

BASES DA MODERNA PROFILAXIA DA LEPRO PLANO RECOMENDADO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO*

A. ROTBERG **

A legislação e os programas de profilaxia das doenças transmissíveis modificam-se, obviamente, à medida que surgem novos conhecimentos básicos e se descartam concepções falsas ou obsoletas.

NOVOS CONHECIMENTOS BÁSICOS, ÚTEIS PARA A CAMPANHA PROFILÁTICA CONTRA A LEPRO

1) O desenvolvimento progressivo dos métodos clínico-laboratoriais desde o início do século permite, hoje, fazer-se o diagnóstico da lepra incipiente, com grande antecipação em relação às fases contagiantes, deformantes ou incapacitantes da doença.

2) A terapêutica, nos últimos 25 anos, representou passo importante em relação à época anterior já que conseguiu:

- a) impedir a evolução da moléstia de sua fase inicial para as fases contagiantes, deformantes e incapacitantes;
- b) extinguir ou diminuir a infecciosidade da maioria das formas que já alcançaram a fase contagiante.

3) As pesquisas no terreno da imunopatologia da lepra, nos últimos trinta anos, demonstraram a refratariedade de 80% dos sãos e as possibilidades do BCG para reconhecimento e, talvez, para a melhoria das condições imunitárias dos 20% de suscetíveis.

* Aprovado pelo Grupo de Trabalho do Departamento de Profilaxia da Lepra, constituído por: Drs. Lauro de Souza Lima e Nelson Souza Campos — Peritos em Lepra da Organização Mundial de Saúde e Ex-Diretores do D.P.L.

Dr. José Martins de Barros — Professor Associado da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Dr. Abraão Rotberg, coordenador.

* Aprovado pelo Conselho Superior de Saúde, da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, do Estado de São Paulo.

** Professor de Clínica Dermatológica da Escola Paulista de Medicina. Perito em Lepra da Organização Mundial de Saúde. Diretor-Substituto do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo.

CONHECIMENTOS BÁSICOS ANTIGOS, AINDA ÚTEIS

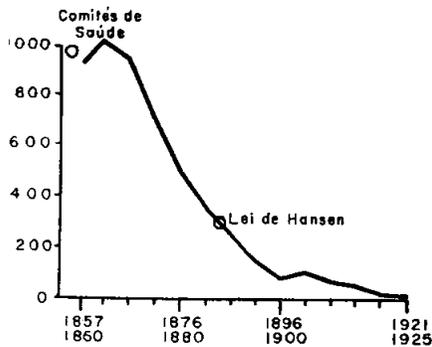
1) A melhoria das condições sanitárias parece ter sido a causa do acentuado declínio da endemia leprosa na Noruega. Foi após a instituição dos "Comitês de Saúde" (1854) e das noções elementares de higiene pessoal e domiciliar, ministradas aos doentes, que se verificou êsse rápido declínio.

2) A lepra propaga-se principalmente nas condições de contato íntimo e prolongado do grupo familiar. O número de casos novos entre os "comunicantes" familiares é 4 a 6 vezes maior do que entre a população sem contato conhecido com doente de lepra.

ATIVIDADES CONSIDERADAS OBSOLETAS

3) A técnica de isolar da comunidade, em estabelecimentos especiais, doentes de lepra contagiantes, com a finalidade de diminuir a incidência de casos novos da doença, baseou-se em interpretação errônea da experiência norueguesa. Quando a "lei de isolamento" de Hansen entrou em vigor (1885) a endemia já se reduzira muito, presumivelmente pelas medidas educativas de higiene recomendadas pelos Comitês de Saúde, e que continuaram vigorando após aquela lei. (gráfico I). O isolamento, aliás era obrigatório apenas para os doentes graves e que não queriam ou não podiam atender àquelas recomendações.

GRÁFICO I



I — Declínio da hanseníase na Noruega.

