A SAÚDE EM QUESTÃO

Frejat admite: "O DF está doente"

Em entrevista ao CB, o Secretário de Saúde revela sua preocupação com o problema e indica as prioridades para uma solução

CELSON FRANCO E
EDUARDO FRANKLIN

O Distrito Federal está doente, o Brasil está doente. E a solução se vier, não será tão cedo. Em longa entrevista concedida ao "Correio Braziliense", o Secretário de Saúde do DF, Jofran Frejat, fez uma análise da saúde no Distrito Federal e no país.

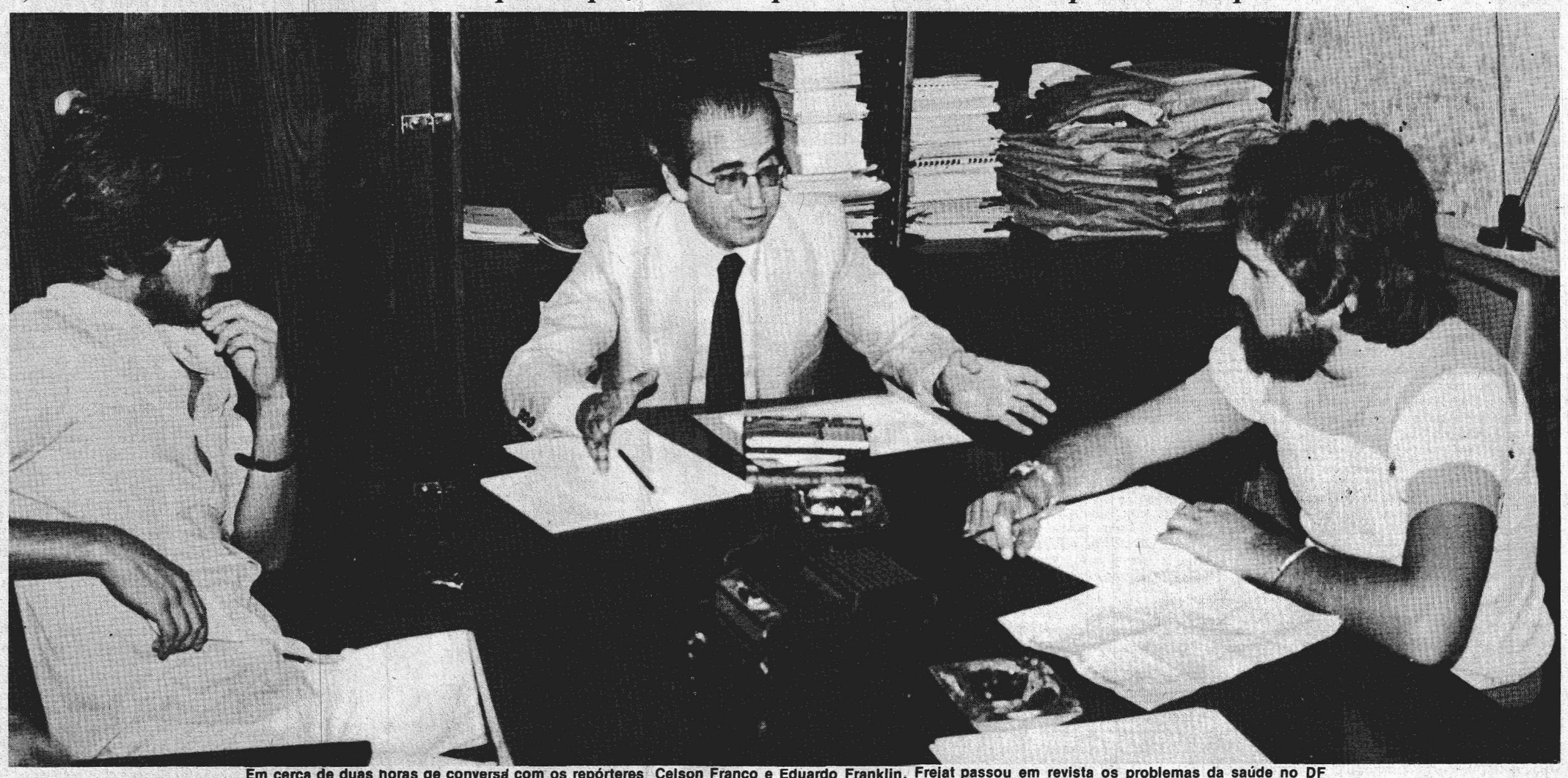
Entre outras coisas, diz o secretário, francamente: "O indivíduo não vai ao hospital só porque está doente, ele vai ao hospital porque quer comer".

