

DNDi AMÉRICA LATINA

Drugs for Neglected Diseases *initiative*
Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas
Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas



ACESSO CHAGAS

A experiência-piloto na Colômbia

JANEIRO 2021

“Quando eu estava grávida, fiz exames e o resultado deu positivo. Desde que detectaram a doença até o início do tratamento, foram mais de dois anos”

Herminda Jaimes, Santander, Colômbia



Índice

- 03 | Introdução
- 04 | A doença de Chagas na Colômbia
- 06 | A estratégia de acesso da DNDi
- 07 | A experiência-piloto e a implementação da rota de atenção
- 09 | Resultados
- 11 | Conclusões e lições aprendidas

Introdução

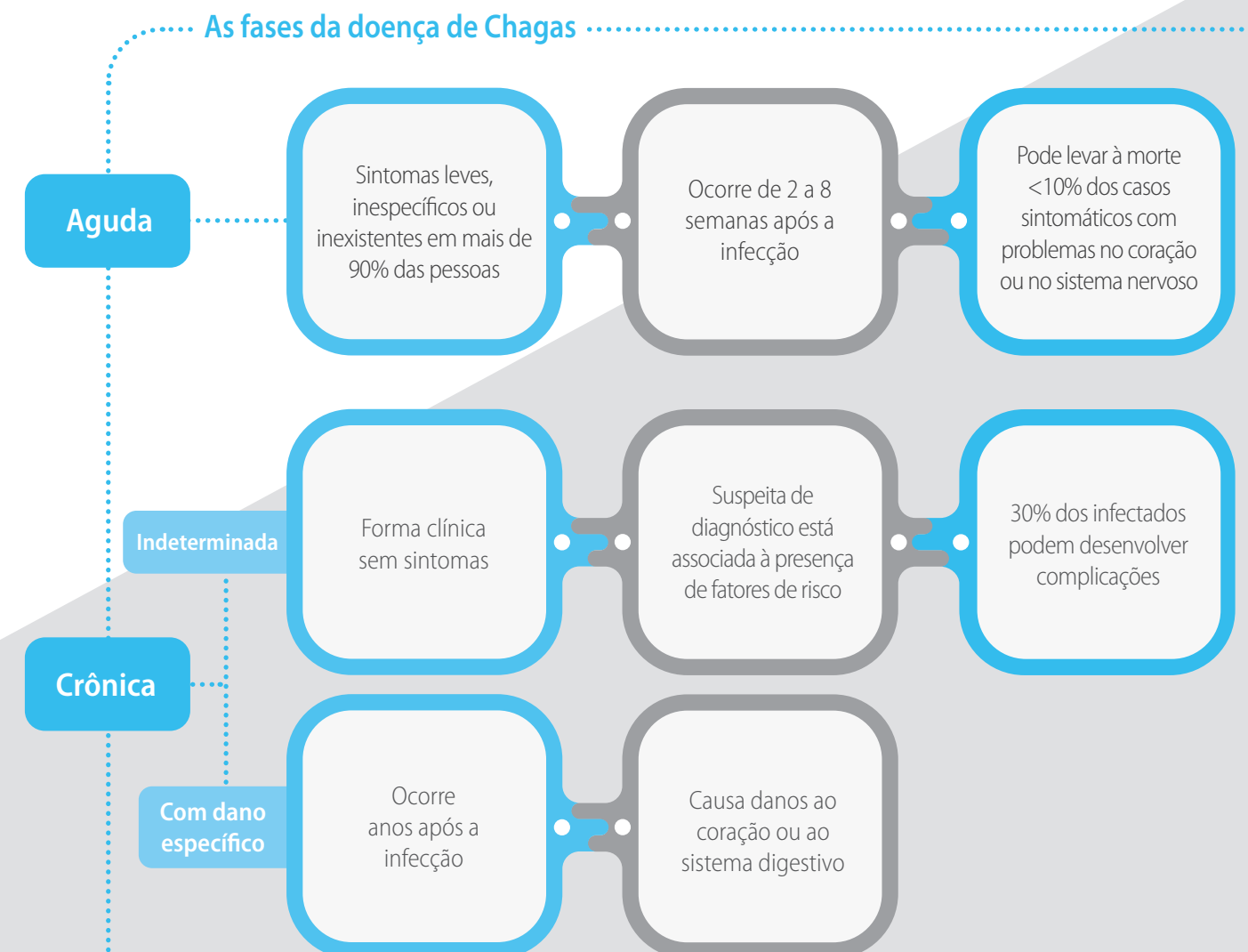
Mais de 6 milhões de pessoas no mundo estão infectadas com o *Trypanosoma cruzi*, o protozoário que causa a doença de Chagas. Endêmica em 21 países da América Latina, a doença pode ser transmitida por insetos vetores chamados triatomíneos (também conhecidos como barbeiros), ingestão de alimentos ou bebidas contaminadas com o parasita, transfusões de sangue, transplantes de órgãos ou de forma congênita durante a gravidez ou no momento do parto.

