



## QUESTÕES SOCIAIS E SAÚDE

Condições de vida dos transplantados de fígado do Estado do Amazonas<sup>1</sup>

Maria Geralda Correia Ozório  
Myleide Carolaine Magalhães dos Santos  
Rosiane Pinheiro Palheta

**Resumo:** No Amazonas, o serviço de transplante de órgãos e tecidos foi criado em 2013 devido o elevado índice de casos e do alto custo ao Estado. O trabalho resulta de pesquisa realizada no âmbito do Programa de Apoio à Iniciação Científica cujo objetivo é analisar as determinações sociais nos casos atendidos. Foi realizada pesquisa documental e de campo com uso de entrevistas e observação como técnica de coleta de dados. Os resultados apontam as condições sociais como fatores importantes que devem ser levados em conta no processo de tornar o paciente apto ao transplante.

**Abstract:** In Amazonas, the organ and tissue transplant service was created in 2013 due to the high rate of cases and the high cost to the state. The work is the result of research conducted under the Support of Scientific Initiation Program whose goal is to analyze the social determinations in cases attended. Documentary and field research with the use of interviews and observation as data collection technique was performed. The results show the social conditions as important factors that must be taken into account in the process of making the qualifying patient for transplantation.

**Palavras-chave:** Transplante, questões sociais, saúde.

**Keywords:** Transplantation, social issues, health.

---

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa financiado com auxílio-pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas- FAPEAM.

## **1- INTRODUÇÃO**

O artigo resulta de pesquisa realizada no âmbito do Programa de Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge- PAIC/FHAJ no Estado do Amazonas e propõe uma reflexão sobre as implicações das questões sociais no processo de transplante de fígado. Diante da importância deste procedimento terapêutico que se apresenta como uma nova demanda no campo da saúde e nos processos de trabalho do Assistente social, em suas múltiplas dimensões, é importante considerar o paciente de transplante como sujeito de direitos que demandam políticas públicas específicas, dentre elas as Políticas Públicas de saúde e Assistência social.

O elevado número de casos de hepatopatia crônica no Estado do Amazonas, e o alto custo do Estado com tratamento de pacientes fora de domicílio (TFD), foi criado o serviço de transplante hepático do Estado em março de 2013 com a implementação do ambulatório de transplante da Fundação Hospital Adriano Jorge –FHAJ, que presta assistência e acompanhamento de pacientes através de uma equipe multiprofissional na qual está inserido o profissional de Serviço Social, que tem as múltiplas formas de expressão da questão social como objeto de trabalho do seu cotidiano profissional.

O trabalho foi realizado com pacientes do Amazonas, pós- transplantados de fígado atendidos no ambulatório de transplante da Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ em Manaus através de pesquisa de campo, pesquisa documental e observação direta com aplicação de questionários e entrevistas.

## **2- DESENVOLVIMENTO**

O estudo foi realizado na Fundação Hospital Adriano Jorge a partir da análise dos documentos e prontuários e fichas sociais dos pacientes no ambulatório de transplante disponíveis nesta fundação e nos registros do Programa de Tratamento Fora de Domicílio- TFD, do Estado do Amazonas no período de 2010 a 2014.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise dos registros, prontuários e das fichas sociais dos pacientes no ambulatório de transplante da Fundação Hospital Adriano Jorge -FHAJ. Também foram analisados documentos dos pacientes nos registros do Programa de Tratamento Fora de Domicílio- TFD, do Estado do Amazonas.

Foram identificados 194 pacientes pós – transplantados, através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Estado do Amazonas, 138 foram atendidos no ambulatório de transplante da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) dos quais apenas três foram transplantados nesta fundação no ano de 2014, isto porque só neste ano, os transplantes de fígado passaram a ser realizados no Amazonas. Para traçar o perfil dos pacientes, foi utilizada uma amostra de 45% do total dos casos acompanhados pelo Serviço Social perfazendo um total de 62 pacientes.

Recorreu-se ainda à observação como instrumento de coleta de dados em todas as etapas da pesquisa de campo uma vez que os próprios pesquisadores participaram de todas as fases da pesquisa no sentido da pesquisa participante. O objetivo é identificar in loco como os fatores sociais como: condição de moradia e saneamento básico e a realidade dos pacientes já transplantados interferem antes, durante e depois do transplante.