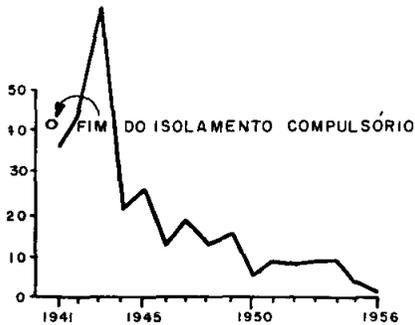
Este êrro de interpretação foi trágico: causou desintegrações de famílias e estigmatizações sociais. Com essas violências e com a conservação dos doentes em estabelecimentos e colônias de diversos tipos, despenderam-se somas colossais — sem a menor influência sobre o

mento como medida profilática não reduziram significativamente a incidência da moléstia nem do seu tipo lepromatoso, grave e contagiante.

Comprovado o erro a que tinham sido levados, governos em todo mundo aboliram o isolamento compulsório indiscriminado e procuraram outras soluções.

Em NDI OJI ABAM (Africa) a vigilância de comunicantes e tratamento de doentes em dispensários (com internação voluntária e parcial apenas em situações especiais) reduziu gradativamente o número de doentes novos, de 71 em 1943 para 2 em 1956. (gráfico II).

GRÁFICO II



II — Declínio da hanseníase em NDI-OJI - ABAM (Nigéria).

RECOMENDAÇÕES DO SEMINÁRIO SOBRE PROFILAXIA DA LEPROA DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PANAMERICANA E DO VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA (1963) E A ADEQUAÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.

Em 1958, a Repartição Sanitária Panamericana, organismo regional da Organização Mundial de Saúde, promoveu um Seminário, em Belo Horizonte, que chegou, entre outras, às seguintes conclusões:

"O Seminário é de opinião que a disposição legal do isolamento obrigatório em estabelecimentos especiais — leprosários — traz sérias desvantagens, as quais criam obstáculos à execução de medidas mais valiosas de controle. Destacam-se, entre elas:

- a) Ocultamento de grande número de enfermos por temor à internação, dificultando o contróle subseqüente de seus comunicantes;
- b) Gastos elevados para o erário público, desviando-se, sem proveito algum para a profilaxia, recursos financeiros que poderiam ser mais bem aplicados

no desenvolvimento de métodos mais racionais e eficazes da luta contra a lepra;

- c) Desintegração e estigmatização da família do doente, tornando mais difícil seu reajustamento social;
- d) Discriminação injusta e desumana de uma classe de doentes, que passam a ser considerados como parias, impossibilitando, portanto a reintegração posterior na sociedade;
- e) Perpetuação dos preconceitos populares.

DESTA FORMA, O SEMINÁRIO RECOMENDA A ABOLIÇÃO DO ISOLAMENTO OBRIGATÓRIO E A SUBSTITUIÇÃO PELO CONTROLE EFETIVO DOS FOCOS, LOGRADO MEDIANTE O TRATAMENTO DE TODOS OS DOENTES E A VIGILÂNCIA DE SEUS COMUNICANTES.

A INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS FICARÁ RESTRITA AOS CASOS EM QUE HAJA ESPECIAL INDICAÇÃO MÉDICA OU SOCIAL.*

Não são diferentes os caminhos recomendados pelo VIII Congresso Internacional de Leprologia, realizado no Rio de Janeiro (1963).

"A segregação compulsória indiscriminada é anacrônica e deve ser abolida. Em certas circunstâncias, podem as autoridades sanitárias requerer isolamento de doentes de lepra que disseminam bacilos quando a sulfonoterapia seja descuidada ou ineficaz. A única medida compulsória desejável é o exame médico para doenças transmissíveis".

Ao sociólogo caberá investigar porque e como a moderada lei norueguesa de Hansen, de 1885, se transformou nas draconianas leis deste século, em vários outros países.