Há somente dois medicamentos disponíveis para tratar a doença de Chagas: nifurtimox e benznidazol, ambos descobertos há quase meio século. O benefício dos medicamentos antiparasitários nas fases **aguda e crônica** da doença é comprovado, mas o tratamento dura 60 dias e tem efeitos colaterais como intolerância gástrica, erupções cutâneas ou problemas neuromusculares, entre outros.

Desde a década de 1990, a América Latina tem feito avanços no controle da transmissão vetorial de Chagas. Entretanto, o

desafio de levar o diagnóstico e tratamento às pessoas afetadas por uma das doenças mais negligenciadas do mundo permanece. Menos de 10% das pessoas em risco são testadas na região das Américas e apenas cerca de 1% recebem medicamentos.

Enquanto são pesquisadas formas de melhorar os regimes de tratamento com benznidazol e desenvolver novas alternativas terapêuticas, a *Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi)* coordena, desde 2015, um programa de acesso para implementar soluções que permitam remover barreiras ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas. A experiência-piloto da Colômbia, desenvolvida em parceria com o Ministério da Saúde e Proteção Social do país e o Instituto Nacional de Saúde, conseguiu simplificar o processo de diagnóstico e reduzir o tempo de espera pelo início do tratamento, fortalecendo os sistemas locais e contribuindo para a eliminação da doença de Chagas como um problema de saúde pública.



A doença de Chagas na Colômbia

Estima-se que 438 mil pessoas estejam infectadas com *T. cruzi* na Colômbia, e que 131 mil já tenham desenvolvido problemas no coração relacionados à doença de Chagas¹. O acesso ao diagnóstico e tratamento é um desafio inquietante: apenas 1,2% da população em risco é testada e menos de 0,4% recebe medicamentos antiparasitários².

