mais ou para menos) pelas situações comunicativas e pelos interlocutores envolvidos na comunicação médica, conclusão a que podemos chegar com base nos dados obtidos sobre as questões três e quatro. A questão de número três trata das situações comunicativas. Obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 30 - Respostas de MD referentes à questão 3

3. Em que situações comunicativas você costuma utilizar termos eponímicos?

Q3	Frequency	Percent
AB	1	6,7%
ABCDE	1	6,7%
ABEF	1	6,7%
AE	2	13,3%
BCDEF	1	6,7%
CDE	1	6,7%
CE	1	6,7%
CEF	3	20,0%
CF	1	6,7%
DE	1	6,7%
E	2	13,3%
Total	15	100,0%

De acordo com as respostas dadas pelos docentes de Medicina, as situações em que eles mais utilizam os termos eponímicos são *na faculdade/universidade, durante as aulas e no hospital, falando com outros médicos*. Para melhor compreendermos essas opções, observemos os interlocutores com os quais mais utilizam essa terminologia:

Tabela 31 - Respostas de MD referentes à questão 4

4. Com que pessoas você utiliza esse tipo de termo?

Q4	Frequency	Percent
ABCDE	1	6,7%
ABCDEF	1	6,7%
ACDE	1	6,7%
ACDEF	1	6,7%
B	1	6,7%
BCD	1	6,7%
BCDE	2	13,3%
BDE	1	6,7%
BE	1	6,7%
CDEF	1	6,7%
CEF	1	6,7%
DE	1	6,7%
DEF	1	6,7%
E	1	6,7%
Total	15	100,0%

Ao contabilizarmos as alternativas separadamente, observamos que as preferencialmente marcadas, com maior número de ocorrências nessa parte da amostra, foram E e D, que correspondem a *com os alunos, para os quais dou aula e com os médicos do hospital*.

As questões de número três e quatro estão intimamente ligadas e nos revelam, nesse caso, que os médicos docentes utilizam a terminologia eponímica tanto em sua prática do dia-a-dia, com outros médicos e no contexto do hospital, quanto nas aulas que ministram no curso de Medicina, nas faculdades, Universidades, em sala de aula. Esse fato nos permite inferir que esses profissionais não parecem ser restringidos por nenhum fator quanto a utilizar termos eponímicos em qualquer ambiente que seja. No hospital, estão em contato com outros médicos, enfermeiros, pacientes, funcionários e na faculdade, relacionam-se com seus alunos em processo de formação acadêmica e outros docentes. Em outras palavras, para os médicos docentes, aparentemente, fatores como local e interlocutor não são determinantes do uso de termos eponímicos.

Assim, podemos pensar que essa postura linguística, ou seja, a utilização de diferentes variantes em diferentes contextos, possa influenciar a postura dos futuros médicos, ou seja, os alunos passam a conhecer e a usar termos eponímicos porque seus modelos (MD) o fazem. Ao retomarmos as palavras de Hécio Werneck, verificamos uma preocupação com esse fato. Ao falar da terminologia anatômica, afirma que, quando os médicos docentes, professores e mestres “usam uma terminologia errada, sem justificativas aceitáveis, não se pode esperar mais de seus alunos e futuros clínicos (SBA, 2001, p. 6). Embora não concordemos com a ideia de que essa seja uma “terminologia errada”, observamos que Werneck atribui a perpetuação do uso de termos eponímicos aos que são os responsáveis pela formação dos futuros profissionais. Assim, os “mestres”, enquanto formadores de opiniões e exemplos vivos com os quais os alunos convivem, influenciam a linguagem e a forma como eles pensam sobre ela, fazendo com que seus alunos também adquiram uma terminologia eponímica e a empreguem tal como os professores o fazem. Evidencia-se, aqui, a importância do processo de ensino e aprendizagem e, principalmente, do papel do docente na formação acadêmica dos futuros médicos no que concerne à linguagem do domínio.

Lembramos ainda o que comenta Fernandes sobre a influência (mesmo que indireta) dos professores sobre os alunos dos cursos das áreas médicas: “Os estudantes de Anatomia, nos diversos cursos da área da saúde, principalmente os de Medicina, Odontologia e Enfermagem, ouvem frequentemente seus professores referirem-se às estruturas anatômicas

por nomes próprios” (FERNANDES, 1999, p. 7). E, assim, como não os evitam e, ao contrário, ostentam esse uso como sendo culturalmente importante, mantêm a tradição dos epônimos inseridos nos termos médicos.

A questão cinco teve como objetivo depreender a opinião dos médicos docentes a respeito da exclusão dos termos eponímicos da linguagem médica, com base no argumento da opacidade. Os resultados foram os seguintes:

Tabela 32 - Respostas de MD referentes à questão 5

5. Na literatura sobre linguagem médica, uma das críticas mais comuns a respeito dos termos eponímicos é a de que eles não são transparentes, ou seja, não contêm radicais ou afixos gregos e latinos que muitas vezes indicam características das doenças (por exemplo, *linfogranuloma* é um termo formado com base nos radicais *linfo-* (do latim *lympa-* = água de fonte) e *granulo-* (do latim *granulum* = grânulo) e com o sufixo nominal grego *-oma* (*-oma* = tumor), em contraposição ao termo *Mal de Kimura*, que não possui esse mesmo tipo de formação). Devido a esse fato, termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?

Q5	Frequency	Percent
A	2	13,3%
B	5	33,3%
D	8	53,3%
Total	15	100,0%

De acordo com os dados expostos nesse quadro, mais de metade dos docentes (53,3%) acredita que os termos eponímicos não precisam necessariamente ser excluídos, mas afirmam que isso deveria *depende de quanto o termo é conhecido*. Além disso, cinco docentes *discordam totalmente* da exclusão dessa terminologia da linguagem médica. Para detalhar melhor e tentar levantar hipóteses para essas opiniões, passamos à pergunta seis, sobre a opacidade de termos mistos:

Tabela 33 - Respostas de MD referentes à questão 6

6. Na Medicina, é comum encontrarem-se termos de forma mista: são eponímicos, mas possuem outros componentes em sua expressão. Como exemplo, temos *melanose circunscrita pré-câncer de Dubreuilh*. Em sua opinião:

Q6	Frequency	Percent
A	3	20,0%
B	5	33,3%
C	7	46,7%
Total	15	100,0%

Vemos que a maioria dos professores de Medicina (46,7%) relata que o termo misto é *totalmente transparente, pois o epônimo não atrapalha a identificação do significado* (alternativa C). Cinco médicos (33,3%) afirmam que o termo é apenas *parcialmente opaco*

(alternativa B). De forma geral, verificamos que os docentes não veem problemas na utilização de epônimos, embora alguns (3 informantes – 20%) os considerem razoavelmente opacos.

Na questão seguinte, investigamos as razões pelas quais os informantes utilizam termos eponímicos:

Tabela 34 - Respostas de MD referentes à questão 7
7. Qual a principal razão que o levaria a utilizar um termo eponímico?

Q7	Frequency	Percent
A	2	13,3%
ABCDEFGG	1	6,7%
BCDE	1	6,7%
BE	1	6,7%
C	1	6,7%
DE	2	13,3%
DEFG	1	6,7%
DG	1	6,7%
E	2	13,3%
EG	1	6,7%
I	2	13,3%
Total	15	100,0%

Apesar do grande número de combinações, os cálculos mostram que as alternativas E (*porque remete ao descobridor da doença*) e D (*porque homenageia um cientista*) são as mais frequentes. Essa questão nos leva a pensar no fato de que, por estarem envolvidos em pesquisas, já que fazem parte do meio acadêmico, importam-se em conhecer e dar créditos aos grandes médicos responsáveis pelas descobertas, descrições e diagnósticos de doenças. Na verdade, acreditamos que haja aqui um respeito pela classe médica da qual fazem parte e, de uma forma ou de outra, essa postura e esse respeito é um reflexo deles mesmos, pois é fato importante ter seu nome constando em um termo eponímico e este poderia ser o desejo de alguns médicos. Nas combinações, a letra G (*para mostrar conhecimento da tradição histórica*) também figurou quatro vezes.

Com relação aos termos banalizados e sua opacidade, obtivemos as seguintes respostas:

Tabela 35 - Respostas de MD referentes à questão 8

8. Existem termos eponímicos que são chamados *banalizados*, ou seja, são aqueles que se originaram de nomes próprios e passaram a formar substantivos (por exemplo, *parkinsonismo*, *hanseníase*). Pensando na questão da opacidade X transparência dos termos médicos, esse termo poderia ser visto como:

Q8	Frequency	Percent
A	1	6,7%
B	4	26,7%
BD	1	6,7%
C	3	20,0%
D	5	33,3%
E	1	6,7%
Total	15	100,0%

Apesar de utilizarem com frequência os termos eponímicos e não atribuírem, aparentemente, os problemas de decodificação de um termo ao epônimo, os docentes afirmam que os termos banalizados podem se considerados opacos ou transparentes *dependendo dos prefixos e sufixos que se ligarem ao epônimo*. Acreditamos que, na verdade, a classe médica dá importância aos componentes das línguas clássicas que são a base da linguagem da Medicina, ou seja, o grego e o latim, e por reconhecer suas estruturas formantes é que passam a considerar os termos menos opacos que os que mantêm o epônimo em forma original, sem elementos outros no sintagma, como em *Mal de Fabry*.

Nesse sentido, a pergunta de número nove indagava sobre o significado de *merkeloma*, cuja formação traz o sufixo –oma. O quadro abaixo revela as respostas dos informantes:

Tabela 36 - Respostas de MD referentes à questão 9

9. Refletindo sobre o tema das perguntas 5, 6, 7 e 8 e observando a formação do termo, responda: qual seria o significado mais adequado de “*merkeloma*”? (é possível haver mais de uma resposta)

Q9	Frequency	Percent
A	2	13,3%
AB	3	20,0%
ABC	2	13,3%
B	3	20,0%
BC	1	6,7%
C	2	13,3%
E	2	13,3%
Total	15	100,0%

Notamos que todas as alternativas foram assinaladas, exceto a letra D (*carcinoma trabecular*). As mais frequentemente marcadas nesse grupo foram B e A, sendo elas, respectivamente, *tumor das células de Merkel* e *tumor de Merkel*. É interessante observar que

o termo *carcinoma trabecular* não foi apontado por nenhum informante. Esse é um termo que designa o mesmo conceito dos termos mencionados:

Carcinoma de células de Merkel: Tem como sinonímia *carcinoma trabecular*, *carcinoma neuroendócrino* e *merkeloma*. Inicialmente, pensou-se que tinha origem em glândulas sudoríparas, porém a microscopia eletrônica revelou a presença de grânulos neuroendócrinos e, portanto, com origem nas células de Merkel. (AZULAY & AZULAY, 1999, p. 340)

O curioso é que essa era a única alternativa que não continha o epônimo Merkel em sua formação. Fica claro que, por vezes, o epônimo é o elo entre os diferentes sinônimos e variantes de um termo, o que facilita os processos de memorização e assimilação. Parece-nos que os médicos docentes, conhecendo ou não o termo, preferiram se fiar na presença do epônimo como fortemente indicador de sinonímia entre as variantes.

Entretanto, para confirmarmos essa hipótese, devemos observar quais critérios os levaram à conclusão sobre o significado do termo. A resposta estaria na pergunta de número dez e os resultados obtidos foram:

Tabela 37 - Respostas de MD referentes à questão 10
10. Como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?

Q10	Frequency	Percent
A	1	6,7%
B	6	40,0%
C	7	46,7%
E	1	6,7%
Total	15	100,0%

De acordo com os dados, apenas um médico já conhecia o termo *merkeloma* e os demais se dividiram entre as seguintes razões: sete docentes disseram que foi por *conhecer o significado dos radicais e afixos* e outros seis afirmaram que foi pela *semelhança entre os termos*. Ou seja, a semelhança (nesse caso, a presença do epônimo) motivou muitos informantes, o que confirma nossa impressão com base na questão anterior.

No que concerne à forma como aprenderam a linguagem médica e sua terminologia específica, os docentes de Medicina responderam:

Tabela 38 - Respostas de MD referentes à questão 11
11. Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?

Q11	Frequency	Percent
A	3	20,0%
B	1	6,7%
C	2	13,3%
CDEFG	1	6,7%
D	1	6,7%
DEF	3	20,0%
E	2	13,3%
FG	1	6,7%
G	1	6,7%
Total	15	100,0%

Novamente, a presença de combinatórias é marcante. Dentre elas, observamos que as alternativas mais frequentemente assinaladas foi a letra E, com seis ocorrências, e as letras D e F (com cinco ocorrências cada). Assim, os dados mostram que, em grande parte, os médicos que hoje são também docentes de Medicina aprenderam terminologia médica com a prática, sendo esta iniciada nos estágios, quando ainda eram alunos. Aprenderam também em sala de aula, de maneira indireta, ou seja, por meio do uso feito por seus mestres e, além disso, aprenderam muitas características dessa linguagem em livros que leram por conta própria sobre o assunto. Porém, três informantes afirmaram ter tido essa disciplina durante sua formação, na faculdade. Isso nos leva a pensar que a disciplina específica possa já ter feito parte da grade de alguns cursos de Medicina.

Quanto à aquisição dessa terminologia médica por meio de uma disciplina, verificamos, pelas respostas dadas na questão doze, que a consideram importante, pois seria útil para *facilitar a decodificação de conceitos designados por esses termos*. O quadro abaixo mostra as respostas dadas:

Tabela 39 - Respostas de MD referentes à questão 12

12. Você acha que seria importante ter essa disciplina para ajudar a decodificar os termos médicos?

Q12	Frequency	Percent
A	12	80,0%
B	2	13,3%
C	1	6,7%
Total	15	100,0%

Observa-se que 80% dos docentes afirmam que a disciplina seria importante, e apenas dois informantes não veem utilidade nisso. É necessário destacar, contudo, que alguns comentários foram feitos nessa questão. Acreditamos que esses docentes tenham um vasto

conhecimento sobre o quadro geral de disciplinas do curso de Medicina (pelo menos, do curso ao qual se vinculam) e talvez por isso um deles tenha afirmado que acredita que não “caberia na grade curricular uma disciplina isolada sobre terminologia, mas deveria haver um espaço para essa discussão em outras disciplinas”. Outro informante compartilha dessa mesma visão, dizendo que “deveriam ser orientados [discutidos] dentro de cada área os termos mais consagrados e eliminados os que não forem explicativos”. O comentário que mais nos chamou atenção, entretanto, foi o do médico docente que atentou para o fato de que “como existem epônimos ‘consagrados’, o que é variável nos autores, muitas vezes é necessário o aprendizado do epônimo [termo eponímico] e do termo científico”. Ou seja, ele chama a atenção para a existência de idiossincrasias entre os grandes autores das áreas médicas; como são renomados e tratados como “pais” de determinado domínio da Medicina, alguns desses autores sentem-se à vontade para fazer suas opções terminológicas e consagrarem determinado termo como preferencial de acordo com suas concepções e visões.

Essas questões nos levaram a observar de maneira mais detalhada como se posicionam os docentes de Medicina com relação ao uso real dos termos eponímicos. Nossa hipótese era a de que esses médicos, por estarem mais envolvidos em pesquisas e conviverem mais em contextos acadêmicos não utilizassem muito esse tipo de termo, entretanto verificamos que muitos inclusive defendem esse uso.

Questionamo-nos se haveria diferenças de posturas entre médicos docentes (acadêmicos) e médicos não docentes. O subitem que segue trata dos resultados obtidos na pesquisa de campo realizada com esses informantes.

6.6.4.5. Médicos não Docentes (M)

A análise das respostas obtidas nos questionários submetidos aos médicos não docentes evidenciou algumas características próprias a esse grupo. Observamos, por suas respostas, que o uso de termos eponímicos se faz constante, o que confirma nossas impressões anteriores, ou seja, a hipótese de que médicos não docentes utilizassem uma linguagem menos “controlada” e, portanto, com maior incidência de termos eponímicos.

Observamos, então, as informações que a quantificação dos dados os fornece, atentando para os comentários relevantes, quando estes tiverem sido feitos.

Quanto ao conhecimento do termo, temos as seguintes respostas para a pergunta de número um:

Tabela 40 - Respostas de M referentes à questão 1

1. Você já conhecia o termo *epônimo* e sabia o que ele significava?

Q1	Frequency	Percent
A	15	71,4%
B	3	14,3%
C	2	9,5%
D	1	4,8%
Total	21	100,0%

Nota-se que a grande maioria dos médicos (71,4%) conhece o termo *epônimo* e sabe o que significa; apenas três informantes não conheciam. Não esperávamos essa resposta, porque acreditávamos que, pelo fato de usarem esse tipo de unidade terminológica, soubessem a designação que ela recebia.

A frequência com que empregam esses termos é apresentada na tabela abaixo:

Tabela 41 - Respostas de M referentes à questão 2

2. Com que frequência você emprega termos eponímicos?

Q2	Frequency	Percent
A	3	14,3%
B	12	57,1%
C	5	23,8%
E	1	4,8%
Total	21	100,0%

Como podemos observar, um total de 12 informantes (57,1%) desse grupo de médicos não docentes afirma utilizar *muito frequentemente* os termos eponímicos. Entretanto, um médico fez um comentário que nos parece bastante pertinente: “do ponto de vista anatômico, os epônimos [termos eponímicos] são pouco empregados, devendo ser usados apenas em casos especiais. Já na Clínica e Cirurgia tais termos são muito usados inclusive na identificação das estruturas”. Esse informante parece estar bastante ciente da controvérsia que existe sobre essa possibilidade de designação de doenças, sinais, sintomas e também estruturas anatômicas, e mostra que a problemática reside nas convenções de cada área da Medicina.

Outro comentário interessante que foi feito sobre essa questão poderia se aplicar também à questão quatro, que investiga com que pessoas os médicos usam os termos eponímicos: “Emprego termos eponímicos com médicos ou outros profissionais da saúde, pois para os leigos estes termos não teriam nenhum significado (não entenderiam nada)”. Observamos aqui que esse profissional parece considerar que um leigo (qualquer pessoa que

não seja da área da saúde) não entenderá um epônimo; acredita que o médico só entende esses termos porque conhece a doença e o termo que a designa. Ocorre, porém, que alguns termos eponímicos não são desconhecidos dos leigos e são, inclusive, mais compreensíveis do que termos ditos científicos (formados por radicais e afixos gregos e latinos). Podemos citar como exemplo o caso de *Doença (Mal) de Chagas*, que também é designada pelos termos *Tripanossomose Sul-Americana*, *Tripanossomíase Americana*, *Chaguismo* (epônimo banalizado em forma de substantivo) ou *Cardiomiopatia Chagásica* (epônimo banalizado em forma de adjetivo). A forma mais conhecida, difundida e utilizada preferencialmente pelas pessoas leigas e também pelos próprios médicos é *Doença (Mal) de Chagas*.

A questão de número três refere-se ao uso efetivo dos termos eponímicos. As situações em que os informantes afirmam utilizar o termo estudado são:

Tabela 42 - Respostas de M referentes à questão 3
3. Em que situações comunicativas você costuma utilizar termos eponímicos?

