

Doenças negligenciadas nos países de língua portuguesa, uma análise da hanseníase segundo o estudo Carga Global de Doenças, 1990 a 2019

Neglected diseases in Portuguese-speaking countries, an analysis of Leprosy according to the Global Burden of Disease study, 1990 to 2019

Maladies négligées dans les pays lusophones, une analyse de la lèpre selon l'étude Global Burden of Disease, 1990 a 2019

Deborah Carvalho Malta

Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

Renato Azeredo Teixeira

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, (MG), Brasil

Mohsen Nagavi

Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, University of Washington, Washington, Estados Unidos da América

Maria do Rosário O. Martins

Professora Catedrática, Unidade de Saúde Pública Global, Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa (UNL), Lisboa, Portugal

Marcelo U. Ferreira

Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

Introdução: A hanseníase persiste como problema de saúde pública na maioria nos países da Comunidade de Língua Portuguesa.

Objetivo: Analisar as séries temporais de incidência, prevalência e anos de vida perdidos segundo incapacidades (YLD) associados à hanseníase na população dos países CPLP, além de comparar o desempenho dos países segundo índices sociodemográficos, utilizando dados do estudo Carga Global de Doenças (GBD) entre 1990 e 2019.

Métodos: Estudo de series temporais utilizando dados do GBD referentes a Hanseníase no período de 1990 a 2019. Analisou-se: prevalência, incidência e YLD, comparando as taxas e o percentual de mudança entre 1990 e 2019, entre os países de língua portuguesa. Apresentam-se ainda as tendências entre 1990 e 2019. Testou-se a correlação entre YLD e o Índice Demográfico e Social (SDI), que variam entre 0 a 1, sendo 0 o pior escore e 1 o melhor. A correlação foi calculada empregando-se a regressão linear simples.

Resultados: A taxa de incidência foi mais elevada em Moçambique (13,1/100.000 hab), seguida do Timor Leste, Guiné Equatorial, Angola e Brasil havendo um declínio da taxa de incidência em todos os países, o menor declínio ocorreu no Brasil (-26,9%). As taxas de prevalência também reduziram no período estudado. Portugal não teve novos casos, nem casos prevalentes. Quanto aos anos perdidos por incapacidades, todos os países apresentaram taxas altas em 1990 destacando-se Guiné Equatorial (7,5/100.000 hab), que teve o maior declínio (-97,1%), seguido de Moçambique (6,2/100.000 hab.). Todos os países apresentaram declínio no período de 1990 a 2019, o Brasil apresentou o menor

(-7,8%). A correlação entre SDI e YLD foi negativa ($R = -0,68$ $p < 0,0001$), ou seja, à medida que aumentou o SDI, reduziram-se as taxas de incapacidade.

Conclusão: A hanseníase constitui-se em um grande desafio de Saúde Pública na maior parte dos países do CPLP e está fortemente associado à pobreza e à desigualdade social. Embora tenham ocorridos avanços, com redução de prevalência, incidência e incapacidades, a hanseníase exige prioridade e intervenções apropriadas. Os dados do GBD podem apoiar o diagnóstico de situação e a comparação entre os países.

Palavras-chave: Doenças negligenciadas, Hanseníase, incapacidades, Países em desenvolvimento, carga de doenças, prevalência, incidência, vulnerabilidades.

Abstract

Introduction: Leprosy persists as a public health problem in most countries of the Portuguese Speaking Community.

Objective: To analyze time series of incidence, prevalence and years of life ordered according to disability (YLD) associated with leprosy in the population of CPLP countries, in addition to comparing the performance of countries according to sociodemographic indices, using data from the Global Burden of Disease (GBD) study) between 1990 and 2019.

Methods: Study of time series using GBD data referring to Leprosy in the period from 1990 to 2019. We analyzed: prevalence, incidence and YLD, comparing the rates and percentage of change between 1990 and 2019, between Portuguese speaking countries. Trends between 1990 and 2019 are also presented. The correlation between YLD and

the Demographic and Social Index (SDI) was tested, which range from 0 to 1, with 0 being the worst score and 1 being the best. Correlation was calculated using simple linear regression.

Results: The incidence rate was highest in Mozambique (13.1/100,000 inhab), followed by East Timor, Equatorial Guinea, Angola and Brazil, with a decline in the incidence rate in all countries, with the smallest decline occurring in Brazil (-26.9%). Prevalence rates also declined over the period. Portugal had no new cases, nor prevalent cases. As for years lost due to disability, all countries had high rates in 1990, with emphasis on Equatorial Guinea (7.5/100,000 inhab), which had the greatest decline (-97.1%), followed by Mozambique (6.2/100,000 inhabitants). All countries showed a decline in the period from 1990 to 2019, Brazil had the lowest (-7.8%). The correlation between SDI and YLD was negative ($R = -0.68$ $p < 0.0001$), that is, as the SDI increased, the disability rates decreased.

Conclusion: Leprosy is a major public health challenge in most CPLP countries and is strongly associated with poverty and social inequality. Although there have been advances, with a reduction in prevalence, incidence and disabilities, leprosy requires priority and appropriate interventions. GBD data can support situation diagnosis and comparison between countries.

Keywords: Neglected diseases, Leprosy, disabilities, developing countries, disease burden, prevalence, incidence, vulnerabilities.

Résumé

Introduction: La lèpre persiste en tant que problème de santé publique dans la plupart des pays de la Communauté de langue portugaise.