No Brasil, a lei federal n.º 610, de 13 de janeiro de 1949, obrigava não só a internação de *todos* os doentes contagiantes, mas também a de *todos* os lepromatosos "provavelmente" contagiantes e de *todos* os doentes "potencialmente" contagiantes. Como em outras regiões, esse isolamento não funcionou a não ser para aterrorizar, à custa de enormes despesas.

As recomendações do Seminário (1958) foram incorporadas à legislação brasileira, 4 anos depois. O decreto federal 968, de 7 de

* Já em 1956, uma Comissão nomeada pelo Presidente da Sociedade Paulista de Leprologia, Dr. F. Alayon, e constituída pelos Drs. J. de Aguiar Pupo, L. Baptista, J. M. Barros, L. M. Bechelli, J. C. M. Reis Filho, A. Rotberg e N. Souza Campos (Rev. Bras. Leprol. 24:203, 1956) havia proposto revisão dos conceitos profiláticos e sugerido as modificações legais pertinentes, dando-se ênfase ao trabalho dispensarial e reservando-se os Sanatórios para "isolamento seletivo". Essas medidas não puderam ser consolidadas e ampliadas à vista da descontinuidade administrativa observada no D.P.L. (Nota do A., posterior e. aprovação deste trabalho pelo C.S.S. e G.T.).

maio de 1962, do Parlamento, que estabeleceu normas para o combate à lepra no País, está em vigor, revogando disposições da lei 610.

"Art. 8.º — Será assegurado aos enfermos de lepra, portadores de formas clínicas contagiantes, o direito de movimentação, que poderá, entretanto, sofrer limitações nas eventualidades:

A — de não possuir o enfermo condições econômicas que garantam sua subsistência na forma requerida pelo seu estado de saúde;

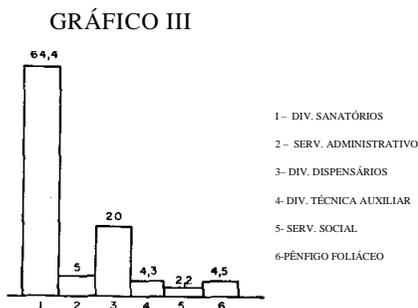
B — de não possuir o enfermo domicílio que satisfaça os requisitos mínimos de proteção aos demais conviventes;

C — de o enfermo, embora satisfazendo os itens anteriores, não acatar as determinações relativas ao seu tratamento regular e as recomendações que visem a eliminar os riscos de disseminações".

REPERCUSSÕES DA NOVA POLÍTICA SANITÁRIA NO BRASIL, ESPECIALMENTE EM SÃO PAULO.

Acompanhando a tendência mundial, o isolamento compulsório dos doentes de lepra foi abandonado no Brasil, com exceção do Estado de São Paulo, onde se continuou a praticá-lo. Cerca de 50% dos doentes contagiantes novos fichados foram ainda isolados compulsoriamente nos últimos anos.

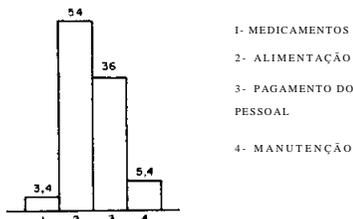
Para manter êsses doentes, e outros, em regime de internação, o Departamento de Profilaxia da Lepra gastou em 1966, cerca de 6 bilhões de cruzeiros antigos, ou seja 64,6% do orçamento total destinado ao programa de combate à lepra no Estado. (gráfico III).



III- Despesa do D.F.L. em 1966

Mais da metade desse numerário foi empregada na alimentação de cerca de 5.000 doentes isolados nos 5 sanatórios do Estado, (gráfico IV) pouco restando para as demais atividades, inclusive para o tratamento de 30.000 pacientes matriculados em 70 dispensários.

GRÁFICO IV



IV — Despesa nos SANATÓRIOS do D.P.L. em 1966

QUE FAZER COM OS SANATÓRIOS DE LEPROSA?