Q3	Frequency	Percent
ABCDEF	1	4,8%
AD	1	4,8%
B	3	14,3%
BCDEF	1	4,8%
BCEF	2	9,5%
BCF	1	4,8%
C	5	23,8%
CD	1	4,8%
CDE	1	4,8%
CE	1	4,8%
CEF	1	4,8%
D	1	4,8%
G	2	9,5%
Total	21	100,0%

Com base nessas respostas e contabilizando as alternativas que possuem frequência isoladamente ou dentro das combinações, notamos que C e B são as mais assinaladas, ou seja, respectivamente: *no hospital*, *falando com outros médicos* e *em ambientes formais*. No caso específico dessa resposta, pensamos que a alternativa que se refere ao uso em hospitais seria de fato a mais frequente, dado o contexto em que esses profissionais trabalham. Não esperávamos, contudo, que “ambientes formais” fosse uma alternativa tão escolhida por esse grupo. Entretanto, ao refletir sobre a questão, levantamos a hipótese de que o que o médico “prático” considera como ambiente formal são as situações em que ele se encontra com outros

médicos, tão “profissionais” e tão “específicos” (do ponto de vista da linguagem) quanto ele. Assim, permite-se usar essa terminologia por acreditar que os interlocutores conheçam os termos que estão sendo usados por eles durante a comunicação. Não acreditamos que por *situação formal* tenham entendido congressos, conferências, debates, apresentações no âmbito acadêmico, embora seis médicos tenham assinalado essa alternativa juntamente com outras.

Para verificar os interlocutores com quem de fato os médicos não docentes (M) utilizam essa terminologia, vejamos a tabela gerada com as respostas contabilizadas:

Tabela 43 - Respostas de M referentes à questão 4
4. Com que pessoas você utiliza esse tipo de termo?

Q4	Frequency	Percent
ABCD	2	9,5%
ABCDEF	1	4,8%
ABD	1	4,8%
AD	1	4,8%
BCD	2	9,5%
BCDEF	1	4,8%
BCF	1	4,8%
CD	1	4,8%
D	8	38,1%
F	1	4,8%
H	2	9,5%
Total	21	100,0%

Observamos que todas as alternativas foram assinaladas pelo menos uma vez, com exceção da letra G (“nunca utilizo”). Apesar disso, pode-se verificar que a alternativa D (com médicos do hospital) teve dezessete ocorrências e foi a mais indicada pelos informantes. As alternativas B (com os colegas, alunos de Medicina) e C (com os colegas, docentes de Medicina) foram as que apareceram em segundo lugar, mas correspondem à metade das indicações de D, isto é, tiveram apenas oito ocorrências. Assim, vemos que, embora utilizem os termos eponímicos com alunos e docentes de medicina, os médicos parecerem se sentir mais confortáveis em utilizar esses termos com outros médicos, no contexto prático e específico do hospital.

A questão de número cinco, que averigua qual a opinião dos informantes sobre a exclusão, da linguagem médica, de termos eponímicos teve como respostas:

Tabela 44 - Respostas de M referentes à questão 5

5. Na literatura sobre linguagem médica, uma das críticas mais comuns a respeito dos termos eponímicos

é a de que eles não são *transparentes*, ou seja, não contêm radicais ou afixos gregos e latinos que muitas vezes indicam características das doenças (por exemplo, *linfogranuloma* é um termo formado com base nos radicais *linfo-* (do latim *lympa-* = água de fonte) e *granulo-* (do latim *granulum* = grânulo) e com o sufixo nominal grego *-oma* (*-oma* = tumor), em contraposição ao termo *Mal de Kimura*, que não possui esse mesmo tipo de formação). Devido a esse fato, termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?

Q5	Frequency	Percent
A	5	23,8%
B	4	19,0%
C	3	14,3%
CD	2	9,5%
D	7	33,3%
Total	21	100,0%

É interessante constatar que a alternativa D (nove ocorrências) foi a mais frequente, ou seja, os médicos acreditam que a exclusão do termo eponímico da linguagem médica deveria *depende do quanto o termo é conhecido*. Dessa resposta podemos inferir que a verdadeira razão que está por trás dessa opinião é a convencionalidade e a tradição da linguagem do domínio, uma vez que ressaltam sempre a observância da **consagração do uso** de determinado termo. Outra constatação nessa pergunta é que a única combinação que aparece traz a alternativa D combinada com a C (que possui cinco ocorrências no total). Esta última remete à seguinte razão: a exclusão de termos eponímicos *depende do termo que acompanha o epônimo*.

Um comentário que foi feito no espaço reservado nessa questão às notas foi: “muitos termos [eponímicos] foram consagrados pelo uso de muitos anos e agora seria muito difícil transformar este hábito”. Informalmente, isso foi algo que ouvimos de alguns profissionais: os que já existem, deveriam permanecer, pelo conhecimento, disseminação e hábito do uso já consagrado; se necessário não mais utilizá-los, que se faça a partir de agora, com novas regras de criação neológica nas áreas médicas (orientação já existente, ou seja, que se utilizem dos formantes gregos e latinos para tal).

Para entendermos melhor essas respostas, observemos o que afirmaram quanto à opacidade do termo *melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh*:

Tabela 45 - Respostas de M referentes à questão 6

6. Na Medicina, é comum encontrarem-se termos de forma mista: são eponímicos, mas possuem outros componentes em sua expressão. Como exemplo, temos *melanose circunscrita pré-cancerosa de Dubreuilh*. Em sua opinião:

Q6	Frequency	Percent
A	3	14,3%
B	8	38,1%

C	10	47,6%
Total	21	100,0%

Um total de 10 informantes (47,6%) afirmou que o termo é *totalmente transparente*, pois o epônimo (nome próprio) não atrapalha a identificação do significado. Essa resposta vem ao encontro do que discutimos e percebemos na questão anterior: além da consagração do uso, as unidades lexicais que acompanham o epônimo (nesse caso, um termo complexo) podem ser suficientemente claras para elucidar o conceito designado pelo termo como um todo. Assim, o epônimo *Dubreuilh* não atrapalha a decodificação do termo.

A segunda alternativa mais assinalada, por ordem decrescente de frequência, foi a letra B, que afirma que o termo é *parcialmente opaco*, pois o epônimo (nome próprio) atrapalha a identificação do significado. Aqui, diferentemente dos anteriores, os médicos afirmam que o epônimo pode prejudicar a identificação do conceito designado. Contudo, vale a pena ressaltar que um informante faz a seguinte colocação: “em muitas situações, o epônimo ajuda na identificação do significado. E mais: norteia a conduta e /ou o diagnóstico”.

Desse modo, as opiniões dos médicos não docentes são divididas, embora haja certa tendência a considerar o epônimo como um fator que não prejudica a compreensão do termo eponímico e a comunicação em linguagem médica.

Em seguida, na questão sete, buscamos levantar as razões que levam esses informantes a utilizar um termo eponímico e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 46 - Respostas de M referentes à questão 7
7. Qual a principal razão que o levaria a utilizar um termo eponímico?

Q7	Frequency	Percent
A	1	4,8%
ABC	1	4,8%
B	2	9,5%
BCE	1	4,8%
C	1	4,8%
CDE	1	4,8%
DE	2	9,5%
E	6	28,6%
G	3	14,3%
I	3	14,3%
Total	21	100,0%

A tabela acima evidencia que praticamente todas as alternativas foram assinaladas, com exceção da letra F (*para evitar cacofonias ou trava-línguas*), que ocorreu com certa frequência entre os alunos, em especial de primeiro ano. Aparentemente, dificuldades desse tipo não se apresentam ou não têm mais relevância a ponto de fazerem com que esses profissionais decidam por um termo eponímico em detrimento de outro por esse motivo. A linguagem e os termos médicos já foram aprendidos e “internalizados” e geram bem menos dificuldades para médicos atuantes na prática.

Dentre as demais razões, comprovamos que as letras E, B e C são as mais frequentemente escolhidas, respectivamente: *porque remete ao descobridor da doença* (10 ocorrências), *para esconder aspectos constrangedores de uma doença e para evitar designações que sugiram preconceito* (ambas com quatro ocorrências). É interessante notar que os dados revelam que mesmo os médicos que não estão envolvidos com pesquisas acadêmicas dão importância ao fato de que o descobridor ou aquele que descreveu a estrutura, lesão, doença ou sinal possa receber a homenagem pelo seu feito. Outra observação importante é que as duas outras razões estão diretamente ligadas ao trabalho diário desse profissional: uma vez que se encontra sempre em contato com pacientes (se comparado ao médico docente, que passa grande parte do tempo com alunos e colegas docentes, pesquisadores), tem preocupações que refletem o cuidado que se deve ter com relação à abordagem e atendimento dos pacientes. Sugerir preconceito ou evidenciar aspectos de uma doença que possam constranger seu paciente é uma postura que pode levá-lo a prejudicar sua carreira.

Nessa questão, alguns comentários foram feitos e merecem ser analisados. O informante de número 69, além de marcar a alternativa E, acrescentou que utiliza o termo eponímico *porque seu uso é consagrado*. Nesse sentido, também o informante 96 afirma que *termos [eponímicos] já [são] consagrados, e por vezes são mais conhecidos pela população que a própria doença em questão [sic]*. Entendemos que esse informante quis se referir à designação científica da doença, termo que, por vezes, é mais complexo e desconhecido dos leigos. Isso pode ocorrer também porque o leigo talvez já tenha ouvido falar do termo (ou do “nome” da doença), mas não conhece a doença em si.

O informante 92 confirma a opinião dos dois anteriores: diz que utiliza termos eponímicos *porque muitas vezes são a descrição [designação] mais conhecida da doença, inclusive entre pacientes (p. ex., doença de Chagas)*. Mais uma vez, observamos que a consagração do termo por meio de seu uso disseminado é um fator determinante para que ele continue a existir na linguagem médica.

Já o informante 82 assinalou a alternativa I (*outro – especificar*), incluindo como sua resposta a seguinte razão: *porque são universalmente conhecidos no meio médico. Não geram dúvidas quanto ao termo [doença] a que se referem*. Esse médico parece ver o uso desse tipo de unidade terminológica como normal, dada a ampla divulgação e conhecimento desses termos em cada área.

Os termos banalizados são utilizados na questão oito para investigar o problema da opacidade dos termos eponímicos em geral. Vejamos a tabela que resume as respostas obtidas:

Tabela 47 - Respostas de M referentes à questão 8

8. Existem termos eponímicos que são chamados *banalizados*, ou seja, são aqueles que se originaram de nomes próprios e passaram a formar substantivos (por exemplo, *parkinsonismo*, *hanseníase*). Pensando na questão da opacidade X transparência dos termos médicos, esse termo poderia ser visto como:

Q8	Frequency	Percent
Missing	1	4,8%
A	1	4,8%
B	5	23,8%
C	11	52,4%
D	2	9,5%
E	1	4,8%
Total	21	100,0%

Na coluna de alternativas, observamos que um médico não respondeu a essa pergunta (o que é tabulado pelo programa *Epi Info* com a expressão *missing* – ausente ou faltante). Dentre as respostas, a alternativa mais frequente foi a alternativa C (52,4% - 11 ocorrências), que diz que o termo eponímico banalizado *é tão opaco ou transparente quanto termos com o epônimo em sua forma original*. Podemos levantar como explicação que, para mais da metade desse grupo, a questão da opacidade não se prende diretamente ao epônimo, nem tampouco aos afixos que o acompanham. Parecem ver o termo como um “bloco fechado”, em que se conhece ou não a definição ou significado do mesmo, como um todo. Entretanto, a segunda alternativa por ordem de frequência é a letra B, em que cinco informantes afirmam que o termo eponímico banalizado *é mais transparente que termos com o epônimo em sua forma original*. Nesse caso, nota-se que a opinião desses informantes é oposta à da maioria: sua resposta nos permite inferir que consideram a presença dos formantes de origem grega e latina como útil na decodificação dos termos. Uma única nota foi acrescentada a essa questão: um informante afirma que o termo *“é consagrado pelo uso. Fáceis para identificar a entidade nosológica a que se refere”*. Interessante observar que ele menciona que é fácil identificar a

entidade nosológica por termos eponímicos, mas entendemos que ele se refira à memorização e associação do termo ao referente que, uma vez feita, pode então facilitar a decodificação quando o termo ocorre.

A questão nove tem como objetivo observar de que modo os formantes e o epônimo exercem influência no momento de se depreender o significado de um termo. Assim, ao investigarmos o conhecimento do termo *merkeloma*, obtivemos:

Tabela 48 - Respostas de M referentes à questão 9

9. Refletindo sobre o tema das perguntas 5, 6, 7 e 8 e observando a formação do termo, responda: qual seria o significado mais adequado de “merkeloma”? (é possível haver mais de uma resposta)

Q9	Frequency	Percent
Missing	1	4,8%
A	4	19,0%
AB	5	23,8%
ABC	2	9,5%
B	4	19,0%
C	2	9,5%
D	1	4,8%
E	2	9,5%
Total	21	100,0%

Verificamos que todas as alternativas foram assinaladas, inclusive a letra E, que remete a *nenhuma das* [alternativas] *anteriores*. Ou seja, para dois informantes, o termo *merkeloma* é desconhecido, sendo que não se basearam nos formantes explícitos do termo (como o sufixo *-oma*, por exemplo) para tentar chegar a um possível significado. Quanto aos demais, verifica-se que as duas alternativas mais frequentes são A e B, ou seja, *tumor de Merkel* e *tumor das células de Merkel*. Vemos ainda que apenas um informante assinalou a alternativa D, que traz o termo *carcinoma trabecular*. Ele comentou que marcou essa resposta por acreditar que se deva *identificar a lesão sem usar o epônimo*. A presença do epônimo parece induzir a uma interpretação ou associação que em geral leva a sinônimos também eponímicos. Para esse médico em específico, o epônimo foi a razão de se excluir essas alternativas como possibilidades de designação. Entretanto, tem-se a ideia de que, para alguns profissionais da saúde, a presença do epônimo em termos sintagmáticos pode, de fato, facilitar o uso do termo e fazer com que se recupere seu significado mais rapidamente.

Com base nas respostas demonstradas na questão anterior, perguntamos aos informantes como chegaram a elas e obtivemos as seguintes respostas:

Tabela 49 - Respostas de M referentes à questão 10
10. Como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?

Q10	Frequency	Percent
Missing	2	9,5%
A	3	14,3%
B	7	33,3%
C	7	33,3%
D	2	9,5%
Total	21	100,0%

Ao analisar o quadro acima, percebemos que apenas três informantes já conheciam o termo *merkeloma* e por isso marcaram a alternativa A (*já conhecia o termo*). Os demais se dividiram principalmente entre as alternativas B e C, isto é, ou se basearam *na semelhança formal entre os termos* ou *já conheciam o significado dos radicais e afixos*. Como ambas as alternativas tiveram a mesma ocorrência, não podemos afirmar que uma ou outra seja a mais provável, mas acreditamos que, de qualquer forma, o epônimo teve peso no momento da escolha.

Refletindo sobre a linguagem médica e sua terminologia e sobre a importância que os termos eponímicos têm para os seus usuários, acreditamos que ter uma orientação sobre terminologia médica em geral seria proveitoso.

Ao perguntarmos aos médicos se já tiveram alguma disciplina ou curso sobre linguagem médica, descobrimos que a maioria não teve. Observemos a tabela de respostas:

Tabela 50 - Respostas de M referentes à questão 11
11. Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?

Q11	Frequency	Percent
AG	1	4,8%
B	3	14,3%
C	2	9,5%
D	2	9,5%
DE	1	4,8%
DEFG	1	4,8%
E	4	19,0%
F	2	9,5%
G	4	19,0%
H	1	4,8%
Total	21	100,0%

Contabilizando os dados, constatamos que as alternativas mais assinaladas foram as letras E e G, ou seja, as que mencionam o aprendizado por meio da prática: *aprendi com a prática, nos estágios e aprendi com a prática, no consultório e/ou hospital*. Mais uma vez percebemos que a linguagem médica não recebeu atenção especial ou não foi objeto de disciplina específica nos cursos de Medicina que estiveram na base de formação desses profissionais. Essa terminologia médica é adquirida na prática dos contextos específicos de atuação desses profissionais, que raras vezes param para pensar nas questões teóricas que circundam o ato linguístico. Talvez por isso tenhamos encontrado dificuldade de convencer esses informantes a participar de pesquisa sobre a língua, algo que para eles existe, tem suas funções, mas sobre a qual não se pensa muito. Notamos que para essa categoria com a qual decidimos trabalhar, em especial os médicos não docentes, a linguagem médica é apenas mais um instrumento de trabalho, um meio de se fazer entender nos ambientes em que se atua. Encará-la como um fenômeno complexo, que tem suas características, motivações, fundamentos e consequências “é coisa de linguista” (frase dita por um médico em sua clínica, no momento em que entregamos o questionário e informamos sobre o que tratava a pesquisa).

No que concerne à opinião desses profissionais sobre a importância de se estudar a linguagem médica de forma sistemática e científica, em um curso ou disciplina (questão doze), de modo a facilitar a decodificação dos termos, verificamos que 71% deles acreditam que isso seria benéfico. Os dados no quadro abaixo confirmam essa afirmação:

Tabela 51 - Respostas de M referentes à questão 12

12. Você acha que seria importante ter essa disciplina para ajudar a decodificar os termos médicos?

Q12	Frequency	Percent
A	15	71,4%
B	4	19,0%
C	2	9,5%
Total	21	100,0%

São quinze informantes favoráveis à ideia de se estudar de modo organizado a linguagem médica contra apenas quatro, que pensam ser dispensável tal disciplina. Quanto aos dois informantes que assinalaram a letra C (dois informantes – 9,5%), esses optaram por fazer outras considerações; citamos abaixo suas palavras:

- *Em uma determinada época, quando ainda existia após ginasial, o científico e clássico, estudava-se o grego e o latim;*

- Este aprendizado pode ser adquirido e reforçado durante o curso específico de cada disciplina.

O que o primeiro informante relata vem confirmar que, em dada época, o grego e o latim eram estudados de forma mais sistemática nos cursos de Medicina. Sendo a Medicina uma ciência em constante evolução, é necessária a inserção de novas e mais disciplinas para abarcar todo o conhecimento médico específico que esse profissional deve adquirir. Talvez por esse motivo assuntos tidos como “secundários” ou “acessórios”, se comparados à prática médica, que é o que realmente é considerado essencial, foram aos poucos perdendo seu espaço e sendo deixados de lado.

Quanto à observação feita pelo segundo médico, consideramos pertinente o que ele pensa: talvez as questões de linguagem médica, ou pelo menos seus termos, possam ser tratados e estudados inseridos nas disciplinas específicas. O aprendizado seria então contextualizado, beneficiando, assim, a aprendizagem e utilização pragmática correta desses termos.

A análise das respostas dos médicos não docentes nos possibilitou observar o que pensam, como veem e de que forma se posicionam quanto ao uso de termos eponímicos. Ao investigarmos aspectos linguísticos e pragmáticos sobre essa utilização, pudemos entender melhor o que pensam esses profissionais. Com os dados dessa análise, podemos então fazer comparações, contrastando os dados dos médicos docentes com os dados dos médicos não docentes.

6.6.4.6. Médicos docentes e não docentes – algumas considerações

Analisando comparativamente as respostas das duas categorias, médicos docentes (MD) e médicos não docentes (M), buscando identificar semelhanças e diferenças entre suas posições, observamos, primeiramente, que houve certa semelhança entre as respostas dadas pelas duas categorias. Entretanto, algumas diferenças são importantes, revelando características próprias e pontos de vista que podem ser devidos à formação e ao contexto de atuação (estar atuando em meio acadêmico ou não). A tabela abaixo elenca as alternativas assinaladas com mais frequência (em primeiro e segundo lugar) em cada pergunta:

<i>Alternativas mais frequentes</i>				
<i>Questões</i>	<u>MD</u>		<u>M</u>	
	1º	2º	1º	2º
Questão 1	A	B	A	B
Questão 2	B	C	B	C
Questão 3	E	C	C	B
Questão 4	E	D	D	B, C
Questão 5	D	B	D	A, C
Questão 6	C	B	C	B
Questão 7	E	D	E	B, C
Questão 8	D	B	C	B
Questão 9	B	A	A, B	C
Questão 10	C	B	B, C	A
Questão 11	E	D, F	E, G	D
Questão 12	A	B	A	B

Quadro 24 – Quadro sintético das respostas comparadas dos médicos

Verificamos que para algumas perguntas as repostas mais frequentes são idênticas ou muito semelhantes (atentar para as questões 1, 2, 6 e 12). Nas demais, as diferenças devem ser analisadas de forma mais detalhada.