Objectif: Analyser des séries chronologiques d'incidence, de prévalence et d'années de vie classées selon l'incapacité (YLD) associées à la lèpre dans la population des pays de la CPLP, en plus de comparer les performances des pays selon les indices sociodémographiques, en utilisant les données du Global Burden of Disease (GBD) study) entre 1990 et 2019.

Méthodes: Étude de séries chronologiques utilisant des données GBD se référant à la lèpre dans la période de 1990 à 2019. Nous avons analysé : la prévalence, l'incidence et la YLD, en comparant les taux et le pourcentage de changement entre 1990 et 2019, entre pays lusophones. Sont également présentées les tendances entre 1990 et 2019. La corrélation entre l'YLD et l'Indice Démographique et Social (IDS) a été testée, allant de 0 à 1, 0 étant le pire score et 1 le meilleur. La corrélation a été calculée à l'aide d'une régression linéaire simple.

Résultats: Le taux d'incidence était le plus élevé au Mozambique (13,1/100 000 hab), suivi du Timor oriental, de

la Guinée équatoriale, de l'Angola et du Brésil, avec une baisse du taux d'incidence dans tous les pays, la baisse la plus faible étant enregistrée au Brésil (-26,9 %). Les taux de prévalence ont également diminué au cours de la période. Le Portugal n'a pas eu de nouveaux cas, ni de cas prévalents. En ce qui concerne les années perdues pour cause d'incapacité, tous les pays avaient des taux élevés en 1990, avec un accent sur la Guinée équatoriale (7,5/100 000 hab) qui a enregistré la plus forte baisse (-97,1 %), suivie du Mozambique (6,2/100 000 hab). Tous les pays ont affiché une baisse sur la période de 1990 à 2019, le Brésil ayant le plus bas (-7,8%). La corrélation entre SDI et YLD était négative ($R = -0,68$ $p < 0,0001$), c'est-à-dire que plus le SDI augmentait, plus les taux d'incapacité diminuaient.

Conclusion: La lèpre est un défi majeur de santé publique dans la plupart des pays de la CPLP et est fortement associée à la pauvreté et aux inégalités sociales. Bien qu'il y ait eu des progrès, avec une réduction de la prévalence, de l'incidence et des incapacités, la lèpre nécessite des interventions prioritaires et appropriées. Les données GBD peuvent soutenir le diagnostic de la situation et la comparaison entre les pays.

Mots-clés: Maladies négligées, Lèpre, Handicapées, pays en voie de développement, fardeau de la maladie, prévalence, incidence, vulnérabilités.

Introdução

As doenças negligenciadas são altamente prevalentes em condições de pobreza, e contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, representando um forte entrave ao desenvolvimento dos países [1]. Vinte patologias são consideradas como doenças negligenciadas, como por exemplo: hanseníase, dengue, doença de Chagas, febre amarela, esquistossomose, leishmaniose, tuberculose, hantavirose, parasitoses intestinais e tracoma [2]. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas estão infetadas com uma ou mais doenças negligenciadas, o que representa um sexto da população mundial e a cada ano ocorrem mais de um milhão de mortes por estas doenças [3].

Embora exista financiamento para pesquisas relacionadas às doenças negligenciadas, o conhecimento produzido não se reverte em avanços terapêuticos, como, por exemplo, novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas [1]. Uma das razões para esse quadro é o baixo interesse da indústria farmacêutica nesse tema, justificado pelo reduzido potencial de retorno lucrativo para a indústria, uma vez que a população atingida é de baixa renda e presente, em sua maioria, nos países em desenvolvimento [1]. Assim, na maioria dos países ainda persistem sérias dificuldades no diagnóstico e tratamento dessas doenças [4, 5, 6, 7].

Dentre essas doenças, destaca-se a hanseníase, por ser doença que afeta grande número de pessoas, mesmo já sendo conhecida há milênios e tendo medicamentos disponíveis para seu tratamento [7]. O agente etiológico da hanseníase é *Mycobacterium leprae*, um bacilo que afeta principalmente os nervos periféricos, olhos e pele. A doença atinge pessoas de ambos os sexos e de todas as faixas etárias, podendo apresentar uma evolução lenta e progressiva e, quando não tratada ou tardiamente tratada, é passível de causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis [8]. A hanseníase sofre forte influência do contexto social, bem como as chances de exposição ao adoecimento resultam de aspectos individuais, contextuais e de condições coletivas [9].

Em 2021, 106 países reportaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) 140.594 casos novos da doença no mundo. Segundo a OMS Índia, Brasil e Indonésia são os países que notificaram mais casos novos, correspondendo a 74,5% do total global [10]. A Índia foi o país que mais reportou casos novos em 2021, cerca de 53,6% do total global, seguido do Brasil, com cerca de 15% dos casos globais, ou 27863 casos em 2019 [10].

A hanseníase persiste como problema de saúde pública na maioria nos países da Comunidade de Língua Portuguesa (CPLP): Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe, na África; Brasil, na América do Sul; Portugal, na Europa; e Timor Leste, na Ásia. Os problemas decorrem da elevada incidência e prevalência e incapacidades na maioria dos países do CPLP. [11, 12] Abordar este tema em conjunto dos países possibilita definir problemas comuns e acena no sentido de buscar parcerias nas estratégias de enfrentamento.

