

IDH, Recursos Humanos e Tecnológicos para o Diagnóstico e Tratamento das Malformações do Aparelho Circulatório no Brasil - Análise da Realidade no Brasil

HDI, Technological and Human Resources for the Diagnosis and Treatment of Circulatory System Malformations in Brazil - Analysis of the Reality in Brazil

Isabel Cristina Britto Guimarães¹ 

Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina da Bahia,¹ Salvador, BA - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: IDH, Recursos Tecnológicos e Humanos para Diagnóstico e Tratamento das Malformações do Aparelho Circulatório no Brasil

No Brasil, em 2019, as doenças do aparelho circulatório (DAC) foram a principal causa de morte.¹ Em crianças menores de um ano, a DAC é a nona causa de morte e, na faixa etária de 1 a 9 anos, a oitava.² Nas últimas décadas, houve uma redução da taxa de mortalidade infantil para 11,9 / 1.000 nascidos vivos (NV) em 2019.³ Apesar da redução progressiva observada nos últimos anos, essa taxa continua elevada quando comparada à de países desenvolvidos. Na Suécia, a taxa de mortalidade infantil no período de 2015/2020 foi de 2,0/1.000 NV. No Brasil, em crianças menores de cinco anos, a mortalidade foi de 14,0/1.000 NV, ocorrendo principalmente no primeiro ano de vida.³

As principais causas de mortalidade neonatal são asfixia perinatal, prematuridade extrema e malformações congênitas. Dentre as malformações congênitas (MC), as DAC têm maior impacto na mortalidade, por serem classificadas como causas de morte evitáveis, que poderiam ser reduzidas através de intervenções precoces.⁴ As altas taxas de mortalidade por malformações do aparelho circulatório (MAC) decorrem da falta de diagnóstico pré e pós-natal, resultando em tratamento inadequado e maior número de óbitos.⁴⁻⁸

O estudo de Salim et al. objetivou verificar a associação do diagnóstico de MAC ao nascimento e óbito por MAC no primeiro ano de vida com o índice de desenvolvimento humano (IDH) e recursos tecnológicos e humanos para o diagnóstico e tratamento de MAC por macrorregiões do Brasil, utilizando dados obtidos junto ao DATASUS, no período de 2000/2015.⁹

Entre 2000/2015, os autores encontraram uma taxa de MC de 660,8/100.000 NV, sendo 18.444 devido a MAC, e uma taxa de diagnóstico de 38,55/100.000 NV.

Palavras-chave

Doença Cardiovascular; Cardiopatias Congênitas; Serviço de Saúde Pública; Mortalidade Infantil; Mortalidade Perinatal.

Correspondência: Isabel Cristina Britto Guimarães •

Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina da Bahia - Praça Ramos de Queiros, s/n. CEP 40026-010, Largo do Terreiro de Jesus, Salvador, BA - Brasil
E-mail: isabelcbrguitmaraes@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210496>

Considerando as cinco macrorregiões brasileiras, as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas de diagnóstico de MAC ao nascimento e óbito por MAC, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores taxas de diagnóstico de MAC ao nascimento e óbito por MAC no primeiro ano de vida. A região Centro-Oeste, com recursos semelhantes aos das regiões Sul e Sudeste, apresentou baixo índice de diagnóstico de MAC ao nascimento e melhora no diagnóstico de MAC após o óbito. Esses dados são preocupantes, demonstrando o impacto negativo que as desigualdades sociais têm na atenção à saúde da população, onde os melhores resultados são descritos nas regiões com maiores valores de IDH, recursos tecnológicos e humanos. Entretanto, as taxas nacionais de diagnóstico de MC e MAC são ainda menores quando comparadas às taxas globais no mesmo período e para a mesma faixa etária: 1,40 e 1,78, respectivamente.³ As diferenças permanecem quando comparadas aos países desenvolvidos, onde há maior investimento em recursos de saúde.^{3,10}

Ainda vivenciamos uma lacuna significativa no número de cirurgias cardíacas pediátricas realizadas anualmente no país.¹¹ Considerando uma prevalência de cardiopatia congênita (CC) de 9: 1.000 NV, a estimativa é de 28.846 casos novos / ano de CC, dos quais aproximadamente 50% necessitarão de cirurgia cardíaca no primeiro ano de vida, correspondendo a uma necessidade média de cirurgia cardíaca em CC de cerca de 23.077 procedimentos/ano.¹² Pinto Jr et al., ao analisarem a situação da cirurgia cardiovascular brasileira quanto ao número de procedimentos realizados em 2002, encontraram um déficit de 65%, sendo as maiores taxas sendo encontradas nas regiões Norte e Nordeste (93,5% e 77,4%, respectivamente) e os menores nas regiões Sul e Centro-Oeste (46,4% e 57,4%, respectivamente).¹¹

