

O DF e as doenças da migração

O secretário de Saúde do Distrito Federal, Jofran Frejat, em entrevista ao *Correio Braziliense*, revelou que a incidência das chamadas doenças endêmicas é maior com a relação doença de Chagas, oriunda das regiões de Goiás e Minas Gerais. O secretário fala ainda, nesta entrevista, da incidência de doenças advindas com as correntes migratórias, quando indivíduo vem ao DF em busca de assistência médica e traz a doença que é própria de sua região. Frejat admite, com relação à migração, que de há alguns anos para cá houve um aumento de certas patologias.

Jofran Frejat anuncia também a criação de uma espécie de hospital-albergue para pessoas que necessitem de tratamento, mas que ao mesmo tempo não se justifique a sua internação. "Ele tem (o paciente) um contato permanente com o hospital, mas é um hotelzinho onde o indivíduo fica convalescendo". A entrevista:

CB — Verifica-se em Brasília incidência de doenças advindas com as correntes migratórias?

Jofran — Bom, qualquer lugar do país pode ter doenças decorrentes de pessoas portadoras de doenças endêmicas, de certa região, e que se transferem para outra. Aqui em Brasília, particularmente, o que nós temos de mais incidente ou prevalente é, exatamente, a doença de Chagas, que é uma doença endêmica na região de Goiás e Minas Gerais e os pacientes vêm aqui para o Distrito Federal; mas, em compensação, nós não temos nenhuma evidência — é feito uma pesquisa, com certa frequência, pelos técnicos do Ministério da Saúde, e nós, da Secretaria de Saúde, acompanhamos — do "barbeiro" infestado. Nós não temos nenhuma evidência de que o "barbeiro", que é o transmissor da doença de Chagas, por exemplo, esteja infestado. Existem, em áreas rurais do Distrito Federal, o "barbeiro", mas nós não identificamos, ainda, nenhum deles portador da doença. De forma que nós recebemos aqui, de fato, o paciente já com a sua doença, que adquiriram em criança, na área rural de Goiás, Minas Gerais, Bahia, Piauí e que migra para cá e aqui eles vão ser tratados pelos nossos hospitais. É natural que, se essas pessoas ao se instalarem na área rural do Distrito Federal e forem picados, por exemplo por um "barbeiro" não infestado, naturalmente eles vão infestar esse "barbeiro" e esse "barbeiro" poderá transferir essa patologia a um paciente ou a uma pessoa que não tivesse facilidade de adquirir a doença. Mas para isso é preciso também que ele more em residência de pau-a-pique, como são próprias para a instalação do "barbeiro", que já é mais raro. Mas na área rural é possível; não é simples nem fácil de ocorrer, mas pode acontecer. O que acontece é que nós temos os hospitais sobrecarregados, em geral, com esse tipo de problema.

Veja a doença de Chagas, que frequentemente apresenta lesões cardíacas, que nós temos que utilizar marca-passos com grande frequência, que são aparelhos de instalação relativamente cara, para manter os batimentos cardíacos dentro de certa regularidade. Uma outra patologia. Bom, ainda dentro de doença de Chagas, nós podemos ressaltar os pacientes portadores de mega-esôfago, mega-cólon, que são também consequências, ou seja, são manifestações clínicas da doença de Chagas em outro órgão que não o coração, que também são frequentemente submetidos à intervenção cirúrgica aqui.

Esse pessoal vem para cá, é tratado aqui e em geral, ou volta para a sua região de origem ou fica pelo Distrito Federal trabalhando ou estudando ou em outra atividade qualquer.

CB — E o Bócio?