Visando a contribuir para atingir a meta específica dos objetivos do desenvolvimento sustentável referente às doenças negligenciadas, a OMS lançou em 2021, a Estratégia Global de Hanseníase (2021-2030), que apresenta uma mudança na abordagem ao enfrentamento da hanseníase no mundo. [10] Enquanto as estratégias anteriores estabeleceram a eliminação da hanseníase, a atual centraliza esforços para a interrupção da transmissão e o alcance de zero casos autóctones [10].

A produção e divulgação de informação são fundamentais para orientar a tomada de decisão e subsídios para orientar as ações em saúde pública, em especial para contribuir na redução da incidência, incapacidades no enfrentamento da hanseníase [1, 3, 10].

Nesse sentido, o presente estudo visa a analisar as séries temporais de incidência, prevalência e anos perdidos por incapacidade (YLD) da hanseníase nos países de língua portuguesa, além de comparar o desempenho dos países segundo índices sociodemográficos, utilizando dados do estudo Carga Global de Doenças entre 1990 a 2019.

Materiais e métodos

Foram utilizados dados do Estudo Carga Global de Doenças (GBD), do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), que compila dados de 206 países de forma padronizada e comparável e, com isto, mede a saúde das populações anualmente. O GBD produz estimativas de mortalidade e morbidade por causas específicas, sobre exposição a fatores de risco e para diversos indicadores de saúde em séries temporais desde 1990 por idade, sexo e país (incluindo unidades subnacionais selecionadas). O GBD usa fontes de dados disponíveis em todos os países e aplica metodologias para ajuste, padronização e validação das estimativas. Mais detalhes sobre o GBD estão disponíveis em outras publicações [13, 14, 15].

O GBD utiliza as fontes sobre hanseníase disponíveis no mundo e em cada país. As fontes utilizadas estão descritas no site do Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde, por meio do Estudo Global de Doenças e, somam cerca de 100 fontes sobre o tema de hanseníase. Dentre as fontes disponíveis sobre hanseníase, no Brasil, a principal fonte consiste da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que coleta dados sobre notificação, tratamento, incapacidades, em todos os municípios, além de inquéritos locais como Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA Capital), totalizando foram 17 fontes; em Cabo Verde foram 9 fontes citadas, como os Relatórios Estatísticos de 2005 a 2017, boletins epidemiológicos, outros, em Portugal foram as Estatísticas da Saúde (2), Anuário de Estatísticas Sociais de Angola (1), Boletim Epidemiológico em Moçambique e repórter semanal para eliminação da Hanseníase (2), Timor leste – inquérito sobre infecções na pele, de entre outros inquéritos. Os demais países têm entre 1 a 4 fontes incluídas.

Destaca-se que as estimativas oriundas do GBD podem ser diferentes das estimativas dos países, em função dos ajustes empregados pelo GBD, como imputações de dados e anos faltantes, empregos de outras fontes de dados, oriundas de países próximos, ou da da subregião [13, 14, 15].

O estudo analisou as seguintes métricas: Prevalência, incidência e anos de vida perdidos segundo incapacidades (YLD), comparando-se as taxas entre os países do CPLP entre 1990 e 2019 e o percentual de diferença. Foram ainda apresentadas as tendências entre 1990 e 2019. Finalmente, foi analisada a correlação entre o indicador YLD (anos de vida perdidos por incapacidade) e o Índice Demográfico e Social (SDI-Social Demographic Index em inglês). Este último constitui um índice composto estimado para cada país, com base na renda per capita, nível educacional médio entre indivíduos na população com 15 anos de idade e mais e taxa total de fecundidade. Os valores de SDI variam entre 0 a 1, sendo 0 o pior escore e 1 o melhor. A correlação entre SDI e YLD foi calculada empregando-se a regressão linear simples e o valor

de p, considerando um nível de significância de 5% [13, 14]. A pesquisa atende às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil [16]. Todos dados utilizados são provenientes de bases secundárias de domínio público, cujas estimativas não permitem a identificação de indivíduos e foram obtidas no (Global Health Data Exchange) do IHME.

Resultados

A Tabela 1 mostra que a taxa de incidência foi mais elevada em Moçambique em 1990 (13,1/100.000 habitantes [hab]), seguida de Timor-Leste (8,2/100.000 hab), Guiné Equatorial (6,4/100.000 hab), Angola (6,7/100.000 hab) e Brasil

4,8/100.000 hab. As taxas declinaram em todos os países. Em Guiné Equatorial ocorreu o maior declínio, de -93%, seguido de Angola -82,4% e Moçambique -81,4%. O menor declínio ocorreu no Brasil -26,9%. Portugal não teve novos casos de hanseníase no período.

Prevalências elevadas também foram encontradas em 1990 na Guiné Equatorial (126,7 /100.000 hab), Moçambique (115,9/100.000 hab), Timor-Leste (105,1/100.000 hab), Angola (55,8/100.000 hab) e Brasil (26,1/100.000 hab). As reduções mais expressivas ocorreram na Guiné Equatorial (-96,6%); Timor-Leste (-74,5%), Angola (-67,6%) e a menor queda ocorreu no Brasil (-15%). Portugal não teve casos notificados de hanseníase no período (Tabela 1).