Foram realizadas entrevistas semi-abertas com seis (06) pacientes que já realizaram o transplante para possibilitar a análise de como as condições sociais tem se configurado em determinantes para o tratamento e recuperação da saúde. Para definir os sujeitos da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios: Primeiramente concordar em participar do estudo, ser usuário do ambulatório da Fundação Hospital Adriano Jorge e ser oriundo do interior do Estado cujo deslocamento até a cidade de Manaus é um dos principais problemas enfrentados pelos pacientes para dar continuidade ao tratamento.

A inclusão deste último critério deve-se ao fato de que a maioria dos casos acompanhados pelo Serviço social da FHAJ é do interior do Estado do Amazonas que se caracteriza como lugares longínquos e de acesso somente de avião ou barco cujo deslocamento é demorado e oneroso. A coleta de dados foi realizada no município de Eirunepé, primeiramente, devido à dificuldade que os usuários enfrentam em se deslocar até a cidade de Manaus para o acompanhamento ambulatorial e em segundo lugar, para possibilitar a observação in loco da situação social e de moradia dos usuários após o transplante e possibilitar a análise de como tais questões tem influenciado o tratamento e a recuperação no pós-transplante.

Dessa forma, foram entrevistados 06 pacientes que utilizaram o TFD para a realização do procedimento em Fortaleza entre os anos de 2012 a 2014. As entrevistas foram realizadas na própria moradia dos pacientes após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um gravador para absorver de maneira mais objetiva as falas dos entrevistados. Após as entrevistas, os dados foram tabulados, discutidos e analisados pela equipe da pesquisa.

O perfil mostra que 66,7% dos casos estudados é do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino. A maioria 66,7% tem entre 41 e 60 anos e 33,3% estão na faixa de 31 a 40 anos. Após o transplante todos os pacientes entrevistados foram acometidos de problemas de saúde, dentre as quais se destaca: Alergia, diabete, micose, câncer de pele e infecção intestinal.

Nenhum dos pacientes tem acesso à rede de esgoto, apenas 50% tem acesso a água potável e a maioria 83,3% não possuem luz elétrica. A renda de 66,7% não chega a um salário mínimo; 33,3% ganha quatro salários mínimos e destes a maioria 66,7% sobrevive dos benefícios assistenciais do governo federal. Esses dados indicam as questões sociais como um aspecto importante do perfil dos sujeitos. Os entrevistados foram indagados sobre as maiores dificuldades experimentados no processo de

As respostas evidenciam que 50% dos entrevistados referem que os problemas ocorridos na recuperação da saúde após o transplante estão relacionados a problemas econômico-sociais. Os outros 50% estão relacionados aos fatores imunológicos e pela situação de fragilidade do paciente em relação ao seu estado geral de saúde.

As respostas coadunam com as discussões sobre os determinantes sociais da saúde que se acirraram no país a partir do fim da década de 70, onde as questões sociais passaram a ser incluídas como elemento importante que determina a saúde onde o tema passou a ser objeto de uma Comissão sobre determinantes sociais em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os autores apontam a falta de explicitação conceitual e significado sobre o termo determinação social, o que limita seu poder explicativo, fazendo com que a categorias sejam colocadas como situações predecessoras e, colocam ainda, que o termo “saúde”, enquanto objeto complexo, também carece de um desenvolvimento conceitual capaz de abordá-lo em sua diversidade e incerteza. (TAMBELLINI e SCHUTZ, 2009).

Outra questão abordada nas entrevistas foi sobre a existência ou não da influencia da situação socioeconômica no processo de transplante, antes, durante e após o procedimento e de que maneira tais situações estão influenciando e estão sendo influenciadas pelas condições cotidianas de vida. Todas as respostas foram positivas sendo apontadas principalmente situações relacionadas à alimentação e falta de dinheiro para o deslocamento e realização de consultas médicas regulares. Dentre as respostas destaca-se: Dificuldades de adquirir a dieta; falta de dinheiro suficiente para comprar medicamentos que não são dispensados pela prefeitura; Falta de condições para a compra das passagens para ir às consultas; Longa espera pelo TFD; condições de moradia precárias, falta de saneamento básico, dentre outras.