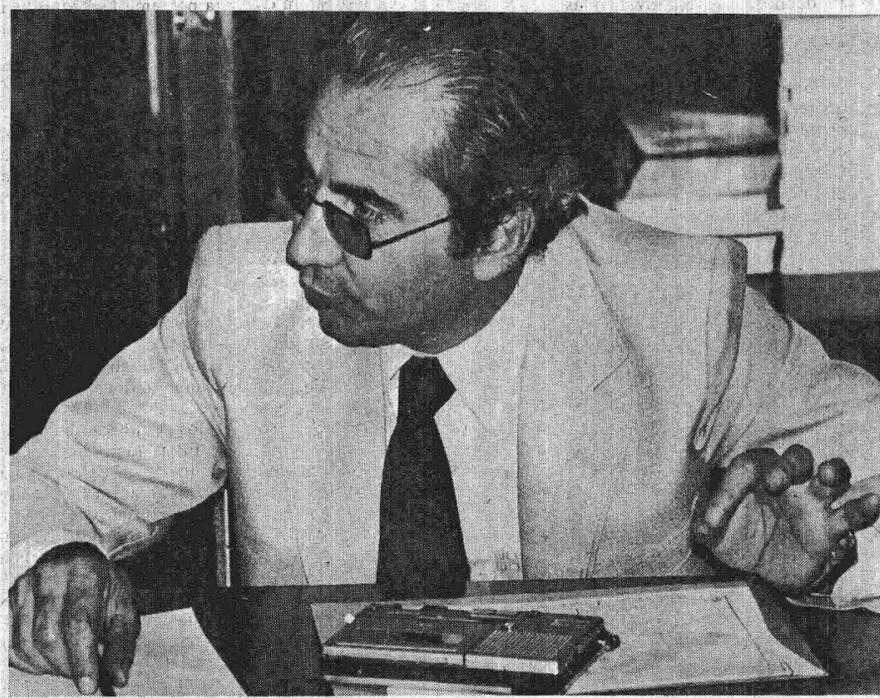
Jofran — É outra doença que tem uma incidência endêmica nessa área próxima ao Distrito Federal, o Bócio endêmico, o "papo", conhecido pelo "papo". É uma deficiência de iodo. Isso já é regulamentado pelo Ministério da Saúde, o sal tem que conter iodo. Mas frequentemente, nessas cidades do interior, essa recomendação nem sempre é seguida, consome-se o sal sem iodo e se adquire o Bócio. Ela não é uma doença grave, mas em geral pode-se acompanhar de certas deficiências de ordem mental, quando o paciente apresenta hipotireoidismo, e apresenta um outro aspecto estético

muito sério, que é aquele "papo" no pescoço, quando o paciente nos procura, para através de uma intervenção cirúrgica, resolver o seu problema, porque ele se apresenta como uma deformidade no pescoço. Essas são as doenças endêmicas prevalentes nessa área. Nós temos também casos de malária, não no Distrito Federal, mas principalmente em pessoas que moram nesse Vale do Paraná, nesses rios próximos em que vão pescar. Os pescadores frequentemente voltam sendo portadores de malária, que nos obriga a fazer um tratamento. Doença endêmica realmente, aqui que nós temos são essas comuns que a vacinação resolve; é o coqueluche, o sarampo, é a catapora — essa a vacinação não resolve — é a poliomielite que já está em declínio bastante acentuado. Alguns anos atrás, os técnicos do Ministério da Saúde verificaram em Planaltina a possibilidade de haver um foco de xistosomose, porquanto foram encontrados caramujos, que são hospedeiros intermediários dessa patologia, e que poderia, naturalmente, com a migração de pessoas do Nordeste, portadoras de Xistosomose, contaminar esses caramujos e esses caramujos poderiam naturalmente transferir a doença para indivíduos normais. O fato é que não houve uma evidência clara de que nós tivéssemos um problema endêmico de Xistosomose aqui. Mas esse fato já ocorre em outras cidades do Brasil. O Rio de Janeiro já apresenta focos de Xistosomose e várias outras cidades brasileiras, em virtude dessa migração. Aliás essa foi também uma preocupação em relação a Amazônia. Quando o nordestino passou a migrar para a Amazônia, preocupou-se que a Xistosomose pudesse ser transferida de onde ela é mais frequente no Nordeste (Bahia, Paraíba, Pernambuco) que ela para essa região. Muitas dessas doenças podem ter um controle relativamente intenso. Por exemplo, a Leishmaniose que está hoje em evidência no Brasil, no Rio de Janeiro.