Observamos que a maioria dos médicos docentes e dos médicos não docentes respondeu em seus questionários que, de forma geral, têm conhecimento do termo *epônimo* e do conceito que ele designa. Dentre os acadêmicos, apenas um não conhecia o termo, ao passo que entre os não docentes, seis informantes demonstraram não conhecer ou mal conheciam o termo e seu significado. Assim, quanto ao conhecimento linguístico, entendemos que os acadêmicos estão mais informados e esclarecidos sobre termos eponímicos e epônimos. Uma possível explicação para esse fato seria o maior contato que esses profissionais parecem ter com a literatura médica, devido às pesquisas e aos estudos que realizam na Universidade; além disso, conhecem melhor e lidam com a terminologia da Medicina de maneira mais acurada, pois são os responsáveis pelo processo ensino/aprendizagem dessa área e, portanto, precisam conhecer a fundo (e como são formados) os termos das áreas em que atuam.

No que concerne à frequência de uso desse tipo de unidade terminológica, constatamos que as duas alternativas mais frequentes são comuns aos dois grupos, sendo o percentual de ocorrência bastante semelhante também. Ou seja, tanto médicos docentes quanto médicos não docentes responderam com maior frequência a alternativa B (utilizam termos eponímicos muito frequentemente), sendo os percentuais respectivamente 53,3% e

57,1%. A segunda alternativa mais frequente também é a mesma para ambas as categorias: alternativa C (quase nunca), com percentuais de 26,7% entre os médicos docentes e 23,8% entre os não docentes.

Com relação às situações comunicativas em que os médicos em geral afirmam utilizar termos eponímicos, foi possível notar que, de acordo com as alternativas que mais ocorreram como respostas a essa pergunta, os docentes os utilizam muito no contexto de aula, na interação com seus alunos e também no hospital, falando com outros médicos. Os médicos profissionais não docentes relatam utilizar mais em hospitais, mas também em ambientes formais (contexto de interação profissional especializada). Essa diferença não é tão relevante, pois remete, em última análise, à diferença de contexto de atuação do docente e do não docente. De forma geral, observamos que preferem utilizar esses termos com outros profissionais da área da saúde, sendo que a opção que traz o uso com pacientes foi pouco assinalada (quatro ocorrências entre os docentes e seis entre os não docentes).

Quanto aos interlocutores com os quais utilizam a terminologia eponímica com mais frequência verificamos que os MD utilizam com frequência esses termos com seus alunos, sendo essa a alternativa mais marcada por esse grupo. Ora, isso nos leva a pensar mais uma vez que o uso dos termos eponímicos não é visto como prejudicial ou errado por esses informantes, uma vez que são divulgados entre os alunos de Medicina, futuros médicos; não existe uma preocupação em alertá-los ou reprimi-los quanto a esse uso. As demais alternativas são coincidentes, ou seja, ambos os grupos utilizam esse termo com profissionais da saúde, em especial com outros médicos.

Os dados obtidos com base nas respostas da quinta questão revelam que, quanto à opinião dos médicos com relação à exclusão, da linguagem médica, de termos eponímicos, os médicos em geral acreditam que esse ato deve depender do quanto o termo é conhecido. Em outras palavras, afirmam que se o termo existe e já é amplamente difundido e veiculado na literatura médica ou no discurso dessa área do saber, não deveria ser excluído. Ao contrário, é sempre utilizado para facilitar e tornar mais rápida e eficaz a comunicação dos conceitos que designam.

Uma diferença que nos saltou aos olhos é que a segunda alternativa assinalada com mais frequência entre os docentes é a em que se afirma que *discordam totalmente dessa exclusão*, ao passo que, entre os não docentes, as alternativas que figuram em segundo lugar são a C, em que se defende que é preciso *observar os termos que acompanham o epônimo propriamente dito antes de excluí-lo*, e a alternativa A, em que se afirma concordar totalmente com a exclusão. De certa forma, as opiniões parecem contrárias entre acadêmicos e médicos

não docentes, o que nos leva a crer que estes últimos têm maior dificuldade com o uso e compreensão dos termos eponímicos, ou que procuram obedecer, pelo menos no plano teórico (ideal), à orientação de não uso de termos eponímicos na linguagem médica.

Quanto à opacidade dos termos eponímicos em geral, o grupo de médicos, em sua maioria, concorda que os termos de forma mista *são totalmente transparentes, pois o epônimo não atrapalha a identificação do significado*. Alguns informantes, entretanto, afirmam que o termo é parcialmente opaco, pois o epônimo prejudica a decodificação (segunda alternativa por ordem de frequência). Aparentemente, não há grande consenso sobre o quanto o epônimo pode ou não dificultar a compreensão do termo como um todo e as opiniões se dividem.

Na questão sete, a resposta mais assinalada pelos informantes médicos é a letra E, ou seja, a principal razão que faz com que esses informantes usem um termo eponímico é *porque remete ao descobridor da doença*. Em segundo lugar, temos razões distintas: entre os médicos docentes, a segunda alternativa mais frequente é a letra D, ou seja, a que remete à razão *porque homenageia um cientista*; para os não docentes, há duas alternativas com a mesma frequência: *para evitar designações que sugiram preconceito* (C) ou *para esconder aspectos constrangedores da doença* (B). Assim, notamos que o docente defende de forma indireta também o seu trabalho de pesquisador, enquanto que o médico não docente preocupa-se com o seu “cliente”, de modo a garantir sua satisfação e seu retorno ao consultório. São necessidades e objetivos diferentes, que levam a discursos e pontos de vista igualmente distintos.

Quanto à opacidade de termos eponímicos banalizados, vemos que a diferença é relevante: médicos docentes parecem se apoiar mais no fato de que os termos possuem prefixos, sufixos e outros formantes como auxílio na identificação do significado do termo. Portanto, para eles, os termos eponímicos quase nunca são opacos. Entretanto, para os médicos não docentes, termos banalizados são tão opacos ou transparentes quanto termos que possuem epônimos mantidos em forma original. Acreditamos que, para os médicos docentes, a Academia, as pesquisas, além do estudo constante e das aulas, auxiliem no processo de decodificação dos termos. Por estarem mais distantes dessa realidade, os profissionais não docentes parecem ter menos habilidade nesse sentido.

As questões nove e dez, ou seja, “qual seria o significado mais adequado de ‘merkeloma’?” e “como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?” revelaram que, de forma geral, os médicos assinalaram as variantes que continham também o epônimo Merkel, o reforça nossa hipótese de que o epônimo pode ser um facilitador para a identificação e memorização de significados. *Tumor de Merkel* e *tumor das células de Merkel*

foram os mais assinalados. Ao serem perguntados sobre como chegaram a esse resultado, os docentes afirmaram com número maior de ocorrências que foi devido a conhecerem os significados dos radicais e afixos. Os não docentes, além dessa alternativa, marcaram com igual frequência a alternativa B, ou seja, pela semelhança formal entre os termos. Como as alternativas tiveram ocorrências bastante semelhantes, não foi possível chegar a conclusões sobre essa escolha.

O dado mais importante revelado pela questão de número onze (“Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?”) foi que, em geral, os médicos aprenderam a terminologia médica com a prática. Com exceção de dois informantes, que comentaram que antigamente se estudava o grego e o latim, em disciplinas específicas, nas faculdades de Medicina, a maioria assinalou alternativas que incluíam o uso por parte de professores e colegas como a responsável por esse aprendizado.

Sobre a importância de se ter ou não uma disciplina ou curso de terminologia médica incluída na formação desses profissionais, a maioria absoluta acredita e defende que seria muito interessante, para que se pudesse auxiliar os usuários dessa terminologia a entender melhor as formações, as características, a história dos termos e da linguagem médica em geral, bem como entender a problemática que envolve a utilização de termos eponímicos nesse domínio.

6.6.4.7. Resultados gerais da análise das questões objetivas - profissionais da área médica

De forma geral, podemos dizer que houve certa consonância entre algumas respostas dos grupos. Houve também diferenças relevantes. O quadro abaixo resume os resultados obtidos quando cruzamos todos os dados, de todas as categorias, para podermos traçar um perfil geral da amostra:

Questões Objetivas	AMOSTRA GERAL (todos os informantes)			
	1° alt.	N° de ocorrências	2° alt.	N° de ocorrências
Questão 1	A	65	B	12
Questão 2	B	59	C	22
Questão 3	E	69	C	47
Questão 4	B	63	A	53
Questão 5	D	53	A	2
Questão 6	B	50	C	37
Questão 7	E	30	D	21
Questão 8	C	46	B	26
Questão 9	B	50	C	39
Questão 10	C	44	B	35
Questão 11	F	29	E	28
Questão 12	A	71	B	20

Quadro 25 - Quadro sintético das respostas da amostra geral

Nota-se que o número de informantes que dominam o termo e o conceito de “epônimo” (questão um) é cinco vezes maior do que os que afirmam não conhecê-los. Ou seja, de forma geral, os usuários da terminologia médica que investigamos sabem o que é um epônimo e um termo eponímico e, além disso, utilizam com muita frequência esse tipo de unidade terminológica, como indica a resposta da questão dois. A alternativa “muito frequentemente” (B – frequência: 59) teve duas vezes mais ocorrências que a segunda opção, que era “C - quase nunca”.

Com relação às situações comunicativas em que os informantes afirmam utilizar termos eponímicos (questão três), as alternativas mais frequentes foram as que mencionam “na faculdade/universidade, durante as aulas” e “no hospital, falando com outros médicos”. Ou seja, alternativas que descrevem ambientes de situações práticas. Lembramos que a alternativa D, que se referia ao “consultório, falando com pacientes”, poderia ter sido bastante assinalada, uma vez que o número de médicos não docentes (21) excede o número de médicos docentes (quinze). Entretanto, apenas doze informantes, na amostra em geral, assinalaram essa alternativa. Isso pode se dever ao cuidado que os médicos que atendem em suas clínicas tentam ter com seus pacientes; é possível que tenham receio de se mostrarem inespecíficos ou vagos demais, e talvez por essa razão utilizem termos mais científicos ou adotem a prática da explicação. A alternativa F, que trazia “em apresentações de congressos científicos” foi assinalada apenas 20 vezes, ou seja, 20% dos informantes afirmam utilizar termos eponímicos nesse contexto. Apenas dois questionários traziam a alternativa G (*em nenhuma situação*) marcada para essa questão.

No que diz respeito aos interlocutores com os quais o termo eponímico é utilizado por esses informantes (questão quatro), os dados evidenciam que esse fator não é tão determinante desse uso. Verificamos que 63 informantes assinalaram “com os professores” e 53 marcaram “com os colegas, alunos de Medicina”. Isso reflete uma consequência da composição da amostra, formada, em grande parte, por alunos. Mesmo assim, vale dizer que a alternativa D, que diz “com médicos do hospital” e a alternativa F, “com os pacientes” apareceu apenas quatorze vezes (ver Apêndice E). Mais uma vez, os dados levam a crer que, quanto aos interlocutores e situações, os profissionais das áreas médicas preferem não utilizar os termos eponímicos com leigos ou pacientes, mas os usam sem maiores problemas dentro da comunidade médica, em muitas situações.

Na questão de número cinco, em que se procura investigar a opinião desses profissionais sobre a exclusão de termos eponímicos da terminologia médica, observamos algo que se evidenciou várias vezes nos discursos dos profissionais durante a pesquisa: o fato de o termo eponímico ser conhecido e já consagrado ser pelo uso influencia essa opinião. A grande maioria dos informantes assinalou a alternativa D, que diz que essa exclusão “depende do quanto o termo é conhecido”. Foram 53 ocorrências dessa resposta. Embora certo número de informantes tenha assinalado a letra A, ou seja, afirmam “concordar totalmente” com essa exclusão (21 ocorrências), nota-se que a polêmica persiste, mas que aparentemente a tradição ou a convencionalidade de se tratar alguns referentes por termos eponímicos é preponderante na determinação do uso ou não de uma unidade terminológica desse tipo.

No que se refere à opacidade de termos eponímicos, incluindo os mistos (questão seis), os dados mostram que a grande maioria da amostra considera-os parcialmente opacos (cinquenta ocorrências), atribuindo essa característica ao epônimo em si. Por mais que o sintagma seja longo, possuindo elementos constituintes que acrescentam ao termo, como um todo, várias características, o epônimo ainda é visto como “empecilho” na decodificação do sentido.

Uma das questões que mais nos importou no momento da análise foi a de número sete. Ao listarmos as razões pelas quais um profissional das áreas médicas utiliza termos eponímicos, verificamos que muitas combinações de alternativas surgiram. Entretanto, seguindo o mesmo padrão metodológico que utilizamos até esse momento, observamos a frequência de cada alternativa separadamente. Notamos então que a resposta que foi mais escolhida foi a alternativa E, ou seja, afirmam usar um termo eponímico “porque remete ao descobridor da doença”. Interessante lembrar aqui que nem sempre o epônimo que está inserido em um termo eponímico é realmente o sobrenome do descobridor da doença; pode

ser do primeiro acometido, de um caso que virou referência daquela enfermidade, pode ser o local onde ela surgiu ou onde houve a maior epidemia, e pode até mesmo ser um epônimo “incorreto”, ou seja, o nome de algum médico que patenteou a descoberta, mas que não necessariamente se envolveu em sua descrição. Como segunda razão para o uso de termos eponímicos, a amostra indica que seria “porque homenageia um cientista”. Nesse caso, além da questão da proveniência do termo, observamos uma tendência em se valorizar a profissão e os cientistas que fizeram o conhecimento em tal área avançar. Nesse sentido, muitos profissionais acreditam que é importante conhecer os nomes que fizeram a história da ciência da Medicina. Isso também se evidenciou quando da análise das questões dissertativas (ver item 6.6.5.).

A questão de número oito aborda a característica da opacidade quando relacionada a termos eponímicos banalizados. Propusemos uma comparação entre termos com epônimo em forma original e perguntamos o que mudava. A maioria dos informantes afirma que termos banalizados “são tão opacos ou transparentes quanto termos com epônimo em forma original”. Assim, embora os banalizados possuam prefixos e sufixos indicativos de traços de significado, os informantes ainda atribuem ao epônimo a dificuldade de se associar o termo ao referente.

Ainda com vistas a investigar essa questão linguística de decodificação de um termo, na questão de número nove perguntamos o significado de *merkeloma* e obtivemos cinquenta ocorrências da alternativa B (tumor das células de Merkel) e 39 da alternativa C (carcinoma de células de Merkel). Ambas são possibilidades corretas de denominação e são também as que trazem em sua constituição o mesmo epônimo do termo banalizado, ou seja, *Merkel*. Na questão dez averiguamos como os informantes chegaram a essas respostas e a maioria respondeu que foi “por conhecer o significado dos radicais e afixos” (C - 44 ocorrências). Entretanto, muitos assinalaram a alternativa (B - 35 ocorrências), afirmando, então, que foi “por semelhança entre os termos”. Esses resultados levam a crer que a amostra como um todo possui opiniões e maneiras diferentes de avaliar essa dificuldade ou não de se alcançar de forma satisfatória o significado de um termo, quando há a presença de um epônimo.

No que concerne à questão de número onze, na qual visávamos saber que formações esses profissionais tinham do ponto de vista da linguagem e da terminologia médica, observamos que a maioria “aprendeu com a prática, em sala de aula”. Ou seja, não tiveram uma disciplina específica sobre tais assuntos, mas a partir do uso cotidiano e contextualizado dessas regras e termos, acabaram por internalizá-los. A segunda alternativa mais marcada diz que essa terminologia médica foi aprendida “com a prática, em estágios”. De qualquer forma,

os dados indicam que há uma aquisição natural e espontânea que ocorre em situações de utilização prática da linguagem. Nesse sentido, a última pergunta do questionário tinha como objetivo investigar se os informantes julgavam importante ter uma disciplina sobre terminologia médica para auxiliar na decodificação dos termos médicos. Verificou-se que 74,7% dos informantes acreditam que sim, o que totaliza 71 ocorrências.

Esses resultados são os que caracterizam a amostra de forma geral. Nota-se que algumas questões mantêm certo padrão de resposta, ou seja, independentemente da categoria em que se inserem, quanto a alguns questionamentos, as respostas dos informantes não variam muito.

6.6.5. Questões dissertativas: resultados

O questionário que aplicamos permitia dois tipos de respostas: de múltipla escolha e dissertativas. Estas últimas são de difícil tabulação e análise. Para tanto, foi necessário fazer abstrações e resumir ou agrupar respostas por semelhança de motivos ou argumentos, ou seja, fizemos uma análise de conteúdo e, posteriormente, quantificamos essas respostas por frequência. As respostas a essas questões estão reproduzidas no Apêndice F, em que se pode ver uma lista completa com todos os comentários individuais.

Para essa análise em específico, não realizamos observações separadas, segundo as categorias dos informantes, mas sim, da amostra como um todo. O motivo que nos levou a esse procedimento foi a quantidade de respostas variadas que, se investigadas separadamente, levariam a resultados muito “pulverizados”, de modo a inviabilizar generalizações. Portanto, apresentamos os dados de modo geral, sem distinguir opiniões de acordo com os diferentes grupos de informantes.

A primeira questão aberta incluída em nosso questionário dizia respeito aos contextos nos quais os profissionais das áreas médicas acreditam que os termos eponímicos poderiam ou deveriam ser utilizados. Ao analisarmos os conteúdos das respostas, chegamos às seguintes situações e razões (itens generalizados por nós):

Questão 13: Em que situações você acha que os epônimos poderiam ou deveriam ser utilizados?

	Nº de ocorrências	Situações
1.	27	- Quando os termos eponímicos já se tornaram termos muito conhecidos e consagrados pelo uso.
2.	10	- Ao se falar com o paciente, para não causar constrangimentos ou para evitar sugestão de preconceito.

3.	6	- Entre médicos, entre alunos e professores, ou seja, entre profissionais da Área da Saúde em geral.
4.	6	- Para facilitar a comunicação (economia linguística ou pronúncia mais fácil)
5.	6	- Durante os estudos ou aulas, para se conhecer a história do termo.
6.	5	- Para remeter ao descobridor da doença ou para homenagear um cientista.
7.	5	- Sempre.
8.	5	- Nunca.
9.	4	- Em locais/situações informais.
10.	4	- Apenas no meio acadêmico.
11.	4	- Quando são mais conhecidos e disseminados que outra designação qualquer da doença.
12.	3	- Na prática cirúrgica, em que são comuns e consagrados.
13.	2	- Quando o médico julgar adequado ou pertinente ao contexto.
14.	2	- Em situações casuais, para ser mais acessível a quem não pertence à classe médica.
15.	1	- Ao conversar com médicos antigos (que utilizam mais frequentemente uma terminologia eponímica)
16.	1	- Na prática médica, exceto na relação médico/paciente
17.	1	- Entre médicos e pacientes, porque por vezes conhecem mais os termos eponímicos que outras designações.