Tabela 1: Números e taxas padronizadas por idade e variação percentual das taxas devido à Hanseníase, 1990 e 2019

| | 1990 | | 2019 | | Percent change rates |
|---|--------|---------------------|--------|------------------|----------------------|
| | Number | Rate | Number | Rate | |
| Incidência | | | | | |
| Angola | 446 | 6,7 (6,2;7,3) | 231 | 1,2 (1,1;1,3) | -82,4 (-83,7;-80,9) |
| Brasil | 5601 | 4,8 (3,9;5,8) | 8370 | 3,5 (2,9;4,2) | -26,9 (-28,8;-25) |
| Cabo Verde | 1 | 0,5 (0,4;0,6) | 1 | 0,2 (0,2;0,3) | -48,5 (-52,9;-44,5) |
| Guiné Equatorial | 20 | 6,4 (5,5;7,4) | 4 | 0,4 (0,4;0,5) | -93 (-93,7;-92,2) |
| Global | 73078 | 1,5 (1,3;1,7) | 52715 | 0,6 (0,6;0,8) | -56,2 (-57,7;-54,7) |
| Guiné-Bissau | 17 | 2,6 (2,3;2,9) | 20 | 1,5 (1,3;1,7) | -43,4 (-47,4;-39,7) |
| Moçambique | 1135 | 13,1 (11,5;15) | 457 | 2,4 (2,2;2,7) | -81,6 (-83,7;-79,3) |
| Portugal | - | - | - | - | - |
| São Tomé e Príncipe | 1 | 1,1 (0,9;1,4) | 1 | 0,6 (0,5;0,8) | -44,6 (-49,5;-39,7) |
| Timor-Leste | 44 | 8,2 (7,1;9,5) | 27 | 2,7 (2,5;3) | -67,2 (-70,6;-63,5) |
| Prevalência | | | | | |
| Angola | 3187 | 55,8 (47,9;65,4) | 2913 | 18,1 (15,1;21,5) | -67,6 (-70,1;-64,7) |
| Brasil | 28452 | 26,1 (22,5;30,4) | 53434 | 22,2 (19;26) | -15 (-17,2;-13) |
| Cabo Verde | 7 | 3,1 (2,6;3,6) | 10 | 2 (1,7;2,4) | -34,3 (-38,4;-30,2) |
| Guiné Equatorial | 329 | 126,7 (102,5;152,8) | 33 | 4,3 (3,6;5) | -96,6 (-97,1;-96) |
| Global | 793958 | 17 (14,3;19,9) | 527889 | 6,4 (5,5;7,5) | -62,2 (-64,3;-59,5) |
| Guiné-Bissau | 252 | 45,9 (38,2;54,3) | 329 | 30,4 (25,3;36,2) | -33,9 (-39,5;-28,8) |
| Moçambique | 9029 | 115,9 (94,7;142,3) | 6161 | 39,5 (33,5;46,3) | -65,9 (-70,1;-61,2) |
| Portugal | - | - | - | - | - |
| São Tomé e Príncipe | 6 | 8,9 (7,6;10,6) | 10 | 7,1 (6;8,5) | -20,1 (-25,3;-14,1) |
| Timor-Leste | 465 | 105,1 (87,1;126,4) | 245 | 26,8 (22,6;31,7) | -74,5 (-76,8;-71,8) |
| YLDs (Anos vividos com Incapacidade) | | | | | |
| Angola | 166 | 2,9 (1,8;4,3) | 171 | 1,1 (0,7;1,6) | -63,9 (-70,3;-55,9) |
| Brasil | 1213 | 1,1 (0,7;1,7) | 2515 | 1 (0,7;1,5) | -7,8 (-13;-2,4) |
| Cabo Verde | 0 | 0,1 (0,1;0,2) | 0 | 0,1 (0,1;0,1) | -28,7 (-36,6;-20,2) |
| Guiné Equatorial | 20 | 7,5 (4,7;11,2) | 2 | 0,2 (0,1;0,3) | -97,1 (-97,7;-96,4) |
| Global | 44324 | 0,9 (0,6;1,4) | 28838 | 0,4 (0,2;0,5) | -62,9 (-65,5;-60,1) |
| Guiné-Bissau | 15 | 2,7 (1,8;4) | 20 | 1,8 (1,2;2,7) | -32,9 (-44,2;-19,4) |
| Moçambique | 481 | 6,2 (3,8;9,2) | 366 | 2,3 (1,5;3,4) | -62,3 (-68,9;-53,3) |
| Portugal | - | - | - | - | - |
| São Tomé e Príncipe | 0 | 0,5 (0,3;0,7) | 1 | 0,4 (0,2;0,6) | -13,3 (-31;9,1) |
| Timor-Leste | 27 | 6 (3,8;8,9) | 13 | 1,5 (0,9;2,1) | -75,7 (-79,6;-70,9) |

Fonte: GBD 2019

As maiores taxas de anos perdidos por incapacidades YLD, em 1990 foram observadas na Guiné Equatorial (7,5/100.000), onde ocorreu a maior redução entre 1990 e 2019: (- 97,1%), atingindo em 2019 a taxa de (0,1/100.000). Moçambique, Timor-Leste e Angola também apresentaram as taxas elevadas em 1990, e reduções acima de (-60%) no período. O Brasil, apesar de ter uma das menores taxas de YLD em 1990, apresentou uma pe-

quena redução (-7,8%) e situou-se em quarto lugar entre os CPLP em 2019.

A Figura 1 mostra as tendências de prevalência de hanseníase nos 9 países do CPLP. Todos com taxas em queda no período. Também a incidência reduziu em todos os países no período (Figura 2), exceto Portugal com casos inexistentes.

