

# Sobre leptospirose e informação: ampliando os conceitos de negligência em saúde

## About leptospirosis and information: expanding health negligence concepts

Cláudio Manuel Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.949>

### RESUMO

Quando se utiliza a denominação “negligência” em saúde infere-se que não falem recursos financeiros para lidar com determinadas doenças ou que existam tratamentos disponíveis, mas que são doenças ignoradas apesar de representarem um potencial risco ou um dano já instalado à saúde pública. O negligenciamento de uma doença possui um duplo significado. O primeiro faz menção ao discurso clássico da negligência decorrente da falta de ação dos atores centrais da saúde pública: indústria farmacêutica, governo e sistema de saúde. Já o segundo, em intrincado e concomitante arranjo, diz respeito ao negligenciamento das populações correlacionadas à pobreza, desenvolvendo um círculo vicioso que acorrenta, pelo menos, um bilhão de pessoas em todo o planeta, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta identifica apenas 17 doenças denominadas “negligenciadas” e que afetam populações de maior vulnerabilidade econômica e social, apesar de não incluir a leptospirose — uma zoonose emergente, endêmica e de incidência global. Tomando por proposta a ampliação do conceito de negligência em saúde, discute-se neste artigo o rompimento com o modelo hegemônico, levando-se em consideração o quanto desassistida seria a leptospirose como a antropeozoonose de maior incidência mundial e com uma letalidade elevada em áreas de menor aporte econômico do planeta, apesar de não reconhecida em todo o seu potencial zoonótico por falta de dados confiáveis de carga de doença em populações humanas e animais.

**Palavras-chave:** doenças negligenciadas; leptospirose; acesso à informação.

### ABSTRACT

When quoting the term “negligence” in a public health contextualization, the main inference is that we are neither dealing with lacking of financial resources, nor with available therapeutical management, but facing dissembled diseases, by professional staff which should be responsible for engaging forces to have them mitigated – although representing a potential hazard or an already installed impairment to public health. The laxity of a disease has a dual meaning. First is the mention of a classic oversighting speech due to the main performer’s lack of action: the pharmaceutical industry, the government and its health system. The second, with an intricate and concurrent arrangement, tells about the poor population management, producing a vicious circle that chains, leastwise a billion of souls worldwide. The World Health Organization only identifies 17 diseases called “neglected”, which affects these vulnerable populations both socially and economically. Leptospirosis — an emergent, endemic and globally incidence zoonosis — was not included. Taking the magnification of the “neglected disease” concept as a proposal, we discuss the hegemonic model disruption; taking into consideration how unassisted is leptospirosis as a major global incidence disease with a high lethal coverage, especially in areas without an adequate economical influx, due to the lack of reliable data about this disease and its relationship with animal and human populations.

**Keywords:** neglected diseases; leptospirosis; access to information.

**Recebido em:** 11/02/2016

**Revisado em:** 25/05/2016

**Aprovado em:** 31/05/2016

**Autor para correspondência:** Cláudio Manuel Rodrigues – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde – Avenida Brasil, 4036, Sala 814, Prédio da Expansão – Manguinhos – CEP: 21040-361 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: [cmrodrigues@cdts.fiocruz.br](mailto:cmrodrigues@cdts.fiocruz.br)  
**Conflito de interesses:** nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

O significado de “negligência” passa por falta de cuidado ou de diligência, desleixo ou falta de aplicação e falta de atenção ou menosprezo em determinado contexto, situação, tarefa ou ocorrência. No jargão jurídico se diz do que deixa de cumprir com os deveres ou que decorre de omissão aos deveres que são exigidos pelas circunstâncias<sup>1,2</sup>.

Quando se utiliza a denominação “negligência” em saúde, infere-se que não falem recursos financeiros para lidar com determinadas doenças ou que existam tratamentos disponíveis, mas que são doenças ignoradas por quem as deveria combater, apesar de representarem um potencial risco ou um dano já instalado à saúde pública<sup>3</sup>.