Recomendam os Seminários, Congressos e a Organização Mundial de Saúde que os já existentes continuem a atender às emergências clínico-cirúrgicas dos doentes de lepra e a asilar antigos doentes deformados e incapazes, sem possibilidade alguma de recuperação física e social; transformar-se-ão em centros de estudos e pesquisas, de reabilitação, de formação de pessoal técnico especializado. "Não se permitirá porém, que a hospitalização esgote os recursos e prejudique a eficiência dos dispensários, núcleos de controle da lepra".

Melhor é a situação dos países que, por não terem realizado o isolamento, por dificuldades financeiras ou outras, não se interessaram pela construção de Sanatórios.

"Pode-se aconselhar a construção de pequenas unidades próximas, anexas, ou, melhor ainda, integradas em hospital geral, com o benefício dos serviços de várias especialidades" (VIII Congresso Internacional de Leprologia, Rio 1963).

ATUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PROFILAXIA DA LEPROSA EM SÃO PAULO

1) A busca de doentes novos de todos os tipos, particularmente dos portadores de aspectos iniciais, deverá ser intensificada ao máximo, ampliando-se os recursos que conduzam ao diagnóstico.

Essa atividade será desenvolvida através de cursos intensivos práticos, para médicos e estudantes de Medicina, e de divulgação de noções para a população; exames de comunicantes, de coletividades e de setores da população geral, julgados de interesse epidemiológico.

2) O tratamento ambulatorio deverá atingir todos os doentes e será feito em dispensários, preferentemente integrados com outras atividades de saúde pública, ou em seus domicílios. As sulfonas serão suplementadas ou alternadas com outros medicamentos, ainda que mais dispendiosos, para prevenir ou atender aos problemas decorrentes de intolerância, hipersensibilidade e resistência à terapêutica,

3) Deverão ser estudados sob o aspecto imunitário, os comunicantes, especialmente os menores, a fim de se eliminar do controle rígido a maioria que apresenta resistência, e permitir, assim, a concentração das atividades profiláticas na minoria não resistente. Esta será submetida às tentativas de imunização pelo B.C.G. e, quando necessário, à terapêutica preventiva, ainda que em caráter experimental.

4) Em atividade integrada com o serviço de tuberculose, poder-se-á estudar a possibilidade de calmetização geral dos recém-nascidos, de maneira a atender também aos problemas referentes à premunicação experimental da lepra na população.

5) O doente contagiante será conservado em seu domicílio, desenvolvendo suas atividades habituais, desde que, autorizadas pelas autoridades sanitárias, à vista das condições clínicas, bacterioscópicas, imunológicas, sócio-econômicas próprias de cada caso.

Esgotadas as possibilidades de manter o doente contagiante em seu ambiente, proceder-se-á a sua internação temporária em estabelecimentos ou clínicas especializadas.

Essa hospitalização durará o tempo estritamente necessário; o retorno à sociedade não dependerá de complexas comissões médicas de alta, mas apenas do parecer conjunto do médico assistente, assistentes sociais e educadores sanitários.

6) Envolvendo o problema da lepra, numerosas facetas sociais, freqüentemente mais importantes do que as de natureza médica, recomenda-se que as atividades de assistência social sejam realizadas por órgãos especializados dentro da Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social, entrosados com as atividades médicas.

A êsses órgãos caberá estudar os problemas sociais e econômicos de doentes irremediavelmente deformados ou incapacitados, e julgar da conveniência do seu asilamento em sanatórios.

7) A pesquisa leproológica e a formação de pessoal técnico habilitado para atender aos diversos aspectos do problema, são necessidades evidentes, que deverão ser estimuladas e largamente desenvolvidas.

OS MEIOS

Atividades de tal magnitude exigirão, obviamente, recursos financeiros consideráveis, dificilmente disponíveis.

Deve-se considerar, porém, o fato de que as dotações orçamentárias, hoje destinadas à manutenção de doentes num isolamento geralmente inútil e até prejudicial para a profilaxia da doença, possam ser transferidas, à vista dos recentes dispositivos legais, para desenvolvimento de técnicas mais modernas na luta contra a lepra.