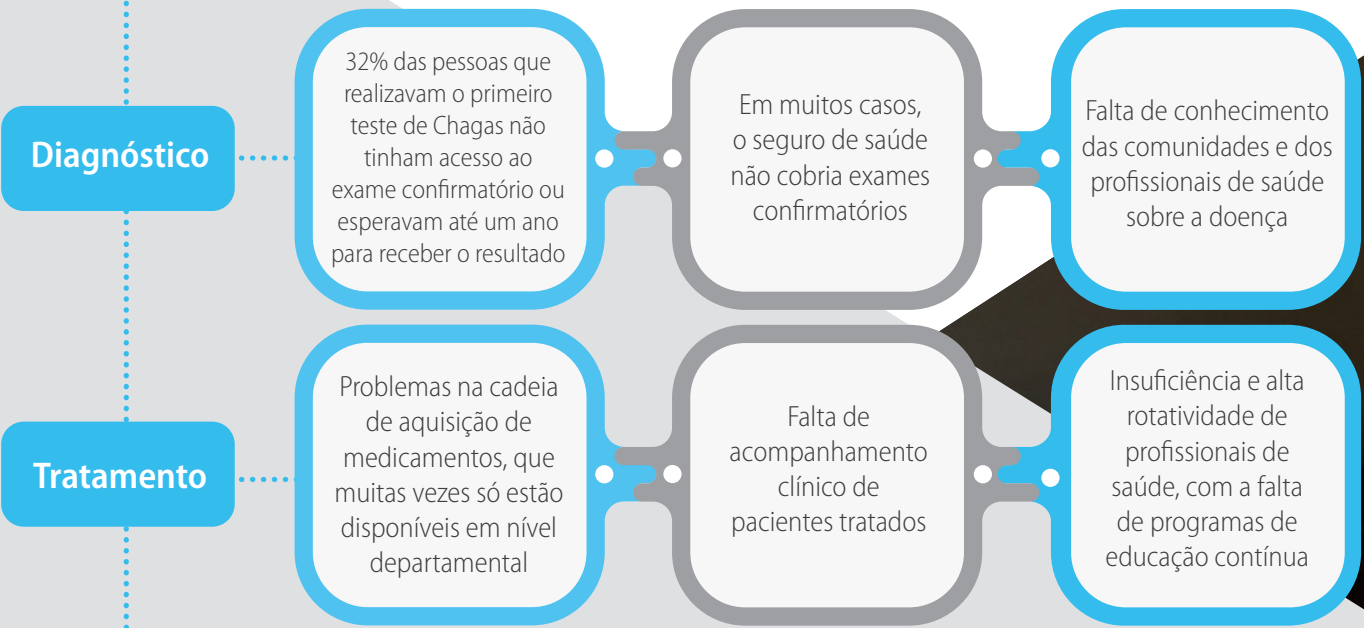
Em 2008³, o país lançou o Programa Nacional de Controle, Prevenção e Tratamento da Doença de Chagas. Embora a iniciativa tenha conquistado avanços significativos no controle da transmissão vetorial domiciliar e na redução da letalidade de ca-

sos agudos, os atrasos na realização de testes confirmatórios, as dificuldades na obtenção de cobertura de exames pelo plano de saúde obrigatório e a falta de conhecimento e conscientização entre profissionais de saúde e comunidades ainda persistiam.

Esse cenário favoreceu a parceria da DNDi com o Ministério da Saúde e Proteção Social, a qual foi reforçada durante o seminário “Rumo à eliminação de barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas na Colômbia”. No encontro, foram identificados os principais obstáculos de atenção à doença no país, bem como possíveis propostas para superá-los.

O seminário “Rumo à eliminação de barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas na Colômbia” foi realizado em abril de 2015, na cidade de Bogotá. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde, a DNDi, o Instituto Nacional de Saúde e a Rede Chagas Colômbia, contou com a participação de órgãos de saúde locais, pesquisadores e associações de pacientes. Os participantes expuseram os diversos obstáculos ao diagnóstico e tratamento da doença na Colômbia considerando três perspectivas: a das pessoas que vivem com Chagas, a dos prestadores de serviços de saúde e a das seguradoras, entidades que devem garantir acesso efetivo e qualidade na prestação de serviços de saúde no país.

Principais barreiras ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas na Colômbia



Com base nos resultados do seminário sobre a eliminação de barreiras, sob a liderança do Ministério da Saúde e com apoio técnico da DNDi, foi elaborada uma nova rota integral de atenção para a doença de Chagas na Colômbia, incluindo um algoritmo simplificado de diagnóstico, visando reduzir o tempo de espera entre o pedido e a confirmação dos testes. Foi definida também a criação de um plano de Informação, Educação e Comunicação para aumentar a produção de conhecimento sobre a doença, com participação direta das comunidades afetadas através dos centros de saúde. As iniciativas foram lançadas em projetos-piloto concentrados em quatro departamentos, com o objetivo de validar a rota integral antes de sua implantação em nível nacional.