A saúde, no Distrito Federal, como no país inteiro, está doente. E não se trata de deficiência neste ou naquele ponto. Não. Está tudo errado. A situação é realmente crítica, pois começa com as precárias condições de vida do povo brasileiro, sem infra- estrutura, sem saneamento básico, sem alimentação, sem as condições mínimas de vida; passa pelo ensino da medicina, deficiente e até irresponsável, que joga no mercado milhares de médicos mal formados, a ponto de os formandos, mais conscientes da responsabilidade de sua profissão, se verem obrigados a fazer um novo vestibular, para adquirirem, durante o período de residência médica, a capacitação profissional que a faculdade de medicina não pôde lhes dar; Acaba no círculo de erros e mazelas se fecha com o sistema de atendimento médico - hospitalar que, além das verbas insuficientes, se preocupou ultimamente mais com a sofisticação técnica, a ponto de termos, em Brasília, três ou quatro hospitais dotados de aparelhagem caríssimas, que ficam grande parte do seu tempo ociosas, ao invés de se preocupar mais com o atendimento primário, pois, como disse Jofran Frejat, o que mata mais não é infarto, mas diarréia, pneumonia em criança.

Talvez sob o argumento de que "já que todo mundo está fazendo errado, vamos fazer também", os nossos administradores da saúde preferiram construir grandes unidades hospitalares, cada vez mais sofisticadas, verticais, ao contrário de estender o antedimento médico, ao invés de atacar o que realmente ataca o nosso povo. Seguiram o exemplo das grandes metrópoles, sempre e cada vez mais em crise, e construíram hospitais capazes de fazer inveja aos países mais adiantados. Com isso, podem se vangloriar: "O nosso hospital não perde para nenhum outro". Mas não dizem que dentro dessas maravilhas de sofisticação, o povo morre de desnutrição, de diarréia, por falta de atendimento hospitalar.

O Secretário de Saúde do Distrito Federal, Jofran Frejat, ao afirmar que o brasileiro vai ao hospital mais para comer do que para se tratar, porque a sua doença maior é a fome, trata da falta, quase absoluta, de condições de vida da população. E cita exemplos, muitos, como o do garoto que é internado com desnutrição, e três meses depois volta novamente a ser internado, novamente desnutrido. Como o caso das filas, quando ele experimentou colocar, ao lado das crianças em regime de hidratação, as suas mães. Mas seria preciso alimentar essas mães, e passaram a dar café da manhã e um prato de sopa, no almoço e no jantar. Depois, achando injusto, decidiram dar às mães o bandeijão, com bife, feijão, arroz, legumes. O que aconteceu? Uma semana depois o hospital tinha uma outra fila. Os pais, geralmente trabalhadores da Construção Civil, levavam as suas mulheres, com os filhos para serem hidratados. Na hora do almoço, na sua obra, eles iam para o hospital, comer do bandeijão da esposa.

Mas, para Jofran Frejat, a mentalidade está mudando, e os homens da área de saúde admitem que não se pode mais sofisticar, não se pode mais gastar tanto dinheiro importando aparelhos extremamente caros e não tão úteis; que não se pode mais verticalizar o atendimento médico - hospitalar. A ordem agora é horizontalizar, multiplicar. Ao invés de grandes unidades hospitalares, pequenos postos de saúde, inaugurando um sistema de complexidade crescente. E é este o plano da Secretaria de Saúde do Distrito Federal: quarenta postos de saúde, nas cidades satélites e no Plano Piloto, um para cada 25 mil habitantes, como um clube, que dará ao indivíduo a segurança de que será atendido.



Em cerca de duas horas de conversa com os repórteres Celson Franco e Eduardo Franklin, Frejat passou em revista os problemas da saúde no DF

"CB" - É o primeiro cargo que o senhor ocupa no Governo do Distrito Federal?