Para Araújo *et al.*<sup>4</sup>, o negligenciamento de uma doença — do qual se depreende discursos segregatícios, de marginalização e menosprezo — possui um duplo significado. O primeiro faz menção ao discurso clássico da negligência decorrente da falta de ação dos atores centrais da saúde pública: indústria farmacêutica, governo e sistema de saúde. Já o segundo, em intrincado e concomitante arranjo, diz respeito ao negligenciamento das populações correlacionadas à pobreza, desenvolvendo um círculo vicioso que acorrenta, pelo menos, um bilhão de pessoas em todo o planeta, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>4</sup>.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Doenças negligenciadas: pequeno histórico e possíveis fatores causais

O programa “As Grandes Doenças Negligenciadas da Humanidade”, datado de 1977, cunhou o termo “doenças negligenciadas” pela primeira vez na história. Já na década de 2000, a OMS e os Médicos sem Fronteiras lançaram classificações similares reagrupando-as em “doenças globais”, “doenças negligenciadas” e “doenças extremamente negligenciadas”. Esse fato tornou essa nomenclatura mais comumente citada em artigos científicos e relatórios técnicos e de gestão da saúde global<sup>4,5</sup>.

Morel<sup>6</sup> confere à classificação “doenças negligenciadas” um avanço diante do que se denominava “doenças tropicais”, já que contemplaria os aspectos do desenvolvimento político, econômico e social, deixando no passado a perspectiva colonialista associada ao determinismo geográfico. O termo “doenças negligenciadas” passou, então, a ser utilizado como referência a uma plêiade de agravos infecciosos e parasitários endêmicos em populações de baixa renda e, em geral, localizadas nas Américas, na Ásia e na África. A correlação entre pobreza e negligência passa a se tornar cada vez mais evidente na rotina das entidades que são referência para a temática<sup>4,6,7</sup>.

A OMS identifica apenas 17 doenças como sendo “negligenciadas”, afetando as populações de maior vulnerabilidade econômica e social e, especialmente, aquelas que vivem em locais sem infraestrutura de saúde em áreas rurais remotas, favelas e zonas de

conflito armado. Apesar de não figurar em quaisquer das listas de doenças negligenciadas, a leptospirose é uma zoonose emergente endêmica e de incidência global, estando descrita em estudo da OMS como uma das passíveis de serem incorporadas<sup>3,8,9</sup>.

Morel<sup>6</sup> identifica três possíveis causas que corroboram a manutenção do *status* de negligência, relacionando-as com o que denomina de “falhas da ciência, falhas de mercado e falhas da saúde pública”. Como “falhas da ciência” entende-se que existam conhecimentos ainda insuficientes e que, para Araújo *et al.*<sup>4</sup>, apontam para uma construção de sentidos em que a solução para a negligência esteja situada no tempo futuro. Já as “falhas de mercado” estão associadas às soluções disponíveis no tempo presente, ou seja, que independem de inovações tecnológicas ou científicas que dizem respeito às drogas, aos imunobiológicos e aos diagnósticos existentes, mas que se encontram disponíveis a um custo proibitivo para incorporação pelo setor da saúde. Por fim, as “falhas da saúde pública” ocorrem na ausência de planejamento pela governança, que não disponibiliza aos afetados as estratégias terapêuticas ou possíveis diagnósticos já incorporados aos sistemas de saúde<sup>4,6</sup>.

Oliveira *et al.*<sup>10</sup> asseguram que para superação desses paradigmas será necessário institucionalizar mecanismos que levem as indústrias farmacêuticas a desenvolver pesquisas convergentes ao tratamento das doenças oriundas da pobreza. Para tal, sugerem uma verdadeira intervenção estatal por meio de estímulo às pesquisas e ao desenvolvimento de novas drogas, mais eficazes e seguras que as do portfólio atual para tratamento das doenças da pobreza<sup>10</sup>.

Entretanto, apesar de existir financiamento para as pesquisas relacionadas às doenças negligenciadas, o conhecimento já produzido não é revertido para avanços na área de terapêutica. Corroborando essa ideia, o *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi) afirma que existem diversos estudos científicos que tratam da biologia, imunologia e genética dos microrganismos e parasitas causadores dessas doenças, mas que não conseguem ser revertidos em novas ferramentas terapêuticas para as pessoas afetadas. Portanto, tais doenças têm sido progressivamente marginalizadas pelos programas de pesquisa tanto do setor público quanto do privado<sup>11,12</sup>.