Quadro 26 – Síntese das respostas da questão 13

É preciso salientar que dez informantes não responderam a essa questão, o que corresponde a 10,4% da amostra, e que outros, por vezes, apresentavam mais de uma resposta, mencionando mais de uma situação; daí o número de ocorrências de respostas ser maior do que o número de informantes.

Podemos fazer algumas considerações a respeito do que se mostra mais relevante nesses dados: um fator determinante para o uso de termos eponímicos é o quanto já se tornaram conhecidos e consagrados pelo uso. Essa situação foi afirmada por 27 informantes, sendo a primeira em número de ocorrências.

Além disso, a segunda situação que mais ocorreu dentre as respostas foi “ao se falar com o paciente, para não causar constrangimentos ou para evitar sugestão de preconceito”, o que demonstra uma preocupação com a relação médico/paciente. Outras respostas parecem evidenciar também esse cuidado ao falar com esses interlocutores/pacientes: “em situações casuais, para ser mais acessível a quem não pertence à classe médica” e “entre médicos e pacientes, porque por vezes conhecem mais os termos eponímicos que outras designações”. Essas respostas, a nosso ver, trazem pistas quanto a uma possível visão de que os termos eponímicos sejam, nesse sentido, mais informais, e por vezes populares (portanto, mais fáceis de serem compreendidos) ou, pelo menos, mais conhecidos e por isso mais acessíveis ao paciente ou leigo.

Algumas contradições podem ser observadas entre as respostas. As situações descritas em nove e dez parecem divergir em seu argumento principal: ao observamos que alguns médicos e alunos de Medicina responderam que pode-se ou deve-se utilizar termos eponímicos “em locais/situações informais” (item 9), imaginávamos que isso remetesse a conversas entre colegas da área, na prática cotidiana do hospital, ou seja, onde se pode realmente usar uma linguagem informal no sentido de ser menos acadêmica, menos elaborada. Entretanto, ao lermos o item 10 deparamo-nos com a resposta “Apenas no meio acadêmico”. A princípio, pensávamos haver aqui uma contrariedade de discurso entre os informantes, porém, ao refletir sobre a expressão “apenas no meio acadêmico”, levantamos a hipótese de que, para alguns informantes, o meio acadêmico pode ser considerado informal. Se é no meio acadêmico ou na Universidade que ele tem suas relações e comunicações cotidianas, pode, então, considerar esses locais como informais. Talvez esse tipo de informante considere *formal* outras situações, tais como uma comunicação em congresso, em comitês científicos, palestras e reuniões acadêmicas. Uma vez que temos apenas as respostas escritas, é preciso fazer inferências e interpretações outras para não incorrer em generalizações não acertadas. Assim, de acordo com nossa interpretação, não seria uma contradição, mas uma maneira diferente de entender as expressões e associar a situações reais o que é formal ou informal.

Uma contradição evidente se apresenta entre os itens 16 e 17. Enquanto um informante afirma que termos eponímicos poderiam ou deveriam ser utilizados em situações da prática médica, *exceto* na relação médico/paciente, outro relata que entre médico e paciente o termo eponímico deve realmente ser empregado, porque por vezes essa é a designação que o paciente conhece mais. Ora, observamos que esses informantes podem estar tratando de dois tipos diferentes de termos eponímicos. Muitas vezes, como já sugerido em outras questões, esses termos são de uso mais popular e, portanto, são mais conhecidos dos pacientes. O informante que exclui da relação médico/paciente essa possibilidade de designação, pode estar se referindo a termos eponímicos pouco conhecidos e que, dependendo de sua formação, podem se tornar totalmente opacos ao paciente.

Considerando-se o número de ocorrências, temos três respostas com frequência 6: entre profissionais da Área da Saúde em geral, para facilitar a comunicação (seja devido à economia linguística ou a ser de mais fácil pronúncia) e durante os estudos para se conhecer a história do termo. O que nos chamou a atenção nessa questão foi que, apesar de ter sido mencionado apenas uma vez, um informante afirma que se deve utilizar termos eponímicos “ao conversar com médicos antigos (que utilizam mais frequentemente uma terminologia

eponímica)”. Uma hipótese que se pode levantar aqui é que antigamente não existiam tantas normas e comitês que se preocupassem com essa formação de termos e, portanto, os eponímicos eram bem mais difundidos.

Outro dado interessante que surgiu nessa questão foi quanto ao domínio da Cirurgia. O informante relata que se deve utilizar termos eponímicos “na prática cirúrgica, em que são comuns e consagrados”. Percebemos que, talvez, haja diferenças entre os vários ramos da Medicina com relação a esse uso de epônimos. Voltaremos a essa reflexão no próximo item.

Na questão de número quatorze, a segunda do tipo dissertativa, os informantes deveriam se manifestar a respeito da seguinte pergunta: “*Você tem problemas com termos eponímicos? Por quê?*” (questão quatorze).

Sete informantes não responderam a essa pergunta e dentre os que responderam, alguns limitaram-se a dizer apenas “sim” ou “não”, sem explicar as razões desse “problema” com o uso de termos eponímico. Verificamos que 43 informantes (40,6%) disseram que sim, 36 (41,6%) afirmaram que não e dez relatam que às vezes têm problemas. Alguns informantes apresentaram mais de uma explicação. Novamente, é por esse motivo que o número de ocorrências não é exatamente o mesmo do número de informantes.

Esses dados iniciais já indicam que não há um consenso sobre essa questão. A seguir, apresentamos o quadro que sintetiza as razões pelas quais afirmam ter problemas:

Questão 14: Você tem problemas com termos eponímicos? Por quê?

	Nº de ocorrências	Respostas afirmativas (SIM) e razões
1.	17	- Porque são opacos, não dando pistas do conceito que designam; porque não há relação explícita entre o termo e o significado; porque são confusos e difíceis de serem interpretados [remetem à questão da opacidade].
2.	8	- Porque por vezes não se conhece o termo, especialmente quando não são da especialidade do profissional.
3.	7	- Porque são muito numerosos e contêm muitos sinônimos (não se consegue conhecer todos)
4.	4	- Porque muitos são desconhecidos, pois às vezes remetem a doenças recentemente descobertas ou raras e são pouco utilizados.
5.	4	- Não, porque <i>ainda</i> não são usados com frequência [pelos alunos].
6.	3	- Porque são de difícil memorização.
7.	1	- Pela dificuldade de pronúncia e de compreensão por parte do paciente.
8.	1	[resposta “sim”, mas sem nenhum outro comentário]

Quadro 27 - Síntese das respostas afirmativas da questão 14

Analisando esse quadro, observamos que o problema mais citado pelo grupo de profissionais que investigamos é o da opacidade (dezessete ocorrências), ou seja, o epônimo parece ser realmente algo que prejudica a decodificação de termos. Aparentemente, mesmo

em um sintagma longo, a presença do epônimo causa desconforto em alguns profissionais. A segunda e terceira razões elencadas são: tem-se problemas por não se conhecer o termo, especialmente quando é de uma outra especialidade que não a do profissional (oito ocorrências); e, além disso, pode-se ter problemas, porque são muito numerosos e possuem, em geral, muitos sinônimos, sejam eles eponímicos ou não.

Outra resposta interessante é a do item 5, que inicialmente havíamos incluído dentre as respostas negativas. Contudo, ao analisar e refletir melhor sobre o que esses quatro informantes disseram entendemos que, embora tenham dito “não”, só o fizeram explicando que *ainda* utilizam pouco esse tipo de unidade terminológica e por isso *ainda* não têm problemas. Inferimos que, por assim dizer, acreditam que futuramente, ao começarem a conhecer e utilizar mais unidades terminológicas desse tipo, poderão vir a ter problemas.

Elaboramos também um quadro que sintetiza as razões que figuraram nos comentários dos que afirmam não ter problemas com termos eponímicos:

	Nº de ocorrências	Respostas negativas e razões
1.	8	- Porque são termos já conhecidos para quem está inserido no meio médico e o uso faz com que sejam assimilados sem maiores dificuldades.
2.	5	- Porque são termos cujo uso é consagrado.
3.	3	- Porque são de fácil assimilação e memorização.
4.	2	- Porque facilitam a prática médica.
5.	1	- Porque são termos interessantes que despertam curiosidade e interesse sobre o referente e sobre a história do termo em si.
6.	1	- Porque são úteis por questões de economia linguística.
7.	17	[resposta “não”, mas sem nenhum outro comentário]

Quadro 28 - Síntese das respostas negativas da questão 14

A primeira observação que gostaríamos de ressaltar sobre essas respostas é que dezessete informantes afirmaram não ter problemas com termos eponímicos, porém não deram nenhuma outra informação a respeito (Ver item 7).

Pode-se observar que o motivo pelo qual a maioria dos informantes afirma **não** ter problemas com a utilização de termos eponímicos é a consagração do uso pelos próprios profissionais da área. Em geral, são termos tão arraigados na terminologia de uso cotidiano dos médicos e alunos, que a frequência desse uso faz com que se assimilem essas unidades linguísticas, mesmo quando sintagmáticas, sem maiores problemas.

Outro dado interessante é notar que alguns informantes julgam termos eponímicos fáceis de serem memorizados e, por isso, não têm problemas com eles. Vemos aqui que há também uma questão subjetiva que recai sobre utilização dos termos.

Essas foram as informações mais relevantes e importantes que foram obtidas por meio das perguntas do questionário. Entretanto, o campo “Notas” foi preenchido por alguns informantes com comentários que merecem destaque.

Ao final do questionário, reservamos um espaço para que os informantes pudessem fazer comentários ou anotações sobre o assunto, de forma livre e pessoal. Ocorre que alguns comentários nos levam a algumas reflexões ao lê-los.

Observamos que alguns informantes têm bastante domínio da questão que envolve o uso de termos eponímicos. Um médico docente, por exemplo, comentou: “aprende-se que, várias vezes, apesar de determinado epônimo, a descrição foi realizada antes por outro autor ou estudioso”. Lembramos que esse é um dos argumentos utilizados contra o emprego de termos eponímicos pelos especialistas que defendem a exclusão desses termos da linguagem médica. Existe uma característica comum das áreas de pesquisa, em especial médica: em geral, as descobertas e descrições dos objetos dessa ciência são produtos de um saber coletivo e raramente individual. O trabalho em conjunto (isto é, as parcerias, as equipes e grupos de pesquisa) é recorrente e característico desse domínio. De fato, os especialistas contrários ao uso de uma terminologia eponímica consideram uma injustiça perpetuar o nome de uma única pessoa, sendo que vários cientistas colaboram para a compreensão daquela doença e para a busca de sua cura.

Outro médico docente teceu o seguinte comentário: “Não se deve colocar na obscuridade o cientista ou médico que descobriu ou estudou mais profundamente uma doença. Ele merece e deve ser sempre lembrado pelo seu auxílio em esclarecer tais doenças, mesmo porque isto faz parte de um acervo cultural incontestável”. Mais uma vez, coloca-se a importância da construção da História e do conhecimento de uma ciência, aos quais tantos estudiosos se dedicaram. Além disso, ao fazer esse comentário, o docente evidencia o caráter cultural que também é um traço presente em termos, especialmente nos eponímicos: um (sobre)nome representa, muitas vezes, um momento, um acontecimento, uma fase, um povo, dentre outros.

É interessante perceber que ambos os comentários acima são de docentes, ou seja, médicos que lidam com a pesquisa e que consideram muito importante essa construção histórica e acadêmica do saber.

Quanto aos médicos não docentes, algumas observações feitas por eles merecem ser mencionadas. Um informante diz que “os epônimos são conhecidos por profissionais das várias especialidades. Com eles é possível, em um único termo, definir uma doença, um sinal clínico, um sintoma ou um achado diagnóstico”. Percebe-se que a economia linguística ou a

praticidade que um termo eponímico, em geral de tamanho menor do que os termos científicos (como *doença de Kimura* contra *hiperplasia angioliinfóide com eosinofilia*), pode oferecer a esses médicos profissionais não docentes, é algo que pode condicionar o uso do mesmo. Outro médico afirma que o problema com termos eponímicos é a falta de uso: “parece-me que termos eponímicos, talvez em sua maioria, dificultam o entendimento para aqueles que não estão usualmente lidando com as estruturas/doenças que eles nomeiam”. Novamente temos aqui a questão da relação opacidade ou não do termo eponímico/conhecimento da doença. Outro médico afirmou ainda: “os termos eponímicos já conhecidos devem permanecer, já estão assimilados. Mas que não se criem outros”. Percebemos que a consagração do uso de um termo é fortemente referenciada como base para a sua manutenção ou perpetuação. Outra observação é a de que é possível notar que o conhecimento do conceito liga-se estreitamente com sua designação: além de serem em geral menos extensos, os termos eponímicos parecem estabelecer com seus conceitos uma relação de associação imediata, ou seja, a partir do momento em que essa associação é feita, o termo é visto como um bloco fechado de significação que remete a um conceito específico. Nesse caso, não há maiores problemas.

Citamos um comentário que vem ao encontro do que acreditamos: “Aprender os termos eponímicos independe do conhecimento fisiopatológico da doença. O importante é conhecer a doença, não importa o nome que ela recebe”. Isso nos faz pensar novamente que um termo e um referente se associam de uma maneira única; não importa a designação, o referente e seu significado permanecem, porque o ato de aprender a doença é concomitante ao aprendizado do conceito e do termo que o designa. Mas se o termo foi lido ou ouvido por um médico ou aluno que desconheça a doença ou que não a tenha aprendido junto com a designação de seu conceito, haverá, então, problemas de decodificação, ou seja, a questão da opacidade se evidenciará.

A nosso ver, os usuários da terminologia médica, sejam eles médicos, médicos docentes ou alunos, parecem não separar a questão linguística do conhecimento médico e, talvez por essa razão, não notem ou observem em profundidade os problemas de opacidade desses termos. Entretanto, ao desvincularmos o aspecto linguístico do conhecimento médico, notamos que há realmente um problema de opacidade.

Ao analisarmos todo o conteúdo das respostas e anotações dos questionários, continuamos acreditando que esse assunto é polêmico e está longe de ser totalmente resolvido com base em um consenso, especialmente se se consideram os diferentes ramos da Medicina.

6.6.6. Opiniões selecionadas de alguns especialistas de diferentes áreas médicas

Como já explicado no capítulo *Metodologia da pesquisa*, ao alargarmos a abrangência de nossa investigação e trabalharmos com diferentes áreas da Medicina, foi possível dialogar com médicos de diferentes especialidades. De fato, além de aplicar os questionários, conseguimos abordar oralmente alguns profissionais, a saber:

Docentes – “acadêmicos”	Não docentes
- um gastroenterologista - um psiquiatra - um ginecologista - um anatomista - dois clínicos cirurgiões	- um oftalmologista - um otorrinolaringologista - um dermatologista - um ortopedista - um anestesiolista

Quadro 29 – Especialistas entrevistados oralmente

Utilizamos-nos, então, do método da observação participante, ou seja, aquela em que o pesquisador, num contato direto com os informantes sociais obtém informações em contexto presencial, utilizando-se de diversas técnicas para a coleção das mesmas, técnicas essas que podem ser adaptadas ou modificadas conforme as reações e situações que se evidenciam. Em nosso caso, não fizemos gravações de voz ou imagem, apenas anotações e transcrições diretas das falas desses profissionais. Durante os diálogos, várias colocações foram feitas e muitas informações nos foram transmitidas. Reproduziremos aqui os comentários que merecem destaque.

O profissional de Anestesiologia relatou que a leitura e o preenchimento do questionário geraram discussões entre ele e os colegas da mesma especialidade. Ao se pensar sobre o assunto, parecem ter constatado a recorrência do uso em suas práticas médicas, mas também colocaram a questão da opacidade como bastante pertinente, embora afirmem nunca terem pensado criteriosamente sobre o assunto. Acreditam que os termos eponímicos devam

continuar a ser utilizados, com a consciência de que se deve ter cuidado para não incorrer em erros e confusões terminológicas, devido ao caráter “não descritivo” do epônimo.

Além desse profissional, o médico ortopedista com o qual conseguimos conversar pessoalmente também fez afirmações sobre a eponímia. Disse que os termos eponímicos são “termos *burros* [sic], por não carregarem traços para a identificação da etimologia da palavra”. Nota-se que a questão da opacidade é repetida aqui. Por isso, completa sua explicação dizendo que “a idade do erro não justifica sua permanência”, ou seja, deixa claro que considera esse tipo de formação terminológica incorreta ou inadequada e, por isso, deve não mais continuar. Questionou também a perpetuação dessa terminologia: termos eponímicos existem e são utilizados, isso é fato; mas até quando se sustentarão na terminologia médica geral? Ao perguntarmos sobre a tradição de se homenagear os grandes nomes da Medicina pelo epônimo, ele sugere: “que sejam produzidos livros que contenham as biografias dessas pessoas importantes associadas às doenças e estruturas que ajudaram a descobrir ou descrever”. Segundo esse médico, o trabalho que propomos será de grande importância, ajudando os profissionais da área e, em especial, os alunos, a fazer melhor uso de sua linguagem técnica.

As colocações mais profícuas, a nosso ver, são as feitas pelos médicos dedicados à reflexão acadêmica, inclusive sobre a linguagem. Alguns médicos docentes, sobretudo das áreas de Gastroenterologia, Psiquiatria e Ginecologia, fizeram colocações bastante semelhantes. Podemos generalizar algumas características, como: afirmam que a polêmica sobre esse tipo de termo está mais ligada à Anatomia do que a qualquer outro ramo. Ou seja, têm conhecimento dos esforços dessa disciplina para a exclusão de termos eponímicos; não condenam o uso e o fazem com frequência em suas práticas, mas consideram que, em várias situações, devem ser evitados, como, por exemplo, quando se comunicam com médicos de outras áreas, pois podem não ter o mesmo conhecimento sobre um epônimo específico. Quanto às homenagens, acreditam serem importantes, mas não devem mais ocorrer, uma vez que já se conhece o problema desse tipo de termo (referem-se, na maior parte das vezes, à opacidade e à ocorrência de vários termos eponímicos para um mesmo conceito). Em suma, generalizam a questão do uso dos termos eponímicos da seguinte forma: cada área deve lidar com os seus epônimos (e termos eponímicos) mais importantes, conservando os de uso consagrado e evitando a criação de novos. Como regra geral, acreditam que a formação com base em radicais e afixos de origem grega ou latina continua sendo a melhor alternativa de se manter uma terminologia descritiva e mais eficaz.

A pesquisa de campo nos permitiu aprofundar nossos conhecimentos sobre o fenômeno da eponímia em Medicina e, em especial, na Dermatologia. Com base nos resultados, verificamos que nossa informação inicial, a de que a Medicina em geral defende a exclusão de termos eponímicos, não é verdadeira; há, sim, uma preocupação em se harmonizar terminologias e evitar ruídos de comunicação; realizar tais ações não implica, porém, necessariamente e em todos os domínios da Medicina, que se excluam termos eponímicos da linguagem dessa importante área científica.

CONCLUSÕES

Quando iniciamos nossos estudos sobre a terminologia do domínio da Dermatologia durante o Mestrado, observamos que as obras que discorriam sobre linguagem e terminologia médica geral orientavam fortemente ao não-uso de termos eponímicos. Esse fato intrigou-nos e levou-nos a investigar mais a fundo essa problemática em nível de Doutorado.