SUMMARY

Bases of the modern leprosy prophylaxis; plan recommended for the State of São Paulo.

Modern leprosy prophylaxis plans are based on the progress of early diagnostic means; on the therapeutic effects, especially during the early stages of the disease; on the knowledge that the disease is usually transmitted when poor hygienic conditions prevail and even then only to a minority of receptive contacts; this minority can be recognized through the lepromin test and controlled conveniently, eventually submitting it to BCG vaccination or preventive therapy. Under exceptional circumstances, temporary isolation of severe cases, resistant to therapy and not capable of maintaining preventive conditions at home might be useful.

Indiscriminate compulsory isolation is useless and anachronistic; it does not have scientific bases, since the decline of the Norwegian endemic, wrongly attributed to the isolation law of Hansen (1885), started really 30 years before, soon after domestic hygienic habits were recommended by the Health Committees in 1854; in other countries, where isolation was instituted, this decline was not seen. Isolation, on the contrary, must be abolished according to the Seminar on leprosy prophylaxis of the Panamerican Sanitary Bureau and the Brazilian Government (Belo Horizonte, 1958) and the recommendations of the VII and VIII International Congresses of Leprology (Tokyo, 1958; Rio de Janeiro, 1963).

According to the Seminar of 1958 some of the disadvantages of compulsory isolation are:

- a) Hiding of numerous patients who are afraid of being isolated. (This makes it impossible to observe and control those with whom the patient associates).
- b) High cost for the public treasury, resulting in the dissipation of funds that might be used better in the development of more rational and efficient methods for fighting leprosy.
- c) Disintegration and stigmatization of the family make its social re-adjustment more difficult.
- d) Unfair discrimination against this category of patients who are then regarded as outcasts which makes it impossible to reintegrate them into society.
- e) Perpetuation of popular prejudices.

The old Brazilian leprosy prophylaxis law (1949) emphasized the prophylactic virtues of compulsory isolation and forced the confinement of all contagious lepers and of all "probably or potentially contagious" non-lepromatous cases. In 1962 this legislation was mitigated considerably "permitting" the confinement of only some patients who did not follow the preventive and therapeutic recommendations. This law was not obeyed by one Brazilian State (São Paulo), where 50% of the patients were interned compulsorily in the last years. To keep about 5.000 persons confined, the State spent the equivalent of about US\$ 3.000.000 in 1966 out of a total budget for leprosy of US\$ 4.500.000, sacrificing all other useful activities of the 70 State Dispensaries, with more than 30.000 patients under control.

The prophylaxis program of the State of São Paulo is, in brief: intensification of all means that might lead to an early diagnosis, through teaching, divulgation, examination of contacts and communities; regular and intensive ambulatory treatment; integration with other public health activities; temporary isolation for exceptionally difficult clinicobacteriological and sanitary conditions; immunologic study of the contacts followed by the ministration of BCG and/or preventive treatment of the susceptible; administration of BCG to all newborn infants; scientific research and training of qualified personnel. Social service shall be extended and articulated with medical activities (rehabilitation), also to decide on providing asylum for irrecuperable cases.

contra uma ação destruidora



cinco ações terapêuticas simultâneas: antiinflamatória, antialérgica, antipruriginosa, antibacteriana, antimicótica.

OMCILON-A "M"
creme e pomada

um produto



SQUIBB

São Pedro, detalhe da Santa Ceia. Igreja das Mercês, Ouro Preto. Autor desconhecido.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA GABINETE DO DIRETOR

Ao Exmo. Senhor
Professor Doutor João de Aguiar Pupo
DD. Redator Interino
REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA
São Paulo