CACHORROS

CB — Ela é típica de onde?

Jofran — A Leishmaniose, na América do Sul, existe em praticamente todos os países, exceto no Chile. Ela é conhecida no Brasil, a Leishmaniose cutânea, como a úlcera de Bauru. Ocorre muito em São Paulo, mas pode aparecer em qualquer região do Brasil. O hospedeiro intermediário pode ser cão, gato, etc. Por isso é que, nós aqui no Distrito Federal, há muito tempo, nos preocupamos para que as não sejam doenças de cães transferidas ao homem. Além da raiva tem a Leishmaniose e outras tantas zoonoses que podem ser transferidas para o homem. Nós temos feito um trabalho intenso aqui de retirar o cão da rua. Eu não sei se você lembra, algum tempo atrás havia uma preocupação muito grande com o número de cães vadios nas ruas. Hoje a preocupação maior é conseguirmos vencer a resistência da população, principalmente nas cidades-satélites, que não querem que a carocinha apanhe seus cães. É muito curioso porque eles soltam seus cães e, quando a carocinha chega perto, então recolhem-os. E fica essa briga permanente. Um dia viram uma carocinha, outro apanharam um funcionário nosso que estava recolhendo. Mas é preciso que a população entenda que o cão só pode estar na rua se ele estiver sob a corrente.



CB — Essa doença que o Sr. falou que é transmitida pelo cão, é só pela mordida?

Jofran — Não, não é. Existe um mosquito, o Flebotomo, que pode picar o cão contaminado e depois ele pica o homem e, então, transfere a doença. Assim também ocorre com a febre amarela, que é uma doença não urbana, uma doença da selva, onde o *Aedes Aegypti*, que é uma espécie de mosquito, pica o macaco que é o portador, em geral, e transfere para o caçador ou para o pescador ou para o indivíduo que está na selva. Qualquer dessas doenças pode-se estabelecer endemicamente numa região. O cuidado que nós temos que ter, e que tem o Ministério da Saúde com a Febre Amarela, e está tendo agora com a Malária, é evitar que ela possa transferir-se como um surto para as grandes cidades, como é o caso da Leishmaniose, agora, no Rio de Janeiro.

CB — Ela teria vindo com essas correntes migratórias?

Jofran — Provavelmente alguma pessoa contaminada, e não é infrequente. Quem trabalha num serviço de dermatologia, por exemplo, ou serviço de clínica médica frequentemente encontra pacientes portadores ou da "úlcera de Bauru", ou seja, da Leishmaniose cutânea, ou da Leishmaniose visceral, que é o Calasar.

CB — Quais são os sintomas?

Jofran — Bom, em geral ela se apresenta como uma coença com um período febril, um período de inebação, que pode durar de 10 dias até 4 meses; apresenta linfonódos, ou seja, aqueles gânglios enfiados, apresenta lesões hepáticas e hisplênicas, ou seja, no fígado e no baço, com o aumento do fígado e do baço, temperaturas oscilantes com picos febris; prostração; diminuição de sua capacidade laborativa e, se não tratada convenientemente, o tipo visceral, o Calasar, pode levar à morte. Mas hoje nós temos recursos muito bons para o seu tratamento, que são os antimoniais, os compostos pentavalentes de antimônio que resolvem com certa facilidade, tem que ser bem tratado. E a solução, para que ela não se estenda, é eliminar a possibilidade da transmissão da doença através do Flebotomo que pica o cachorro, pica o gato e a transfere para o homem. Então é um trabalho realmente de saúde pública. Felizmente, aqui no Distrito Federal, com esse trabalho que vem sendo feito, de apreensão e de vacinação de cães, nós a temos reduzido. Que eu me lembre, ultimamente não temos tido nenhum caso de Leishmaniose. Naturalmente é resultado desse trabalho que está sendo feito. Desde 1979, nós vacinamos uma média de cem a cento e vinte mil cães por ano e fazemos uma apreensão maciça desses cães. A população tem que entender que é preciso que esses cães sejam apreendidos.