Jofran Frejat - Cargo fora da específica atuação médica, sim, mas fui diretor do Instituto Médico Legal, fui chefe de cirurgia do Hospital Distrital da L-2. As funções de chefia foram inúmeras. Por volta de 1969, 1970, quando o atual Governador, que era chefe de segurança, chegou em Brasília, fui convidado para ser diretor do Instituto de Medicina Legal. Ainda era naquele barraco, alí perto da Central de Polícia. Disse a ele que estava com pretensões de ir para a Inglaterra, que tinha feito um concurso e pretendia ir. Mas ele disse: "não, você assume enquanto a gente faz essas mudanças todas", etc. Eu assumi e no final de 70 saí para poder viajar para a Inglaterra. Quando voltei, em 1972, voltei normalmente como médico do Instituto de Medicina Legal e médico comum da Fundação Hospitalar. Mas em 73, ele voltou a me convidar para ser diretor do Instituto. Nós inauguramos o Instituto de Medicina Legal e ficamos lá de 73 até quando ele saiu da Secretaria de Segurança para o Governo do Estado e nos convidou para a Secretaria de Saúde.

"CB" - Nós temos hoje, às vésperas de 1980, cerca de um milhão e duzentos mil habitantes, quando a previsão era de 500 mil habitantes. Qual o número de leitos exigido pela Organização Mundial de Saúde e de quantos leitos dispõe atualmente a Fundação Hospitalar?

