

VIGILÂNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA: IMPACTO DAS MEDIDAS ADOTADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Verginia Medianeira Dallago Rossato
José Luís Guedes dos Santos
Carlos André Aita Schmitz
Natália Garlet
Alexandre Vargas Schwarzbald

INTRODUÇÃO

- ❑ A Sífilis em parturientes apresenta prevalências de 1,6% (Brasil), 1,4% (região Sul).
- ❑ A redução da transmissão vertical é meta do Pacto da Saúde (2006) definida por plano operacional (2007).
- ❑ HUSM: oferece cobertura para a região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul (atende população de 1,6 milhões de habitantes).
- ❑ RS tem Notificação de 4 casos de sífilis congênita no período de 2002 a 2006.
- ❑ O Município de Santa Maria notificou 10 casos neste período, com uma população de 250 mil habitantes (fonte Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN).

INTRODUÇÃO

Conforme Portaria GM/MS nº 2529 implantado o Núcleo de Vigilância Epidemiológica-NVEH (março 2007).

Início da vigilância com meta de atingir os 100% : a partir de novembro de 2007.

Não havia estatística dos casos de sífilis entre as parturientes atendidas no Centro Obstétrico – CO do HUSM.

OBJETIVO

Relatar o impacto das medidas de vigilância e a incidência dos casos de sífilis em gestantes no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.

MÉTODO

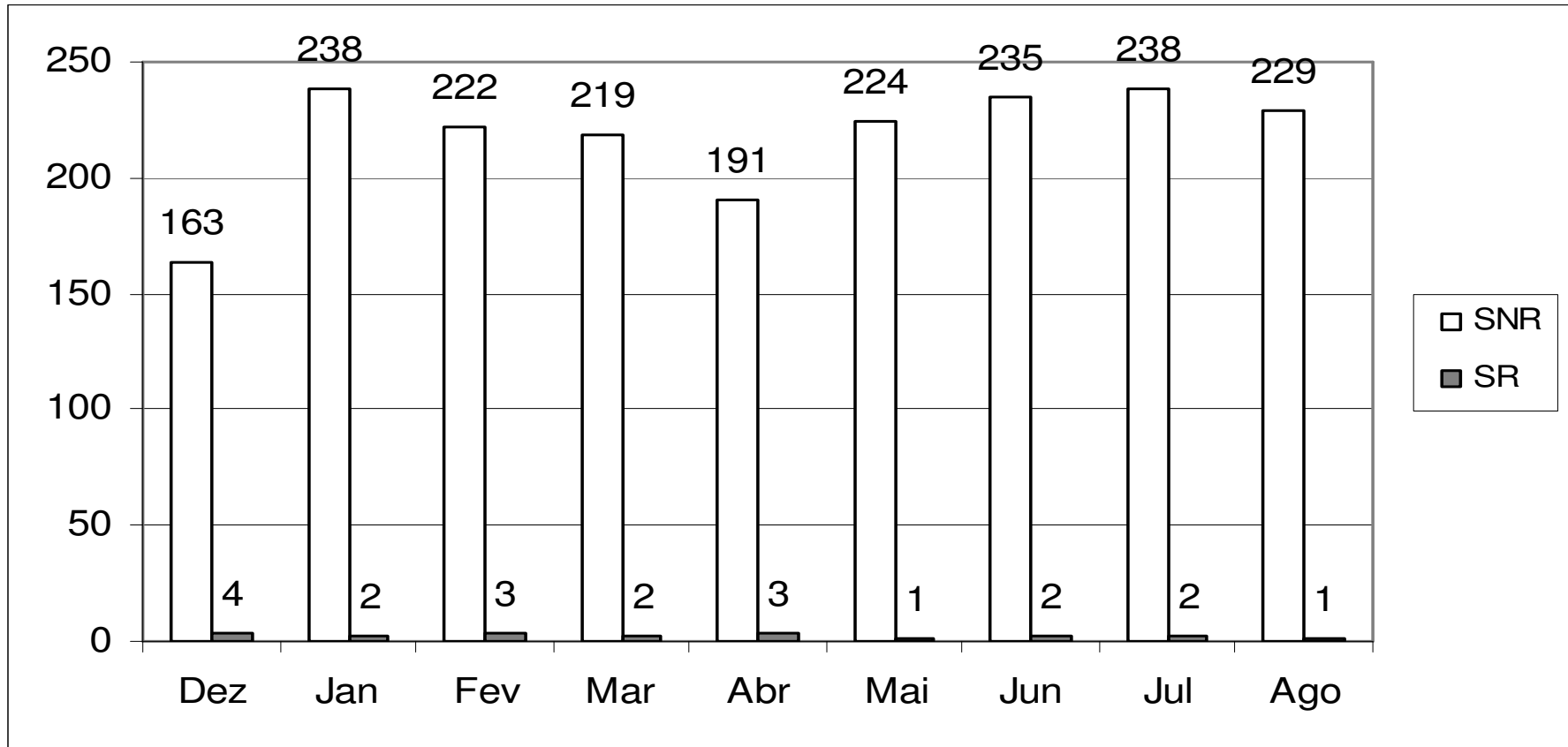
Discussão conjunta com os profissionais do CO (clínicos e administrativos), do laboratório e representantes da direção.