Sara Duarte mora na Vereda la Carrera, no departamento de Boyacá, com o marido, duas meninas e o bebê Dylan Javier. Quando foi diagnosticada com Chagas, ela pensou que a doença já estaria avançada, pois se lembra de brincar com barbeiros em garrafas sem saber que transmitiam uma doença. Sara está sendo tratada no município de Soata, Boyacá, no contexto do programa de remoção de barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas.

“Onde eu nasci, as casas são de adobe ou pedra. Víamos esses bichinhos correr pela casa e, quando íamos dormir, eles nos picavam. A médica explicou que a doença de Chagas afeta os órgãos, o coração e, como eu estava grávida, ela disse que naquele momento não poderia me tratar, só depois de eu ter amamentado o bebê. Eu pensava: ‘Tomara que meu bebê não nasça com a doença.’”

1 - OMS, 2015

2 - Z.M. Cucunuba et al. / Social Science & Medicine 175 (2017) 187 e 198

3 - Marchiol A, Forsyth C, Bernal O, Valencia C, Cucunubá Z, Pachón E, et al. Increasing access to comprehensive care for Chagas disease: development of a patient-centered model in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2017;41: e153.

A estratégia de acesso da DNDi

Os complexos desafios em torno da doença de Chagas motivaram a criação do Programa de Eliminação de Barreiras de Acesso pela DNDi, organização de pesquisa e desenvolvimento (P&D) que, desde 2003, vem trabalhando para proporcionar tratamentos seguros, eficazes e acessíveis para milhões de pessoas que vivem em condições vulneráveis, sem acesso a medicamentos e/ou afetadas por doenças negligenciadas.

Com o objetivo de garantir que os tratamentos futuros cheguem aos pacientes, a DNDi presta assistência técnica aos sistemas nacionais e locais para incentivar a adoção de novas políticas de saúde e facilitar a disponibilidade de medicamentos, bem como promover a capacitação e a implementação de processos simplificados de atenção. A estratégia de acesso não é operada verticalmente: a ideia é que os ministérios da saúde, como protagonistas principais, trabalhem com projetos-piloto de pequena escala, identificando o que deve continuar ou ser ajustado.

A metodologia 4D

Para analisar os contextos e necessidades que orientarão cada projeto, a DNDi aplica a metodologia 4D, composta pelas etapas de diagnóstico, desenho, desenvolvimento e demonstração de impacto⁴.

1

O **diagnóstico** corresponde ao momento de coletar informações sobre o atual estado de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença de Chagas em cada país para estabelecer dados de linha de base, definindo as principais barreiras de acesso em conjunto com as partes interessadas no setor de saúde: governo, sociedade civil, academia, setor privado e organizações internacionais, entre outras.

2

Na fase de **desenho**, são elaborados os planos de acesso para superar as dificuldades identificadas. Também é promovida a harmonização entre regulamentos nacionais e locais, objetivos, necessidades de capacitação e métodos para mensurar o impacto.

3

A implementação do plano de acesso ocorre na fase de **desenvolvimento**, com o engajamento dos sistemas locais e a promoção de capacidades integrais para os profissionais de saúde. Uma estratégia de Informação, Educação e Comunicação é implementada em conjunto com a comunidade.