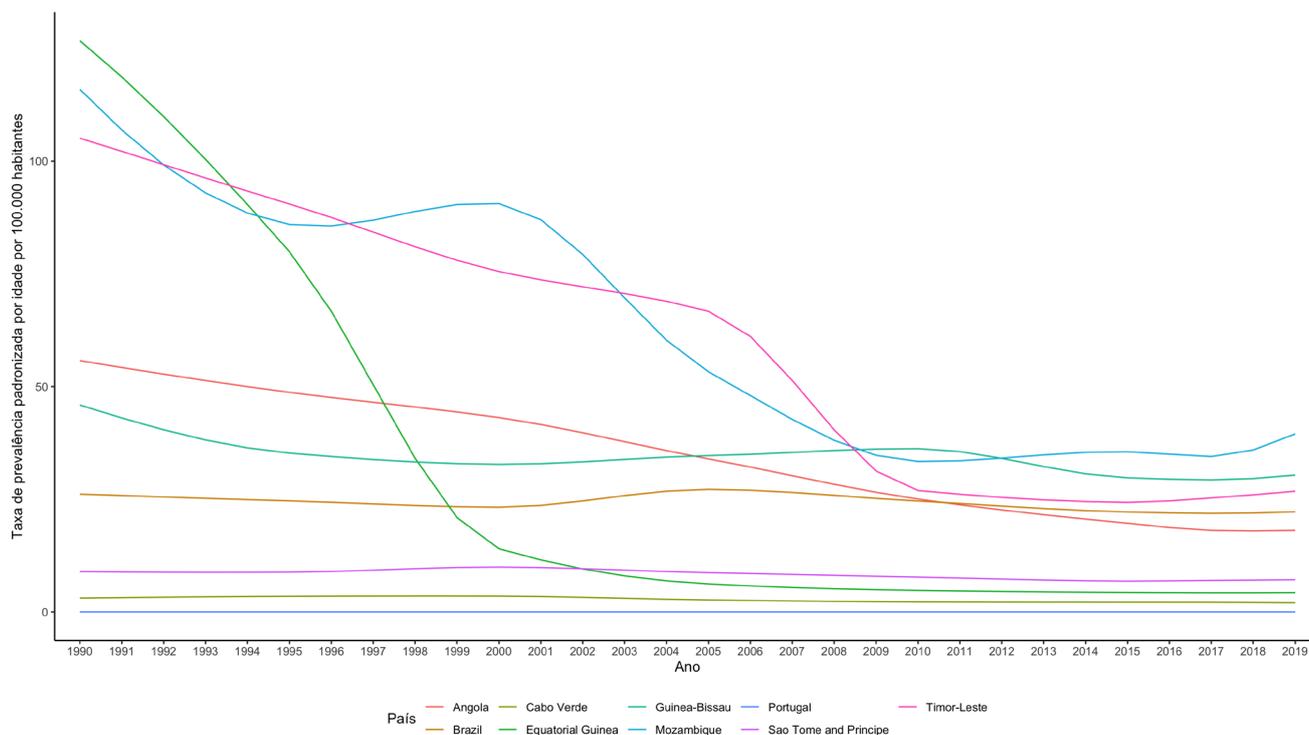


Figura 1: Taxas padronizadas de Prevalência por idade por hanseníase, em países de língua Portuguesa, 1990 a 2019