CB — O mosquito só transmi-

te se o cão estiver contaminado?

Jofran — Ah sim. Se ele picar o cão e o cão não estiver contaminado, ele não tem como transmitir para o indivíduo. Mas o cão não transmite só raiva ou só Leishmaniose, ele transmite uma série de outras zoonoses. São vinte, no total, que ele transmite. Então ele pode ser um elemento de guarda importante, mas pode ser, se estiver contaminado, um elemento perigoso para a família. Não é incomum vermos as nossas crianças querendo dormir abraçadas ao cão, estarem próximas brincando o tempo todo, serem lambidos pelo cão e essa coisa toda que a gente conhece.

CB — Quer dizer que não há ainda a constatação de algum tipo de doença que não seria daqui e esteja havendo incidência?

Jofran — Como prevalência, não. Nós temos, por exemplo, portadores de Xistosomose, que vêm principalmente do Nordeste, nenhum caso próprio do Distrito Federal.

CB — O Sr. diz do sujeito que vem para se tratar ou do sujeito que vem sem saber que tem? Eu digo, vindo com essas correntes migratórias.

Jofran — Veja só. O Distrito Federal tem uma característica curiosa. Há pouco tempo a Secretaria de Serviços Sociais publicou um trabalho muito importante, muito interessante, sobre as correntes migratórias do Distrito Federal. Verificou-se aqui uma coisa inusitada. Três por cento do migrante vem aqui à procura de educação e 2,8 por cento à procura de assistência médica, quer dizer, praticamente à mesma incidência, o que é extremamente raro que aconteça em outro local qualquer do país. Em geral, quem procura educação é em percentual bem mais alto do que aquele pessoal que procura assistência médica. Então é de esperar-se que esse pessoal, vindo em busca de assistência médica, traga a doença própria da sua região. De fato a gente veio, durante alguns anos, sentindo um aumento de certas patologias aqui. Por exemplo esse caso da Xistosomose, como eu lhe falei, a quantidade de pacientes portadores de doença de Chagas, os portadores de Bócio. Agora, esse trabalho que está sendo desenvolvido aqui, esse de regionalização, onde o indivíduo tem uma assistência próxima à sua residência, onde ele é acompanhado desde o começo, tem evitado que nós tenhamos problemas maiores.

CB — As doenças provocadas por migração são Bócio, Chagas,...

Jofran — Sim, elas se transformam aqui num problema de saúde pública, ou seja, um problema da área preventiva, porque nós estamos trabalhando para que isso não ocorra. Mas ele se torna um problema médico-assistencial, de medicina curativa. É o indivíduo que já vem com o seu Bócio, o indivíduo que já vem com a sua Xistosomose, é o indivíduo que já vem com a sua doença de Chagas instalada. E, naturalmente, não há mais como prevenir a sua doença. Só há como melhorar as condições do paciente para que ele tenha uma vida relativamente com alguma qualidade. De modo que nós não temos, provavelmente, nenhum foco importante que pos-

sa se transformar numa endemia no momento.