4

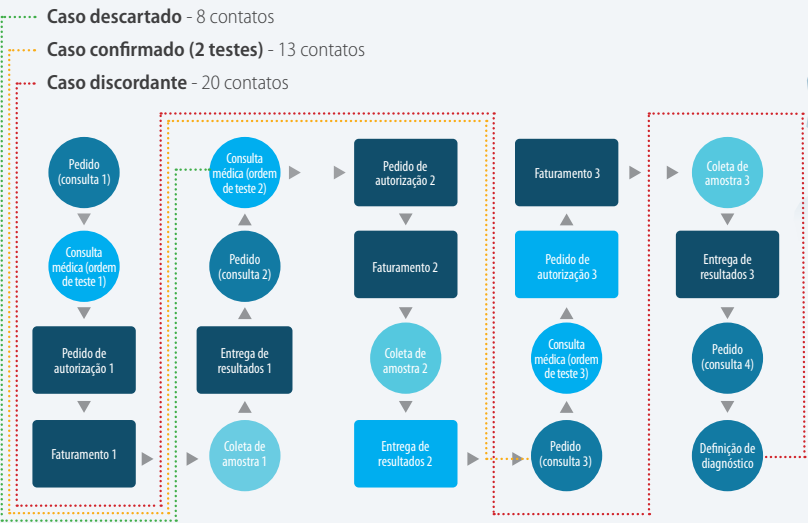
A **demonstração de impacto** inclui a avaliação dos resultados e o intercâmbio de evidências e lições aprendidas com os sistemas de saúde para promover o escalonamento das intervenções em nível nacional.

4- <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51531?show=ful>

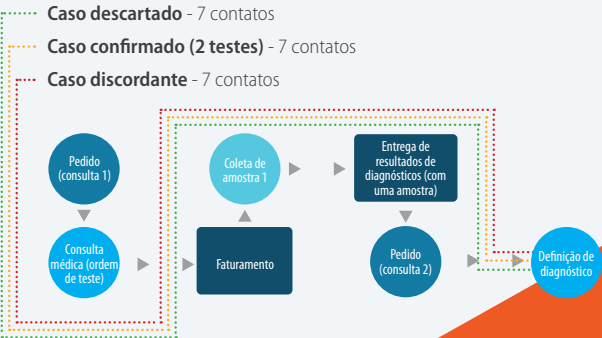
A experiência-piloto e a implementação da rota de atenção



Sem rota de atenção



Rota de atenção ideal



Os projetos-piloto da Colômbia foram realizados em cinco municípios dos departamentos de Casanare, Boyacá, Arauca e Santander, considerados áreas endêmicas para a doença de Chagas no país.

Em todos os municípios foi implementada a rota integral de atenção para Chagas, que inclui todas as orientações que o sistema de saúde deve seguir diante de uma pessoa com a doença ou em risco de contrai-la. Centrada no paciente, a rota articulou o atendimento primário com os demais níveis do sistema para determinar de modo mais simples e rápido as possibilidades de diagnóstico e tratamento, beneficiando especialmente as comunidades rurais e com altos índices de pobreza.

Além disso, um estudo coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde, com apoio da DNDi, permitiu criar um novo algoritmo diagnóstico, com a inclusão do teste de confirmação ELISA na rota de atenção. Ao contrário dos procedimentos tradicionais de imunofluorescência, os testes ELISA não exigem uma estrutura laboratorial robusta e podem ser realizados com apenas uma mostra, acelerando o tempo de resposta, reduzindo custos e ajudando a superar um dos grandes obstáculos à eliminação da doença como problema de saúde pública.



Fortalecimento de capacidades em áreas endêmicas

O conhecimento limitado dos profissionais de saúde sobre a doença de Chagas é um problema recorrente em áreas endêmicas da Colômbia. Por essa razão, a DNDi, em parceria com o Ministério da Saúde e as autoridades locais de saúde, ofereceu capacitações para as equipes de saúde dos municípios envolvidos nos projetos-piloto e áreas de cobertura.

Além de capacitações na gestão clínica da doença, o programa de fortalecimento de capacidades incluiu oficinas de eletrocardiografia, visando aprimorar as aptidões de médicos e enfermeiros na leitura de eletrocardiogramas para detectar sinais precoces de Chagas no coração e oferecer orientações terapêuticas. Além disso, quatro médicos – um de cada departamento piloto – viajaram à Bolívia para uma capacitação prática na Plataforma Chagas de Cochabamba, estimulando a troca de experiências sobre o diagnóstico e tratamento da doença de Chagas entre países endêmicos.