Observa-se que a pobreza é um dos aspectos comuns nos casos estudados e que devem ser levados em conta no momento da indicação ao transplante dos pacientes em espera, isto porque a recuperação do paciente transplantado exige condições de moradia e saneamento básico apropriados para adequado tratamento e manutenção da saúde.

Esta é uma questão que merece ser destaque nas discussões das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na política de transplante, ou seja, levar em consideração as questões sociais no processo de promoção, proteção e recuperação da saúde destes pacientes, sobretudo, analisar como tais questões poderão afetar a saúde dos pacientes após o transplante.

Essas condições têm levado a uma desigualdade no acesso e ao sucesso do tratamento. Parte-se do pressuposto que as condições sociais são substantivamente relevantes e determinantes para os usuários tornarem-se ou não aptos ao transplante uma vez que as condições sociais influenciam diretamente no processo de recuperação no pós-transplante. Dessa forma, é importante que tais condições sejam levadas em conta no momento de tornar um

paciente apto para o transplante, levando em consideração não apenas os fatores biológicos e físicos, mas os fatores sociais como determinantes para o sucesso do tratamento.

Em todas as respostas, percebe-se que as situações do dia a dia de vida e trabalho e mesmo relativas ao tratamento são determinantes da saúde e da doença nos pacientes transplantados: comprar medicamentos, aquisição de transporte para deslocamento até Manaus quando há consulta médica, a necessidade de uma alimentação saudável e balanceada, o trabalho na agricultura coloca o trabalhador aos riscos da exposição ao sol e à fadiga.

O que eu gostaria do TFD era a minha passagem daqui para Manaus que iria melhorar muito a situação, porque a passagem daqui para Manaus tem dias que estão caríssimas e não dá, pois com o salário que eu ganho e para pagar passagem daqui para Manaus e a hospedagem não tem de jeito nenhum como me manter. Essa é a dificuldade. (Entrevistado 01, 2014).

A entrevistada expressa preocupação com a situação do seu tratamento porque a maioria dos pacientes em tratamento em Manaus reside no interior e a equidistância é um dos problemas mais comuns que interferem no tratamento de alta complexidade do SUS no Amazonas. A fala acima evidencia essa dificuldade já que a entrevistada reside na cidade de Eirunepé que fica situada a 1939 kms da capital do Amazonas. Essa distancia dificulta o tratamento porque o deslocamento é feito exclusivamente por via fluvial ou aérea elevando o custo do tratamento aos pacientes que muitas vezes não tem o auxílio do TFD para as consultas pré-agendadas.

Nesse sentido as questões geográficas, territoriais e sociais são determinantes no processo saúde-doença na realidade da política de transplante, sobretudo aos que vivem nas cidades amazônicas e esta questão deve ser analisada levando em consideração as desigualdades sócio-regional existente no país. Como coloca Almeida Filho (2009) é necessário formular de modo mais sistemático e preciso a determinação social da saúde, e para isso deve-se lançar mão da problemática teórica da desigualdade social, já que esta carece de uma clareza teórica mais pertinente. Para isso, retoma os clássicos como Rawls e Amartya Sen. Para ele, há uma enorme lacuna e desinteresse no discurso dominante sobre o tema desigualdade social em saúde e isso explicaria a fragilidade do conceito de determinação.

Tratar essa questão, do ponto de vista da crítica teórica, significa um esforço inicial, no sentido de conhecer com mais profundidade para superar com mais efetividade, determinantes, estrutura e efeitos das desigualdades sociais, no campo da saúde. No limite, isso implica um trabalho de construção conceitual e de mobilização para ação política capaz de tornar as diferenças mais iguais (ou menos desiguais), ou seja, promover igualdade na diferença, fazendo com que se

reduza o papel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades econômicas, sociais e de saúde” (FILHO, 2009, p. 368).