Assim, consultamos obras e autores que refletem sobre essa questão, para tomar conhecimento do motivo de tais orientações. Os principais autores aos quais recorremos foram: José Antonio Díaz Rojo (2001), Joffre Rezende (1998), Idel Becker (1977), Geraldo José Medeiros Fernandes (1999), Francisco Eduardo Rabello (1974), J. de Aguiar Pupo (1973), Liberato J. A. Di Dio (2000), Vânia Belintani Piatto *et al* (2000) e também trabalhos do linguista Henri Van Hoof (1999; 2001). Buscamos também maiores informações sobre esse tipo de unidade terminológica em alguns tratados e dicionários, como a *Nomina Anatomica*, da Sociedade Brasileira de Anatomia (2001), o tratado *Textbook of Dermatology*, de Arthur Rook (1986) e o artigo dos médicos Fernando César Abib e Fernando Oréfice (2005). O capítulo 3. *O fenômeno da eponímia*, presente nesta tese, traz as principais ideias desses estudiosos da linguagem médica sobre os termos eponímicos.

Nossa pesquisa de Doutorado trata de vários aspectos da eponímia em Dermatologia e do uso desses por médicos docentes e não docentes, além de estudantes de Medicina. De fato, abordamos questões teóricas sobre o conceito, tipologia (termos eponímicos banalizados ou com epônimo em forma original, sob a forma de antropônimo ou topônimo), características formais dos termos eponímicos (estrutura morfo-sintática e léxico-semântica), aspectos relativos a gênero expressos nos epônimos desses termos (relação homem-mulher homenageados pelos epônimos), graus de opacidade de termos eponímicos e o uso dessas unidades terminológicas em comunicação médica.

Nosso *corpus* se constituiu de 500 conceitos do domínio da Dermatologia que eram expressos por uma ou mais designações (cerca de 1900 termos) que mantêm entre si uma relação de quase-sinonímia. Nesse conjunto, 69 conceitos (13,8%) são designados por pelo menos um termo eponímico, sendo que, em suas séries de variantes terminológicas produziram um total de 267 termos. Dentre estes, 129 designações encontravam-se sob a forma de termos eponímicos. Se considerarmos os 1900 termos iniciais da pesquisa, 120 termos eponímicos representam apenas 6,7%. Esses dados estatísticos podem ser vistos sob

dois pontos de vista. Quantitativamente, a porcentagem de termos eponímicos existentes no *cópus*, em relação ao conjunto total de termos, é pequena; contudo, ao analisarmos essa informação qualitativamente, podemos afirmar que a porcentagem é considerável e relevante, visto que a Medicina faz esforços grandiosos para a exclusão dos termos eponímicos de textos científicos.

Outro fato importante a ser considerado aqui é que os termos por nós estudados foram extraídos de obras escritas: no caso específico dessa pesquisa, de tratados, compêndios e dicionários médicos do domínio da Dermatologia; há certa formalidade conferida a esse tipo de documento. Assim, é possível que haja um controle maior da linguagem em comunicação escrita, o que poderia explicar o número reduzido, porém considerável, de termos eponímicos em nosso *cópus*.

Do ponto de vista tipológico, identificamos dois modos de manifestação dos epônimos nos termos: em sua forma original (nome próprio) ou banalizados (quando dá origem a substantivos, adjetivos ou verbos). Dos 129 termos eponímicos encontrados em nossa pesquisa, 108 possuem em sua formação um epônimo em forma original, o que representa 83,7% do total de termos eponímicos; quatro são termos eponímicos banalizados pertencentes à classe lexical dos substantivos e quatro são termos com epônimos banalizados sob a forma de adjetivo. Temos, então, dentro de um conjunto de 129 termos eponímicos apenas oito com epônimo em forma banalizada, o que corresponde a 6,2% do *cópus*. Assim, os termos eponímicos banalizados são pouco utilizados em Dermatologia, predominando termos com nome próprio em forma original (por exemplo, *tumor das células de Merkel*).

Um aspecto relacionado a gênero saltou aos olhos em nossas investigações: a prevalência absoluta de sobrenomes masculinos utilizados como epônimos nos termos eponímicos do domínio da Dermatologia por nós estudado. Esse quadro parece confirmar uma tendência generalizada dos termos eponímicos, uma vez que 8352 epônimos registrados no *site Who named it* encontram-se ligados a 3322 pessoas e destas, apenas 128 são mulheres. Com base nesses dados, observamos que apenas 3,8% do total de pessoas que o *site* apresenta são mulheres, sendo os homens a grande maioria, ou seja, um total de 96,2%.

Em nosso *cópus*, encontramos dois termos eponímicos que homenageiam mulheres, o que, entre 128 termos eponímicos, é irrisório, visto que corresponde a 1,5% do total de termos analisados. Desse modo, concluímos que não é muito comum atribuir o nome de uma mulher às descobertas científicas. Em geral, as homenagens eram prestadas aos grandes homens da ciência, uma vez que, até certo tempo atrás, as mulheres não participavam tão intensamente

das pesquisas nas áreas científicas e tecnológicas. De fato, nota-se que a discrepância é grande e que as mulheres ainda não figuram com muita frequência em termos eponímicos.

No que concerne à estrutura morfossintática e léxico-semântica dos termos eponímicos do domínio da Dermatologia estudados em nosso trabalho, verificamos que o processo de criação neológica por composição sintagmática é o mais produtivo, isto é, os termos são expandidos para darem, cada vez mais, conta de descrições mais específicas de doenças ou estruturas da pele. Observamos, em nosso *cópus*, a presença de termos simples (formados por um único lexema), termos compostos (mais de um lexema e morfemas gramaticais graficamente ligados por hífen) e termos complexos (sintagmáticos; sintagmas terminológicos). No caso dos termos simples, esses se manifestaram em nosso estudo apenas sob a forma de epônimos banalizados, tais como *maduromicose*, *schwannoma* e *merkeloma*, representando 2,3% dos termos eponímicos analisados em nosso estudo. São, portanto, pouco expressivos no conjunto terminológico estudado.

Em nosso *cópus* encontramos também alguns termos compostos por justaposição por meio de hífen, tais como *mal-da-baía-de-são-paulo*, *mal-de-santa-eufêmia*, *pé-de-madura* etc. Esses são, porém, muito poucos (um total de sete termos), perfazendo, aproximadamente, 5,4% do total de termos eponímicos analisados em nossa pesquisa.

Verificamos, então, que a maioria dos termos eponímicos presentes em nosso *cópus* são termos complexos (sintagmas terminológicos ou termos sintagmáticos), consistindo em, aproximadamente, 68% do conjunto terminológico eponímico estudado. Os dois modelos fundamentais de formação de termos eponímicos sintagmáticos que se apresentaram em nossa investigação foram:

1) a base do termo complexo é um termo simples + *de* + epônimo.

Ex: *Acantoma de Degos*

2) a base do termo complexo é um termo complexo + *de* + epônimo.

Ex: *Sarda infecciosa melanótica de Hutchinson*

O primeiro tipo de formação de termos eponímicos complexos (sintagmáticos) representa aproximadamente 61% das ocorrências dos termos eponímicos com epônimos em forma original. Constatamos, então, que esse modelo é o mais utilizado e, portanto, é o mais produtivo na formação dos termos eponímicos complexos do domínio da Dermatologia.

Os epônimos que se apresentam nessas unidades terminológicas complexas com epônimos em forma original são, em sua grande maioria, únicos, ou seja, referem-se a uma só

pessoa ou lugar. As colaborações entre dois ou mais cientistas são menos frequentemente marcadas na formação dos termos que se encontram em nosso *córpus*: verificamos 15 epônimos duplos (13,8%) e quatro triplos (3,7%), contra 89 epônimos únicos (correspondendo, então, a 82,5% dos termos complexos com epônimo em forma original). Outra observação é a de que os epônimos nem sempre são antroponímicos. De fato, encontramos em nossa pesquisa cinco termos eponímicos cujo epônimo é, na verdade, um topônimo (nome de um lugar). É o caso de *acne de Majorca*, *pé-de-madura*, *maduromicose* e duas das variantes populares de *sífilis*, a saber, *mal-de-nápoles* e *mal-da-baía-de-são-paulo*. Esses cinco termos correspondem a apenas 3,8% do total de termos eponímicos estudados. Podemos concluir, então, que a grande maioria dos termos eponímicos compõe-se de epônimos sob a forma de antropônimos. Isso talvez se deva pelo fato de que, pela tradição histórica, prestava-se homenagem aos grandes cientistas, descobridores e médicos que se envolviam nas descrições da ciência, nesse caso, da Dermatologia, sendo a referência a topônimos pouco utilizada na criação de neônimos.

Verificamos, ainda, em nosso estudo, que existem diferentes graus de opacidade das unidades terminológicas eponímicas. Percebemos que isso se deve à base à qual o epônimo se liga. Nenhum dos termos pôde ser considerado como totalmente opaco, nem totalmente transparente, mesmo quando altamente descritivo. Assim, os extremos desse *continuum* (totalmente opacos – totalmente transparentes) em que se situam esses termos são, a nosso ver, inatingíveis. Acreditamos, então, que o argumento da opacidade deva ser relativizado quando se defende a exclusão dos termos eponímicos da linguagem médica.

Quanto ao uso de termos eponímicos em comunicação médica escrita, pensávamos, inicialmente, que encontraríamos um número muito reduzido desse tipo de unidade terminológica nas obras de referência que formaram nosso *córpus* de pesquisa. Influenciados pelas leituras sobre a linguagem médica, que, na maior parte das vezes, condena o uso dos termos eponímicos, acreditávamos que, para estar em consonância com as regras da Medicina em geral, essas unidades não se apresentariam em obras técnico-científicas, de reconhecimento internacional, já que são dicionários médicos, tratados e compêndios de Dermatologia renomados. Contudo, observamos o uso e a recorrência de termos eponímicos mesmo em documentos escritos, científicos e formais do domínio.

Outra observação importante é a de que, por vezes, os termos eponímicos figuram como a designação preferencial de determinado conceito em textos renomados da área médica. Acreditamos que isso se deva a várias razões: uso consagrado e disseminado na literatura da área, termo mais usualmente conhecido, termo que não traz indicações de

preconceito, ausência de outra designação para o conceito, ser o termo preferencial de determinado cientista renomado da área etc. Chegamos a essas conclusões por meio da observação do emprego de termos eponímicos em obras de referência da área da Dermatologia e pela pesquisa de campo que fizemos.

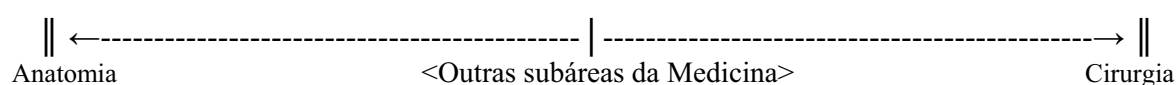
Quanto ao uso em comunicação oral, percebemos que, de modo geral, os médicos que não estão inseridos em um contexto acadêmico e que atuam apenas na prática médica em seus consultórios, clínicas e hospitais, não têm o hábito de refletir sobre a linguagem e suas questões teóricas. Ao apresentarmos a esses profissionais não docentes um panorama geral do que trata nossa pesquisa, sua primeira reação foi a de que é um “tema muito interessante”, mas confessaram não ter mais refletido sobre a terminologia médica após o término de sua formação nas faculdades de Medicina. Nesse sentido, dizem utilizar os termos eponímicos que já conhecem sem questionar ou pensar muito sobre o aspecto linguístico dos mesmos. Relatam que esse tipo de termo é muito utilizado e que não vêem problemas nisso, uma vez que os de uso frequente já são consagrados e conhecidos pelos médicos daquele domínio. Essa parece ser uma visão geral entre os especialistas desse grupo, que tendem a considerar a linguagem apenas como mais um instrumento de trabalho.

Ao buscarmos informações com médicos docentes de faculdades de Medicina, conversamos com professores da disciplina de Anatomia e confirmamos nossa impressão de que esse ramo é o que mais se preocupa com a normalização de termos médicos. Os profissionais dessa área afirmam que os termos eponímicos não devem ser usados em situação alguma, pois só trazem prejuízos à comunicação. Para eles, os órgãos normalizadores têm como objetivo banir os epônimos da linguagem médica e insistem sobre a necessidade de universalização e convenção dessa linguagem, para que não haja ruído na comunicação dessa área que é tão importante para a saúde humana. Apontam a *Nomina Anatomica* como exemplo de terminologia criada com base em reflexões filosóficas e científicas, fruto de uma harmonização que exclui o fenômeno da eponímia. Vemos que, apesar de observar aspectos linguísticos implicados na questão, esses médicos ressaltam o lado da erudição, das normas, regras e orientações dadas pelos comitês normalizadores. Assim, observamos que os médicos anatomistas têm posição firme (ou mesmo radical) sobre a necessidade de não-uso de termos eponímicos na comunicação médica. Entretanto, a visão dessa área se choca muito fortemente com a postura de outras, tais como a da Cirurgia.

De fato, conversando com cirurgiões, percebemos que o oposto ocorre. Um deles chegou a afirmar que “em Cirurgia, não vivemos sem termos eponímicos”. Os especialistas dessa área explicam que, nesse domínio, muitos instrumentos, manobras, técnicas e sinais

clínicos recebem o nome de seu criador, inventor ou descobridor. Citam exemplos como *manobra de Mueller*, *senal de Godet*, *pinça de Abadie*. Ou seja, nesse domínio, o conhecimento de termos eponímicos é fundamental e estes remetem aos responsáveis pelos diagnósticos e pelo aprimoramento das técnicas cirúrgicas.

A nosso ver, existe, então, um *continuum* que iria da área médica que mais luta para a exclusão de termos eponímicos da linguagem médica, até a área cujos profissionais afirmam que a adoção dos mesmos é inevitável, sendo, inclusive, defendida. Poderíamos situar as opiniões dos especialistas das diferentes áreas da seguinte maneira:



Exclusão Total

Adoção Total

Podemos dizer que as áreas da Medicina que ficam no meio dos dois polos desse *continuum* não têm posição tão unânime contra ou a favor do uso dos termos eponímicos na comunicação médica.

Em suma, a pesquisa de campo por nós realizada demonstrou que os termos eponímicos são muito utilizados por médicos em geral, em contextos variados, tais como em sala de aula, na interação com seus alunos, no hospital, falando com outros médicos e mesmo em ambientes formais (contexto de interação profissional especializada). Parece não haver uma preocupação muito grande no que concerne ao controle do uso desse tipo de unidade terminológica. Quanto aos estudantes, afirmam utilizar frequentemente termos eponímicos; a pesquisa indicou que, quanto mais prática a atuação desse estudante se torna, maior a utilização de termos eponímicos nas comunicações por ele realizadas. Outra evidência marcante nos questionários foi a ideia de que, na opinião dos informantes, os termos eponímicos, se já conhecidos e consagrados na terminologia de determinada área, podem e devem continuar sendo utilizados. Apesar disso, a grande maioria da amostra considera-os parcialmente opacos, sendo o epônimo ainda visto como obstáculo na decodificação do sentido.

Finalmente, observamos, após a análise qualitativa dos dados, que muitos profissionais das áreas médicas dizem acreditar que é importante conhecer os nomes que fizeram a história da ciência da Medicina. Além disso, também indicaram que julgam importante a existência de uma disciplina sobre terminologia médica para maior conhecimento das particularidades referentes aos termos médicos.

Parece-nos, então, que a forte orientação da Medicina ao não-uso de termos eponímicos encontra maior eco em comunicação médica escrita: termos eponímicos existem em número moderado nas obras de referência do domínio da Dermatologia, o que, possivelmente, indica que há um maior controle da linguagem nesses documentos. Na comunicação oral, percebemos que os termos eponímicos são utilizados de maneira mais intensa, ocorrendo em diferentes contextos, para atender as necessidades dos falantes. Não sabemos se essa relação se repete em outras subáreas da Medicina. Acreditamos, com base em toda a pesquisa realizada, que a proporção com que essas unidades terminológicas ocorrem em outros domínios seguiria esse mesmo padrão; entretanto, para chegarmos a conclusões sobre esse fato, estudos mais abrangentes e aprofundados deveriam ser realizados.

Sendo os termos eponímicos considerados por nós variantes terminológicas discursivas, de acordo com a classificação de Faulstich (1998), acreditamos que essa variação é própria das línguas de especialidade e ocorre de maneira dinâmica, não impedindo a eficácia da comunicação especializada. Aliás, torna-a mais rica, oferecendo a seus usuários (médicos docentes, clínicos ou futuros médicos) maior opção de unidades terminológicas adequadas às inúmeras necessidades comunicativas em que se inserem.

Esta pesquisa de Doutorado buscou abordar de modo aprofundado o fenômeno da Eponímia na terminologia da Dermatologia, estudando-a sob diferentes aspectos. Embora ainda haja possibilidades de outros estudos, uma vez que não pretendemos aqui esgotar a questão, esperamos que nosso trabalho tenha dado alguma contribuição aos estudos sobre a linguagem e a terminologia médica e, particularmente, do domínio da Dermatologia. Que nosso trabalho possa ainda trazer desenvolvimentos que auxiliem no entendimento do polêmico uso de termos eponímicos, ao refletir sobre o aspecto da opacidade relativa a esses termos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, F. C.; OREFICE, F. Terminologia anatômica utilizada em oftalmologia. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, v. 68, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492005000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2008.

ALMEIDA, N. M. *Gramática Metódica da Língua Portuguesa*. 33.ed. São Paulo: Saraiva, 1985.

ALVES, E. *Novo dicionário médico ilustrado inglês-português*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

ALVES, I. M. A pesquisa em terminologia: algumas considerações. *Atas do I Congresso Nacional da Abralin*, Maceió, ed. 21, p. 88-94, jun. 1997.

_____. A renovação lexical nos domínios de especialidade. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 32-34, 2006. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2009.

AUBERT, F. H. *Introdução à metodologia da pesquisa terminológica bilíngue*. São Paulo: Humanitas Publicações-FFLCH/USP, 1996. (Cadernos de terminologia 2).

AZULAY, R. D., AZULAY, D. R. *Dermatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BARROS, L. A. Percurso do trabalho terminológico: aspectos metodológicos e dialética da pesquisa científica. *Boletim da Cadeira de Linguística Aplicada 'Leandro Caballero'*, Havana, v. 1, n. 2, p. 1-4, 1998.

_____. Aspectos da dinâmica lexical no domínio da medicina: a nomina anatomica. *Estudos Linguísticos*, São Paulo, v. 28, p. 385-390, 1999.

_____. *Curso básico de Terminologia*. São Paulo: EDUSP, 2004.

_____. Terminologia da Dermatologia: aspectos da diversidade linguística e cultural. In: IX Simpósio Ibero-americano de Terminologia. *La terminología en el siglo XXI: contribución a la cultura de la paz, la diversidad y la sostenibilidad*. RITERM, Barcelona, 2006.

BECHELLI, L. M., CURBAN, G. V. *Compêndio de dermatologia*. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 1978.

BECKER, I. (coord.). Introdução. In: COMISSÃO Luso-Brasileira de Nomenclatura Morfológica. *Nomenclatura anatômica da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977, p. 7-13.

BOUTIN-QUESNEL, R. *et al. Vocabulaire systématique de la terminologie*. Québec: Publications du Québec, 1985. (Cahiers de l'Office de la Langue Française).

CABRÉ, M. T. Lexicología y variación: hacia un modelo integrado. In: *Actas del Simposio Iberoamericano de Terminología-RITerm*, 1995. Disponível em: <<http://www.riterm.net/actes/5simposio/cabre4.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2008.

CABRÉ, M. T. Una nueva teoría de la terminología: de la denominación a la comunicación. In: ____ *La Terminología: representación y comunicación*. Barcelona: IULA, 1999. p.109-127.