Informação e comunicação

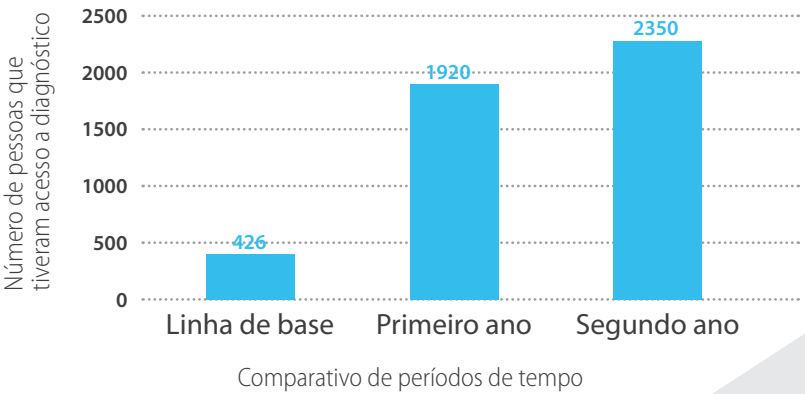
A falta de informação sobre a doença de Chagas, também identificada como uma barreira ao diagnóstico e tratamento, levou à criação de um plano de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para conscientizar a população em risco e os profissionais de saúde dos municípios envolvidos nos projetos-piloto.

Durante o processo de elaboração do plano de IEC foram entrevistados pacientes, lideranças locais e profissionais de saúde, visando criar estratégias para informar as comunidades afetadas sobre a importância do diagnóstico precoce de Chagas. A DNDi, em conjunto com o Ministério da Saúde e os departamentos piloto, desenvolveu diversas ações de comunicação – incluindo a produção de folhetos, cartazes, oficinas, campanhas de rádio, intervenções de imprensa e exposições – cujas principais mensagens foram validadas diretamente pelas comunidades beneficiárias.

Resultados

O trabalho coordenado do Ministério da Saúde, os sistemas locais e a DNDi produziu resultados convincentes nos quatro departamentos colombianos. Antes da implantação dos pilotos, pouco mais de 426 pessoas, em média, tinham acesso a testes de diagnóstico da doença de Chagas a cada ano; já durante a implantação dos projetos, a média anual ultrapassou 2.436 pessoas, representando um aumento de aproximadamente 471,8%.

Evolução do acesso a diagnóstico nos quatro departamentos-piloto

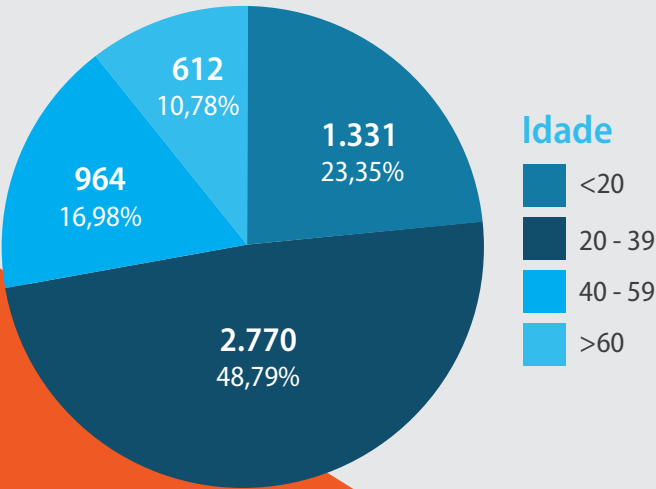


Fonte: DNDi. Os dados representam apenas o resumo das pessoas que tiveram acesso a cada piloto no primeiro e segundo ano, exceto em um dos projetos, cujos números compreendem apenas 9 meses do segundo ano.

