

Regionalização da Cirurgia Cardiovascular Pediátrica Brasileira

José Teles de Mendonça (SE)

Universidade Federal de Sergipe

Resumo

Neste importante artigo[1], os autores fazem profunda reflexão sobre a situação da cirurgia cardiovascular brasileira e principalmente analisam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, regulamentada pela Portaria MS/SAS 210 de 15 de junho de 2004[2], que estabelece parâmetros para distribuição de serviços de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica no território nacional.

Ressaltam no trabalho, que as cardiopatias congênitas permanecem com elevado impacto na mortalidade infantil, na faixa etária abaixo de um ano: 6,0 % - Brasil, 2007 e 8,5% – São Paulo, 2010 e que em 2002, havia no Brasil um déficit de procedimentos cirúrgicos na ordem de 65%, justificando uma política nacional específica para combater este grave problema de saúde pública.

Desta forma a Portaria 210, foi concebida estabelecendo parâmetros para instalação e distribuição de serviços de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica, sinalizando para uma rede de atenção integral aos portadores de cardiopatias congênitas, através de serviços especializados, distribuídos em todo território nacional, utilizando o critério populacional como base de cálculo.

No artigo os autores interpretam a regionalização sob vários aspectos, destacando-se o conceito de que regionalização em saúde, pressupõe a alocação de recursos em determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade de serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores .

Ainda segundo os autores, a distância seria o critério mais importante para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado, de modo a atender ao critério maior, o acesso.

Outro princípio de fundamental importância para aumentar a efetividade é a hierarquização, separando determinados conjuntos de problemas de acordo com a complexidade, de modo a utilizar tecnologias adequadas e reduzir custos.

A regionalização dos cuidados em cardiologia pediátrica poderia ainda, não só aumentar o volume cirúrgico como também melhorar a qualidade, por concentrar a experiência.

Atendendo os critérios da Portaria 210, existem atualmente no Brasil 240 hospitais habilitados a realizar cirurgia cardiovascular exclusivamente em pacientes adultos, 58 em adultos e crianças e apenas 08, exclusivamente pediátricos.

Considerando-se apenas as instituições que operam crianças e utilizando-se os critérios recomendados pela Portaria 210 (1:800,000 habitantes), existe um déficit no Brasil de 72%, com contundentes diferenças regionais. A carência é maior na região Norte (89,58%), onde existe seis estados totalmente desassistidos. Nordeste (67,16%), Sudeste (77,25%), Centro-oeste (71,26%), e a menor, na região Sul com déficit de 59,54%.

Estratificando-se as 20 maiores instituições, de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, os autores encontraram a seguinte distribuição: 1 mês a menos de um ano (região Norte- 5%, Nordeste – 25%, Centro-oeste – 15%, Sudeste -30% e Sul -25%). Para os pacientes neonatos (crianças entre zero e 29 dias) a distribuição das 20 maiores instituições foi a seguinte: Nordeste 10%, Centro-oeste 15%, Sudeste 45% e Sul – 30%. Desta forma, as maiores instituições hospitalares que atendem crianças de um mês a menos de um ano, estão bem distribuídas em todas as regiões geográficas, exceto a região Norte que detém um percentual muito baixo (5%). As maiores instituições que realizam procedimentos no período neonatal estão localizadas entre o Sul e o Sudeste (75%).

Há portanto, um adensamento dos maiores centros habilitados para o tratamento dos portadores de cardiopatias congênitas nas regiões Sul e Sudeste e em menor proporção nas regiões Centro-oeste e Nordeste, estando a região Norte com exceção do tratamento de pacientes entre um mês e um ano, excluída do mapa das maiores instituições do Brasil.

Sendo assim, afirmam os autores que o princípio de regionalização, regulamentado pela Portaria 210, não se concretizou por vários motivos dentre os quais: a não observação das grandes diferenças regionais, exigindo políticas diferenciadas; falta de profissionais qualificados e instituições hospitalares com infraestrutura deficientes. Ainda assim, acreditam ser possível construir uma rede regionalizada de assistência distribuída equitativamente em todas as regiões do Brasil.

Comentários

Regionalização ou Racionalização da cirurgia cardiovascular pediátrica brasileira?