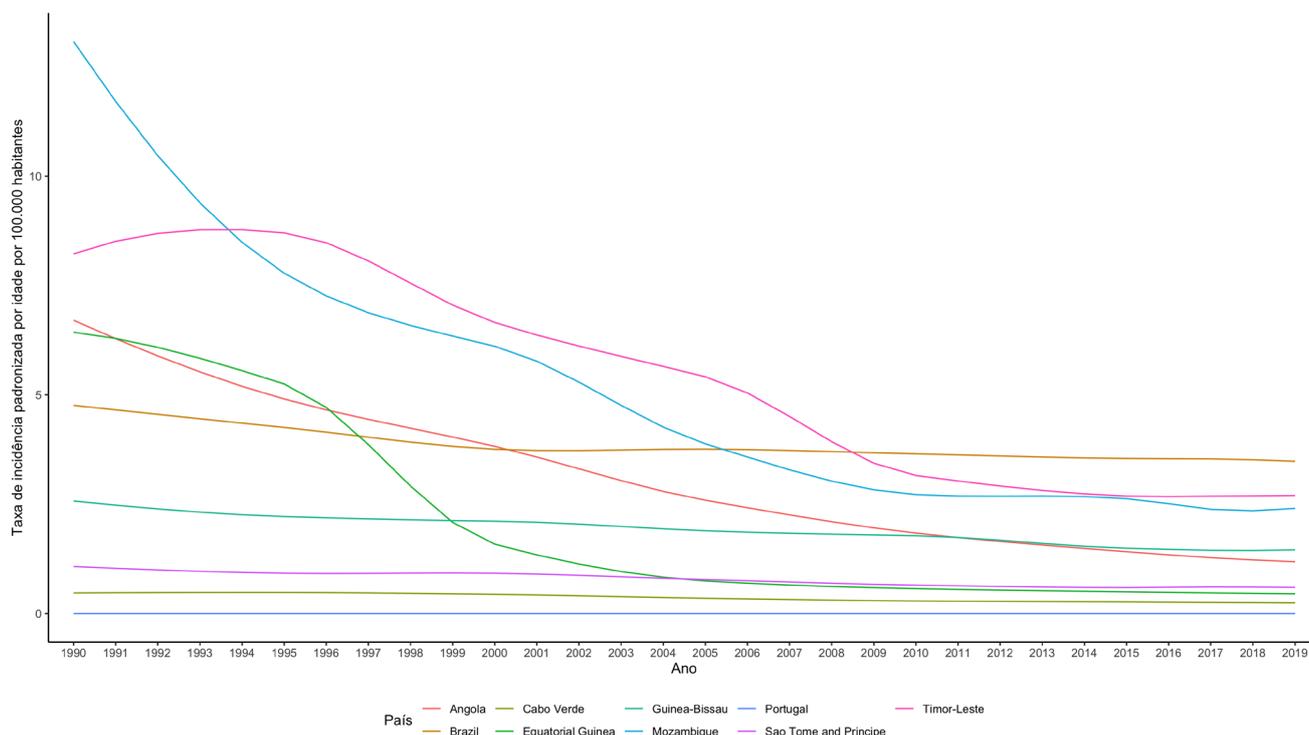


Figura 2: Taxas padronizadas de Incidência por idade da hanseníase, em países de língua Portuguesa, 1990 a 2019

A Figura 3 apresenta a correlação observada entre o SDI e a YDL por hanseníase. No eixo x foram apresentados os valores de SDI, variando de sendo (0,3) em Moçambique, a (0,8), em Portugal, o SDI mais elevado. Destaca-se o incremento do SDI na Guine Equatorial, que passou de 0,2 (1990) a 0,7 (1990). No eixo Y foram apresentadas as taxas de YDL (anos perdidos por incapacidade), mais elevadas em Moçambique nos anos 90, próximo de 10/100.000 hab. e, mostrados os declínios das taxas em todos os países no período.

A correlação entre SDI e YLD foi negativa ($R = -0,68$, $p < 0,0001$), ou seja, países com maior nível do SDI, apresentam menores taxas de incapacidade. Destaca-se ainda a uma redução importante nas taxas de incapacidades na maioria dos países ao longo do tempo, exceto Cabo Verde e Portugal, com YDL praticamente nulo em todo o período. No Brasil a redução foi menor, embora com taxas mais baixas no início da série, que a maioria dos países.

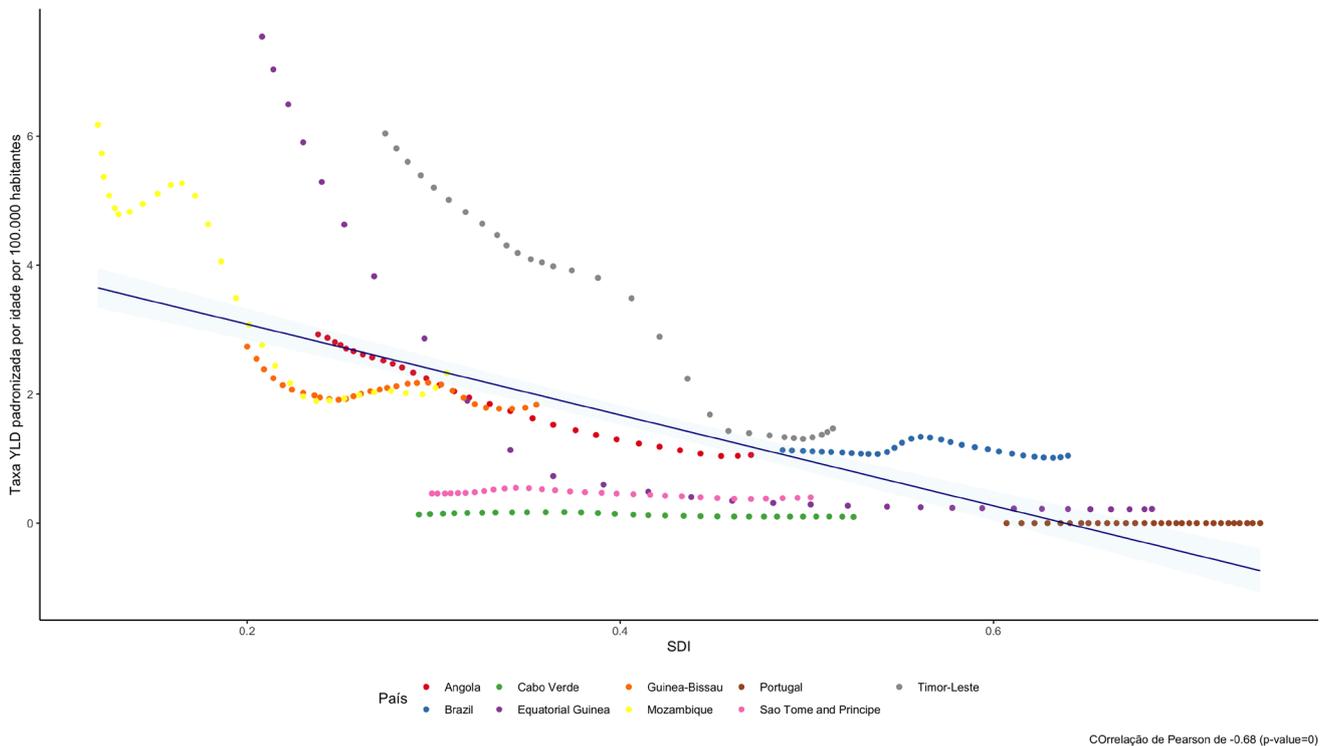


Figura 3: Correlação observada entre o SDI e a Hanseníase, em países de língua Portuguesa, 1990 a 2019

Discussão

O estudo aponta que a hanseníase constitui um sério problema de saúde pública nos CPLP. Portugal tem a doença controlada e não foram identificados casos prevalentes e incidentes. As taxas mais elevadas foram encontradas em países como: Guine Equatorial Moçambique, Angola, Guiné-Bissau, Timor-Leste e Brasil. As reduções de prevalência, incidência e incapacidades foram expressivas na Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Moçambique, Angola e Timor-Leste e demais países. O Brasil apresentou as menores reduções. A análise do SDI aponta que países com maior SDI tiveram melhor desempenho, com menores taxas de incapacidade.