Frejat - Nós estamos muito abaixo daquilo que seria razoável, porque Brasília foi calculada para 500 mil habitantes e tinha uma previsão de 2.550 leitos para 500 mil habitantes. Mas, talvez pela própria euforia da construção de Brasília, se planejava grande, se planejava, por exemplo, a construção de 11 hospitais distritais. Depois, caiu-se na realidade e viu-se que era praticamente impossível ter 11 hospitais distritais, por que são serviços extremamente onerosos. Um hospital, além das equipes médicas, envolve toda uma estrutura de equipamentos, de Raio X, laboratórios, e com isso vem o laboratorista, o técnico, o médico especializado etc, o que realmente tornava inviável fazer 11 hospitais distritais só no Plano Piloto. E não se esperava que Brasília tivesse essas cidades-satélites, todas as cidades-satélites que apareceram. Até o próprio Núcleo Bandeirante era para ser extinto. A Organização Mundial de Saúde preconiza que para cada mil habitantes se deve ter uma disponibilidade de 6 a 7 leitos. O plano de Brasília foi feito imaginando-se que a população brasiliense fosse uma mistura de representações de vários Estados, ou seja, do Sul, Nordeste, etc, que essa proporção fosse mais ou menos limitada como nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, como os países europeus. E baixou essa proporção, o Planejador achou que o Brasil precisava de uma média de 5,5 leitos para mil habitantes, o que era bastante razoável. Aliás, 5,5 para os Estados Unidos, para nós seriam 7 leitos para cada mil habitantes. O que era bastante razoável para nós, porque poderia oferecer para uma população de 500 mil habitantes uma proporção bastante adequada. Ocorre que não foi possível construir 11 hospitais. E, surgindo as cidades-satélites, houve então a preocupação dos administradores de adotar essas cidades satélites com os hospitais, que são chamados de hospitais regionais. Então, Taguatinga tem o seu hospital, o Gama tem o seu hospital, Brazlândia tem seu hospital, Planaltina, e nos falta ainda Ceilândia, porque o Núcleo Bandeirante tem um núcleo populacional pequeno, de 21 mil habitantes, que não comporta um hospital. Mas esse crescimento hospitalar não trouxe, de fato, o número suficiente de leitos para a população. Hoje nós temos 1.777 leitos. Se para 500 mil habitantes nós deveríamos ter 2.500 leitos, calcula-se que para um milhão nós deveríamos ter 5.000 leitos. Estamos abaixo daquilo que seria razoável para 500 mil habitantes. Mas digo isso em relação à Fundação Hospitalar, porque Brasília não foi planejada para ter casa de saúde, outros hospitais, era toda a Fundação Hospitalar, que era o órgão executivo da Secretaria de Saúde, é que teria o domínio de todo o setor hospitalar, fiscalização etc, tudo que fosse de área hospitalar e área médica seria feito pela Fundação. Mas aí o plano foi sendo modificado. A partir de 1962, 63, é que começou a construção de casas de saúde, que se permitiu a construção de casas de saúde. Isso evidentemente vinha contra o plano inicial de Brasília, mas acredito que o Governo na época tenha entendido que não poderia, por exemplo, afastar inteiramente a clínica privada, a casa de saúde privada. Mas o fato é que Brasília tem cerca de 1800 leitos só na Fundação Hospitalar. E tem as casas de saúde, que dá quase 3.000 leitos. Além disso, há os hospitais militares, de cada uma das forças, e ainda o Hospital do INANPS. Uma das preocupações que colocamos no nosso plano de Trabalho é Ceilândia. É uma cidade que já deveria ter um hospital e tem um posto de saúde. A essa altura dos acontecimentos nós apresentamos um plano de saúde, que mimetiza o plano inicial de Brasília, só que não com a construção de grandes hospitais, porque mesmo os países desenvolvidos chegaram a um impasse: observou-se que a simples oferta de leitos, ou aumento do número de hospitais, não traz a solução do problema. Quantos hospitais se fizerem em Brasília, tantos estarão preenchidos completamente. Porque hoje o hospital se tornou um receptáculo do grande problema social no Brasil. O indivíduo não vai ao hospital só porque está doente, ele vai ao hospital porque quer comer. E eu tenho vários exemplos disso. Ele vai ao hospital porque quer abrigo, e se sente atraído tanto para fazer um exame quanto para procurar no hospital uma palavra amiga, uma pessoa de um nível superior, que mantenha contato com a pessoa de mais baixo nível social. Há muito poucas profissões que dão ao povo acesso fácil ao profissional liberal, e ao médico há esse acesso, o povo conversa com o médico. E, naturalmente, o médico se torna a única pessoa de algum nível social, que pode exercer alguma influência e em quem ele pode descarregar o seu problema social. Então ele chega e diz: Não tenho comida para dar a meu filho, eu não tenho leite em casa. Ele chega com o filho desnutrido. Um exemplo: você pega uma criança com desnutrição, verminose, mau estado geral, interna essa criança, ela é nutrida, acaba-se com a verminose dessa criança, coloca-se essa criança em condições de estado de ir para casa. Ela vai. Três meses depois, em geral ela volta a ser internada. Porque? Porque ela vai para um lugar onde não tem esgoto, a família tem baixa condição social e não tem o que dar de alimentação, não tem leite, não tem carne, não tem ovo. Então essa criança vai adoecer. Quantos hospitais se coloque, todos vão ser preenchidos por esse pessoal, pois existe uma demanda reprimida muito grande, a demanda de gente que vai ao hospital para ser atendida e não consegue. Por que hoje se vê o pronto-socorro muito cheio? Porque o paciente vai para o ambulatório tentar uma consulta e não consegue se consultar. Ele sai de Ceilândia, pega o ônibus, gasta o seu dinheiro para ir ao