Os sinais e sintomas da doença causada pelo bacilo de Hansen não são encontrados na Bíblia hebraica e certamente, não correspondem ao "Zaraat", como descrito no capítulo 13 do Levítico ou em outros capítulos do Velho Testamento, como os especialistas poderão facilmente observar (1, 2, 8, 4, 7, 8). Também não correspondem à tradução grega "lepra" que somente significava, vagamente, um grupo de dermatoses escamosas — tinha, psoríase, etc. — mas, que, provavelmente, possuía o mesmo significado de "Zaráat": impureza, degradação ante Deus. Falsas traduções e conotações através dos tempos e a tolerância dos primeiros especialistas (Danielssen & Boeck entre as exceções), que não reagiram contra a aplicação do vago, mas terrificante rótulo "lepra" para a nova entidade nosológica, deram à nossa geração êsse presente de Tróia: um nome cujo único efeito foi desgraçar milhões de pessoas e comprometer tremendamente toda a técnica moderna de prevenção e tratamento.

Entretanto nós, especialistas, ainda insistimos em usar o "trágico nome de lepra" estigmatizado por Lendrum (5,6) como "mais prejudicial para a saúde pública que qualquer dificuldade diagnóstica ou terapêutica".

O V Congresso Internacional de Lepra (Havana, 1948) recusou o pedido de mudança de nome feito por milhares de pacientes, encaminhado por Perry Burgess, e recomendou, em substituição, campanhas educativas para tornar "lepra" aceitável. Que espécie de esforço intenso e permanente foi feito desde então?

Como diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo (Brasil) pude sentir mais intensamente a inutilidade de algumas raras campanhas locais contra termos universais carregados de todo o peso de lendas e superstições, baseados em falsas traduções do Velho Testamento. 90% do trabalho de nossos educadores são perdidos explicando que lepra não é "lepra"; os 10% restantes do seu tempo, para informar sobre a resistência, o baixo grau de transmissi-

bilidade e a nova terapêutica, perdem-se na manhã seguinte diante das manchetes sensacionalistas sobre "leprosos perigosos ameaçando nossa pacífica cidade, habitantes fugindo espavoridos".

Modificar as palavras da Bíblia e dar ao "Zardat" sua tradução real não será fácil nem rápido; de qualquer forma, não resolverá o problema da "lepra" em nossa literatura nem nos dicionários como neste a meu alcance: "leproso: portador de lepra; sórdido, repelente, abominável".

A única solução que vejo é a adoção de terminologia nova, ainda que artificial, esquecendo-se imediatamente "lepra" e derivados. As associações com o velho nome desaparecerão dentro de poucos anos se se tentar árduamente. O próximo IX Congresso Internacional de Leprologia merecerá a gratidão de médicos e doentes se reviver o problema e oferecer qualquer solução.

Nesse ínterim, porém, não pude resignar-me a ver a "lepra" prejudicar toda a atividade administrativa. Como nome provisório sugeri "hanseníase", (como em "candidíase", "tripanossomíase"), com boa receptividade na XXIV Reunião dos Dermatologistas Brasileiros (J. Fora, MG., out. 67) na Associação Brasileira de Leprologia (Rio, GB., nov. 67), na Associação Paulista de Medicina e na Sociedade Paulista de Leprologia (S. Paulo, dez. 67).

O Professor F. E. A. RABELLO, relator da Comissão de Nomenclatura da Sociedade Brasileira de Dermatologia, me comunicou verbalmente que na próxima edição adotará o termo "hanseníase".

Substitutos mais antigos como "Doença de Hansen", "hansenose", "hansenite" e outros foram discutidos e considerados por alguns colegas como mais corretos, mas "hanseníase" foi aceita pela grande maioria de especialistas e doentes e estes últimos certamente devem ser ouvidos após séculos de difamação.

