

# O acesso aos serviços de saúde por emigrantes brasileiros nos Estados Unidos<sup>1</sup>

## Access to health service by Brazilian emigrants in the United States

### Norberto de Almeida Duarte

Mestre em Administração de Empresas. Integrante do Grupo de Pesquisa Administração e Planejamento em Saúde/FGV.

Endereço: Rua Inhambu, 666/54, Moema, CEP 04520-012, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: norbertoad@gmail.com

### Álvaro Escrivão Junior

Médico Sanitarista. Doutor em Medicina. Professor do Departamento de Gestão Pública da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – FGV.

Endereço: Avenida Nove de Julho, 2029, 11º andar, Bela Vista, CEP 01313-902, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: alvaro.escrivao@fgv.br

### Sueli Siqueira

Socióloga. Doutora em Ciências Humanas: Sociologia e Política.

Professora titular da Universidade Vale do Rio Doce. NEDER - Núcleo de Estudos Interdisciplinar sobre Desenvolvimento Regional.

Endereço: Rua Moreira Sales, 850, Vila Bretas, Campus I, Vila Bretas, Caixa Postal 295, CEP 35030-390, Governador Valadares, MG, Brasil.

E-mail: suelisq@hotmail.com

<sup>1</sup> Financiamento: CAPES & GV PESQUISA.

## Resumo

A análise do atual contexto político e econômico existente nos EUA, que envolve o acesso e utilização de serviços de saúde pelos imigrantes, diz respeito aos mais de 20 milhões de indivíduos estrangeiros que residem naquele país e não possuem seguro de saúde. Essa população corresponde a 43,8% de 46 milhões de pessoas que não possuem cobertura de provedores privados de saúde nos EUA, sendo 10,5 milhões residentes sem a documentação exigida para viver no País. Para explorar as necessidades, o acesso e a utilização dos serviços de saúde americanos pelos emigrantes de Governador Valadares, MG, Brasil, o presente estudo entrevistou uma amostra de 14 emigrantes valadarenses selecionada por meio da técnica bola de neve. Foram elaboradas questões relacionadas à documentação, local de residência, profissões exercidas, necessidade, acesso e utilização de serviços de saúde. As informações recolhidas junto aos emigrantes residentes nos Estados de Massachusetts e Connecticut permitem afirmar a viabilidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde subsidiados pelos governos federal e estaduais e de organizações não governamentais.

**Palavras-chave:** Sistemas de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act*; *Medicaid*; *Medicare*.

## Abstract

Analysis of the current political and economical context in the U.S.A., which involves access to and utilization of health services by immigrants, concerns more than 20 million foreign individuals who live in the country and do not have health insurance. This population corresponds to 43.8% of the 46 million people that do not have private health coverage in the U.S.A.; of these, 10.5 million do not have the legal documentation required to live in the country. In order to explore the needs, access and utilization of American health services by emigrants from Governador Valadares (located in the state of Minas Gerais, Brazil), fourteen emigrants from this city were selected by means of the snowball technique and were interviewed for this study. Questions concerning interviewees' documentation, place of residence, jobs, needs, access to and use of health services were created. Information collected from emigrants residing in the states of Massachusetts and Connecticut allows us to assert the viability of access and utilization of health services subsidized by the federal and state governments and nongovernmental organizations.

**Keywords:** Health Systems; Health Service Accessibility; Tax Equity and Fiscal Responsibility Act; Medicaid; Medicare.

## Introdução

De acordo com Andersen (1995) e Donabedian (1973), o acesso é uma característica da oferta de serviços importante para a explicação da utilização dos serviços de saúde. Esta, por sua vez, relaciona-se também às necessidades de saúde expressas pela morbidade, gravidade e urgência da doença na população e pelas características dos usuários dos serviços de saúde.

Para Travassos e Martins (2004), a utilização não pode ser explicada pelos determinantes potenciais de acesso, assim como seu impacto na saúde e na satisfação do usuário não se explicam apenas pelos determinantes do uso de serviços. A utilização de serviços depende de fatores predisponentes, necessidades de saúde e fatores contextuais; e o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados.

A questão torna-se ainda mais complexa quando a cidadania de um indivíduo ou de uma comunidade de imigrantes restringe e/ou impede o acesso e a utilização de serviços de saúde. É o caso de países como Estados Unidos da América (EUA), onde os debates acerca do acesso e da utilização dos serviços de saúde norte-americanos, pelos mais de 20 milhões de indivíduos estrangeiros residentes e que não possuem seguro saúde, assumem uma grande dimensão política, social e econômica. No país, os cuidados de saúde cobertos pelos seguros privados apresentam custos incompatíveis com os recursos financeiros desses indivíduos, que possuem rendimentos médios correspondentes a 25% da renda dos cidadãos norte-americanos (Mohanty e col., 2005).