O sucesso de um programa de cirurgia cardíaca pediátrica depende da ação integrada de instituições qualificadas, médicos e demais profissionais de saúde bem treinados e alocação correta de recursos.[3-15]

O Dr. Valdester e colaboradores vem há anos demonstrando insatisfação e inquietude com as políticas públicas desenvolvidas pelo governo para assistência da criança cardiopata [16-19] e tem contribuído com dados cuidadosamente apresentados e reflexões criteriosas sobre o tema que conhece em profundidade, para discussões com os diversos atores que integram a cardiologia pediátrica: gestores, executores (profissionais e instituições) e sociedade (pacientes e familiares). Suas contribuições têm sido úteis inclusive aproveitadas e utilizadas pelo Governo Federal na elaboração de políticas no setor a exemplo da Portaria 210 [2] e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), através do seu departamento de cirurgia cardiovascular pediátrica (DCCVP), que criou um grupo de trabalho para estudar em profundidade o assunto e participar ativamente, prestando consultoria especializada ao Ministério da Saúde, na discussão técnica do tema, enriquecer o governo com informações privilegiadas, influenciar positivamente na elaboração de novas políticas e, corrigindo os erros do passado, adequar a realidade estrutural do momento às necessidades contemporâneas.[20]

Como fazer então? Juntar as forças sem preconceito e usar a racionalização como instrumento fundamental da regionalização, parece ser o caminho mais seguro.

Como demonstram os autores, o Brasil carece de recursos humanos, estruturais e financeiros para atender adequadamente as crianças cardiopatas.

Como sabemos, construir hospitais de qualidade, formar equipes especializadas e, sobretudo mudar radicalmente o orçamento para atender as exigências, não é tarefa para homens comuns executarem em curtíssimo tempo. Portanto, a única mágica possível para transformar o sonho em realidade é a elaboração de políticas consensuadas que permitam o crescimento gradual e racional do atendimento, tomando-se como base a valorização e aproveitamento da estrutura já existente, uma política que permita as instituições hospitalares voltarem a investir em cardiologia pediátrica, que motive os especialistas a montarem seus times focados na qualidade, no aumento da produção e, conseqüentemente, na formação de novos seguidores. Uma política cujo mais importante

indicador de qualidade, seja a garantia democrática de acesso a uma assistência de qualidade e homogenia em todo território nacional.

O modelo existe, foi construído há duas décadas com a participação determinada da Sociedade Norte Nordeste de Cirurgia Cardiovascular, que, à época, despertou a sociedade para a necessidade de lutar pelos verdadeiros interesses da coletividade e do Ministério da Saúde que, oportunamente, saindo da insensatez, demonstrou com os resultados conseguidos, como foi importante ouvir as Sociedades Científicas. Refiro-me ao sistema integrado de Cirurgia Cardiovascular (SICCV) [21] que utilizando critérios bem definidos classificou as instituições e, com uma varinha mágica chamada IVH (Índice de Valorização Hospitalar), promoveu a maior transformação da assistência cardiovascular brasileira, sobretudo nas regiões menos favorecidas (Norte e Nordeste).

Portanto, de maneira direta e objetiva, podemos resumir em sete passos o caminho a ser percorrido: 1. Estabelecer uma parceria honesta e transparente entre o Ministério da Saúde e as Sociedades Científicas relacionadas; 2. Definir orçamento específico para o programa; 3. Corrigir imediatamente a tabela de procedimentos - basicamente, corrigindo a nomenclatura de modo a possibilitar melhor gerenciamento epidemiológico e atualizando os valores, contemplando a complexidade e risco de cada procedimento; 4. Liberar todos os centros atualmente credenciados em cirurgia cardiovascular (adultos e pediátricos) para realização de correção de cardiopatias congênitas; 5. Estabelecer critérios para um novo credenciamento considerando níveis de complexidade, resolubilidade e resultados; 6. Instituir índices de valorização da tabela de acordo com nível alcançado pelo hospital e, 7. Criar mecanismos efetivos para assegurar a implantação, financiamento, avaliação e controle do programa.