Caneo et al. compararam a necessidade e o número de cirurgias cardíacas realizadas no primeiro ano de vida em 2010 entre o estado de São Paulo e a Polônia, que possuíam IDH e tamanho populacional semelhantes à época. Na Polônia, crianças menores de 1 ano foram submetidas à 100% das cirurgias necessárias, enquanto em São Paulo, apenas 50% o fizeram. Isso demonstra que mesmo em num dos principais centros de cirurgia cardíaca do país, ainda temos um longo caminho a percorrer em termos de diagnóstico e intervenção precoces.¹³

Vale destacar alguns aspectos do estudo de Salim et al., como maior mortalidade por MAC nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, entre os casos de MC no primeiro ano de vida.^{7,9} Isso ocorre devido a diversas condições: a CC considerada crítica requer diagnóstico pré e pós-natal precoce, assistência ao parto e acesso garantido a centros de referência para os casos indicados, o que requer recursos humanos e tecnológicos especializados.^{7,8,11,14} De acordo com os dados encontrados, existe um significativo déficit de recursos humanos com formação adequada para realizar o diagnóstico e o atendimento de crianças com cardiopatia, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, relacionado não apenas aos pediatras, mas também aos cardiologistas pediátricos com formação em ecocardiografia,

cirurgiões cardiovasculares e disponibilidade de centros cirúrgicos cardiológicos pediátricos por macrorregião.

A redução da mortalidade infantil ainda é um grande desafio no Brasil para os governos, profissionais de saúde e sociedade como um todo. É necessário o aprimoramento das estratégias de saúde pública e maior atenção ao recém-nascido, visando obter o diagnóstico precoce e tratamento das cardiopatias congênitas.¹⁴

De acordo com Ottersen et al., o objetivo da política de equidade em saúde não é eliminar todas as diferenças de saúde para que todos tenham a mesma qualidade de atendimento, mas reduzir ou eliminar aquelas decorrentes de fatores considerados evitáveis e injustos.¹⁵

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: IBGE; 2021 [cited 2021 Jun 8]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) results. Global Health Data Exchange website. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington; 2019.
4. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health-related problems: ICD-10. 10th ed. Malta: WHO; 2010.
5. Scheffer M, editor. Medical demography in Brazil 2011. São Paulo: Conselho Regional de Medicina; 2011.
6. Salim TR, Soares GP, Klein CH, Oliveira GM. Mortality from circulatory system diseases and malformations in children in the state of Rio de Janeiro. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(6):464-73. doi: 10.5935/abc.20160069.
7. Salim TR, Andrade TM, Klein CH, Oliveira GMM. Inequalities in mortality rates from malformations of circulatory system between Brazilian Macregions in individuals younger than 20 Years. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(6):1164-73. doi: 10.36660/abc.20190351.
8. Brum CA, Stein AT, Pellanda LC. Infant mortality in Novo Hamburgo: associated factors and cardiovascular causes. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104(4):257-65. doi: 10.5935/abc.20140203.
9. Salim TR, Andrade TM, Klein CH, Oliveira GMM. HDI, Technological and Human Resources in the Diagnosis and Treatment of Malformations of the Circulatory System in Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 117(1):63-71.
10. Duncan P, Bertolozzi MR, Cowley S, Egry EY, Chiesa AM, França FOS. "Health for All" in England and Brazil? *Int J Health Serv*. 2015;45(3):545-63. doi: 10.1177/0020731415584558.
11. Pinto VC Jr, Rodrigues LC, Muniz CR. Reflexions about formulation of politics for attention to cardiovascular pediatrics in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2009;24(1):73-80. doi: 10.1590/S0102-76382009000100014.
12. Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39(12):1890-900. doi: 10.1016/s0735-1097(02)01886-7.
13. Caneo LF, Jatene MB, Yatsuda N, Gomes WJ. A reflection on the performance of pediatric cardiac surgery in the State of São Paulo. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012;27(3):457-62. English, Portuguese. doi: 10.5935/1678-9741.20120076.
14. Lopes SAVA, Guimarães ICB, Costa SFO, Acosta AX, Sandes KA, Mendes CMC. Mortality for critical congenital heart diseases and associated risk factors in newborns: a cohort study. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(5):666-73. doi: 10.5935/abc.20180175.
15. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383(9917):630-67. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62407-1.