Essa população de imigrantes corresponde a 43,8% de 46 milhões de pessoas que não possuem cobertura de provedores privados de saúde nos EUA, sendo 10,5 milhões (23%) residentes sem a documentação exigida para viver no país (Hoefler e col., 2008; Du Bard e Massing, 2007).

Nos EUA, o financiamento público de cuidados de saúde para as pessoas que não possuem seguro privado ocorre principalmente por intermédio do *Medicaid* e do *Medicare* e os custos são divididos entre os governos federal e estaduais. O primeiro é o mais abrangente programa de seguro de saúde pública para os residentes que possuem níveis baixo

e médio de rendas; o segundo concede benefícios gratuitos para a população de baixa renda, com 65 anos ou mais, portadores de deficiência e pacientes no estágio final da doença renal. Ao contrário do *Medicaid*, o *Medicare* propicia cobertura básica, isto é, não cobre todas as despesas médicas e os cuidados de longa duração.

Em 1996, um conjunto de leis alterou as políticas públicas para o imigrante, com o objetivo de reduzir os gastos federais com as coberturas previdenciária e de saúde, o qual foi denominado de *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* - PRWORA (Washington Dc, 1996).

Após o PRWORA, os imigrantes legais, salvo algumas exceções, foram declarados inelegíveis para os serviços não emergenciais do *Medicaid* durante os primeiros cinco anos no país. Para qualificarem-se à cobertura integral *Medicaid*, os não cidadãos não podem mais receber benefícios públicos durante os primeiros cinco anos de vigência de seu visto de trabalho. Tanto antes como depois do PRWORA, os benefícios para os estrangeiros *não qualificados* permaneceram restritos a situações de emergência (Castel e col., 2003).

O exposto anteriormente faz com que imigrantes e cidadãos norte-americanos utilizem os serviços de saúde de maneira diferente. A maioria dos cuidados de saúde dispensados aos imigrantes não documentados se dá por meio de serviços de emergência, enquanto os cuidados restantes são obtidos por meio de clínicas e centros comunitários de saúde (Du Bard e Massing, 2007).

Segundo Footracer (2009), a menor utilização dos serviços de saúde pelo imigrante para tratamento de doenças crônicas deve-se a vários fatores. A primeira consideração é que, comparados à população nativa, os imigrantes são relativamente mais jovens, resultando em uma população com menores níveis de doenças. Em geral, os imigrantes legalizados e os não documentados apresentam índices mais baixos de doenças como câncer, doença cardíaca, artrite, depressão, hipertensão e asma do que os cidadãos norte-americanos.

A segunda é que o processo de migração em si, especialmente nos casos de pessoas que entram sem documentação no país, pode resultar em um fator seletivo positivo para a saúde, uma vez que os menos

saudáveis são incapazes de fazer penosas jornadas de imigração. Uma terceira possibilidade é que muitos imigrantes, especialmente os não documentados, evitam procurar por cuidados de saúde por medo de serem notados pelas autoridades.

Dessa maneira, são compelidos a aguardar até que apresentem um quadro de maior gravidade e, assim, possam ter acesso aos serviços de emergência hospitalar, pois existe uma lei de 1985, *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (Emtala), que assegura tratamento médico de emergência para qualquer pessoa que entre em um hospital. Ou seja, independentemente da capacidade de arcar com as despesas hospitalares, todo paciente deverá ser examinado e receber os cuidados necessários para seu restabelecimento ou ser transferido para outro serviço hospitalar assim que alcançar um quadro clínico estável.

A emergência *Medicaid* não pode exigir prova de cidadania ou residência e, portanto, pode ser utilizada por qualquer pessoa nos Estados Unidos, incluindo visitantes, estudantes estrangeiros e imigrantes sem documentos.

Por esse motivo, estudos levantam a hipótese de que os casos dos imigrantes documentados e indocumentados sem seguro de saúde, ao permanecerem internados - já que não possuem cobertura para qualquer forma de cuidados médicos após a alta hospitalar, como acompanhamento ambulatorial e transferências para cuidados domiciliares, que constituem, muitas vezes, o padrão dominante de cuidados para condições crônicas ou incapacitantes -, levam os hospitais a manter pacientes inelegíveis para o *Medicaid* nas instalações de cuidados agudos por um período maior do que o necessário (Castel e col., 2003).

Isso resulta em centenas de milhares de dólares com custos hospitalares e ocorre porque os cuidados aos imigrantes não segurados afetados pelo PRWORA, elegíveis apenas para o *Medicaid* de emergência, traduzir-se-ão em gastos descompensados, gerados pela assistência gratuita e/ou por inadimplência.

Gasto descompensado é o valor total de cuidados fornecidos por um serviço de saúde a pacientes que são incapazes ou não querem pagar por estes. Nos EUA, a maioria dos cuidados descompensados é proveniente da assistência hospitalar para pacientes de baixa renda e desempregados. A falta de cobertura

financeira para assistência fornecida afeta a economia da saúde e o nível de financiamento do *Medicaid* em cada Estado norte-americano. Em geral, quanto maior o nível de cuidados descompensados, menor será a transferência de dinheiro do *Medicaid*, o que aumenta os custos das despesas de cada Estado com a cobertura em saúde (Hsieh e col., 2010).