Embora tenham sido feitos muitos progressos, ainda se está distante da meta traçada pela OMS na Estratégia

Global de Hanseníase (2021-2030), que estabelece a interrupção da transmissão e o alcance de zero casos autóctones [10].

No Brasil, a despeito do forte investimento em vigilância, detecção, tratamento, apoio para redução do estigma, permanece com taxas elevadas de incidência, prevalência e incapacidade. Isto explica-se em parte pelas grandes desigualdades existentes no país, permanecendo bolsões de alta prevalência em áreas de pobreza, que continuam mantendo a transmissão [17, 18]. Destaca-se ainda o maior número de fontes de dados existentes no país sobre hanseníase, o que pode refletir em melhores estimativas no Brasil, comparado com outros países do CPLP com menor número de fontes de dados.

Estudos realizados no Brasil mostram a forte correlação entre as taxas de incidência e prevalência de hanseníase e indicadores sociais. [17,18] Destaca-se a análise da coorte de 100 milhões de brasileiros, que identificou a redução em 27% na taxa de detecção nos municípios com cobertura consolidada do Programa Bolsa Família (BFP). O programa foi instituído pelo Governo Lula em 2004 e repassa recursos e apoio social para famílias em condições de pobreza. A análise dos dados apontou um aumento significativo na taxa de detecção de casos (NCDR) de hanseníase à medida que a cobertura de PSF aumenta, mostrando a importância de programas de apoio social e de redução da pobreza no enfrentamento da hanseníase [17].

Os dados do GBD identificaram melhoria dos indicadores em todos os países, o que tem sido explicado pelo esforço dos governos locais e parcerias internacionais no enfrentamento da doença [12]. Estudo de revisão sistemática com 98 artigos inclusos, em bases de dados (Pubmed/MEDLINE, EmBase e Global Health) e dados do Ministério da Saúde de Moçambique, referentes à hanseníase, identificaram que a implementação da detecção ativa em 1999 e aumento da detecção de casos em 57%. A busca passiva atraiu mais mulheres e a busca ativa detectou pacientes mais jovens (< 15 anos) e paucibacilares. Novos casos voltaram a ser detectados a partir de 2015 [12].

Entretanto, a melhoria dos indicadores pode não refletir completamente a realidade dos países, na medida em que estudos utilizando-se de coletas locais, identificaram outra realidade, com muitos casos ativos não diagnosticados precocemente. [11, 19, 20] Inquérito realizado em Moçambique entre contatos domiciliares e comunitários de pacientes com hanseníase entre 2013 e 2017 identificou novos casos entre os contatos, e a maioria foi de casos multibacilares, revelando uma cadeia ativa de transmissão, prevalência oculta e deficiências operacionais na vigilância da hanseníase e cuidado [11]. Estudos apontam que muitos contatos que foram diagnosticados já apresentavam deficiências físicas permanentes, infiltrações, numerosas lesões cutâneas, envolvimento do nervo, e até mesmo mutilações das mãos e pés, típico de casos avançados. Considerando a longa incubação período do bacilo e sua apresentação clínica, é altamente provável que a infecção por *M. leprae* tenha ocorrido há muitos anos. Isso destaca uma falha operacional da vigilância da hanseníase medidas e uma prevalência oculta da doença [11, 20].

Este cenário pode ser comum a muitos outros países e outros estudos também apontam o subdiagnóstico da doença. Uma revisão de literatura, com 63 artigos, indica um aumento na carga de casos infantis de hanseníase, o que indica transmissão em andamento [18]. Esses achados podem ser explicados também pelo fato da doença afetar populações pobres, com menor acesso à assistência em

saúde e ao tratamento oportuno [7].

O GBD também possibilita explorar esta dimensão e por meio do índice SDI, observou-se forte associação entre taxas elevadas de incapacidade concentradas nos países com baixo SDI, ou seja, aqueles países com maior proporção de pobreza, com taxas elevadas de fecundidade, baixa renda e escolaridade. Assim, destaca-se como ponto positivo que todos os países avançaram e melhoraram seu índice, mas persistem grandes disparidades entre os países do CPLP. Por outro lado, observou-se que as taxas de incapacidade foram também declinantes, o que também reflete a melhoria dos índices do SDI nos países.

Dentre os limites do estudo, ressalta-se a dificuldade de obtenção de informações locais e de bases de dados disponíveis para todos os países e todos os indicadores. O GBD oferece uma plataforma única e oportuna para monitorar os ODS relacionados à saúde em todas as dimensões demográficas e geográficas. Destaca-se a importância de avançar na coleta e análise de dados desagregados, apoiando o planejamento em saúde, direcionamento para a definição de intervenções prioritárias que podem acelerar o alcance das metas da OMS: Rumo a Hanseníase zero. [7, 10] As estimativas do GBD são dependentes de dados primários e, quando não disponíveis, as estimativas dependem de processos de modelagem, covariáveis preditivas e tendências temporais derivadas de países vizinhos, o que pode resultar em vieses inerentes. Outros sim, os avanços nos sistemas de coleta de dados dos países certamente contribuirão para o aprimoramento das estimativas.