Derivados, como "hanseniologia", "hanseniologista", "hanseniótico", "hansênide", "hansenióde", etc., foram imediatamente adotados. "Hansenioma" como substituto para "leproma" seria injusto; máculas, nódulos, infiltrações de Virchow" foram a solução provisória. As formas da doença serão conhecidas neste Departamento com as iniciais "V" (Virchow), "I", "T" e "D". "Mitsudina" é o nosso antígeno. Nada posso fazer quanto ao M. leprae ou à nomenclatura patológica, evidentemente, mas essas simples medidas administrativas, aceitas, sem hesitação, pelo Prof. W. Leser, Secretário da Saúde Pública do Estado de São Paulo, mostraram, em algumas semanas, os primeiros resultados: pacientes e famílias estão agradecendo; nossos esforços para integração com outras atividades sanitárias estão sendo muito mais bem sucedidos, os clínicos gerais, dermatologistas e neurologistas estão encontrando muito mais facilidade em encaminhar doentes de "hanseníase" para nosso nôvo "Departamento de Dermatologia Sanitária" (conforme o modelo venezuelano) do que para o antigo e aterrorizante "De paramento de Profilaxia da Lepra".

Estou enviando cartas e questionários para as revistas e sociedades de dermatologia e de leprologia, para professores, pesquisadores; educadores e assistentes sociais no Brasil e no Exterior, no intuito de coletar opiniões e preparar trabalho e apêlo ao próximo Congresso Internacional. Muito apreciaria a publicação desta carta para conhecimento de outras pessoas e organizações interessadas.

Estou consciente das dificuldades do problema e dos defeitos da nova terminologia proposta, e solicito melhores sugestões. Mas espero não ser forçado, por desaprovação ou desinteresse internacional, a reingressar no pesadelo da "lepra" e ter que me debater novamente com estigmas e superstições.

Nesse sentido, tomo a liberdade de enviar ao colega, além de outro material pertinente, um questionário solicitando o obséquio de sua preciosa manifestação.

Cordialmente,

a) A. ROTBERG

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COCHRANE, R. G. — Biblical leprosy — A suggested interpretation. *Star* 15:1-3, 1956.
2. COCHRANE, R. G. — The history of leprosy and its spread throughout the world. *In* COCHRANE, R. G. & DAVEY, T. F. — *Leprosy in theory and practice*. 2.^a ed. Bristol, John Wright, 1964. p. 1-12.
3. GOLDMAN, L.; MORAITES, R. S. & KITZMILLER, K. W. — White spots in biblical times. *Arch. Dermat.* 93:744-753, 1966.
4. JEANSELME, E. — La lépre est-elle mentionnée dans la Bible? *In* *La Lèpre*, Paris, Doin, 1934, vol. 1. p. 12-16.
5. LENDRUM, F. C. — The tragic name of "leprosy". *Mod. Hosp.* 64:79-80. 1945.
6. LENDRUM, F. C. — The name "leprosy". *Amer. J. Trop. Med.* 1:999-1008, 1952.
7. MC ARTHUR, W — Mediaeval "leprosy" in the British Isles. *Int. J. Leprosy* 21:218-230, 1953.
8. TASS, J. — On the leprosy in the Bible. *In* 7^{ème} Cong. Int. d'Histoire des Sciences. Jerusalem 1953, p. 583-587.

1) Julga o colega que os termos "lepra "e derivados devam ser eliminados da literatura médica?

2) Se sua resposta fMr SIM, aceita	SIM	NÃO
1 — "Hanseníase" e derivados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 — Máculas, infiltrações, nódulos de Virchow?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 — Hanseníase "V"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 — Mitsudina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 — <i>Mycobacterium hansenii</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Se aceita a idéia, mas se alguma das respostas às questões 2 fôr NÃO, que outros termos sugere para:

- 1 — lepra.....
- 1a — leprologista.....
- 1b — leprótico.....
- 2 — leproma.....
- 3 — lepra lepromatosa.....
- 4 — lepromina.....
- 5 — *Mycobacterium leprae*.....

4) Tem conhecimento de algum país que tenha eliminado a palavra "lepra" oficialmente?

5) Tem algum comentário a fazer?

Nome:

Enderêço:

A. Rotberg

Caixa Postal, 8027

Av. Enéas Carvalho Aguiar, 188 - 5.º

São Paulo - Brasil