Realmente, estudos que investigaram o impacto da PRWORA no *Medicaid* sugerem que as disposições da Lei tiveram um impacto financeiro negativo em hospitais, especialmente para os que servem a grandes populações de imigrantes (Borjas, 2001; Zimmermann e Fix, 1998).

Para além das discussões acerca dos gastos em saúde da população imigrante, faz-se importante considerar que eles vivem, trabalham e estudam nos EUA e, portanto, as leis e as barreiras burocráticas que reduzem a utilização dos serviços de saúde preventivos, tais como imunizações e programas de combate às doenças infecciosas, contribuem para a má política de saúde pública, pois, ao negar cuidados primários aos imigrantes, essas leis aumentam os custos de saúde para todos (Okie, 2007).

Neste cenário, a procura por cuidados de saúde, especialmente para os 12 milhões de imigrantes que estão ilegais nos EUA, conduz frequentemente a assustadores encontros com um sistema fragmentado, confuso e hostil. A maior parte dos empregadores não oferece seguro de saúde e os imigrantes não conseguem pagar os prêmios de seguros e/ou os cuidados médicos e ainda enfrentam as barreiras da língua e culturais (Okie, 2007).

Com base nas informações recolhidas por meio dos trabalhos dos pesquisadores acerca do tema *imigração e saúde nos EUA* (Footracer, 2009; Hoefler e col., 2008; Du Bard e Massing, 2007; Okie, 2007; Ku, 2009; Goldman e col., 2006; Mohanty e col., 2005), a associação entre a falta de seguro de saúde e a condição de residente indocumentado, baixos níveis de escolaridade, maiores índices de pobreza, menores taxas de morbi-mortalidade e empregos menos susceptíveis a proporcionar cobertura de saúde determinam um menor acesso aos serviços de saúde e uma utilização restrita destes pelos imigrantes nos EUA.

Como o presente artigo pretende caracterizar o acesso e a utilização de serviços de saúde por parte

do imigrante brasileiro de Governador Valadares - Minas Gerais (MG) - nos EUA, é importante esclarecer que parte dos cidadãos dessa cidade constituiu a primeira rede social migratória internacional de brasileiros.

A diáspora de valadarenses ocorre há mais de duas décadas e não foi estimulada por programa algum de incentivo do governo norte-americano, mas o processo ampliou-se de tal maneira que a cidade ganhou fama nacional. Na verdade, ela foi motivada pela busca de trabalho e assemelha-se à maioria dos atuais fluxos internacionais laborais, sendo os EUA o destino preferido dessa população (Fusco, 2005).

Segundo Soares (1995), a recessão da economia brasileira nos anos 1980 e a estagnação da economia valadarenses no período explicam, em parte, o fenômeno que levou 15% da população da cidade mineira a emigrar para outras partes do mundo. Já Scudeler (1999) estimou que 18% dos domicílios da cidade possuíam pelo menos um membro da família na condição de migrante internacional no ano de 1997. Isso correspondia a 6,7% da população de 210 mil habitantes na sede do município.

Sales (1999), ao analisar o fluxo migratório valadarenses no período de 1985-1989, detectou que 86% dos emigrantes da localidade dirigiram-se para os EUA, indo quase a metade para o Estado de Massachusetts.

Quanto à forma de ingresso no solo norte-americano, Siqueira (2006) apontou que 52% dos indivíduos de sua amostra, composta por 141 cidadãos da região de Valadares nos principais redutos de imigrantes nos EUA, entraram no país com visto de turista, 32% entraram pela fronteira com o México e 12% com passaporte falso, o que explica o fato de grande parte de sua amostra (58,7%) ser indocumentada.

Em geral, os estudos demonstram que a maior motivação para a emigração vem do fator financeiro, que é de adquirir bens e melhorar de vida por meio do trabalho remunerado em dólar. Essa opção pode ser interpretada como “um salto” para um padrão de consumo inacessível por meio das perspectivas salariais que a cidade de origem oferece, e não importa que essa ascensão econômica seja proveniente de ocupações de baixa qualificação profissional nos EUA (Fusco, 2000; Martes, 1999).

De fato, as funções ou ocupações disponíveis na primeira estada para os componentes da amostra selecionada por Scudeler (Sales, 1999) obtiveram 75% das oportunidades de trabalho no setor terciário - prestação de serviços e comércio de mercadorias -, mais especificamente nos serviços de alimentação, hospedagem e trabalho doméstico, que representam, em conjunto, pelo menos três quartos do total das funções exercidas no terciário e 56% em relação a todas as ocupações. O setor da construção civil emprega, aproximadamente, 12% dos migrantes; a indústria de transformação, em torno de 10%; e a agricultura, apenas 2%. Já os proprietários representaram 1% da amostra e atuam principalmente no setor terciário.

