

A vigilância da sífilis congênita como ferramenta para a implantação do plano operacional de tratamento e acompanhamento.

Resumo:

Introdução: A sífilis em parturientes apresenta prevalências de 1,6% (Brasil) e 1,4%, (região Sul). A redução da transmissão vertical é meta do Pacto da Saúde (2006) definida por plano operacional (2007). Implantado o Núcleo de Vigilância Epidemiológica-NVEH (2007) no Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM, detectou-se subnotificação e inexistência de protocolo de controle. **Objetivos:** relatar as estratégias utilizadas pelo NVEH do HUSM para melhorar a notificação dos casos de sífilis gestacional e congênita de forma conjunta com a elevação da qualidade do tratamento e do seguimento. **Métodos:** Investiu-se na conscientização, consenso e colaboração entre profissionais e elaborou-se ferramenta simples de controle epidemiológico: planilha eletrônica compartilhada em rede pelos setores. Com isso o NVEH teve acesso às pacientes do Centro Obstétrico-CO, intervindo na solicitação do exame, verificação do resultado, acompanhamento da conduta e busca ativa. **Resultados:** Em dez/07 foi instituída solicitação de VDRL para todas as pacientes atendidas no CO, atingindo-se 80,19% de controle e, após retro-alimentação, 100% nos meses subsequentes. Controlou-se 853 pacientes entre dez/07-mar/08, com 11 sorologias positivas. Como não havia consenso quanto ao tratamento e seguimento, o NVEH passou a monitorar a solicitação do exame confirmatório (FTA-ABS), intervindo, através de assessoria clínica, junto aos médicos para padronizar a terapêutica. **Conclusões:** A falta de tecnologias duras (sistema informatizado) pode ser parcialmente minimizada com ação em equipe e educação permanente dos atores envolvidos (tecnologia leve). Sinergia entre disponibilização em rede da informação (retro-alimentação) e consenso a respeito de responsabilidade e autonomia clínica, epidemiológica e administrativa foram determinantes no processo de vigilância.

Introdução:

Um dos componentes do Pacto da Saúde aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis, com plano operacional publicado em 2007.

Atualmente, a sífilis em parturientes apresenta uma prevalência de 1,6% para o Brasil e 1,4% para a região Sul (MS, 2007), números que, mesmo baseados em dados subnotificados, denotam uma baixa qualidade de atendimento ao pré-natal e ao parto, mesmo sendo a sífilis uma patologia de fácil detecção e tratamento.

O peso da subnotificação fica bem claro quando o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, que oferece cobertura para toda a região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul (população de 1,6 milhões de habitantes), notificou apenas quatro casos de sífilis congênita no período de 2002 a 2006, enquanto o município de Santa Maria, no mesmo período, mas para uma população de 250 mil habitantes, notificou dez casos (números extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN).

Em março de 2007, baseado na portaria GM/MS nº 2529, o HUSM implantou seu Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH e passou a contar com uma equipe específica de Vigilância Epidemiológica - VE. Até novembro de 2007 não havia um protocolo de controle para casos de sífilis entre as parturientes atendidas no Centro Obstétrico – CO do HUSM.

A equipe do NVEH deparou-se, então, com a tarefa de vigiar não apenas a ocorrência, mas também o tratamento e o seguimento dos casos.

Objetivos:

Relatar as estratégias utilizadas pelo NVEH do HUSM para melhorar a notificação dos casos de sífilis gestacional e congênita de forma conjunta com a elevação da qualidade do tratamento e do seguimento dos casos.

Métodos:

Por iniciativa do NVEH, iniciou-se uma discussão conjunta com os profissionais do CO (clínicos e administrativos), do laboratório e representantes da direção, que resultou por elevar vigilância da sífilis congênita à condição de protocolo institucional de alta prioridade.

Após o estabelecimento de conscientização, consenso e colaboração entre os profissionais, foi elaborada uma ferramenta simples de controle epidemiológico: uma planilha eletrônica compartilhada em rede pelos setores envolvidos no processo.

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

Resultados:

A partir de dezembro de 2007 foi instituída a solicitação de VDRL para todas as pacientes atendidas no CO. Da mesma forma, com a implantação da planilha eletrônica e com a colaboração do pessoal administrativo do CO, todas as pacientes passaram ser registradas na planilha.

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.

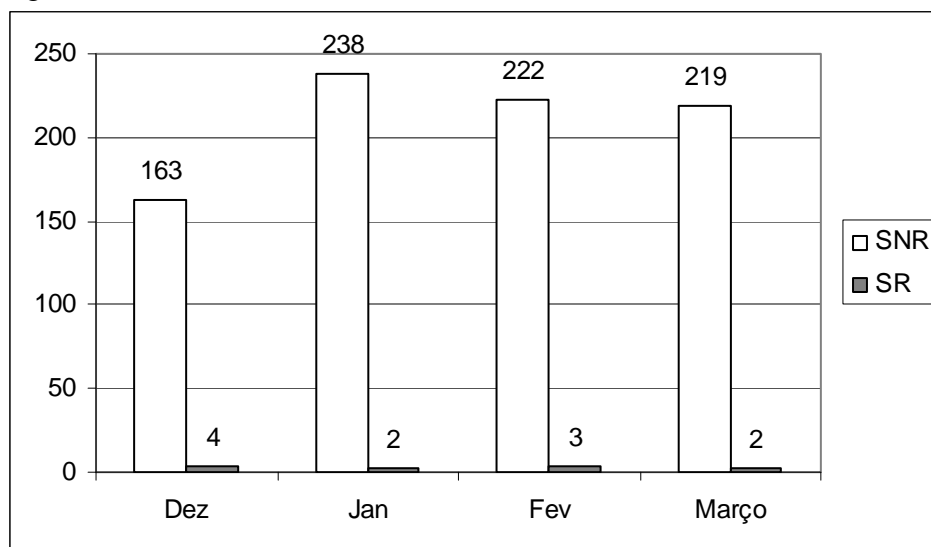
Em janeiro de 2008, após a divulgação dos primeiros resultados e reforço do protocolo junto às partes, atingiu-se 100% de solicitação do VDRL nas 240 pacientes recebidas pelo CO, com dois casos (0,82%) de sorologia positiva.

Verificou-se que não havia 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.

A partir deste momento, 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.

No mês de fevereiro e março de 2008, respectivamente, foram controlados os exames de 222 e 219 pacientes (100% de solicitação), com dois casos de titulação 1:2 e um caso de titulação 1:4 em fevereiro e dois casos de titulação 1:2 em março, todos descartados pelo FTA-ABS (Figura 1).

Figura 1 – Resultados VDRL



SNR = soro não reagente; SR – soro reagente.

Nos casos residentes em Santa Maria em que a paciente deixou o hospital antes do resultado do VDRL, e que não foi possível o chamamento da paciente através de contato telefônico, o NVEH realizou busca ativa com o auxílio do Serviço de Internação Domiciliar, realizando coleta de amostras para o exame confirmatório.

A partir de abril de 2008, após o bom resultado do protocolo interno, o NVEH iniciou negociação para estabelecimento de fluxos de controle com a VE Municipal e Regional para controle e seguimento extra-hospitalar não só da paciente, como do recém nascido e de parceiro(s).

Conclusões:

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, sendo que a experiência acumulada será utilizada também no controle da transmissão vertical do HIV e da hepatite B.

Por fim, 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.