

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

Atualmente, no Brasil, a sífilis em parturientes tem uma prevalência de 1,6%. Medidas de vigilância incluem a realização de VDRL no pré-natal e no parto, oportunidades, muitas vezes, subaproveitadas. Este trabalho tem como objetivo apresentar, a partir de um relato de experiência, o impacto das medidas de vigilância e a incidência dos casos de sífilis em gestantes no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, que oferece cobertura para a região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul. Até novembro de 2007 não havia estatística dos casos de sífilis entre as parturientes atendidas no Centro Obstétrico – CO do HUSM. Essa situação foi revertida por iniciativa do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que, em discussão conjunta com os profissionais do CO (clínicos e administrativos), do laboratório e representantes da direção, elevou a vigilância da sífilis congênita à condição de protocolo institucional de alta prioridade. Após o estabelecimento de conscientização, consenso e colaboração entre os profissionais, elaborou-se uma ferramenta simples de controle epidemiológico: uma planilha eletrônica compartilhada em rede pelos setores envolvidos no processo. 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. Foram registrados, respectivamente, 212 e 241 atendimentos a parturientes em dezembro e janeiro. No primeiro mês, houve 42 (19,81%) casos em que o VDRL não foi solicitado e quatro (1,89%) casos com sorologia reagente. Em janeiro, após a divulgação dos primeiros resultados e reforço do protocolo junto às partes, atingiu-se 100% de solicitação do VDRL, com dois casos (0,82%) de sorologia positiva. 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 (retro-alimentação) e o consenso a respeito de responsabilidade e autonomia clínica, epidemiológica e administrativa foram determinantes para o sucesso do protocolo de vigilância.