Entretanto, parte dessa população submete-se a duas ou três intensas jornadas de trabalho diários, o que fica evidente nos dados de Siqueira (2006), que relatou que 41% de seus entrevistados trabalham de 11 a 19 horas por dia, sendo que 33% dessa amostra disseram trabalhar pelo menos em dois locais. Essa associação de desgastes físicos e psíquicos pode levar a doenças ocupacionais e a acidentes de trabalho provocados pela utilização de substâncias tóxicas sem os devidos cuidados de biossegurança nas atividades de limpeza e pela ausência de equipamentos de proteção na construção civil, além do estresse mental (Siqueira e Lourenço, 2006).

Soares (1995) e Fusco (2000) dimensionaram que mais de 80% dos valadarenses escolheram os EUA como destino em sua primeira viagem ao exterior. Essa proporção de migrantes com experiência nos EUA sobe para 88,7%, quando considerados os indivíduos que, tendo inicialmente escolhido outro país em sua primeira viagem, optam pelos EUA em momento posterior. Os destinos desses brasileiros, em sua primeira viagem aos EUA, são: Massachusetts = 51,2%; Flórida = 15%; New Jersey = 14,5%; New York = 11,3%; outros Estados = 8%. Os valadarenses, portanto, formam comunidades em quatro Estados dos EUA, mas a concentração de 51% em Massachusetts evidencia este como o principal ponto de destino desses brasileiros.

Outra importante questão sobre os perfis dos imigrantes é o tempo de permanência nos EUA. As maiores concentrações são verificadas entre aqueles que permaneceram de dois a três anos (18%) e de oito

a nove anos (18,6%). Aproximadamente, 75% dos retornados passaram até seis anos nos EUA e 65% dos ausentes passaram sete anos ou mais naquele país (Fusco, 2000).

As informações presentes nos diversos trabalhos mencionados a respeito dos emigrantes valadarenses permitem afirmar a existência de uma heterogeneidade na composição dessa população, formada por diversos perfis de indivíduos. Em termos gerais, entende-se que, ao longo dos 25 anos de existência, o fluxo migratório internacional de valadarenses passou de atividade predominantemente masculina e da classe média-alta à outra realidade, que incluiu as mulheres e os indivíduos dos extratos inferiores da classe média da localidade.

O presente estudo objetiva explorar as necessidades de saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses nos EUA; identificar os serviços de saúde norte-americanos mais utilizados pelos emigrantes valadarenses; e descrever as percepções dos emigrantes a respeito dos profissionais e serviços de saúde utilizados nos EUA.

## Métodos

Esta pesquisa de natureza qualitativa e exploratória investigou experiências dos emigrantes e de seus familiares nos serviços de saúde norte-americanos. Foram realizadas 14 entrevistas com respondentes selecionados por meio da técnica *bola de neve* para relacionar a percepção dos emigrantes da amostra acerca dos profissionais e dos serviços de saúde utilizados nos EUA. A técnica *bola de neve* não fornece amostras estatísticas confiáveis, o que impede a realização de inferências quantitativas a respeito do nível de frequência de fenômenos na população (Cornelius, 1982). A principal razão para a escolha desse método como elemento de identificação dos indivíduos desta pesquisa deve-se à condição de clandestinidade de uma grande parte do fluxo migratório internacional valadarense: uma vez que o tamanho da população é desconhecido, torna-se muito difícil compor uma amostra representativa.

O público-alvo foi categorizado em dois grupos, cada um com sete entrevistados: o primeiro foi composto pelos emigrantes sazonais, isto é, os re-

sidentes fora do país que periodicamente visitam Valadares, aqui denominados - *visitantes* (Quadro 1), e o segundo pelos que retornaram de um período de imigração - *retornado* (Quadro 2).

Foi elaborado um roteiro para as entrevistas com o objetivo de levantar informações a respeito das características dos perfis entrevistados, como gênero, idade atual e da primeira imigração, ano de retorno e periodicidade de visitas à cidade de origem e escolaridade atual e à época da primeira emigração.

O roteiro de entrevistas foi organizado de maneira a destacar as percepções do emigrante sobre os profissionais de saúde, bem como sobre o acesso, a utilização e os gastos em relação ao item nos EUA. Para tanto, foram elaboradas questões relacionadas aos seguintes aspectos: (a) documentação na entrada, (b) local de residência, (c) profissões exercidas, (d) documentação no retorno, (e) utilização de serviços de saúde, (f) necessidade de internações hospitalares, (g) realização de exames diagnósticos e de cirurgias, (h) preexistência de doenças crônicas, (i)

ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, (j) a cobertura de planos de saúde, (l) natureza dos serviços utilizados, (m) estimativa dos valores gastos com a utilização de serviços de saúde e (n) percepção de qualidade dos profissionais e dos serviços norte-americanos.