hospital, digamos, de Base, aquele hospital que tem uma tecnologia mais sofisticada, e a tecnologia atrai, naturalmente. Ele gastou sua passagem de ônibus, perdeu seu dia, chega lá no ambulatório e ouve: não dá mais, só pra daqui a vinte dias. Agora, ele não tem condição financeira de estar se transportando todo dia para o Hospital de Base. Ele, naturalmente, vai para o pronto-socorro, porque no pronto-socorro todo mundo é atendido, mais rápido ou mais lentamente, todo mundo é atendido. E o que acontece? Sem saber, essa pessoa está tirando o lugar de um paciente urgente, quando o caso dele era um caso de desnutrição, uma dor de cabeça de muito tempo, uma diarréia persistente, casos que realmente seriam ambulatoriais. O grande problema que enfrentamos hoje é dar alta pro paciente, o paciente não quer ter alta, porque lá ele come, lá ele dorme. Um grande de problema é exatamente mandar o paciente pra casa. Nós temos que usar muitas vezes o nosso serviço social, para estar transportando o paciente de ambulância, porque nem dinheiro para o ônibus ele tem. Nós temos um paciente no Gama, por exemplo, internado há oito anos, oito anos. É um paciente paralítico, não anda, não fala. Mas o hospital não seria o lugar dele, porque o que ele precisa é de alimentação, só, e cuidados mínimos, para ele conseguir urinar, ser limpo depois de fazer suas necessidades fisiológicas. E ocupa um leito hospitalar que poderia ser utilizado por um paciente urgente, mas não se pode mandar esse paciente embora, para quem? Quem vai tomar conta dele? Por isso é que estamos vendo se criamos uma estrutura para-hospitalar, barata, que seria um hospital de crônicos e convalescentes, que é exatamente um hospital que não precisa da presença do médico, um elemento caro, não precisa de grandes equipamentos, mas de cuidados primários de enfermagem. Eu tenho uma experiência muito curiosa que gostaria de contar: Quando assumimos a Fundação, fizemos uma experiência muito interessante. Como existe o setor de hidratação, onde ficam as crianças tomando soro, nós tínhamos duas dificuldades: a pequena quantidade de pessoal para cuidar de todas aquelas crianças, com uma agulhazinha na veia, com soro, ficar toda a noite alí para ver se a criança mexia, etc. Não tínhamos enfermagem suficiente. Então, se colocássemos a mãe do lado dessa criança, a criança ficaria mais quieta, porque a mãe estava do lado. Bom, fizemos essa experiência. Colocamos a mãe ao lado de cada box. Mas às vezes a criança ficava 24, 48 horas, e não se poderia deixar uma mãe durante 24, 48 horas sem comer. Então fizemos o seguinte: passamos a dar um café da manhã, com pão e manteiga; um prato de sopa no almoço e no jantar. Bom, aumentou violentamente o número de crianças para serem hidratadas. Um certo dia, eu disse, rapaz, é um absurdo, a gente dar um prato de sopa, vamos dar um bandeijão, que pelo menos vem um bifezinho, feijão arroz, pão, vamos dar um bandeijão porque, quem sabe, a gente até melhora a coisa. O diretor me alertou que ia haver problema: "vai vir muita gente querendo comer desse bandeijão". Eu digo: "Não, se fosse Ceilândia, Gama, Taguatinga, mas aqui no Plano, no L-2..." Uma semana depois o diretor do hospital me chamou e eu fui lá. Havia uma nova fila. O peão de obra, por exemplo, o trabalhador de obra, trazia a mulher com o filho para ser hidratado lá no hospital da L-2, e na hora do almoço na obra dele, ele ia comer do bandeijão da esposa. Então, é realmente, problema social. Em alguns hospitais mais distantes, como Brazlândia, por exemplo, eu mantive o bandeijão, mas nos outros eu não pude manter, porque aumentou muito a quantidade de pacientes famintos. Voltando ao problema dos leitos hospitalares, os grandes países hoje chegaram a um impasse. A medicina tornou-se extremamente cara. Qualquer aparelho é importado, as chapas de Raio-X são importadas, os aparelhos laboratoriais são importados, e isso tornou a medicina bastante cara. Os países mais desenvolvidos chegaram a um impasse, exceto os países que, em parte, socializaram a medicina. Nesses, o Governo arca com uma certa parcela, existe uma espécie de desconto, e o Governo se envolve principalmente com a atenção primária. Mas aqueles em que o paciente tem que pagar tudo, como nos Estados Unidos, França, Alemanha, o paciente não suporta o preço da diária hospitalar. Partindo desse ponto, e partindo do ponto que 80, 90% do paciente, que vai ao pronto socorro não é paciente de urgência, é um paciente que espirrou do ambulatório, onde não conseguiu consulta, nós então procuramos fazer uma alteração do plano inicial de Brasília. Então, vamos criar ambulatórios. Idealizamos a construção de postos de saúde para atendimento, para atenção primária, a vacina, pediatria, clínica médica, obstetrícia, atendimento cirúrgico de emergência, odontologia e aqueles cuidados sanitários, ou seja, um sanitarista com a sua equipe, para fazer avaliação epidemiológica, e criar um local onde a população possa ser atendida facilmente, não precisando se deslocar para o Plano Piloto. Qual é a vantagem? O indivíduo não vai gastar sua passagem, perder o seu dia para ir a um grande hospital. Ele tem a facilidade de a assistência médica estar à mão, quando ele quer, vai, não precisa ir às quatro horas da manhã, madrugar na fila. Ele tem aquilo disponível e acaba aprendendo que a qualquer hora que vai tem a chance de ser atendido. E desde que seja cadastrado, e só aquele grupo possa ser atendido naquele posto, evidentemente que ele vai estar seguro, como se fosse um clube, ele vai estar seguro de que tem assegurado o seu atendimento. E, de acordo com a gravidade do seu caso, ele seria então triado, ou para o hospital regional, ou para o hospital de Base, se fosse o caso.