No debate sobre a determinação social da saúde, Teixeira (2009), introduz o tema da determinação social dos indivíduos, porque considera que a saúde, independente do significado que lhe seja atribuído, não está dissociada da determinação geral da vida das pessoas que está determinada pela posição que ocupam na sociedade e, não apenas, as grandes estruturas econômicas, a diversidade de padrões culturais, as condições cotidianas de existência, valores éticos, relações interpessoais, dentre outros, mas, sobretudo, o próprio indivíduo.

Dentro de seu patrimônio material e espiritual e das condições reais de sua vida, os indivíduos sempre têm a escolha dentre várias alternativas, como um elemento característico e ineliminável de seu comportamento. Isso quer dizer que a sequência de determinações sociais, desde as características mais gerais da sociedade, até as mais particulares dos pequenos grupos e das relações interpessoais, conforme as individualidades, mas essas são ativas na escolha de seus atos. Essa escolha e o comprometimento individual e coletivo que podem derivar daí, são momentos críticos para a transformação da própria estrutura social, dos padrões de relações e valores que conformam uma dada sociedade” (TEIXEIRA, 2009, p.382).

Para ele, as condições ambientais e de moradia, o acesso a alimentação e outros bens fundamentais, o engajamento, condições e desenvolvimento de atividades laborais, dentre outros aspectos, podem trazer sérios danos à saúde das pessoas e que, tais condições, fogem ao controle, pois estão determinadas pela hierarquia social e divisão social do trabalho e da renda. No caso desta pesquisa e tendo em conta a realidade amazônica, acrescentam-se os fatores geográficos, territoriais e de acesso a política dos Estados e municípios.

Nessa mesma direção, Helman (2010), afirma que os fatores socioeconômicos contribuem para as desigualdades, em saúde, e toma, como exemplo, Black Report, de 1982, que estuda as disparidades de saúde no Reino Unido, onde mostra, claramente, que a saúde estava correlacionada com a renda e, as pessoas de classes mais elevadas sofriam menos doenças e mortalidade menor, se comparado aos das classes mais populares.

A contribuição dos autores reside na análise de três instâncias: o saber, atrelado ao processo de apropriação do conhecimento pelas classes trabalhadoras; o processo saúde-doença, resultante de condições objetivas e subjetivas de vida; e a prática dos intelectuais do setor, sob enfoque gramsciano de organicidade e comprometimento.

Para tais autores, a determinação mais simples da saúde é o “cuidado médico profissional”, consumido como mercadoria onde é consumida a atenção dos profissionais e não o seu resultado e como valor especializado do trabalho, não apenas na figura do médico, mas do Odontólogo, da Enfermeira, do Psicólogo, do Assistente Social, do Administrador, enfim, de todos os agentes desse setor, cuja força de trabalho é incorporada de forma direta pelo capitalismo.

Os trabalhadores da saúde, dentro do SUS, deveriam desenvolver atividades mais politizadas, principalmente, aqueles que participam no PSF e outros programas periféricos. No entanto, o que se constata é que muitos destes programas e projetos são financiados por agências internacionais como o Banco Mundial que, com demagogia e populismo assistencialista, confundem a verdadeira causalidade das doenças e sua relação com o processo produtivo, com deterioração persistente da força de trabalho. Todo este contexto quase asséptico, que isola os fatores ideológicos fora do espaço de discussão cotidiana, possibilita a vigilância e controle dos indivíduos pertencentes aos setores médios mais politizados: estudantes, profissionais liberais e mesmo grupos sociais diferenciados da própria coletividade (GARRAFA e CORDON, 2009, p. 394).

Na concepção dos autores a atividade técnico-científica, de certos setores profissionais dos serviços de saúde e do SUS, está alienada, legitimadora e reprodutora do processo alienado e alienante, necessitando de uma “práxis política negadora” destes processos.

Ressaltam a importância da determinação social da saúde, porém, sem desconsiderar que a construção de uma nova atitude de intervenção negadora do *status quo*, inclui a tomada de atitudes novas, por parte da força de trabalho profissional do setor saúde lembrando ainda a importância de gestores e da rede de atendimento comprometida com as populações e usuários dos serviços.