## Resultados e discussão

A análise do acesso e da utilização de serviços de saúde nos EUA pelo emigrante valadarense deve considerar as características das necessidades de saúde, o ano da chegada naquele país, a condição documental e o local escolhido para fixar residência. A combinação ideal destes fatores propicia os subsídios dos programas de seguro de saúde norte-americanos para estes indivíduos. Por outro lado, a não associação de tais condições representa um grande entrave para o acesso aos programas de saúde voltados para a população de baixa renda/imigrantes nos EUA.

**Quadro 1 - Perfil dos Entrevistados Visitantes**

Visitantes	Ano de Ida	Nº de anos de emigração	Idade atual	Idade na 1ª emigração	Estado
Visitante 1	1973	36	62	26	Havaí, Nova Iorque, Massachusetts
Visitante 2	1984	25	50	25	Massachusetts
Visitante 3	1988	21	43	22	Massachusetts
Visitante 4	1993	16	32	16	Massachusetts
Visitante 5	2000	9	35	26	New Jersey Connecticut
Visitante 6	2007	2	54	52	Connecticut
Visitante 7	Nasceu nos EUA	Filho da Visitante 2	16	Cidadania americana	Massachusetts

**Quadro 2 - Perfil dos Entrevistados Retornados**

Retornados	Ano de Ida	Nº de anos de emigração	Idade atual	Idade na 1ª emigração	Estado
Retornado 1	1986	16	65	42	Massachusetts
Retornado 2	1986	14	44	21	Flórida Connecticut
Retornado 3	1989	19	60	40	Massachusetts Flórida
Retornado 4	1996	12	39	26	Massachusetts
Retornado 5	1997	10	41	29	New Jersey
Retornado 6	2000	6	29	20	Massachusetts Nova Iorque
Retornado 7	2000	9	50	41	Connecticut

É importante compreender que cada Estado norte-americano lida de maneira própria com suas questões de saúde e de previdência e que o PRWORA exige que os imigrantes aguardem cinco anos após a obtenção de residência legal permanente (um *Green Card*) para fazer a requisição dos benefícios federais. Alguns Estados e municípios, como Illinois, New York, o distrito de Columbia e certos municípios da Califórnia, utilizam seus próprios fundos para expandir cobertura de seguro saúde, mesmo para imigrantes indocumentados, crianças e mulheres grávidas com baixos rendimentos. Entretanto, outros Estados, como Arizona, Colorado, Georgia e Virginia, aprovaram leis que tornaram ainda mais difícil para os não cidadãos terem acesso aos serviços de saúde (Okie, 2007).

Nos Estados fronteiriços com o México, como a Califórnia e o Texas, o impacto dessa legislação originou distintos problemas e soluções. No primeiro, a unidade federativa norte-americana mais populosa e com maior nível de riqueza optou por criar alternativas que permitissem a seus 9.145.340 de habitantes nascidos no estrangeiro - que correspondem a 26,8% do total da população -, o acesso aos serviços de saúde no Estado (Nationmaster, 2009). Tal alternativa, acrescida do fato de mais de dois milhões desses residentes serem indocumentados, foi a responsável, segundo alguns pesquisadores, pela falência de diversos hospitais californianos (Borjas, 2001; Zimmermann e Fix, 1998).

O mesmo não aconteceu com o Texas, cuja população de nascidos no estrangeiro é de 3.148.620 habitantes e aproximadamente 30% desses indivíduos são residentes ilegais (Nationmaster, 2009). A falta de acesso desses indivíduos aos serviços texanos leva-os a buscar os cuidados de saúde nas cidades mexicanas próximas às divisas com os EUA, o que, além de comprometer severamente as condições da saúde pública do Texas, promove dramáticos episódios dos imigrantes mexicanos ilegais junto à Imigração quando do retorno ao território norte-americano (Heyman e col., 2009).

Porém, existem outras realidades, e isto ficou evidente nas narrativas dos emigrantes valadarenses entrevistados que se concentram no Estado de Massachusetts e em outras regiões da New England. As características multiculturais e humanísticas

do Estado, formado pela presença de populações de diferentes culturas - como as de irlandeses, italianos, ingleses e franceses -, parecem ter favorecido o acolhimento de comunidades de imigrantes, como a portuguesa, à qual se juntou a brasileira, a partir de meados da década de 1980.

Mas a quantidade de imigrantes ilegais de Massachusetts talvez seja a melhor explicação para as facilidades de acesso aos serviços de saúde no Estado. A população de imigrantes indocumentados de Massachusetts é de 87.000 (1%) indivíduos, número substancialmente inferior ao de outros, como a Califórnia e o Texas, que possuem respectivamente 2.209.000 (7%) e 1.041.000 (5%) imigrantes ilegais. Não resta dúvida de que oferecer cuidados de saúde para uma população de imigrantes indocumentados como a da Califórnia e do Texas é muito mais dispendioso e complexo do que para a de Massachusetts (Nationmaster, 2009).