CAMACHO, R. G. Sociolinguística: arte II. In: BENTES, A. C.; MUSSALIM, F. (orgs.). *Introdução à Linguística: domínios e fronteiras*. 1.ed. v.1. São Paulo: Cortez, 2001, p. 49-75.

CARNEIRO, G. *História da Dermatologia no Brasil: dados sobre a especialidade e a sociedade científica*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2002.

CHEVALIER, J. *Précis de terminologie médicale*. 6.ed. Paris: Maloine, 1995.

COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. – CIOMS. Disponível em: <http://www.cioms.ch/index.html>. Acesso em: 24 jun. 2004.

DICK, M. V. P. A. O sistema onomástico: bases lexicais e terminológicas, produção e frequência. In: OLIVEIRA, A. M. P.; ISQUERDO, A. N. (Org.). *As ciências do léxico*. Campo Grande: ed. da UFMS, 1998. p.77 – 88.

DI DIO, L. J. A. Lançamento oficial da Terminologia Anatomica em São Paulo: um marco histórico para a medicina brasileira. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.46, n.3, p.191-193, Jul/Set. 2000.

DIRCKX, J. H. The synthetic genitive in medical eponyms: Is it doomed to extinction? *Panacea*, v.2, n.5, p.15-24, 2001.

FAULSTICH, E. . Socioterminologia, mais que um método de pesquisa, uma disciplina. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 281-288, 1996. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/viewFile/486/441>>. Acesso em: 21 mar.2008

FAULSTICH, E. . Entre a sincronia e a diacronia: variação terminológica no código e na língua. In: *VI Simpósio Ibero-Americano de Terminologia*, 1998, Havana. Disponível em: www.unb.br/il/liv/enilde/documentos/HAVANA98.pdf. Acesso em: 12 nov.2008.

FERNANDES, G. J. M. *Eponímia: glossário de termos epônimos em Anatomia; Etimologia: dicionário etimológico da nomenclatura anatômica*. São Paulo: Plêiade, 1999.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, I. A. *O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública*. 2006. 211f. Tese

(Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2006. Disponível em:

www.tedebc.ufma.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=39. Acesso em: out. 2008.

FITZPATRICK, T. B. et al. *Dermatology in general medicine*. 4.ed. v.1. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1993.

GAUDIN, F. *Pour une socioterminologie: des problèmes pratiques aux pratiques institutionnelles*. Rouen: Publications de l'Université de Rouen, 1993.

GBETH - Grupo Brasileiro de Estudos de Tumores Hereditários. *Comentário do Artigo: Nevos Displásicos*. Disponível em: http://www.gbeth.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=193&Itemid=64. Acesso em: 2 dez. 2009.

KOCOUREK, R. *La langue française de la technique et de la science: vers une linguistique d'une linge savante*. Wiesbaden: Brandstette, 1991.

KRIEGER, M. G. Terminologia técnico-científica: seu papel no Mercosul. In: 51ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 1999, PUC/RS - Porto Alegre. *Boletim da ABRALIN*. 2001. Disponível em: < http://www.letras.ufrj.br/abralin/boletim/boletim24_tema02.html >. Acesso em: 02 jul. 2004.

LEE-JAHNKE, H. L'enseignement de la traduction médicale : un double défi? *Meta*, v.46, n. 1, p. 145-153, 2001,

_____. teaching medical translation: an easy job? *Panacea*, vol. VI, n. 20, p.81-84. Julho, 2005. Acesso em: 02 fev. 2009. Disponível em: http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n20_editorial.pdf.

LEVIN, J.; FOX, J. A. *Estatística para ciências humanas*. Trad. Alfredo Alves de Farias. Rev. Téc. Ana Maria Lima de Farias. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LYONS, J. *Linguistique générale: introduction à la linguistique theorique*. Paris: Larousse, 1970.

MACEDO, A. V. T. Linguagem e contexto. In: MOLLICA, M. C.; BRAGA, M. L. *Introdução à Sociolinguística: o tratamento da variação*. São Paulo: Contexto, 2004.

MEDLINE PLUS. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>

MOLLICA, M. C. Fundamentação teórica: conceituação e delimitação. In: MOLLICA, M. C.; BRAGA, M. L. *Introdução à Sociolinguística: o tratamento da variação*. São Paulo: Contexto, 2004.

McKUSICK, V.A. On the naming of clinical disorders, with particular reference to eponyms. *Medicine*, v.77, n.1, p. 1-2, Jan 1998.

OLIVEIRA FILHO, J. S. *Palavras oriundas, pelo processo eponímico, de antropônimos: classificações*. 2001. Dissertação (Mestrado em Linguística e Língua Portuguesa) - Faculdade

de Ciências e Letras -Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2001.

ISO - INTERNATIONAL STANDARD ORGANIZATION. *Terminology – Vocabulary*. Genebra : 1990 (International Standard Organization - ISO 1087, 1990).

PAVEL, S.; NOLET, D. *Manual de terminologia*. Trad. Enilde Faulstich. Quebec, Canadá: Translation bureau / Bureau de la traduction . Direção de terminologia e Normalização - Departamento de tradução do governo canadense, 2002. Disponível em: <http://www.fit-ift.org/download/presport.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.

PIATTO, V. B. *et al.* Terminologia médica e o uso de epônimos. *HB Científica*, v. 7, n.3, p. 183-188, Set/Dez 2000.

PUPO, J. A. Prefácio. In: RABELLO, F. E. *Nomenclatura Dermatológica*. Rio de Janeiro: Imprensa Brasileira LTDA, 1974.

REZENDE, J. M. *Linguagem médica*. 2.ed. Goiânia: Editora da UFG, 1998.

ROJO, A. D. La terminología médica: diversidad, norma y uso. *Panacea*, v. 2, n. 4, p. 40-46, jun. 2001.

ROJO, A. D. Nociones de neología: La formación de derivados y compuestos a partir de nombres propios de personas. *Panacea*, v.2, n.5, p. 25-30, set. 2001.

ROOK, A. *et al.* *Textbook of dermatology*. 4.ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1986.

ROUSSEAU, L.J. Terminologie et aménagement linguistique. In: *Jornada panllatina de terminologia: perspectives i camps d'aplicació*. Barcelona: IULA, 1996. Disponível em: <<http://www.realiter.net/spip.php?article742>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

SAMPAIO, S. A. P., RIVITTI, E. A. *Dermatologia*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

SANTOS BORBUJO, A. Terminología y socioterminología. In: REAL, E. *et al.* (eds.). *Écrire, traduire et représenter la fête*. Universitat de València, p. 657-664, 2001.

SEABRA, M. C. T. C. Referência e Onomástica. In: *Simpósio Internacional de Letras e Linguística*, 2006, Uberlândia. Múltiplas Perspectivas em Linguística. Uberlândia/MG: Edufu, 2006. Disponível em: http://www.filologia.org.br/ileel/artigos/artigo_442.pdf. Acesso em: 01 ago 2008.

SCHEINBERG, M. A “doença” de Reiter. *Revista Morashá*, n.33, junho de 2001. Disponível em: <http://www.morasha.com.br/conteudo/ed33.htm>. Acesso em: 04 maio 2009.

SILVEIRA, F. A. *As equivalências terminológicas e o caso dos epônimos no domínio da Dermatologia: estudo comparado português-inglês em um conjunto terminológico*. 217f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) - Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas – IBILCE - Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, São José do Rio Preto, 2005.

SBA - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANATOMIA. *Terminologia Anatômica Internacional*. São Paulo: Manole, 2001. (Versão brasileira).

STEDMAN - Dicionário Médico Ilustrado. Trad. Cláudia Lúcia Caetano de Araújo et al. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1996.

TARALLO, F. *A pesquisa sociolinguística*. 7. ed. São Paulo, SP: Ática, 2003.

U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE & NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. *Medline Plus: Medical dictionary*. Disponível em: <<http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?book=Medical&va=Eponym>>. Acesso em: 04 jul. 2004.

VAN HOOFF, H. *Manual práctico de la traducción médica*. Diccionario básico de términos médicos (inglés – francés – español). Granada (Espanha): Comares, 1999.

_____. La traduction des éponymes médicaux banalisés de langue anglaise. *Meta: Journal des traducteurs*, vol. 46, n. 1, p. 82-91, 2001.

WHO NAMED IT? – Disponível em? <http://www.whonamedit.com>. Acesso em: 27 mar. 2009.

WRIGHT, V. In defence of eponyms. *British Medical Journal*, v. 303, n. 6817, p.1600(3), dez 1991.

ZILIO, L.; FICHTNER, M. F.; FINATTO, M. J. B.. *Identificação de terminologias: padronização e variação de uso*. 2005. Disponível em: www6.ufrgs.br/termisul/biblioteca/Zilio_et_al.pdf. Acesso em: out. 2008.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Identificação do informante

1. Iniciais do nome:
2. Categoria:
 - () Aluno de primeiro ano
 - () Aluno de quarto ano
 - () Médico atuando na docência
 - () Médico
3. Instituição a que se vincula:
4. Cidade em que atua:
5. Formação:
 - Ano:
 - Área de especialidade:
 - Instituição e local:
6. Cursos/Especializações após a Graduação:

Questionário

Os **termos eponímicos** são aqueles que contêm em sua formação um **epônimo**, ou seja, um nome próprio (de pessoa ou de lugar). Na área médica, temos como exemplos *Mal de Parkinson*, termo que identifica a doença descrita em 1817, pelo médico inglês James **Parkinson** e *Pé de Madura*, termo que se refere à doença identificada em 1842, na cidade de Madura, na Índia, por John Gill. Com base nessas informações, responda às questões a seguir:

1. Você já conhecia o termo *epônimo* e sabia o que ele significava?
 - a- () sim
 - b- () não
 - c- () já tinha ouvido falar, mas não sabia o que significava.
 - d- () já conhecia esse tipo de termo, com nomes próprios, mas não sabia que possuía essa designação.
 - e- () outro – especificar:

2. Com que frequência você emprega termos eponímicos?
 - a- () sempre
 - b- () muito frequentemente
 - c- () quase nunca
 - d- () nunca
 - e- () outro – especificar:

3. Em que situações comunicativas você costuma utilizar termos eponímicos?
 - a- () em ambientes informais
 - b- () em ambientes formais
 - c- () no hospital, falando com outros médicos
 - d- () no consultório, falando com pacientes
 - e- () na faculdade/universidade, durante as aulas

- f- () em apresentações de congressos científicos
 g- () em nenhuma
 h- () outro – especificar:

4. Com que pessoas você utiliza esse tipo de termo?

- a- () com os professores
 b- () com os colegas, alunos de Medicina
 c- () com os colegas, docentes de Medicina
 d- () com médicos do hospital
 e- () com os alunos, para os quais dou aula
 f- () com pacientes
 g- () nunca utilizo
 h- () outros – especificar

5. Na literatura sobre linguagem médica, uma das críticas mais comuns a respeito dos termos eponímicos é a de que eles não são *transparentes*, ou seja, não contêm radicais ou afixos gregos e latinos que muitas vezes indicam características das doenças (por exemplo, *linfogranuloma* é um termo formado com base nos radicais *linfo-* (do latim *lympa-* = água de fonte) e *granulo-* (do latim *granulum* = grânulo) e com o sufixo nominal grego *-oma* (*-oma* = tumor), em contraposição ao termo *Mal de Kimura*, que não possui esse mesmo tipo de formação). Devido a esse fato, termos eponímicos deveriam ser evitados ou excluídos da linguagem médica. Qual sua opinião?

- a- () concordo totalmente
 b- () discordo totalmente
 c- () depende do(s) termo(s) que acompanha(m) o epônimo
 d- () depende do quanto o termo é conhecido.
 e- () outro - especificar

6. Na Medicina, é comum encontrarem-se termos de forma mista: são eponímicos, mas possuem outros componentes em sua expressão. Como exemplo, temos *melanose circunscrita pré-câncer de Dubreuilh*. Em sua opinião:

- a- () esse termo é totalmente opaco
 b- () o termo é parcialmente opaco, pois o epônimo (nome próprio) atrapalha a identificação do significado
 c- () o termo é totalmente transparente, pois o epônimo (nome próprio) não atrapalha a identificação do significado
 d- () outro: especificar:

7. Qual a principal razão que o levaria a utilizar um termo eponímico?

- a- () por economia linguística (geralmente são mais curtos)
 b- () para esconder aspectos constrangedores de uma doença
 c- () para evitar designações que sugiram preconceito
 d- () porque homenageia um cientista
 e- () porque remete ao descobridor da doença
 f- () para evitar cacofonias ou trava-línguas (termos de pronúncia difícil)
 g- () para demonstrar o domínio da tradição histórica de cada termo (pessoas envolvidas com a descoberta)
 h- () nunca uso
 i- () outro – especificar:

8. Existem termos eponímicos que são chamados *banalizados*, ou seja, são aqueles que se originaram de nomes próprios e passaram a formar substantivos (por exemplo, *parkinsonismo*, *hanseníase*). Pensando na questão da opacidade X transparência dos termos médicos, esse termo poderia ser visto como:

- a- () mais opaco que termos com o epônimo em sua forma original
 - b- () mais transparente que termos com o epônimo em sua forma original
 - c- () tão opaco ou transparente quanto termos com o epônimo em sua forma original
 - d- () dependerá dos prefixos e sufixos que se ligam ao epônimo (nome próprio)
 - e- () outro – especificar:
-
-

9. Refletindo sobre o tema das perguntas 5, 6, 7 e 8 e observando a formação do termo, responda: qual seria o significado mais adequado de “*merkeloma*”? (é possível haver mais de uma resposta)

- a- () tumor de Merkel
 - b- () tumor das células de Merkel
 - c- () carcinoma de células de Merkel
 - d- () carcinoma trabecular
 - e- () nenhuma das anteriores
-
-

10. Como chegou ao(s) significado(s) que acha ser o correto?

- a- () já conhecia o termo
 - b- () pela semelhança entre os termos
 - c- () por conhecer o significado dos radicais e afixos
 - d- () escolhi aleatoriamente
 - e- () outro – especificar
-
-

11. Você tem/teve alguma disciplina ou fez algum curso sobre terminologia médica durante sua formação?

- a- () sim, tive uma disciplina na faculdade/universidade
 - b- () estudei um pouco sobre isso em uma disciplina não-específica sobre o assunto
 - c- () nunca tive nenhuma orientação sobre terminologia médica
 - d- () aprendi com alguns livros que li por minha conta
 - e- () aprendi com a prática, nos estágios
 - f- () aprendi com a prática, na sala de aula
 - g- () aprendi com a prática, no consultório e/ou hospital
 - h- () nunca ouvi falar sobre isso.
-
-

12. Você acha que seria importante ter essa disciplina para ajudar a decodificar os termos médicos?

- a- () sim, seria mais fácil decodificar os conceitos (doenças, partes do corpo) designados por esses termos
 - b- () não, não vejo em que isso poderia ajudar
 - c- () outro – especificar:
-
-

13. Em que situações você acha que os epônimos poderiam ou deveriam ser utilizados?

14. Você tem problemas com termos eponímicos? Por quê?

Notas:

APÊNDICE B – DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO

SOLICITAÇÃO

Eu, **Francine de Assis Silveira**, RG: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx e CPF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, doutoranda pela UNESP de São José do Rio Preto, venho por meio desse documento solicitar a permissão de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Diretor (a) Adjunto (a) de Pesquisa da Faculdade xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx para a realização de uma pesquisa de campo nessa instituição, por meio da aplicação de questionários aos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de Medicina. Essa pesquisa fará parte de nossa tese de Doutorado que tem como orientadora a Profa. Dra. Lidia Almeida Barros, livre-docente da UNESP, e cujo título é *O uso de termos eponímicos na comunicação médica escrita e oral: conceito e comportamento linguístico-pragmático*. Para um maior esclarecimento do trabalho, segue abaixo o um breve resumo do mesmo:

O presente trabalho teve origem em nossa pesquisa de Mestrado, cujo cerne era o fenômeno da eponímia dentre os termos médicos da área da Dermatologia. Realizamos um estudo sobre diversos aspectos relativos a esse tipo de termo (eponímico), uma vez que, na bibliografia sobre terminologia médica, encontramos uma orientação por parte dos especialistas à exclusão desse tipo de unidade terminológica, que, segundo os mesmos, ameaça a objetividade e a clareza da linguagem médica. Percebemos que o uso de tais termos é polêmico, porém muito importante para a Medicina. Em uma pequena pesquisa de campo informal, realizada na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, verificamos que os termos eponímicos são, na verdade, bastante empregados na comunicação entre médicos, estudantes e professores de Medicina. Assim, com base nessas observações e nos resultados obtidos durante toda a pesquisa de Mestrado, aprofundaremos nossas investigações nessa tese de Doutorado. Os objetivos gerais dessa nova pesquisa são: refletir sobre questões teóricas que concernem à identidade dos epônimos sob a ótica da Onomástica, da Linguística e da Medicina; proceder a um estudo do uso real de termos eponímicos (com uma pesquisa de campo que teve como instrumento questionários) nas áreas médicas por parte de uma amostra da comunidade médica brasileira, do interior do estado de São Paulo, e discutir os principais problemas encontrados durante nossa pesquisa. Nossa análise abordará tanto a comunicação escrita quanto a comunicação oral. No caso da primeira, vamos nos limitar ao domínio da Dermatologia, subárea na qual já iniciamos esses estudos. Quanto à oral, ampliaremos nosso escopo analisando o uso real desses termos na comunicação médica em geral, aplicando os questionários a profissionais de especialidades diversas. Elaboramos cuidadosamente esse questionário que é aplicado a três grupos distintos: médicos, professores de Medicina e estudantes de Medicina. Com base na análise das respostas e comentários inseridos nele, elaboraremos nossas reflexões e conclusões.

Para atingirmos nossos objetivos, precisamos aplicar os questionários a 10 alunos do primeiro ano, 10 alunos do quarto ano e 5 médicos docentes. O modelo do questionário que será aplicado aos alunos e médicos da instituição segue em anexo. Temos urgência em obter esses dados.

Sem mais para o momento, peço deferimento.

São José do Rio Preto, xxxxxxxxxx de 2007.

Francine de Assis Silveira

Informações adicionais

Proponho como metodologia de trabalho que a própria pesquisadora aplique os questionários, tendo acesso a sala de aula desses alunos. Caso não seja possível, seguem algumas explicações e orientações para quem for realizar esse procedimento:

- O questionário é bastante simples e pode ser respondido dentro de cerca de 20 minutos;
- As perguntas são (com exceção das duas últimas) de múltipla escolha, sendo que o informante pode assinalar mais de um item caso julgue necessário;
- As duas últimas perguntas são dissertativas e devem ser respondidas;
- Comentários e informações extras são muito bem vindos.

Para maiores informações ou contato, escrever para xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Ou ligar para os telefones xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Atenciosamente,

Francine de Assis Silveira

APÊNDICE C – MODELO DE FICHA DE SÍNTESE E ABREVIATURAS

DIGITALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NOS QUESTIONÁRIOS DOS INFORMANTES (PROFISSIONAIS DAS ÁREAS MÉDICAS)

Abreviaturas utilizadas:

Nº – número do questionário, que corresponde ao número do informante.