Agora, as outras patologias, como por exemplo, vacináveis, como Poliomielite, Sarampo, Coqueluche, Difteria, Tétano, etc., Essas, o trabalho que vem sendo feito pela regionalização do atendimento nos centros de saúde fez com que nós atingissemos índices de vacinação nunca antes alcançados. Então nós temos, veja a proporção — embora a meta seja 100 por cento, seria o ideal para nós, tudo 100 por cento — um índice de vacinação contra a Poliomielite de 97 por cento. Nós temos um índice de vacinação contra o Sarampo de 84 por cento. Então é um índice bastante alto que permite que praticamente o elo da doença seja quebrado. Mas eu acredito que Brasília seja um caso peculiar. Brasília foi a primeira unidade da Federação a montar um sistema de atenção primário que permite à população encontrar uma assistência médica, praticamente de imediato, sem filas, sem grandes problemas. Aliás, agora, porque, alguns anos atrás se via — o que se viu ontem pela televisão mostrado num desses programas, em outras cidades do país — aquelas filas que começam às oito ou nove da noite, até o dia seguinte, para se marcar uma consulta. Realmente isso se conseguiu eliminar no Distrito Federal. E se conseguiu também uma cobertura de assistência que se permitisse um acesso fácil da população aos centros de saúde e aos hospitais com maior facilidade. Embora não seja ainda o ideal, nós estamos caminhando rapidamente para uma situação bastante tranquilizadora. Um outro fato importante é que esses centros de saúde, além de educação, devem ter Sarampo, porque todos nós tivemos Sarampo. Há problemas realmente importantes, com relação à educação, para a saúde, de vários segmentos da população. Há pouco tempo nós identificamos três casos de febre tifóide numa das favelas do Distrito Federal, mas especificamente a Chaparral em Taguatinga. E nós procuramos fazer uma vacinação em massa naquela cidade-satélite, e conseguimos, com a primeira dose, um número bastante significativo. Mas já na segunda dose, como a vacina dá um pouco por ser injetável, havia uma resistência muito grande. E não é infrequente que a população diga: Olha, eu prefiro ter a doença do que tomar a vacina; não sabendo que isso poderia realmente levá-la a um quadro muito mais grave, com hospitalização durante dois ou três meses para tratar da febre tifóide. Esse trabalho de reeducação, reorientação da população é um trabalho difícil. Eu pessoalmente fui à favela, fui de barraco em barraco consistindo a população para que fosse vacinar. Mesmo assim os resultados não foram aqueles que a gente esperava, que poderiam ser melhores. Há uma resistência surda. Ainda se acredita muito que pode ser resolvido com o tempo, que se pode adquirir a doença e não morrer. E se esquecer que às vezes, se fica dois, três meses ou mais internado num hospital inteiramente impossibilitado de trabalhar.

PÓLIO

Veja o caso da Poliomielite, por exemplo. Nós já tivemos uma média de quinze casos de Poliomielite, por ano no Distrito Federal. No ano passado nós tivemos três, de crianças que não se vacinaram. E agora, neste ano de 1982, nós não tivemos nenhum caso. Sarampo, que é uma outra doença endêmica, que pode até tornar-se epidêmica eventualmente, tem uma incidência

bastante alta no Brasil inteiro e aqui nós tivemos, em 1980, dois mil e quinhentos casos. Conseguimos reduzir, em 1981, para menos de setecentos casos. É uma marca importante, e devemos cair mais, porque nós conseguimos vacinar praticamente 84 por cento da população de zero a um ano, impedindo, assim, que ela venha a adquirir Sarampo. Se adquirir, que o faça de forma frusta. O Sarampo mata mais do que Poliomielite. As complicações do Sarampo são muito importantes. Não é infrequente que as mães ainda acreditem, pela orientação que receberam dos avós, que as crianças devem ter Sarampo, porque todos nós tivemos Sarampo. Há problemas realmente importantes, com relação à educação, para a saúde, de vários segmentos da população. Há pouco tempo nós identificamos três casos de febre tifóide numa das favelas do Distrito Federal, mas especificamente a Chaparral em Taguatinga. E nós procuramos fazer uma vacinação em massa naquela cidade-satélite, e conseguimos, com a primeira dose, um número bastante significativo. Mas já na segunda dose, como a vacina dá um pouco por ser injetável, havia uma resistência muito grande. E não é infrequente que a população diga: Olha, eu prefiro ter a doença do que tomar a vacina; não sabendo que isso poderia realmente levá-la a um quadro muito mais grave, com hospitalização durante dois ou três meses para tratar da febre tifóide. Esse trabalho de reeducação, reorientação da população é um trabalho difícil. Eu pessoalmente fui à favela, fui de barraco em barraco consistindo a população para que fosse vacinar. Mesmo assim os resultados não foram aqueles que a gente esperava, que poderiam ser melhores. Há uma resistência surda. Ainda se acredita muito que pode ser resolvido com o tempo, que se pode adquirir a doença e não morrer. E se esquecer que às vezes, se fica dois, três meses ou mais internado num hospital inteiramente impossibilitado de trabalhar.