Quaisquer que sejam os motivos, o certo é que, por mais que a legislação nacional restrinja o acesso aos cuidados de saúde para uma boa parte da população, as políticas públicas de Massachusetts, personificadas pelo *Massachusetts Health Reform Act* de 2006, favorecem a cobertura das necessidades em saúde de toda a população residente. O alcance dessa cobertura abrange desde os cuidados de urgência até os ambulatoriais e a capacidade de infiltração de cada indivíduo nas redes sociais migratórias de suas comunidades parece ser o componente facilitador do acesso:

*[...] Eu caí na rua e machuquei o joelho; inchou muito [...]. Só procurei pelo hospital depois de três semanas [...]. Eles fazem vários raios-X, várias perguntas... (Visitante 6, 54 anos).*

*[...] Eu cheguei a quebrar a perna duas vezes nesse período [...]; foi queda [de] acidente de trabalho [...]. Na primeira vez, caí da escada de 4m [...]; caí dentro de um lago [...]; a segunda vez caí no chão, mesmo, e fraturei a perna [...]. O meu patrão foi muito bom, graças a Deus! Me levou para o hospital; fui bem atendido [...] (Retornado 6, 29 anos).*

*[...] Quando eu fazia exames, se dava alguma alteração, eles me ligavam e eu voltava [...]. Até fisioterapia eu cheguei a fazer lá por causa de uma hérnia de disco (Retornada 1 e Receptora 6, 65 anos).*

[...] Todo ano a gente é obrigado a fazer um check-up, tendo ou não tendo qualquer coisa [...]. Indo ao médico todo ano, ele descobriu que eu estava com problema no fígado e precisava de um tratamento mais intensivo e com médico especialista de Boston, mesmo (Visitante 2, 50 anos).

[...] A assistência lá é boa, nunca paguei uma consulta e tudo que vem depois: as radiografias, ressonância magnética [...]. Nunca paguei por nada, remédios (porque eu sou hipertensa). Eu fazia um check-up uma vez por ano [...], inclusive exame de vista [...]. Estou falando pelo Estado de Massachusetts - porque as coisas lá são estaduais -, onde eu morei todo o tempo, porque eu sei que tem Estado [em] que é tudo pago [...]. Inclusive a minha nora, a Rafaela, é da Flórida [...], e ela sabia que, se ficasse lá, teria que pagar muito pelo parto. Ela foi para Boston com cinco meses de gestação. Foi morar comigo, fez o pré-natal dela, não pagou um centavo e teve um tratamento na hora do parto no hospital de primeiríssima. Tudo [a] que uma pessoa tem direito (Retornada 3, 60 anos).

Os diversos programas federais foram reestruturados e acrescidos de outros estaduais e não governamentais, com a intenção de promover o acesso universal à saúde para toda a população residente no Estado. De uma maneira geral, esses programas priorizam a assistência às crianças e aos indivíduos com mais de 65 anos. Mas, os relatos dos emigrantes entrevistados de variadas faixas etárias comprovam a viabilidade do acesso aos serviços de saúde pelo emigrante valadarense no Estado.

[...] Eu não tinha plano, lá era do governo [...]. Antes eu consultava particular. Aí uma amiga conseguiu para mim nessa clínica [...]. Tinha a médica que atendia [...] e eu não pagava nada. Era bom. Eu fiz até cirurgia de vesícula e o tratamento lá foi excelente, tudo sem gastar nada... Até os remédios eram de graça! [...] Fiz [também] fisioterapia por causa de uma hérnia de disco [...] (Retornada 1, 65 anos).

[...] Quando eu fui, em 2000, já fazia tratamento de artrite reumatoide aqui em Valadares [...]. Então eu procurei pelo médico lá [...]. (A) Clínica Medical Hero é uma clínica free [...]. Eu fiz tratamento de 2000 a 2006 [...]. Eles são ótimos [...], sempre tinha um intérprete [...] e passava sempre com a mesma médica

de dois em dois meses [...]. Fazia novos exames no hospital [...]. Os exames eram no hospital. Quando estava com a receita, tudo pronto, ainda eu tinha desconto nos medicamentos [...]. Lá tem farmácias [...]. Eu pagava US\$ 4,00, preço único, qualquer medicamento (Retornada 7, 50 anos).

As informações recolhidas junto aos emigrantes valadarenses em junho, julho e agosto de 2009 apontam para a viabilidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde subsidiados pelos governos federal, estaduais e municipais nos Estados de Massachusetts e de Connecticut que, em conjunto com outras quatro unidades federativas norte-americanas, compõem a região denominada New England, onde estão concentradas as maiores comunidades de emigrantes da cidade mineira nos EUA.