A1 – Aluno de primeiro ano

CT – Catanduva

A4 – Aluno de quarto ano

SJ – São José do Rio Preto

MD – Médico docente

RP – Ribeirão Preto

M – Médico não docente

Formação: área e data

Instituição (vínculo):

FAMECA

FAMERP

UNAERP

Cursos ou especialização: **sim** ou **não**

Símbolos:

(---) – nada consta

(*) – inclusão de comentário feito pelo informante no campo “**outros**” ou “**notas**”

MODELO PADRÃO DE FICHA

Iniciais do nome		Nº
Categoria		
Cidade		
Instituição		
Formação		
Cursos/Esp.		
Múltipla escolha	Dissertativas	
13.		13.
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		14.
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		

APÊNDICE D – SÍNTESE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES OBJETIVAS

QUADROS DE SÍNTESE DE RESPOSTAS DAS QUESTÕES OBJETIVAS POR CIDADE E CATEGORIA

ALUNOS – CATANDUVA

Questões objetivas – A1 CT

	Inf.1	Inf.2	Inf.3	Inf.4	Inf.5	Inf.6	Inf.7	Inf.8	Inf.9	Inf.10
1	A	A	D	C	D	B	A	A	A	B
2	B	A	C	B	C	C	C	B	B	C
3	BE	AE	BE	AE	A	AE	BE	ACE	AE	BE
4	ABC	AB	B	AB	B	B	AB	ABCD	AB	ABC
5	CD	D	CD	D	E	D	D	D	A	CD
6	B	B	BD	B	C	B	B	B	C	B
7	G	E	BCF	BCF	A	I	E	ABF	AFG	ABCF
8	C	B	AD	D	D	C	A	A	C	C
9	BC	C	D	CD	C	B	B	A	C	A
10	B	C	C	B	B	B	B	B	B	C
11	F	ABE	DG	C	C	CH	C	B	H	C
12	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A

Questões objetivas – A4 CT

	Inf.11	Inf.12	Inf.13	Inf.14	Inf.15	Inf.16	Inf.17	Inf.18	Inf.19	Inf.20
1	A	A	A	A	A	A	A	A	C	D
2	E	B	B	B	B	B	A	B	A	A
3	ABCEF	ABCEF	ACEF	BF	BCEF	E	ABCDEF	BCEF	E	CE
4	ABD	ABCDF	ABCD	AD	CD	BD	ABCDF	ABCD	AB	ABCDF
5	CD	A	CD	D	A	D	C	A	A	D
6	B	B	A	C	A	B	C	B	B	B
7	BC	ABI	AC	G	DE	I	BC	DEG	BCD	D
8	E	C	B	BD	D	C	BD	C	C	C
9	E	B	B	AB	ABC	CD	BC	BC	ABC	B
10	E	C	C	C	C	D	B	C	C	C
11	EFG	CEF	CEF	CDEFG	B	C	C	DEFG	EF	EFH
12	A	C	A	A	A	B	B	A	A	B

ALUNOS – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Questões objetivas – A1 SJ

	Inf.21	Inf.22	Inf.23	Inf.24	Inf.25	Inf.26	Inf.27	Inf.28	Inf.29	Inf.30
1	D	CD	A	A	D	A	C	D	A	A
2	B	B	B	C	B	C	B	B	B	B
3	E	BE	E	A	A	E	AE	E	E	A
4	A	B	AB	B	B	B	AB	B	B	F
5	D	D	A	A	D	A	D	C	E	A
6	C	B	B	C	B	C	B	C	C	B
7	A	CF	D	D	A	A	F	E	G	F
8	B	A	C	C	C	C	B	C	D	B
9	C	B	C	BC	BCD	C	B	B	B	AB
10	B	B	B	D	D	C	C	B	C	C
11	B	F	B	H	B	F	C	F	F	F
12	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A

Questões objetivas – A4 SJ

	Inf.31	Inf.32	Inf.33	Inf.34	Inf.35	Inf.36	Inf.37	Inf.38	Inf.39	Inf.40
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	B	A	B	B	A	B	B	B	B	A
3	CEH	ABCDEF	CE	C	ABCE	C	ACE	CE	B	C
4	ABCD	ABD	ABF	A	ABC	ABD	AB	AB	A	C
5	D	A	D	D	CD	D	D	D	D	D
6	B	B	C	B	C	C	B	B	A	C
7	I .	I	E	E	EG	B	C	ABC	A	BC
8	B	C	C	A	C	C	C	C	B	C
9	AB	C	AB	C	BC	C	AB	A	B	B
10	B	B	C	C	C	C	D	C	B	C
11	EFG	B	A	B	BE	B	F	B	F	DEFG
12	B	B	A	B	-	A	A	A	A	A

ALUNOS - RIBEIRÃO PRETO

Questões objetivas – A1 RP

	Inf.41	Inf.42	Inf.43	Inf.44	Inf.45	Inf.46	Inf.47	Inf.48	Inf.49	Inf.50
1	A	B	C	B	C	A	A	B	B	B
2	C	B	C	B	B	C	B	B	B	C
3	E	E	C	ABE	E	E	AE	E	BE	E
4	B	AB	A	AB	AB	AB	AB	C	A	AB
5	D	D	D	D	A	A	A	D	C	D
6	C	B	B	B	B	B	B	B	B	C
7	E	D	F	ADF	C	D	D	G	D	B
8	A	C	C	C	C	C	D	B	C	C
9	C	A	C	ABC	C	A	A	C	C	B
10	D	C	C	B	B	D	C	C	B	B
11	C	D	C	C	C	C	B	C	C	C
12	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Questões objetivas – A4 RP

	Inf.51	Inf.52	Inf.53	Inf.54	Inf.55	Inf.56	Inf.57	Inf.58	Inf.59	Inf.60
1	A	C	A	C	A	A	A	D	C	B
2	B	B	C	B	B	B	B	B	C	B
3	BCE	CE	E	E	CE	CE	BCEF	CE	E	C
4	ABD	ABCD	A	A	ABCD	AB	ABD	AB	A	B
5	CD	A	C	D	C	D	B	D	C	C
6	B	B	B	B	C	C	C	C	B	C
7	BC	I	EG	G	G	I	ADG	AG	EG	F
8	C	C	C	B	CD	B	B	B	B	B
9	A	BC	C	C	A	C	AB	B	C	B
10	B	D	B	C	C	C	C	C	B	C
11	EFH	C	D	EF	DEFG	H	DEFG	H	D	E
12	B	A	A	A	A	B	B	A	A	B

MÉDICOS – CATANDUVA

Questões objetivas – **MD – CT**

	Inf.61	Inf.62	Inf.63	Inf.64	Inf.65
1	A	A	A	A	A
2	E	C	B	E	B
3	AE	CEF	AE	AB	CEF
4	CEF	DE	B	CDEF	BCDE
5	D	A	B	D	B
6	B	B	C	A	B
7	C	DE	E	I	EG
8	D	A	B	D	B
9	ABC	ABC	C	AB	AB
10	B	C	C	C	C
11	B	DEF	D	A	A
12	A	A	A	A	A

Questões objetivas – **M – CT**

	Inf.66	Inf.67	Inf.68	Inf.69	Inf.70	Inf.71	Inf.72
1	A	B	B	C	A	A	C
2	A	B	B	B	C	E	B
3	ABCDEF	CD	D	BCDEF	G	AD	CDE
4	ABCDEF	BCF	F	BCDEF	G	D	BCD
5	C	A	C	B	D	D	CD
6	B	A	B	C	A	C	B
7	G	E	E	E	C	G	BCE
8	B	B	B	C	C	C	-
9	A	A	C	-	E	D	AB
10	C	B	B	-	-	A	B
11	D	E	G	DE	G	G	B
12	A	A	A	B	B	B	A

MÉDICOS – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Questões objetivas – **MD – SJ**

	Inf.73	Inf.74	Inf.75	Inf.76	Inf.77
1	A	A	A	A	B
2	B	A	B	B	C
3	BCDEF	CDE	CEF	ABCDE	CF
4	ABCDEF	ACDEF	BCDE	DEF	BCD
5	D	D	B	D	D
6	C	C	C	C	A
7	DEFG	BE	BCDE	A	DG
8	C	B	BD	D	E
9	B	B	E	A	BC
10	B	C	E	C	B
11	DEF	FG	A	CDEFG	C
12	B	A	A	B	A

Questões objetivas – **M – SJ**

	Inf.78	Inf.79	Inf.80	Inf.81	Inf.82	Inf.83	Inf.84
1	A	A	A	D	A	A	A
2	B	A	C	C	B	A	B
3	BCF	C	C	G	C	C	B
4	ABD	D	CD	G	D	D	D
5	A	B	D	B	D	B	C
6	C	C	C	C	C	C	B
7	ABC	B	E	DE	I	E	B
8	C	B	C	D	E	B	A
9	AB	B	ABC	C	ABC	B	A
10	A	B	A	D	C	C	B
11	AG	H	C	G	B	F	D
12	A	A	A	A	A	C	A

MÉDICOS – RIBEIRÃO PRETO

Questões objetivas – MD – RP

	Inf.85	Inf.86	Inf.87	Inf.88	Inf.89
1	A	A	A	A	A
2	C	B	C	B	B
3	E	ABEF	E	CE	DE
4	BDE	ABCDE	E	ACDE	BE
5	A	B	D	D	B
6	B	C	C	B	A
7	I	ABCDEFGF	A	E	DE
8	B	D	C	D	C
9	B	C	A	AB	E
10	B	A	B	C	B
11	E	DEF	E	G	C
12	A	A	C	A	A

Questões objetivas – MD – RP

	Inf.90	Inf.91	Inf.92	Inf.93	Inf.94	Inf.95	Inf.96
1	A	A	A	B	A	A	A
2	B	B	B	C	B	B	C
3	BCEF	CEF	B	CE	BCEF	B	C
4	ABCD	AD	D	D	D	BCD	ABCD
5	CD	A	D	A	D	D	A
6	B	A	C	B	C	B	B
7	DE	A	I	E	CDE	G	I
8	C	C	C	C	C	D	C
9	B	B	AB	A	AB	E	AB
10	D	C	C	B	C	B	C
11	DEFG	E	E	B	C	E	F
12	A	A	A	C	B	A	A

APÊNDICE E – 1 – TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE ALUNOS DE PRIMEIRO ANO

Respostas dos alunos de primeiro ano

<u>Q1</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	13	43,3%	43,3%	
B	7	23,3%	66,7%	
C	4	13,3%	80,0%	
CD	1	3,3%	83,3%	
D	5	16,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q2</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	3,3%	3,3%	
B	18	60,0%	63,3%	
C	11	36,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q3</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	4	13,3%	13,3%	
ABE	1	3,3%	16,7%	
ACE	1	3,3%	20,0%	
AE	6	20,0%	40,0%	
BE	6	20,0%	60,0%	
C	1	3,3%	63,3%	
E	11	36,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q4</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	10,0%	10,0%	
AB	12	40,0%	50,0%	
ABC	2	6,7%	56,7%	
ABCD	1	3,3%	60,0%	
B	10	33,3%	93,3%	
C	1	3,3%	96,7%	
F	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q5</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	8	26,7%	26,7%	
C	2	6,7%	33,3%	
CD	3	10,0%	43,3%	
D	15	50,0%	93,3%	
E	2	6,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q6</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
B	20	66,7%	66,7%	
BD	1	3,3%	70,0%	
C	9	30,0%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q7</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	4	13,3%	13,3%	
ABCF	1	3,3%	16,7%	
ABF	1	3,3%	20,0%	
ADF	1	3,3%	23,3%	
AFG	1	3,3%	26,7%	
B	1	3,3%	30,0%	
BCF	2	6,7%	36,7%	
C	1	3,3%	40,0%	
CF	1	3,3%	43,3%	
D	6	20,0%	63,3%	
E	4	13,3%	76,7%	
F	3	10,0%	86,7%	
G	3	10,0%	96,7%	
I	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q8</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	4	13,3%	13,3%	
AD	1	3,3%	16,7%	
B	5	16,7%	33,3%	
C	16	53,3%	86,7%	
D	4	13,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

Q9	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	5	16,7%	16,7%	
AB	1	3,3%	20,0%	
ABC	1	3,3%	23,3%	
B	7	23,3%	46,7%	
BC	2	6,7%	53,3%	
BCD	1	3,3%	56,7%	
C	11	36,7%	93,3%	
CD	1	3,3%	96,7%	
D	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

Q10	Frequency	Percent	Cum Percent	
B	15	50,0%	50,0%	
C	11	36,7%	86,7%	
D	4	13,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

Q11	Frequency	Percent	Cum Percent	
ABE	1	3,3%	3,3%	
B	5	16,7%	20,0%	
C	13	43,3%	63,3%	
CH	1	3,3%	66,7%	
D	1	3,3%	70,0%	
DG	1	3,3%	73,3%	
F	6	20,0%	93,3%	
H	2	6,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

Q12	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	26	86,7%	86,7%	
B	4	13,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

APÊNDICE E – 2 - TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE ALUNOS DE QUARTO ANO

Respostas dos alunos de quarto ano

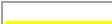
<u>Q1</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	23	76,7%	76,7%	
B	1	3,3%	80,0%	
C	4	13,3%	93,3%	
D	2	6,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q2</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	6	20,0%	20,0%	
B	21	70,0%	90,0%	
C	2	6,7%	96,7%	
E-	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q3</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
ABCDEF	2	6,7%	6,7%	
ABCE	1	3,3%	10,0%	
ABCEF	2	6,7%	16,7%	
ACE	1	3,3%	20,0%	
ACEF	1	3,3%	23,3%	
B	1	3,3%	26,7%	
BCE	1	3,3%	30,0%	
BCEF	3	10,0%	40,0%	
BF	1	3,3%	43,3%	
C	4	13,3%	56,7%	
CE	7	23,3%	80,0%	
CE H	1	3,3%	83,3%	
E	5	16,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q4</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	5	16,7%	16,7%	
AB	5	16,7%	33,3%	
ABC	1	3,3%	36,7%	
ABCD	5	16,7%	53,3%	
ABCDF	3	10,0%	63,3%	
ABD	5	16,7%	80,0%	
ABF	1	3,3%	83,3%	
AD	1	3,3%	86,7%	
B	1	3,3%	90,0%	
BD	1	3,3%	93,3%	
C	1	3,3%	96,7%	
CD	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q5</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	6	20,0%	20,0%	
B	1	3,3%	23,3%	
C	5	16,7%	40,0%	
CD	4	13,3%	53,3%	
D	14	46,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q6</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	10,0%	10,0%	
B	16	53,3%	63,3%	
C	11	36,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q7</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	3,3%	3,3%	
ABC	1	3,3%	6,7%	
ABI	1	3,3%	10,0%	
AC	1	3,3%	13,3%	
ADG	1	3,3%	16,7%	
AG	1	3,3%	20,0%	
B	1	3,3%	23,3%	
BC	4	13,3%	36,7%	
BCD	1	3,3%	40,0%	
C	1	3,3%	43,3%	
D	1	3,3%	46,7%	
DE	1	3,3%	50,0%	
DEG	1	3,3%	53,3%	
E	2	6,7%	60,0%	
EG	3	10,0%	70,0%	
F	1	3,3%	73,3%	
G	3	10,0%	83,3%	
I	5	16,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q8</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	3,3%	3,3%	
B	9	30,0%	33,3%	
BD	2	6,7%	40,0%	
C	15	50,0%	90,0%	
CD	1	3,3%	93,3%	
D	1	3,3%	96,7%	
E	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

Q9	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	10,0%	10,0%	
AB	5	16,7%	26,7%	
ABC	2	6,7%	33,3%	
B	7	23,3%	56,7%	
BC	4	13,3%	70,0%	
C	7	23,3%	93,3%	
CD	1	3,3%	96,7%	
E	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

Q10	Frequency	Percent	Cum Percent	
B	7	23,3%	23,3%	
C	19	63,3%	86,7%	
D	3	10,0%	96,7%	
E	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q11</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	3,3%	3,3%	
B	5	16,7%	20,0%	
BE	1	3,3%	23,3%	
C	3	10,0%	33,3%	
CDEFG	1	3,3%	36,7%	
CEF	2	6,7%	43,3%	
D	2	6,7%	50,0%	
DEFG	4	13,3%	63,3%	
E	1	3,3%	66,7%	
EF	2	6,7%	73,3%	
EFG	2	6,7%	80,0%	
EFH	2	6,7%	86,7%	
F	2	6,7%	93,3%	
H	2	6,7%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

<u>Q12</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	1	3,3%	3,3%	
A	18	60,0%	63,3%	
B	10	33,3%	96,7%	
C	1	3,3%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

APÊNDICE E – 3 - TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE MÉDICOS

DOCENTES

Respostas de Médicos Docentes

<u>Q1</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	14	93,3%	93,3%	
B	1	6,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q2</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	6,7%	6,7%	
B	8	53,3%	60,0%	
C	4	26,7%	86,7%	
E	2	13,3%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q3</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
AB	1	6,7%	6,7%	
ABCDE	1	6,7%	13,3%	
ABEF	1	6,7%	20,0%	
AE	2	13,3%	33,3%	
BCDEF	1	6,7%	40,0%	
CDE	1	6,7%	46,7%	
CE	1	6,7%	53,3%	
CEF	3	20,0%	73,3%	
CF	1	6,7%	80,0%	
DE	1	6,7%	86,7%	
E	2	13,3%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q4</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
ABCDE	1	6,7%	6,7%	
ABCDEF	1	6,7%	13,3%	
ACDE	1	6,7%	20,0%	
ACDEF	1	6,7%	26,7%	
B	1	6,7%	33,3%	
BCD	1	6,7%	40,0%	
BCDE	2	13,3%	53,3%	
BDE	1	6,7%	60,0%	
BE	1	6,7%	66,7%	
CDEF	1	6,7%	73,3%	
CEF	1	6,7%	80,0%	
DE	1	6,7%	86,7%	
DEF	1	6,7%	93,3%	
E	1	6,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q5</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	2	13,3%	13,3%	
B	5	33,3%	46,7%	
D	8	53,3%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q6</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	20,0%	20,0%	
B	5	33,3%	53,3%	
C	7	46,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q7</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	2	13,3%	13,3%	
ABCDEFGG	1	6,7%	20,0%	
BCDE	1	6,7%	26,7%	
BE	1	6,7%	33,3%	
C	1	6,7%	40,0%	
DE	2	13,3%	53,3%	
DEFG	1	6,7%	60,0%	
DG	1	6,7%	66,7%	
E	2	13,3%	80,0%	
EG	1	6,7%	86,7%	
I	2	13,3%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q8</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	6,7%	6,7%	
B	4	26,7%	33,3%	
BD	1	6,7%	40,0%	
C	3	20,0%	60,0%	
D	5	33,3%	93,3%	
E	1	6,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

<u>Q9</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	2	13,3%	13,3%	
AB	3	20,0%	33,3%	
ABC	2	13,3%	46,7%	
B	3	20,0%	66,7%	
BC	1	6,7%	73,3%	
C	2	13,3%	86,7%	
E	2	13,3%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

Q10	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	6,7%	6,7%	
B	6	40,0%	46,7%	
C	7	46,7%	93,3%	
E	1	6,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

Q11	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	20,0%	20,0%	
B	1	6,7%	26,7%	
C	2	13,3%	40,0%	
CDEFG	1	6,7%	46,7%	
D	1	6,7%	53,3%	
DEF	3	20,0%	73,3%	
E	2	13,3%	86,7%	
FG	1	6,7%	93,3%	
G	1	6,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

Q12	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	12	80,0%	80,0%	
B	2	13,3%	93,3%	
C	1	6,7%	100,0%	
Total	15	100,0%	100,0%	