"O indivíduo não vai ao hospital só porque está doente. Ele vai porque quer comer, porque quer abrigo. Assim, o hospital se se transformou no receptáculo do grande problema social do país.

"CB" - Existe no Brasil um levantamento de quantos doentes existem para cada equipe médica, de enfermagem?

Jofran Frejat - Existe. O que há no Brasil é uma inversão. Nós temos, por exemplo, faculdades formando nove mil médicos por ano. E a proporção que deveríamos ter de médicos para enfermeiros é de 1 para 4. Mas temos praticamente o inverso. Temos 1.100 médicos na Fundação e 400 enfermeiras. Não existe faculdade de enfermagem suficiente, nem pessoal disponível para se contratar. Então, muito trabalho que poderia ser feito com a enfermeira, que é a pré-consulta, a triagem, a drenagem do paciente, não se faz aqui no Brasil. O próprio médico, que se qualificou, se especializou, ele fica fazendo esse trabalhinho, que não é o trabalho que ele deveria desenvolver. Porque ele é um profissional caro, ele foi qualificado para outro tipo de trabalho.

"CB" - Esses nove mil médicos estão saindo bem formados?

Frejat - A partir do momento em que se abre mais faculdades, a partir do momento em que o professor universitário não é fixado no seu trabalho, com faculdades sem condições de formar esse pessoal, o ensino cai e a qualidade do médico também cai. E o que acontece. Acontecem também coisas como a crise dos internos, por exemplo. O que há com os internos? Acontece que as faculdades de vários lugares do país não têm condições de dar o sexto-ano de prática do interno. Ora, é uma faculdade que forma alguém e não pode dar o currículo do último ano. Não pode. Então eles passam a apelar para entidades como a nossa, começam a fazer convênios. São faculdades do Brasil inteiro, do Sul também. Temos de Caxias, de Passo Fundo de Vassouras, da Paraíba, de Uberlândia, João Pessoa, Campina Grande, Rio Grande do Norte, Maranhão. Então esse sistema converge todo para onde há condição de fazer. O estudante se forma e se sente deficiente. Tem que fazer um novo vestibular para fazer uma residência médica de dois, três ou quatro anos, para que tenha um treinamento suficiente na especialidade que abraçou, ou que quer abraçar. Não é obrigado a isso, no Brasil, se você terminou o sexto-ano e recebeu o diploma, pode botar lá a sua tabuleta de neurocirurgião, cardiologista, tudo bem, não tem problema. Agora, por uma questão de consciência, e por saber que não está completamente habilitado é que o médico, sabendo que vai tratar com a vida humana, procura se especializar. Mas acontece que se formam nove mil. O estudante que sai de faculdades sem muitas condições, se pergunta: como é que eu vou tratar de gente? É uma augústia, um sofrimento. Então ele se propõe a fazer um novo vestibular para fazer uma residência, que hoje se constitui numa verdadeira suplementação do seu ensino médico deficiente.

"No Brasil, há uma inversão. O ideal é um médico para quatro enfermeiras. Pois aqui, na Fundação, nós temos 1.100 médicos para apenas 400 enfermeiras. E pior: não existe gente para se contratar".

"CB" - Ele termina, então, com 27, 28 anos. Está ganhando o quê?

Jofran Frejat - O residente, hoje, ganha, sem aumento, sem coisa nenhuma, 9.800 cruzeiros, mais casa, comida e roupa lavada.

Em geral, dá 60 horas de trabalho por semana. Agora, o residente, evidentemente, ele sofre uma pressão de carga horária muito maior, porque ele tem que estar antes do staf chegar. E sai depois, sim.