### A ilusão da imortalidade e as populações negligenciadas

Recorrendo ao sociólogo alemão Norbert Elias, encontramos o local de fala das doenças não reconhecidas como de importância global, exatamente aquelas que não afetam um grande número de partícipes ou que afetam o estrato mais vulnerável da sociedade. Desse modo, proporcionando uma alegórica ilusão da imortalidade e da segurança ofertada pela sensação coletiva de que é possível alcançar a cura para grande parte das doenças e, ainda mais, adensada pela ideia de que as doenças rotuladas como “negligenciadas” seriam uma exceção, conflui-se para um processo inconsciente no qual a morte e os moribundos estariam dispostos à margem da sociedade<sup>13</sup>.

Este constructo é confirmado pelo descolamento entre como agem os tomadores de decisão e a realidade daqueles que sofrem com as doenças negligenciadas, muitas vezes possíveis de serem prevenidas, adequadamente diagnosticadas e tratadas. Assim, o caminho para a negligência já está trilhado, levando gestores a se afastarem da construção da imagem da morte, o que impacta diretamente na ausência das ações para com os doentes ou contra a propagação da doença e, em seu aspecto mais extremo, na inconsciência da existência da própria doença pelos tomadores de decisão. Neste aspecto, poderíamos avaliar que diversas outras doenças também poderiam ser classificadas como “negligenciadas” e que não figurando em quaisquer das listas oficiais, não recebem a devida atenção das autoridades sanitárias, mas impactam na saúde do coletivo ou têm um enorme potencial infeccioso, o que seguramente é o caso da leptospirose<sup>14-17</sup>.

No que diz respeito à etiologia da doença, é importante ressaltar que a leptospirose é causada por contato direto, pelas mucosas dos olhos, do nariz e da boca ou de soluções de continuidade da pele, ou indireto, pela água ou por alimentos contaminados por urina de reservatórios animais, com bactérias espiraladas. São classificadas entre espécies saprófitas e patogênicas, sendo estas últimas taxonomicamente agrupadas em, pelo menos, 23 sorogrupos e quase 300 sorovares que, em geral, possuem uma relação eficiente com o hospedeiro animal e, comumente, desenvolvem uma infecção latente que não pode ser evidenciada clinicamente. Nos seres humanos, caracterizados como hospedeiros acidentais, a doença se manifesta como uma síndrome gripal, pouco característica e relacionada à febre inespecífica, mas que eventualmente pode se agravar e levar a óbito. *A priori*, os sorotipos possuem relação mais ou menos estrita com determinadas espécies animais, entretanto diversos hospedeiros podem albergar mais de um sorotipo patogênico. Além disso, a complexidade e a dinâmica do ciclo ecológico das leptospirosas levam à oportunidade de adaptação entre sorovares e possíveis novos hospedeiros introduzidos no ambiente, modificando definitivamente os padrões de infecção e distribuição da doença no território<sup>15,18</sup>.

No passado, a doença estava relacionada às áreas rurais, porém, com a crescente urbanização, passou a ser associada com determinantes sociais como pobreza, submoradia, baixa escolaridade, urbanização desorganizada e acesso limitado aos serviços de coleta de lixo, esgotamento sanitário e água potável. Entretanto, pode ser observada como importante vetor de doença ocupacional, caso de mineradores, magarefes, tratadores de animais, médicos veterinários, garis, trabalhadores de companhias de coleta de lixo e saneamento, além de militares<sup>14</sup>.

Mais recentemente, a leptospirose vem sendo apontada como emergente em países europeus, apesar da histórica característica cosmopolita, principalmente devido ao processo de globalização da economia, com aumento de *hubs* aéreos e da oportunidade do turismo de aventura e da prática de esportes radicais em países endêmicos dos continentes asiático e americano, assim como da movimentação de tropas no Oriente Médio<sup>14-16</sup>.

O perfil de mudanças climáticas, principalmente quando relacionadas a desastres naturais pelo desmatamento e à elevação de precipitações atmosféricas, furacões e inundações, tem sido associado ao importante incremento de casos de leptospirose em áreas tropicais do planeta, mais especificamente em países de menor poder econômico, que têm déficit na vigilância da doença e dificuldade de diagnóstico e notificação não só de casos como também de óbitos por leptospirose<sup>14</sup>.

Tomando por proposta a ampliação do conceito de negligência em saúde, discute-se um rompimento com o modelo hegemônico, levando-se em consideração o quanto desassistida seria a leptospirose como a antropozoonose de maior incidência mundial e com uma letalidade elevada em áreas de menor aporte econômico do planeta, apesar de não reconhecida em todo o seu potencial zoonótico por falta de dados confiáveis de carga de doença em populações humanas e animais<sup>14,18,19</sup>.