O novo algoritmo com testes ELISA reduziu em 92,64% o tempo médio de espera entre o pedido médico e a confirmação diagnóstica: de 258 para 19 dias. Por sua vez, o número de pessoas diagnosticadas com a doença aumentou 635%, passando de 37 para mais de 270 após a implantação da rota de atenção. O número médio de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento passou de 354 para 127, uma redução de 64% nos 3 anos de projetos-piloto.

Do total de pessoas atendidas, 71% tinham menos de 39 anos, representando o segmento etário que mais pode se beneficiar do tratamento etiológico oportuno, pois ainda não desenvolveu complicações relacionadas à doença de Chagas. O mesmo grupo corresponde a 22% do total de casos positivos e 40% daqueles para os quais o tratamento seria indicado.

Pessoas diagnosticadas por faixa etária



Nos três primeiros anos dos projetos-piloto, 3.480 mulheres em idade fértil tiveram acesso ao diagnóstico, das quais 162 receberam resultado positivo para Chagas e quase metade já está em tratamento. Testar e tratar mulheres jovens é primordial para prevenir a transmissão congênita da doença durante a gravidez e o parto.

Em relação ao capital humano, a DNDi e o Ministério da Saúde e Proteção Social já capacitarão mais de 900 profissionais no diagnóstico e tratamento da doença de Chagas no país. Os programas de treinamento estão em fase de replicação em outros municípios e departamentos, facilitando o escalonamento da rota de atenção para dar continuidade ao Plano Nacional de Certificação Intradomiciliar na Colômbia.

Mulheres em idade fértil	Total # %
Diagnosticadas	3480
Resultado positivo	162
Tratamentos	73 (45.06%)

Observação: Até a conclusão desta publicação, 87 mulheres ainda não haviam iniciado o tratamento devido a gravidez em curso, lactação ou consulta médica pendente para avaliação clínica.

“Há três anos, dependíamos do laboratório externo de saúde pública. O projeto facilitou o diagnóstico mais rápido, o que é vantajoso não só para Soatá como também para os municípios próximos. A situação mudou porque temos pessoal de saúde mais capacitado, o diagnóstico é mais rápido pois nosso laboratório cuida de todo o esquema de diagnóstico, estamos mais próximos da comunidade, aceleramos consultas médicas e autorizações. Em respeito à atenção, as mudanças são perceptíveis, pois agora tudo é mais ágil”

Johana Cobos é técnica do grupo de trabalho do Programa de Doenças Transmitidas por Vetores em Boyacá e tem funções atribuídas no município de Soatá.

Conclusões e lições aprendidas

Iniciados em pequena escala, mas com uma visão de longo prazo, os projetos-piloto conseguiram melhorar o diagnóstico e tratamento da doença de Chagas na Colômbia, sendo expandidos para outros municípios endêmicos do país e inspirando iniciativas semelhantes na Guatemala, no Brasil e nos Estados Unidos.

A implementação da rota de atenção integrada ao nível primário de saúde provou ser essencial para simplificar o acesso das pessoas ao diagnóstico e tratamento, principalmente em locais remotos, áreas rurais e/ou comunidades com altos índices de pobreza. Uma questão chave no processo de desenvolvimento da rota foi a identificação de barreiras e a análise de contexto, que foi desenvolvida no âmbito da metodologia 4D.

A elaboração de uma estratégia de Informação, Educação e Comunicação tem contribuído para a conscientização a respeito da doença de Chagas entre as pessoas afetadas e os profissionais de saúde, contando com a participação efetiva e validação do material pelas comunidades locais.

Os treinamentos e capacitações no âmbito das iniciativas piloto ressaltaram a importância do diagnóstico precoce, enfocando não apenas os sintomas como também os fatores de risco de Chagas. Essa mudança de abordagem é fundamental para eliminar esta doença tão silenciosa como um problema de saúde pública.

