minor stroke. There was no hospital mortality; however we do not have follow up data beyond 30 days of hospital discharge. The mean time in the intensive care unit (ICU) was 2.3 days for the control group and 2.2 days for those who received non-invasive ventilation (BIPAP treatment group, *P*=0.442). The hospital stay was 9.3 days for the control group and 7.3 days for the BIPAP group (*P*=0.182).We do not have data regarding respiratory function after ICU discharge, but the evolution of the patients during its post-operative period in the ward was uneventful.

Social factors is the main reason for a post-operative hospital stay longer than the observed in developed countries, or even in Brazilian hospitals located in larger metropolitan areas. Regarding post-operative atelectasis, we did observed a higher incidence of more pronounced atelectasis in the control group, but the differences did not reached statistical significance, certainly due the size of our sample. However we have to consider that a level of significance below 0.5 is a convention, and we have obtained *P*=0.07. Therefore, the results may not have statistical significance, but certainly they have clinical relevance. However, all patients who experienced post-operative atelectasis completely recovered with additional specific respiratory therapy, mainly by means of incentive spirometry and/or intermittent positive pressure breathing through a mouth piece connected to a BirdMark 7®ventilator.

Best regards,

***Alfredo J Rodrigues and Aline Franco - Division of Cardiothoracic Surgery - School of Medicine of Ribeirão Preto - University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil.***

REFERENCE

1. Franco AM, Torres FCC, Simon ISL, Morales D, Rodrigues AJ. Assessment of noninvasive ventilation with two levels of positive airway pressure in patients after cardiac surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26(4):582-90.

---

***Cardiopatias congênitas no interior do Nordeste brasileiro: dificuldades e soluções***

Caro Editor,

Tendo nesses últimos 10 anos de minha vida profissional trabalhado no interior do Nordeste, inicialmente em Barbalha-CE, Mossoró-RN e, atualmente, Sobral-CE, gostaria de apresentar as dificuldades encontradas até aqui em se conseguir desenvolver um serviço de cardiopatia congênita. A principal dificuldade é a contratualização junto à fonte pagadora por 99% de nosso movimento cirúrgico, o SUS, e sua gestão. Até começamos a operar crianças recém-nascidas, implementamos o serviço com ambulatório, fisioterapia, cardiologista pediátrica e anestesia, material adequado, mas quando começamos, depois de poucos meses, veio uma redistribuição dos recursos financeiros das Secretarias de Saúde, e a parte pediátrica coube aos hospitais da capital.

Mas como? Distávamos mais de 500 km, no primeiro caso, e 300 km, no segundo e terceiro municípios. Como fazer pessoas carentes, que mal tinham onde morar e alimentar-se em sua terra natal, deslocar-se para capital e esperar nas longas filas dos hospitais públicos por uma vaga? O que fizemos? Continuamos nosso atendimento, não desmobilizamos nosso grupo e continuamos operando os maiores de 12 anos, contemplados pela contratualização, e os mais jovens conseguiam tratamento por meio de contatos pessoais com grupos da capital, que por conta das dificuldades, montavam organizações sociais e casas de apoio para retaguarda desse atendimento.

Bem ou mal, conseguíamos ir adiante, ora operando pacientes mais urgentes e recebendo administrativamente, ora encaminhando para os Serviços na capital. Porém, essas estruturas de apoio, hospitais privados que atendiam ao SUS, não conseguiram sobreviver aos atrasos e descasos com a saúde, agora temos uma nova dificuldade, mas não vamos desistir. Nosso Serviço tem aumentado, a interiorização da Medicina é uma realidade com os egressos das primeiras turmas das Faculdades de Medicina retornando depois de Estágios e Residências juntando-se às fileiras para continuarmos a prestar o melhor atendimento possível às crianças portadoras de cardiopatias congênitas [1-3].

**Fabiano Gonçalves Jucá, Mamede Johnson Aquino Filho – Sobral, CE**

REFERÊNCIAS

1. Pinto Jr. VC, Daher CV, Sallum FS, Jatene MB, Croti UA. Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2004;19(2):III-IV.

2. Maluf MA, Franzone M, Melgar E, Hernandez A, Perez R. A cirurgia cardíaca pediátrica como atividade filantrópica no país e missão humanitária no exterior. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009;24(3):VIII-X.

3. Croti UA, Mattos SS, Pinto Jr. VC, Aiello VD. Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica. São Paulo:Editora Roca;2008.