[...] Minha garota teve um acidente em 2003: caiu da escada [...]. Passou por uma cirurgia [...] no cotovelo, colocou pinos [...]; depois tirou os pinos. Ficava na faixa de US\$ 40.000,00 [...]. Fui atrás do State of Connecticut, em Danbury [...] e ganhei o tratamento dela todo [...]. Em 2004, mais um problema [...]: meu filho caiu de um muro [...] nas noitadas com os brasileiros [...]. Cortou todos os tendões do pé direito e, de madrugada, o hospital nos ligou falando que ele estava no Hospital de Danbury [...]. 30 dias internado... Foi um tratamento excelente, muito bom, e também não paguei por nada [...]. Ficava US\$ 80.000,00 (Retornada 7, 50 anos).

[...] Em Danbury, precisei de um hospital público quando machuquei o joelho [...]. Fui muito bem recebida. Eles atendem muito bem. Mas depois vem a conta [...]. É um absurdo [...]: US\$ 900,00 [...]. Mas, aí, meu marido recorreu a uma financeira que ajuda [nessas situações]. [A financeira] Fala que não pode pagar, que [meu marido] estava sem trabalhar [...]. O hospital não mandou carta, mais; eles mandam uma carta cobrando e [depois disso] não veio mais tem mais de um ano (Visitante 6, 54 anos).

[...] Em Massachusetts, tem uma clínica que basta você provar seu salário mais baixo, que você é copagador da consulta [para conseguir o desconto] [...]. Sempre fiz uso de antidepressivo [...]. Uma consulta com um psiquiatra, eu acredito que seja na faixa de uns US\$ 300,00 a US\$ 400,00. Nessa clínica você paga US\$ 12,50 [...]. Eu nunca fui tão bem olhada

quanto eu fui nessa clínica [...]. Tem intérprete em russo, chinês, português, japonês, espanhol... E tudo o de que você precisa para se registrar na clínica Free Care é falar que está desempregado [...]. Meu empregador deu uma declaração de quanto eu ganhava e podia usar os serviços da clínica pagando o que eles me cobravam, tratamento dentário, ginecológico, psicológico, o que você pensar. Com um detalhe de que a clínica te encaminha para os grandes hospitais de Massachusetts dentro do mesmo sistema de pagamento (Visitante 1, 62 anos).

[...] Eu tenho plano de saúde porque tenho seguro, que é do trabalho do meu marido [...]. A gente paga uma parcela pequena por mês: US\$ 50,00 para cada [...], [somando] meu e do meu marido [...]. Quando ele fez esse plano, o salário dele não era suficiente para toda a família. Então o governo complementa, porque meu tratamento é muito caro [...]. Já tem mais ou menos quatro anos que eu faço o tratamento. [...] Meu filho não paga nada, é dependente [...]. É por conta do governo, dentista, tudo, tudo... E eu não gasto nem um tostão com ele [...]. Depois de 18 anos, a gente já faz um plano particular [...], ele pode entrar nesse plano nosso [...]. Inclusive eu tenho o melhor médico especialista lá em Boston - e olha que [por] meu plano eu pago pouco, só US\$ 50,00 [...]. É nada em relação [ao que vale], porque hoje os seguros lá nos EUA particular é <sup>(sic)</sup> US\$ 800,00 por família. Caríssimo (Visitante 2, 50 anos).

O acesso aos serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses que residem em Massachusetts e portadores de documentação para trabalhar nos EUA acontece por meio dos Programas *MassHealth* e do *Commonwealth Care*. Esse acesso subsidiado pelos governos federal, estadual e de cada localidade está associado aos níveis de rendimentos dos emigrantes naquele país. Já os entrevistados que são indocumentados utilizam os serviços de saúde do Estado por meio do *Health Safety Net (Free Care)*. O *Health Safety Net* funciona como uma “alternativa-limite” para que a população de baixa renda residente obtenha acesso aos serviços de saúde, depois de esgotadas as possibilidades de inclusão destes indivíduos nos outros programas públicos.

[...] Tem o Free Care, pra quem não tem seguro nenhum. É como se fosse o SUS aqui, só que o trata-

mento é excelente [...]. Hoje está mais complicado por causa da situação do país, mas, se uma pessoa está grávida, precisa ganhar neném e ela não tem nada, eles fazem o parto da pessoa e ela ganha. É “Free Care” (Visitante 2, 50 anos).

[...] Todo ano eles ligavam. Você tem a mamografia tal dia, “papanicolau” tal dia; tudo pela clínica [...] (Retornada 7, 50 anos).

É curioso o contraste existente entre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde norte-americanos apontados por diversos pesquisadores e as percepções dos entrevistados, que relatam utilizar com frequência os serviços de saúde (hospitalares e ambulatoriais) da New England (Ku, 2009). Esta possibilidade de acesso parece ser a explicação para o fato de quase todos os respondentes terem considerado como “excelente” a qualidade dos profissionais e dos serviços nos EUA.