## DISCUSSÃO

### Conceito ampliado de negligência para com a informação em saúde

Apesar da importância para a saúde pública, até o momento não houve uma abordagem global da leptospirose com resultados que levassem a uma efetiva prevenção de ao seu controle. Por se tratar de uma doença bacteriana que se apresenta clinicamente de diversos modos e com uma complexidade inerente à forma de transmissão, em que mais de duas centenas de possíveis reservatórios estão inter-relacionados com uma multidão de sorovares patogênicos, por si só já constitui um desafio para o adequado diagnóstico. Aliado a isso, a dificuldade em desenvolver tecnologias de diagnóstico de menor custo, precoce e acurado colabora para a incerteza quanto à real carga global da doença<sup>14,15,20</sup>.

Hartskeerl *et al.*<sup>15</sup> avaliam que devido às múltiplas formas clínicas que se manifestam em um paciente infectado por leptospirose na fase aguda, muitas vezes confundida com diversas outras doenças de características entéricas e pneumônicas — como dengue, influenza, malária, riquetsioses e doença de chagas aguda —, o diagnóstico torna-se difícil, sendo comumente relacionado a doenças que sobrevenham no perfil nosológico hegemônico da região ou da época do ano em que ocorrem. Dessa forma, contribuem para fomentar um ciclo de subdiagnóstico, subnotificação, confundiamento e negligência<sup>15,21,22</sup>.

O uso do critério clínico-epidemiológico para o diagnóstico da doença também é uma das formas de alimentar a negligência para com a informação da leptospirose, pois a incerteza estaria sempre pairando sobre um diagnóstico subjetivo e dependente da sensibilidade de profissionais de saúde quanto à presença da doença entre a população atendida nas unidades de saúde, principalmente em períodos de seca e sem um padrão epidêmico<sup>21-23</sup>.

Portanto, uma abordagem diferenciada para com a leptospirose se faz necessária, visto que as características clínicas da doença, as

interações ecológicas, os fatores de risco e as lacunas do conhecimento se agrupam para configurar um elevado grau de subdiagnóstico e, por consequência, uma ampla subnotificação, que concorrem para elevar o risco evitável de óbito; o desconhecimento da real incidência e carga global da doença no Brasil; e, por fim, a falta de um investimento na gestão da vigilância e do controle da leptospirose no país, fechando um círculo vicioso<sup>15,21,23</sup>.

## CONCLUSÃO

Em sendo a leptospirose a zoonose de maior incidência global e caracterizada pela falta de dados mais fidedignos quanto à sua real incidência e carga no Brasil, observamos ser oportuno acrescentar à tríade de falhas que classicamente compõem a negligência em saúde (“falha da ciência”, “falha do mercado” e “falha da saúde”) a negligência para com a informação, pois sem a realidade dos dados não é possível produzir saúde de forma universal, equânime e integral, conforme princípios doutrinários assegurados pelos preceitos constitucionais brasileiros<sup>24-26</sup>.

A negligência para com a informação reflete a questão da dificuldade de realizar o diagnóstico da leptospirose, ainda

durante a fase aguda da doença, que incorre na falta de notificação oportuna ou na subnotificação, fomentando o óbito evitável, atrelado à falha do tratamento devido ao subdiagnóstico ou pelo tratamento indevido de um quadro mórbido similar à leptospirose<sup>15,21</sup>.

A subnotificação da leptospirose é importante de ser mensurada, tendo como parâmetro o número de possíveis casos descartados pela falta de diagnóstico precoce contra o número de casos detectados pelos serviços de vigilância, ainda que notificados tardiamente ou por meio de resultados de confirmação laboratorial retrospectiva. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), assim como prontuários médicos de unidades de saúde, podem ser boas fontes de estudo para alimentar uma discussão da negligência para com a informação da leptospirose no Brasil<sup>27,28</sup>.