CB — Já tem algum plano?

Jofran — Já, já temos planta inclusive já temos local, já temos tudo...

CB — Aonde?

Jofran — Ele vai ser atrás do canal, depois do Palácio do Buri, ali por trás.

ALBERGUE

CB — Como é que se chama isso, um motel?

Jofran — Não, não é motel, é uma espécie de Hospital-Albergue. Isso é muito comum nos Estados Unidos. Nos Estados Unidos não é bem assim. Lá, o pessoal que está em tratamento de patologias como o câncer, por exemplo, faz o tratamento dentro do hospital e depois fica num hotel ligado, praticamente, ao hospital. Quer dizer, ele tem um contato permanente com o hospital, mas é um hotelzinho onde o indivíduo fica convalescendo. As crianças brasileiras, por exemplo, que têm idos com Leucemia ou problemas dessa ordem, que vão fazer tratamento quimioterápico nos Estados Unidos, por exemplo, o Memorial Hospital de Nova Iorque tem ao lado quase um hotel chamado Paison House, aonde ficam hospedados os pais e a criança em fase ainda aguda. Mesmo assim em fase aguda, tomando a medicação própria, ela fica ali e não ocupa o leito do hospital, a não ser os graves. É uma espécie de hospital-albergue, aonde ele tem cuidados médicos, embora ele seja só de hospedagem. O que nós pretendemos aqui é que eles tenham cuidados médicos, não aquele cuidado de o médico estar permanentemente ali, mas onde o médico vá, faça a revisão e o pessoal de enfermagem faça o acompanhamento. Veja o grande traumatizado, aquele indivíduo que fica pendurado naqueles pesos durante muito tempo, ele fica três, quatro, cinco meses dentro do hospital, tomando lugar, quando, na verdade, ele precisa de alguns cuidados de enfermagem e alguma orientação médica. Mas ele está tomando um leito. Não é vontade dele, e ele tem toda razão de querer o leito, mas ele poderia ficar em outro local que exigisse menos uma atenção permanente do que um hospital altamente ocupado e altamente complexo como o Hospital de Base, o Hospital de Taguatinga, o Hospital do Gama, etc... Os pacientes, por exemplo, portadores de doenças malignas em fase de quimioterapia também poderiam ficar, porque eles precisam na verdade só serem transferidos para fazer sua quimioterapia e voltar para o local. O restante, precisa de um cuidado de enfermagem para ver se está tomando direito a medicação, a higiene corporal, coisas dessa ordem. De forma que esse é um planejamento do governo do Distrito Federal, que pretende, até o final da sua gestão, ter um sistema de saúde completo, não só na área primária, como nós terminamos, mas na área de atendimento secundário e terciário.

CB — E sobre a migração, o Sr. tem algum dado, se aumentou ou se está diminuindo, se mudou o rumo?

Jofran — Na área médica a migração vem aumentando. Isso é um processo natural. Toda vez que se melhora a atenção médica ou se dá maior acesso à população, há uma tendência a aumentar o número de migrantes em busca de assistência médica. Eu não saberei dizer quanto à busca de outras atividades, como por exemplo, educação ou trabalho. Isto talvez as próprias secretarias informassem, ou mesmo a própria Secretaria de Serviços Sociais, que tem um levantamento disso. Agora, na área de saúde, temos um aumento bastante significativo.

CB — Mas é mais da região geoeconômica ou vem mesmo do Nordeste?

Jofran — Não, nós temos aqui da Bahia, do Piauí, do Maranhão, até do Amazonas, daqui do Mato Grosso, Goiás e Minas Gerais então, toda essa região limítrofe aqui. Unai, Padre Bernardo, desce toda para o Distrito Federal.

CB — Isso seria o caso do sujeito que vem só para se tratar e volta?

Jofran — Só para se tratar, e volta. Ele vem, se trata e volta. E muitas vezes o problema é o