Assim, os dados do GBD podem ser úteis para a comparação entre os países, em especial no CPLP e orientar políticas, como da OMS que estabelece a prioridade da estratégia de atingir entre 2021 e 2030 diretrizes e pilares como: (a) implementação de estratégias para atingir zero casos de hanseníase em todos os países endêmicos; (b) ampliação das medidas de prevenção da hanseníase juntamente com a detecção ativa integrada de casos; (c) manejo da hanseníase e de suas complicações e prevenção de novas incapacidades; e (d) combate do estigma e garantia de que os direitos humanos sejam respeitados. A interrupção da transmissão e a eliminação da doença estão no centro da Estratégia [7, 10].

A OMS alerta de que muitos programas nacionais nos países do CPLP de doenças transmissíveis dependem em grande parte do financiamento de doadores. Embora esse modelo tenha impulsionado um progresso significativo, é imperativo que esses investimentos sejam complementados com abordagens mais sustentáveis e uma apropriação mais forte do país. É necessário aumentar a sustentabilidade e previsibilidade do financiamento, para que não ocorram interrupções e retrocesso [5].

Conclusão

A hanseníase ainda permanece como grande desafio na maior parte dos países do CPLP e está fortemente associada a pobreza e desigualdade social. Embora tenham ocorridos avanços, ainda consiste em problema real, que precisa de intervenção e prioridade. Os dados do GBD podem apoiar nos diagnósticos e comparação entre os países.

Conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

Bibliografia

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010;44 (1):200-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SGgpSRmvyByDF3bKphbd3Tx/>
- [2] Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Doenças tropicais negligenciadas: OPAS pede fim dos atrasos no tratamento nas Américas [Internet]. OPAS- Organização Pan Americana de Saúde; 2022 [Consultado em 28 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-1-2022-doencas-tropicais-negligenciadas-opas-pede-fim-dos-atrasos-no-tratamento-nas>
- [3] World Health Organization (WHO). Neglected tropical diseases (NTDS) [Internet]. WHO - World Health Organization; 2023 [Consultado em: 02 julho de 2023]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1
- [4] Pontes F. Doenças Negligenciadas ainda matam um milhão por ano no mundo. *Rev. Inov. em Pauta.* 2009;1(1):69- 73
- [5] World Health Organization (WHO). Neglected tropical diseases. 2023 [Consultado em: 15 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/neglected-tropical-diseases>
- [6] World Health Organization (WHO). Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020
- [7] Organização Mundial de Saúde (OMS). Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 – “Rumo à zero hanseníase”. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2021
- [8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI. Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2023 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hansenia-2023_internet_completo.pdf/view
- [9] Nsagha DS, Bamgboye EA, Assob JCN, Njunda AL, Kamga HLF, Bissek ACZK, et al. Elimination of leprosy as a public health problem by 2000 AD: an epidemiological perspective. *Pan African Medical Journal.* 2011;9(4):1-10
- [10] World Health Organization (WHO). Towards zero leprosy: global leprosy (Hansen's disease Strategy 2021-2030). Geneva: World Health Organization; 2021
- [11] Ribeiro GC, Lages DDS, Lages ATC, Souza VB, Marega A, Lana FCF, et al. Profile of the leprosy endemic in the district of Murrupula, Nampula, Mozambique: A population-based study. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [Internet]. 2023;56:e0321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0321-2022>
- [12] Grau-Pujol B, Massangaie M, Cano J, Maroto C, Ndeve A, Saute F, et al. Frequency and distribution of neglected tropical diseases in Mozambique: a systematic review. *Infectious Diseases of Poverty.* 2019;8(1):103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40249-019-0613-x>
- [13] James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2018;392(10159):1789–858. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- [14] GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet.* 2020;396(10258): 1160–1203. DOI: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6)
- [15] GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet.* 2016;388(10053):1813-1850. DOI: [HTTP://DOI.ORG/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://DOI.ORG/10.1016/S0140-6736(16)31467-2)
- [16] Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil: Conselho Nacional de Saúde. 2012 [Consultado em 26 julho de 2023]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- [17] Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY, et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2019;7(9):e1226–36. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30260-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30260-8)
- [18] Leano HA de M, Araújo KM da FA, Bueno I de C, Niitsuma ENA, Lana FCF, Leano HA de M, et al. Socioeconomic factors related to leprosy: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2019;72(5):1405–15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0651>
- [19] Dickson Shey Nsagha, Bamgboye EA, Clément J, Anna Longdoh Njunda, Fomou L, Anne-Cocile Zoung-Kanyi Bissek, et al. Elimination of Leprosy as a public health problem by 2000 AD: an epidemiological perspective. *Pan African Medical Journal.* 2011;9:4. DOI: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2011.9.4.570>
- [20] Abdoulaye Marega, Hambridge T, Stakteas YP, Schoenmakers A, Robin van Wijk, Mieras L, et al. Leprosy indicators and diagnosis delay in Mogovolas, Meconta and Murrupula district of Nampula Province, Mozambique: A baseline survey. *Leprosy Review.* 2022;93(3):197–208. DOI: <http://dx.doi.org/10.47276/lr.93.3.197>