Vale ressaltar ainda o papel fundamental do interesse político e do compromisso dos governos locais e nacional da Colômbia no desenvolvimento dos projetos. A liderança do Ministério da Saúde e Proteção Social, – com apoio da DNDi, prestadores de serviços de saúde locais e seguradoras – possibilitou o fortalecimento da capacidade interna do país para o desenvolvimento de outras iniciativas de acesso ao diagnóstico e tratamento de Chagas. No entanto, ainda é necessário um maior comprometimento das empresas de administração de saúde para que se alcance uma simplificação sustentável dos processos de atenção.

Apesar do sucesso da experiência-piloto colombiana, permanecem os desafios de aprofundar a simplificação das rotas de atenção, continuar reduzindo o tempo de diagnóstico e trabalhar pela validação e incorporação de regimes de tratamento mais curtos, que tenham menos efeitos colaterais e contribuam de forma mais eficaz para a eliminação da doença de Chagas como problema de saúde pública na região.



Drugs for Neglected Diseases initiative
Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas
Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas

DNDi AMÉRICA LATINA

Rua São Jose, 70 – Sala 601
20010-020 - Centro, Rio de Janeiro, Brasil
Tel: +55 21 2529 0400

DNDi SEDE

15 Chemin Louis-Dunant
1202 Genebra, Suíça
Tel: +41 22 906 9230
Fax: +41 22 906 9231

dndi@dndi.org

www.dndi.org
www.dndial.org

twitter.com/dndi_portugues

twitter.com/dndi

facebook.com/dndi.org

linkedin.com/company/dndi

youtube.com/dndiconnect

instagram.com/drugsforneglecteddiseases

Assine o boletim da DNDi:
dndi.org/newsletter

Organização de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos, a DNDi trabalha para disponibilizar novos tratamentos para populações negligenciadas que vivem com leishmanioses, doença de Chagas, hepatite C, HIV pediátrico, micetoma, filariose e doença do sono.

Foto de capa: Ana Ferreira/DNDi.

Publicado em janeiro de 2021. Todos os direitos são reservados à DNDi. O documento pode ser livremente utilizado, com indicação da fonte. Este documento não está à venda e não pode ser usado para fins comerciais. Os pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir este documento, em parte ou na íntegra, devem ser dirigidos ao departamento de Comunicação da DNDi.

DNDi ÁFRICA ORIENTAL

Tetezi Towers, 3rd Floor, George Padmore Road,
Kilimani, P. O. Box 21936-00505, Nairobi, Quênia
Tel: +254 20 3995 000

DNDi RDC

Avenue Milambo, no.4, Quartier Socimat,
Commune de la Gombe, Kinshasa,
República Democrática do Congo
Tel: +243 81 659 79 95

DNDi SUL DA ÁSIA

PHD House, 3rd Floor, 4/2 Siri Institutional Area,
New Delhi 110016, Índia
Tel: +91 11 4550 1795

DNDi JAPÃO

3F Parkwest Bldg, 6-12-1 Nishi-Shinjuku,
Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023, Japão
Tel: +81 (0)3 6258 0303

DNDi SUDESTE ASIÁTICO

L10-7, Menara Sentral Vista, 150,
Jln Sultan Abdul Samad, Brickfields 50470,
Kuala Lumpur, Malásia
Tel: +60 3 2716 4159

DNDi AMÉRICA DO NORTE

40 Rector Street, 16th Floor,
Nova Iorque, NY 10006, EUA
Tel: +1 646 215 7076

ESCRITÓRIO CONJUNTO ÁFRICA DO SUL (DNDi e GARDP)

South African Medical Research Council
Francie van Zijl Drive, Parow Valley
Cape Town, 7501, África do Sul

Agradecemos aos parceiros do Programa de Eliminação de Barreiras de Acesso na Colômbia