Vigilância da sífilis congênita passa a ter protocolo institucional de alta prioridade.

Elaborou-se uma ferramenta simples de controle epidemiológico: uma planilha eletrônica compartilhada em rede pelos setores envolvidos no processo (C.O e NVEH).

Por meio desse expediente, o NVEH tem acesso a todas as pacientes atendidas pelo CO, podendo intervir nas etapas de solicitação do exame, verificação do resultado, acompanhamento da conduta terapêutica e busca ativa de contatos.

RESULTADOS



DISCUSSÃO

- Em dezembro de 2007, a constatação pelo NVEH de que, das 212 parturientes atendidas, 42 (19,81%) não haviam recebido solicitação de VDRL, levou a equipe a reunir novamente os atores do processo para um processo de retroalimentação. No mesmo mês ocorreram quatro casos (1,89%) de sorologia positiva.
- Em janeiro de 2008, após a divulgação dos primeiros resultados e reforço do protocolo junto às partes, atingiu-se 100% de solicitação do VDRL nas 240 pacientes recebidas pelo CO, com dois casos (0,82%) de sorologia positiva.

DISCUSSÃO

- Tem-se verificado que não há consenso quanto ao tratamento e seguimento dos casos, pois casos de VDRL com baixa titulação ($\leq 1:4$) tendiam a ser pouco valorizados pelos clínicos.
- O NVEH passou a monitorar a solicitação do exame confirmatório (FTA-ABS), intervindo, através de sua assessoria clínica, junto aos médicos no intuito de padronizar a terapêutica.
- Ocorreram situações em que tivemos de dar ênfase a busca dos parceiros para coleta de amostra para VDRL buscando interromper a cadeia de transmissão.

DISCUSSÃO

- Nos casos residentes em Santa Maria em que a paciente deixou o hospital antes da coleta do VDRL, algumas foram chamadas e vieram fazer a coleta, enquanto outras a coleta foi feita no domicílio.
- Neste período tivemos de recorrer a Serviço de Saúde do Município para garantir a VE em caso que necessitava de controle e seguimento extra-hospitalar tanto para a paciente, como para o recém nascido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Através deste trabalho, a VE cumpriu suas prerrogativas de controle e, inserida dentro de um sistema de saúde, pode interferir de forma positiva na melhora da qualidade do atendimento institucional.
- A presença da VE foi determinante na implantação do protocolo de controle e na padronização da terapêutica sem ferir nenhum preceito ético profissional e respeitando o sigilo do paciente.
- A formação de redes estimuladas pela resolução de um problema de interesse comum mostrou-se como um caminho natural para os níveis local, municipal e regional de VE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a falta de tecnologias duras, como um sistema informatizado que integre informações clínicas, epidemiológicas e administrativas pode ser parcial e temporariamente minimizada com a ação em equipe e atenção diferenciada para capacitação e educação permanente dos atores envolvidos no processo (tecnologia leve).

A sinergia entre disponibilização em rede da informação (retroalimentação) e o consenso a respeito de responsabilidade e autonomia clínica, epidemiológica e administrativa tem sido determinantes para o sucesso do protocolo de vigilância.