As revisões de literatura a respeito de tecnologias de diagnóstico, especialmente relacionadas à acurácia, à implantação e à incorporação aos sistemas de saúde públicos, e de sistemas de notificação de doenças, em especial as relacionadas à qualidade do dado ou da informação, podem ser úteis para traçar caminhos para a discussão em questão<sup>27-29</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Wikipédia. A enciclopédia livre. Negligência. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Neglig%C3%AAncia>. Acesso em: 22 abr. 2015.
2. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
3. World Health Organization (WHO). First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2010.
4. Araújo IS, Moreira AL, Aguiar R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. R Eletr de Com Inf Inov Saúde. 2013;6(4 Suppl. 1). <http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v3i4.329pt>
5. Yamey G. Public sector must develop drugs for neglected diseases. BMJ. 2002;324(7339): 698. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7339.698/b>
6. Morel CM. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. Cad Saúde Pública. 2006;22(8): 1522-3.
7. Souza W. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências; 2010. 56 p.
8. WorldHealthOrganization(WHO).Neglecteddiseases.Disponívelem: [https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected\\_diseases\\_faqs.pdf](https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected_diseases_faqs.pdf). Acesso em: 23 dez. 2014.
9. Albuquerque Filho APL, Araújo JG, Souza IQ, Martins LC, Oliveira MI, Silva MJB, *et al.* Validation of a case definition for leptospirosis diagnosis in patients with acute severe febrile disease admitted in reference hospitals at the state of Pernambuco, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2011;44(6):735-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011000600016>
10. Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2379-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100012>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):200-2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100023>
12. Drugs for Neglected Disease initiative (DNDi). 2008-2009 Annual Report. Delivering innovation and building a robust pipeline. Neglected patients. Disponível em: <http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2009/03/ar2009.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.
13. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
14. Schneider MC, Jancloes M, Buss DF, Aldighieri S, Bertherat E, Najera P, *et al.* Leptospirosis: a silent epidemic disease. Int J Environ Res Public Health. 2013;10(12):7229-34. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10127229>
15. Hartskeerl RA, Collares-Pereira M, Ellis WA. Emergence, control and re-emerging leptospirosis: dynamics of infection in the changing world. Clin Microbiol Infect. 2011;17(4): 494-501. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-0691.2011.03474.x>
16. Evangelista KV, Coburn J. Leptospira as an emerging pathogen: a review of its biology, pathogenesis and host immune responses. Future Microbiol. 2010;5(9):1413-25. <http://dx.doi.org/10.2217/fmb.10.102>
17. Hotez PJ. A plan to defeat neglected tropical diseases. Sci Am. 2009;302(1):90-6.

18. World Health Organization (WHO). Report of the second meeting of the leptospirosis burden epidemiology reference group. Geneva: WHO; 2011.
19. Pappas G, Papadimitriou P, Siozopoulou V, Christou L, Akritidis N. The globalization of leptospirosis: worldwide incidence trends. *Intern J Infect Dis*. 2008;12(4):351-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2007.09.011>
20. Durski KN, Jancloues M, Chowdhary T, Bertherat E. A global, multi-disciplinary, multi-sectorial initiative to combat leptospirosis: Global Leptospirosis Environmental Action Network (GLEAN). *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(6):6000-8. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph110606000>
21. Ribeiro GS. Subdiagnóstico aumenta o risco. *Rev Pesquisa Médica*. Disponível em: <http://www.revistapesquisamedica.com.br/portal/textos.asp?codigo=11649>. Acesso em: 27 dez. 2014.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
23. Rajeev S, Ilha M, Woldemeskel M, Berghaus RD, Pence ME. Detection of asymptomatic renal *Leptospira* infection in abattoir slaughtered cattle in southeastern Georgia, United States. *SAGE Open Med*. 2014;2:1-5. <http://dx.doi.org/10.1177/2050312114544696>
24. Morel CM, Serruya SJ, Pena GO, Guimarães R. Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building programs on neglected diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009;3(8):e501. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000501>
25. Global Forum for Health Research. *The Global Forum Update on Research for Health, v. 3. Combating disease and promoting health: setting the agenda for health research*. London: Pro-Brook Publishing; 2006. p. 11-5.
26. World Health Organization (WHO). Report of the second meeting of the leptospirosis burden epidemiology reference group. Geneva: WHO; 2011.
27. Lima RC. *Leptospirose: um estudo epidemiológico e aplicação de medidas preventivas em uma região do município de Belém, Pará. Monografia (Conclusão de Curso) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2009. p. 1-66.*
28. Brum L, Kupek E. Record linkage and capture-recapture estimates for underreporting of human leptospirosis in a Brazilian health district. *Braz J Infect Dis*. 2005;9(6):515-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702005000600011>
29. Souza VMM, Arsky MLNS, Castro APB, Araujo WN. Anos potenciais de vida perdidos e custos hospitalares da leptospirose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1001-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000070>