Diante disso os entrevistados se pronunciaram em relação ao tratamento recebido e se posicionaram a respeito da política de transplante no SUS fazendo sugestões para melhorá-la avaliando positivamente a política de transplante. O trecho abaixo evidencia de forma clara a importância da política e o próprio tratamento recebido pela equipe multiprofissional.

Eu não tenho queixas, eu gosto dos nossos médicos, das pessoas que nos atendem e tem sido muito bom, não há falta de medicação (...) Acredito sim, o que só tenho dificuldade é na minha passagem daqui de Eirunepé para Manaus, agora de Manaus para Fortaleza eu não tenho queixa de jeito nenhum. A queixa que tenho é das passagens de Eirunepé para Manaus que não temos nada. (Entrevistada 2)

A entrevistada ao se referir à equipe e à própria política deixa claro que é muito bem tratada, que os médicos são excelentes profissionais, que a assistente social acompanha os pacientes e que tudo que necessita em termos de

passagens e quanto aos direitos ao acesso à saúde, são viabilizados através desta profissional. A entrevistada está muito satisfeita, entretanto, devido ao local de moradia, assim como os demais usuários do interior do Estado, a entrevistada sofre com a distância porque o acompanhamento no ambulatório em Manaus, exige o deslocamento e o gasto com o transporte, o que em muitos casos, não é possível pelo TFD ou a situação resulta em faltas e/ou atrasos nas consultas médicas.

Dessa forma, quando os entrevistados (16%) do total colocam que a política entre Estado e município deve ser melhorada, significa que a política nacional não está compatível com a política local porque quando necessitam da contra partida do município para auxílio como deslocamento, auxílio moradia e outros benefícios coadjuvantes ao tratamento, não recebem apoio das prefeituras. Nesse ínterim, é necessária a intervenção do assistente social da equipe junto à rede de serviços sociais e das políticas sociais para a efetivação dos direitos dos usuários que estão interferindo no tratamento e recuperação da saúde.

#### **4- CONCLUSÃO**

A partir da captação das múltiplas formas da questão social e da intervenção profissional do assistente social, são recriadas formas novas de intervir, de olhar os sujeitos na proteção e recuperação da saúde. Nessa perspectiva, a análise dos dados indica o lugar e a importância que os determinantes sociais de saúde residem nas ações de políticas públicas de saúde. A intervenção junto a estes determinantes é primordial para superar as limitações impostas aos usuários no momento dos procedimentos mais complexos e que exigem uma decisão da equipe multiprofissional.

Conclui-se que a garantia da manutenção da saúde e de qualidade de vida após o transplante depende ainda da garantia de uma rede de atendimento sólida e pactuada ainda inexistente no Estado do Amazonas, pois a (in) existência desta também pode se constituir em fatores determinantes e condicionantes da saúde dos pacientes.

Esta pesquisa conclui ainda que apesar de não considerar as condições sócio-econômico-culturais contra-indicação absoluta ao transplante, acredita-se que em determinadas situações, após uma avaliação multidisciplinar o paciente



poderá ser considerado inapto ao transplante até a melhora destas condições e nesse ponto está toda a questão da importância dos determinantes sociais para a proteção e recuperação da saúde.

## **5-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Ben-Hur. Ferraz-Neto. TRANSPLANTE DE FÍGADO NO BRASIL E SUAS RECENTES MUDANÇAS. Ver. Fac. Ciên. Méd. Sorocaba, v.2, n.1, p.26-27, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°-2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

ESCOBAR, Herton. Casos mais graves terão prioridade no transplante de fígado. Jornal O Estado De São Paulo, São Paulo 23 de março de 2005.

GOVERNO muda critério da fila para transplante de fígado. Jornal O Estado de São Paulo - Caderno Online, São Paulo, 28 de março de 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional – 12. Ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Antonia Cosmo. SILVA Heloisa Helena Correa. Uma Reflexão Sobre a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos: A Experiência do Estado do Amazonas. Niterói – RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012, ISSN 2316-266X.

Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/integram.htm>> Acesso em: 02 Jun. de 2014.

UNIVERSIDADE DE FIGADO – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol.44 n.2 São Paulo Apr./Jun. 1998.