Concluindo, é do nosso entendimento que a implementação das medidas propostas seguramente promoveria uma grande revolução na assistência cardiovascular pediátrica. Primeiramente, com as medidas de números três e quatro, haveria uma melhora imediata na quantidade de atendimentos. As medidas de número cinco e seis, estimulariam a diferenciação qualitativa das instituições que, na busca tangível de remunerações adequadas, investiriam cada vez mais na melhoria de suas estruturas físicas e, principalmente, no fortalecimento do capital humano especializado. Aos poucos, com custos crescentes planejadamente, uma vez que a migração de nível seria gradativa, ia se estabelecendo racionalmente uma rede regionalizada de assistência cardiovascular pediátrica.

Artigo Comentado

Referências

1. Pinto Júnior VC, Fraga MNO, Freitas SM, Croti UA. Regionalização da cirurgia cardiovascular pediátrica brasileira. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2023;28(2):256-62.
2. Portaria no 210 SAS/MS de 15 de junho de 2004. Serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica. *Diário Oficial*, seção 1, n. 117, p. 43. 2004b.
3. Leite DCF; Mendonça JT; Cipolotti R; Melo E. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012;27(2): 224-230.
4. Caneo LF, Jatene MB, Yatsuda N, Gomes WJ. Uma reflexão sobre o desempenho da cirurgia cardíaca pediátrica no Estado de São Paulo. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012;27(3):457-62.
5. Larrazabal LA, Jenkins KJ, Gauvreau K, Vida VL, Benavidez OJ, Gaitán GA, et al. Improvement in congenital heart surgery in a developing country: the Guatemalan experience. *Circulation*. 2007;116(17):1882-7.
6. Neirotti RA. Cardiac surgery: complex individual and organizational factors and their interactions. Concepts and practices. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010; 25(1):VI-VII.
7. Chang RK, Klitzner TS. Can regionalization decrease the number of deaths for children who undergo cardiac surgery? A theoretical analysis. *Pediatrics*. 2002; 109(2): 173-81.
8. Smith PC, Powell KR. Can regionalization decrease the number of deaths for children who undergo cardiac surgery? A theoretical analysis. *Pediatrics*. 2002; 110(4): 849-50.
9. Stolf NAG. Congenital heart surgery in a developing country: A few men for a great challenge. *Circulation*. 2007; 116:1874-1875.
10. Atik FA, Garcia MF, Santos LM et al. Resultados da implementação de modelo organizacional de um serviço de cirurgia cardiovascular. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2009;24(2): 116-125.
11. Caneo LF. Cirurgia cardiovascular pediátrica: aquilo devemos preservar, o que devemos melhorar e o que devemos transformar. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012; 27(2): IX-XI.
12. Neirotti RA. Cardiac surgery: complex individual and organizational factors and their interactions. Concepts and practices. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2010; 25(1): VI-VII.
13. Neirotti RA. Cardiac surgery: the infinite quest. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012; 27(4): 614-620.
14. Neirotti RA. Cardiac surgery: the infinite quest. Part II. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013; 28(1): 129-136.
15. Neirotti RA. Cardiac surgery: the infinite quest. Part III. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013; 28(2): 248-255.
16. Pinto Jr VC, Daher CV, Sallum FS, Jatene MB, Croti UA. Situação das cirurgias cardíacas congênicas no Brasil. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2004;19(2):III-VI.
17. Pinto Jr VC, Rodrigues LC, Muniz CR. Reflexões sobre a formulação de política de atenção cardiovascular pediátrica no Brasil. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2009;24(1):73-80.
18. Pinto Jr VC. Avaliação da política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade com foco na cirurgia cardiovascular pediátrica [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010.
19. Pinto Jr VC, Fraga MNO, Freitas SM. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012; 27(3):463-8.
20. Walter J. Gomes; Grupo de Trabalho da Sbccv No Programa Nacional Para O Tratamento Integral de Crianças Com Diagnóstico de Cardiopatia Congênita; Aldemir José da Silva Nogueira; Fabio Biscegli Jatene; José Teles de Mendonça; José Wanderley Neto; Leonardo Andrade Mulinari; Luiz Fernando Caneo; Marcelo Biscegli Jatene; Marcelo Matos Cascudo; Valdester Cavalcante Pinto Júnior. A dívida com a saúde da nação: o caso das cardiopatias congênicas. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013;28(2):VI-VII.
21. Portaria no 227 SAS/MS de 04 de abril de 2002. Normas de classificação e cadastramento de centros de referência em assistência cardiovascular de alta complexidade. *Diário Oficial*, seção 1, n. 65, p. 73-75. `