"CB" - Qual seria a relação ideal médico/paciente?

Jofran Frejat - O médico deve atender no seu horário de trabalho, que seriam quatro horas, 12 doentes, no ambulatório. Isso, na Fundação, em geral, é respeitado, mas no ambulatório, porque no pronto-socorro é ilimitado. Você não pode condicionar que um médico atenda doze doentes. Se acontece um acidente de ônibus ou de trem e aparecem 50 pessoas? Não tem jeito, ele tem que se desdobrar, porque nem sempre ele faz apenas aquele atendimento, em geral ele faz mais. Mas ele faz mais exatamente pela contingência de estar atendendo, no Pronto-Socorro, o paciente ambulatorial. Agora, no ambulatório, essa é uma determinação nossa, o médico deve atender doze doentes. E por isso, também, que o doente sai do ambulatório para a emergência.

"CB" - Por que os médicos não vão para o interior ao se formarem?

Jofran Frejat - Bom, primeiro ele vai esquecer muito do que aprendeu. Ele não tem como reciclar. Ele não tem lá, por exemplo, o laboratório para fazer exames de fezes, de urina. Porque ele vai sozinho, ele não vai com uma equipe. Se ele tem um caso que precise operar, por exemplo, uma pequena cirurgia. Primeiro, ele não tem anestesista. Então ele vai só. Estou colocando aqui como uma possibilidade: O governo poderia, por exemplo, usar as universidades que são gratuitas, a maioria do país. Se o governo precisa interiorizar, que estabeleça o seguinte: Para que o médico receba seu diploma, ele fará dois anos de contribuição ao país, no interior, como o Projeto Rondon. O governo estabelece onde ele vai ficar. Grande parte volta, há uma permanente troca desse pessoal mas aquele município estaria relativamente assistido. E muitos deles com certeza, iriam casar com a filha do fazendeiro. Iam acabar criando gado, montando uma fazenda e iam acabar ficando por lá e assim ele poderia eventualmente se estabelecer naquele local. Mas se não for compulsório, ele não vai. O Rio de Janeiro hoje tem uma das maiores proporções médico/habitante, do mundo. O Rio de Janeiro tinha, em 75/76 um médico para cada 365 habitantes. Isto está demonstrando que o elemento médico não é fator principal para uma boa assistência, especificamente. Se assim fosse, o RJ teria a melhor assistência médica do mundo. O grande problema que nós temos que enfrentar não é criar hospitais como se pretendia. Nós temos uma grande estrutura hospitalar em Brasília, que poucas cidades do Brasil têm, em proporção à população que nós temos, apesar de recebermos toda a área geoeconômica, que isso aqui é atrativo. De Goiás chegam ambulâncias e mais ambulâncias, à vontade, trazendo pessoal. Até fiz uma crítica outro dia, muito engraçada, porque, em Goiás, eu vi um governador distribuindo 40 ambulâncias para um município. Eu disse, estou perdido, vai cair tudo aqui em Brasília. E só para transportar o pessoal. E de fato é o que está acontecendo. Em vez de criar o posto de saúde, cria-se a ambulância. Então a ambulância é o ônibus para trazer o paciente e cai tudo aqui.

CB — E o Pronto Socorro?

Frejat — Você sabe qual é o volume de pacientes que você atende no pronto socorro, só no Hospital de Base, diariamente? 1.500 pacientes. É o grande Conjunto Nacional de Brasília, a qualquer hora do dia ou da noite você vai lá e tem movimento. Você pode ir até a boates, que as três da manhã estão meio paradas. Mas, se você for ao Distrital, o movimento está lá.

CB — E as verbas? Como é que o senhor encontrou a Secretaria, Fundação Hospitalar?

Frejat — Vou te pedir, pelo amor de Deus, para não fazer comparações. É uma posição muito difícil pra mim. Nos oito meses em que estou aqui, só em outubro conseguimos sanear as grandes dívidas da Fundação. E ela passou de uma entidade que não tinha credibilidade nenhuma — no comércio ninguém queria vender para a Fundação — para uma entidade que todas as firmas procuram para vender, mesmo a prazo, mesmo em qualquer condição.