APÊNDICE E – 4 - TABELAS REFERENTES ÀS RESPOSTAS DE MÉDICOS NÃO DOCENTES

Respostas de médicos não docentes

<u>Q1</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	15	71,4%	71,4%	
B	3	14,3%	85,7%	
C	2	9,5%	95,2%	
D	1	4,8%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q2</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	14,3%	14,3%	
B	12	57,1%	71,4%	
C	5	23,8%	95,2%	
E	1	4,8%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q3</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
ABCDEF	1	4,8%	4,8%	
AD	1	4,8%	9,5%	
B	3	14,3%	23,8%	
BCDEF	1	4,8%	28,6%	
BCEF	2	9,5%	38,1%	
BCF	1	4,8%	42,9%	
C	5	23,8%	66,7%	
CD	1	4,8%	71,4%	
CDE	1	4,8%	76,2%	
CE	1	4,8%	81,0%	
CEF	1	4,8%	85,7%	
D	1	4,8%	90,5%	
G	2	9,5%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q4</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
ABCD	2	9,5%	9,5%	
ABCDEF	1	4,8%	14,3%	
ABD	1	4,8%	19,0%	
AD	1	4,8%	23,8%	
BCD	2	9,5%	33,3%	
BCDEF	1	4,8%	38,1%	
BCF	1	4,8%	42,9%	
CD	1	4,8%	47,6%	
D	8	38,1%	85,7%	
F	1	4,8%	90,5%	
G	2	9,5%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q5</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	5	23,8%	23,8%	
B	4	19,0%	42,9%	
C	3	14,3%	57,1%	
CD	2	9,5%	66,7%	
D	7	33,3%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q6</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	3	14,3%	14,3%	
B	8	38,1%	52,4%	
C	10	47,6%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q7</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	1	4,8%	4,8%	
ABC	1	4,8%	9,5%	
B	2	9,5%	19,0%	
BCE	1	4,8%	23,8%	
C	1	4,8%	28,6%	
CDE	1	4,8%	33,3%	
DE	2	9,5%	42,9%	
E	6	28,6%	71,4%	
G	3	14,3%	85,7%	
I	3	14,3%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q8</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	1	4,8%	4,8%	
A	1	4,8%	9,5%	
B	5	23,8%	33,3%	
C	11	52,4%	85,7%	
D	2	9,5%	95,2%	
E	1	4,8%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q9</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	1	4,8%	4,8%	
A	4	19,0%	23,8%	
AB	5	23,8%	47,6%	
ABC	2	9,5%	57,1%	
B	4	19,0%	76,2%	
C	2	9,5%	85,7%	
D	1	4,8%	90,5%	
E	2	9,5%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q10</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
Missing	2	9,5%	9,5%	
A	3	14,3%	23,8%	
B	7	33,3%	57,1%	
C	7	33,3%	90,5%	
D	2	9,5%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q11</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
AG	1	4,8%	4,8%	
B	3	14,3%	19,0%	
C	2	9,5%	28,6%	
D	2	9,5%	38,1%	
DE	1	4,8%	42,9%	
DEFG	1	4,8%	47,6%	
E	4	19,0%	66,7%	
F	2	9,5%	76,2%	
G	4	19,0%	95,2%	
H	1	4,8%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

<u>Q12</u>	Frequency	Percent	Cum Percent	
A	15	71,4%	71,4%	
B	4	19,0%	90,5%	
C	2	9,5%	100,0%	
Total	21	100,0%	100,0%	

APÊNDICE F - SÍNTESE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS

TABELA DE RESPOSTAS DAS QUESTÕES DISSERTATIVAS

Informante	Questão 13	Questão 14
Nº	<i>Pergunta: Em que situações você acha que os epônimos poderiam ou deveriam ser utilizados?</i>	<i>Pergunta: Você tem problemas com termos eponímicos? Por quê?</i>
1.	Somente para remeter ao descobridor da doença.	[Sim] Sim, pois são confusos.
2.	Locais informais; entre médicos e pacientes, pois estes conhecem mais os epônimos que os nomes corretos.	[Não] Não, pois são de fácil assimilação.
3.	Para não causar constrangimentos aos acometidos pela doença; fácil pronúncia; conversas com médicos antigos.	[Sim] Sim, é difícil memorizá-los.
4.	Em situações casuais, tornando o nome da patologia mais acessível a pessoas que não são da classe médica	[Sim] Muitas vezes esse termo não nos remete a raiz da doença, não mostra diretamente o seu significado
5.	Para o contato com as patologias e com a população.	[Sim] Sim, pois não conheço a maioria deles.
6.	Quando já se tornaram termos conhecidos.	[Sim] Sim, pois pode dificultar a identificação das características e da doença em si.
7.	Entre professores e alunos, pois são muito utilizados na área médica; entre médicos, entre médicos e pacientes para esclarecer o significado da doença (quando esse é mais conhecido)	[Sim] Sim, porque muitos não esclarecem o significado.
8.	Epônimos são muito utilizados na prática cirúrgica, já estando bem conceituados.	[As vezes] Com alguns, pois ainda não uso muito. Outros, já conhecidos, são fundamentais pela facilidade de memorizar uma doença.
9.	Com pacientes, pois não necessitam saber a linguagem científica. Facilita a memorização e a linguagem.	[Não] Não, pois por ser estudante de Medicina há o conhecimento do termo.
10.	Quando o nome da doença pelo epônimo é muito conhecido ou para evitar problemas na pronúncia.	[Sim] Não, porque ainda não os uso com frequência.
11.	Em qualquer situação, desde que seja explicado ao paciente seu significado, como qualquer outro termo médico	[Não] Não, pois seu uso é consagrado. Mas devemos conhecer também o termo mais adequado e empregá-lo na prática clínica e ensiná-lo ao paciente.
12.	Para evitar constrangimentos ao paciente, quando o diagnóstico ainda não foi confirmado; usar ajuda na memorização deles.	[Sim] Sim, difícil memorizá-los. Muitas vezes referem-se a doenças raras, mas cobram-nos em concursos (de residência, por exemplo)
13.	Para evitar constrangimento, quando não há termo que o substitua, quando facilita a linguagem do profissional	[Sim] Quando não sei a causa do uso, não consigo gravar.
14.	Em congressos e aulas médicas; ajudam a gravar o conceito a identificar alguma característica histórica da doença.	[Sim] Sim. Dificultam a caracterização da doença quando esta não foi explicada anteriormente.
15.	---	[Sim] Sim. Quando desconheço o significado.

16.	Porque já são usados rotineiramente em nosso cotidiano.	[Às vezes] Com alguns, mas com o hábito acabo por aceitá-los.
17.	Para designar uma patologia, mascarar seus problemas e complicações, evitando preconceitos.	[Não] Não.
18.	Nunca	[Sim] Sim, pela dificuldade de memorização.
19.	Quando o termo for clássico, já conhecido pela população em geral.	[Sim] Com os mais recentes, menos conhecidos.
20.	---	[Não] Não, são bastante conhecidos e excluí-los agora só dificultaria a aprendizagem.
21.	Quando a nomenclatura já é difundida entre os leigos, como Doença de Chagas.	[Sim] Sim, quando não os conheço.
22.	Quando já são conhecidos pela população em geral; para evitar preconceito.	[Sim] Sim, justamente pela não relação entre o termo e o significado.
23.	Como curiosidade, apenas.	[Sim] Sim, pois privam o receptor de obter uma idéia geral do que significa aquela expressão, pois não contém afixos identificáveis.
24.	Quando já são muito conhecidos.	[Sim] Sim, pois não oferecem nenhuma pista da doença.
25.	Quando são bastante conhecidos; em situações informais e cotidianas.	[Não] Não, quando já são conhecidos não apresentam problemas.
26.	Nos hospitais, entre médicos para facilitar a comunicação.	[Sim] Ainda não.
27.	Quando são mais conhecidos que o nome original da doença	[Sim] Não, pois ainda não usamos muito.
28.	Quando já são usados há muito tempo e quando as pessoas só conhecem determinada doença através deles.	[Não] Não.
29.	Nos estudos/aulas para conhecer a história da ciência, das personalidades envolvidas nela.	[Não] Não, com o uso os internalizei.
30.	Quando são termos mais utilizados (são os conhecidos) pela população leiga	[Às vezes] Às vezes, pois não nos ajuda a identificar a origem ou o significado daquilo que nomeia.
31.	Quando são termos conhecidos, consagrados.	[Sim] Sim, pois não remetem à doença e às suas características.
32.	Nunca	[Sim] Sim, pois temos que associar um nome abstrato à doença. Seria mais fácil um termo que se associasse a patologia e não a alguém.
33.	Quando o cientista merecer tal homenagem.	[Sim] Sim, são opacos, não remetem às características da doença.
34.	Nunca	[Não] Não, pois são usuais dentre a maioria dos médicos; difícil excluí-los.
35.	Quando já são consagrados	[Sim] Sim, o uso de alguns dificulta a prática médica.
36.	Em ambiente cirúrgico, onde esses termos são muito utilizados sem prejuízo algum de compreensão.	[Sim] Sim, pois não denotam claramente uma estrutura anatômica, mas com o uso podemos habituar-nos.

37.	Quando são conhecidos pela população em geral	[Sim] Sim, quando não tive contato com um termo eponímico, não consigo decodificar o que ele significa.
38.	Quando são consagrados; para evitar constrangimento.	[Sim] Um pouco, pois prejudicam a rápida interpretação do termo/doença.
39.	Quando já são conhecidos e tem o uso consagrado pelos profissionais de saúde.	[Às vezes] Não com os mais conhecidos ou que têm um significado fácil de deduzir (mistos).
40.	Para demonstrar conhecimento da História da Medicina, para evitar preconceito, para evitar constrangimento.	[Não] Não. É importante utilizá-los por questões históricas, para homenagear o descobridor e porque já estão incorporados no cotidiano médico.
41.	Quando é importante conhecer o histórico da doença.	[Não] Não.
42.	Quando são conhecidos e consagrados pelo uso.	[Sim] Quando são desconhecidos, sim.
43.	Quando são conhecidos.	[Sim] Sim, pois não especificam a área, posição ou mesmo a função do que designa.
44.	Quando são conhecidos.	[Sim] Sim, quando um mesmo epônimo é usado em diferentes doenças ou células.
45.	Nunca.	[Sim] Sim, pela dificuldade de pronúncia [nomes estrangeiros?] e às vezes são mais difíceis para o paciente entender.
46.	Nunca.	[Sim] Sim, pela dificuldade memorização.
47.	Em situações informais, para homenagear cientistas.	[Sim] Sim, pois não especifica a área, região ou significado de doenças.
48.	Entre profissionais da saúde.	[Sim] Sim.
49.	Entre profissionais da saúde.	[Sim] Sim, difícil interpretá-los.
50.	Apenas no meio acadêmico, onde docentes e discentes podem saber o real significado e história da doença.	[Sim] Não, pois ainda uso poucos.
51.	Quando o médico julgar adequado ao contexto.	[Não] Não. A tradição pouco interfere no aprendizado. Aprender os termos eponímicos independe do conhecimento fisiopatológico da doença. O importante é conhecer a doença, não importa o nome.
52.	Quando são mais consagrados que os termos originais, facilitando a comunicação e entendimento.	[Não] Não, pois quando bem utilizados podem facilitar a prática médica.
53.	Quando se fala da história/descoberta da doença.	[Sim] Sim, por falta de instruções [ensino?] médicas e conhecimento.
54.	Quando já são consagrados e conhecidos pela maior parte dos profissionais da Saúde.	[Sim] Sim, quando designam doenças não muito conhecidas ou não comuns.
55.	Para resgatar características históricas.	[Não] Não.

56.	Entre docentes ou estudantes de Medicina.	[Não] Não. Pois o uso facilita o conhecimento.
57.	Na prática médica, exceto na relação médico/paciente.	[Não] Não. Tenho interesse e curiosidade sobre esses termos.
58.	Quando já são consagrados; quando já se associou o epônimo à doença.	[Às vezes] Às vezes, quando é desconhecido e não possibilita associações.
59.	Quando se fala da história da descoberta da doença.	[Sim] Sim, por falta de conhecimento de vários deles.
60.	Para facilitar a denominação de doenças.	[Não] Não, pois já estamos habituados a utilizá-los no dia-a-dia.
61.	Quando são de uso consagrado e porque são usados por diversos autores, de forma variável, e mesmo em provas, testes e concursos.	[Sim] Sim, pois o número de epônimos é interminável e, muitas vezes, é necessário recorrer a livros, dicionários médicos e internet.
62.	Apenas em diálogos entre médicos, em aulas, palestras para a classe, e ainda assim com muito discernimento, e apenas aqueles mais conhecidos.	[Não] Não.
63.	Sempre que se quiser dar uma identidade própria à doença.	[Não] Não.
64.	Sempre que o termo eponímico expressa de forma mais contundente o referente que a própria denominação científica.	[Não] Não.
65.	---	---
66.	---	[Não] Não, gosto de memorizar epônimos.
67.	---	---
68.	---	---
69.	Quando são de uso consagrado pela Medicina.	[Não] Não.
70.	Quando são muito conhecidos.	[Não] Não.
71.	Apenas nos casos em que forem bastante comuns (conhecidos).	[Às vezes] Às vezes, pois existem muitos epônimos desconhecidos.
72.	Nas situações em que é usado hoje, não acho que deve haver mudanças.	[Não] Não, pois a grande maioria eu uso e já aprendi, tanto na faculdade quanto na experiência do dia-a-dia.
73.	Ocasões teóricas com pacientes, médicos, em aulas e congressos.	[Não] Não.
74.	Para facilitar o entendimento do termo usado, em linguagem profissional ou acadêmica.	[Não] Não.
75.	Em todas as situações citadas (no hospital, na faculdade, em congressos científicos).	[Não] Não.
76.	Quando pertinente, pois a língua está sempre em constante evolução.	[Não] Não.
77.	---	---
78.	Em patologias já conhecidas e com grande incidência de uso.	[Sim] Sim, em casos de doenças raras.
79.	---	---

80.	Poderiam ser utilizados para homenagear o cientista que teve papel importante no histórico daquela doença. Os termos mistos são mais diretos e mais difíceis de confundir.	[Às vezes] Com os da minha especialidade, não, pois são familiares, conhecidos desde a época da faculdade. Mas os de outras especialidades me trazem problemas e me deixam confusa, pois muitas vezes não imagino do que se trata. Os mistos são sempre mais fáceis de entender.
81.	Poderiam ser usados sempre.	[Não] Não.
82.	Nos casos em que já são consagrados. Como meio de auxiliar no histórico da doença a que se refere e como parte da cultura médica.	[Não] Não. Em muitas situações, eles resumem o que tentamos definir, por exemplo, durante uma discussão de caso clínico entre médicos de diferentes especialidades.
83.	---	---
84.	No lugar de termos extensos, trava-línguas e constrangedores ao paciente em ambientes públicos.	[Não] Não, utilizo só os necessários e os quais conheço bem ou tenho vivência.
85.	---	---
86.	Não há como não utilizar epônimos em cirurgia. Todo o instrumental cirúrgico tem nomes próprios.	[Não] Não. Acredito que a relação do nome à cirurgia da patologia/instrumento cirúrgico possa ajudar na assimilação de seu significado.
87.	Apenas em situações especiais quando eles já estiverem consagrados pela comunidade médica de forma ampla, reduzindo as possibilidades de erro de interpretação.	[Às vezes] Às vezes, principalmente quando não possuem correlação com a alteração fisiopatológica produzindo uma maior chance de erro na interpretação do termo, podendo levar a interpretações indevidas pelos leigos.
88.	Somente para se referir a doenças em que esse termo é bastante conhecido.	[Sim] Sim, em áreas não correlatas à minha especialidade não sei o que significam muitos deles.
89.	Sempre que possível.	[Não] Não.
90.	Em situações informais.	[Sim] Sim, por muitas vezes não conhecê-los.
91.	Acredito não haver prejuízo caso o termo seja bem conhecido, para facilitar a comunicação entre os médicos.	[Não] Não.
92.	Naquelas em que são termos consagrados pelo uso, mas de forma geral deveriam ser evitados.	[Sim] Sim, com doenças raras, com termos pouco utilizados, pela falta de uso.
93.	Quando o uso já é consagrado, principalmente pelo valor histórico (descobridor).	[Às vezes] Não com os que uso rotineiramente. Sim, quando se referem a doenças ou estruturas que não são de minha área.
94.	Identificação de patologias ou agentes patológicos em homenagem ao seu descobridor.	[Não] Não
95.	Doenças amplamente conhecidas e cuja tradição histórica consagra o uso.	[Às vezes] Algumas vezes, quando são pouco conhecidos.
96.	Para doenças já consagradas.	[Não] Não, porém não são a melhor maneira de se referir às patologias médicas.

APÊNDICE G – 1 – ESPECIALIDADE E ANO DE FORMAÇÃO DOS MÉDICOS**PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Médicos e suas especialidades, em ordem crescente de ano de formação:

1958 - Gastroenterologia
1967 - Cirurgia Vascular periférica
1968 - Clínica Médica, Gastroenterologia, Medicina Tropical
1972 - Gastroenterologia
1975 - Cirurgia Geral
1975 - Psiquiatria
1977 - Radiologia
1978 - Medicina Legal
1980 - Cardiologia
1983 - Ortopedia
1983 - Ginecologia e Obstetrícia
1984 - Sanitarista
1985 - Oncologia e Cirurgia Geral
1986 - Cirurgia Geral
1989 - Dermatologia
1990 - Ortopedia
1991 - Cirurgia de Urgência / UR
1992 - Anestesiologia
1992 - Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia da mão
1997 - Clínica Médica
1998 - Clínica Médica
1998 - Ginecologia e obstetrícia
2000 - Pediatria; Endocrinologia
2001 - Clínica Médica
2001 - Clínica Médica
2002 - Terapia Intensiva
2003 - Ortopedia
2003 - Médico Generalista (ou Medicina de família e Comunidade)
2003 - Clínica Médica
2003 - Hematologia
2004 - Anestesiologia
2004 - Terapia intensiva
2004 - Clínica Médica
2006 - Clínica Médica
Não consta data - Nefrologia
Não consta data – Especialidade não informada

**APÊNDICE G – 2 - ESPECIALIDADES RECONHECIDAS PELO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA**

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.763/05

(Publicada no D.O.U., de 09 Mar 2005, Seção I, p. 189-192)

Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1763_2005.htm

2) *RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA*

1. ACUPUNTURA
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA
3. ANESTESIOLOGIA
4. ANGIOLOGIA
5. CANCEROLOGIA
6. CARDIOLOGIA
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR
8. CIRURGIA DA MÃO
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
11. CIRURGIA GERAL
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA
13. CIRURGIA PLÁSTICA
14. CIRURGIA TORÁCICA
15. CIRURGIA VASCULAR
16. CLÍNICA MÉDICA
17. COLOPROCTOLOGIA
18. DERMATOLOGIA
19. ENDOCRINOLOGIA
20. ENDOSCOPIA
21. GASTROENTEROLOGIA
22. GENÉTICA MÉDICA
23. GERIATRIA
24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
26. HOMEOPATIA
27. INFECTOLOGIA
28. MASTOLOGIA
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
30. MEDICINA DO TRABALHO
31. MEDICINA DE TRÁFEGO
32. MEDICINA ESPORTIVA
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
34. MEDICINA INTENSIVA
35. MEDICINA LEGAL
36. MEDICINA NUCLEAR

37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
38. NEFROLOGIA
39. NEUROCIRURGIA
40. NEUROLOGIA
41. NUTROLOGIA
42. OFTALMOLOGIA
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
44. OTORRINOLARINGOLOGIA
45. PATOLOGIA
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
47. PEDIATRIA
48. PNEUMOLOGIA
49. PSIQUIATRIA
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
51. RADIOTERAPIA
52. REUMATOLOGIA
53. UROLOGIA

Autorizo a reprodução xerográfica para fins de pesquisa.

São José do Rio Preto, 04 de março de 2010.

Assinatura