Mas, em geral, percebe-se um “deslumbramento” em relação às comparações qualitativas entre os serviços de saúde de cidades industrializadas e prósperas da área metropolitana da capital do Estado de Massachusetts e os prestados em Governador Valadares, uma cidade de porte médio, situada em uma região carente do leste de Minas Gerais. A maioria dos emigrantes parece desconsiderar as diferenças existentes nas duas realidades, talvez porque grande parte do contingente do fluxo migratório mineiro tenha uma visão de mundo polarizada na cidade natal e em alguma outra dos EUA, como Boston. Isso é evidente na fala da retornada 4.

[...] Já precisei dos serviços de saúde lá [...]; foi no serviço público. Só que é assim [...]: igual [a] Unimed daqui [...]. É muito melhor que o SUS. O governo é que paga. É como se fosse o público lá, só que não tem nem comparação, é como se você “tivesse pagando aqui”. (Retornada 4, 39 anos).

Voltando a discussão para as questões relacionadas ao acesso dos emigrantes valadarenses aos serviços de saúde norte-americanos, destaca-se a surpresa que suas recentes mudanças provocaram na retornada 3, que, por 19 anos, residiu naquele país.

[...] Nessa questão de saúde eles falam que piorou muito [...]. Mas não sei dizer, porque, até quando eu estive lá [...], eles me ligavam para saber se eu tinha como ir para o exame ou se eles precisavam buscar

[...]. Se a gente não tem como ir, eles mandam buscar [...]; não tenho nada que reclamar (Retornada 3, 60 anos).

O custo crescente dos cuidados de saúde aliado aos déficits decorrentes dos cuidados descompensados, ou seja, os que não são pago pelos pacientes e nem cobertos pelas fontes financiadoras fizeram com que o problema da prestação de serviços de saúde para o imigrante que não tem seguro constituísse o principal debate da política interna nos EUA, particularmente nas zonas de fronteiras e nos Estados cujas populações de imigrantes têm crescido rapidamente nos últimos anos (Ku, 2009).

A legislação personalizada pelo PRWORA não reduziu os custos de saúde; pelo contrário, penalizou os serviços hospitalares norte-americanos que atendem às parcelas mais vulneráveis da população, sendo que os imigrantes representam 43,8% de 46 milhões de pessoas que não possuem cobertura de provedores privados de saúde nos EUA.

## Conclusões

As entrevistas com os emigrantes valadarenses que residem nos EUA revelaram que suas necessidades de saúde, quando apresentam caráter de urgência, são decorrentes de doenças do aparelho respiratório e de traumatismos ortopédicos. Já suas necessidades por tratamentos clínicos ambulatoriais são originadas por patologias dos sistemas cardiovascular, digestivo e visual, além de disfunções dos aparelhos locomotor, reprodutor e psíquico.

As especialidades mais demandadas para os tratamentos destas condições são: clínica médica, cardiologia, oftalmologia, ortopedia, reumatologia, psiquiatria, ginecologia e fisioterapia. Muitas dessas necessidades são relacionadas ao tipo de trabalho que esses indivíduos exercem nos EUA. Há, também, relatos da realização de cirurgias eletivas para tratamentos de doenças do aparelho digestivo e de cuidados obstétricos para o nascimento dos filhos das emigrantes.

A maior parte da assistência dispensada aos respondentes ocorreu nos serviços de saúde da região metropolitana de Boston (Massachusetts) e

em Danbury (Connecticut). O acesso aos serviços de saúde pelos emigrantes valadarenses, portadores de *Green Card* e residentes em Massachusetts, acontece por meio dos programas públicos *MassHealth* e o *Commonwealth Care*. Já os entrevistados que são indocumentados utilizam os serviços de saúde do Estado por meio do *Health Safety Net (Free Care)*.

Nenhum dos entrevistados possui idade compatível para a assistência em saúde pelo programa federal *Medicare*, que apresenta elegibilidade para os indivíduos com mais de 65 anos, e apenas um entrevistado tem acesso a serviços de saúde por meio de plano de saúde privado. Em geral, os emigrantes valadarenses consideraram a qualidade dos profissionais e dos serviços norte-americanos como “excelente”.

## Referências

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, CA, USA; London, n. 36, p. 1-10, 1995.
- BORJAS, G. J. *Food insecurity and public assistance*. Los Angeles: UCLA Department of Sociology, 2001.
- CASTEL, L. D.; et al. Toward estimating the impact of changes in immigrants' insurance eligibility on hospital expenditures for uncompensated care. *BMC Health Service Residence*, Durham, n. 3, p. 1, 2003.
- CORNELIUS, W. Interviewing undocumented immigrants: methodological reflections based on field-work in Mexico and the U.S. *International Migration Review*, Los Angeles, n. 16, p. 378-411, 1982.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.
- DU BARD, C. A.; MASSING, M. W. Trends in emergency medicaid expenditures for recent and undocumented immigrants. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 10, n. 297, p. 1085-1092, 2007.

- FOOTRACER, K. G. Immigrant health care in the United States: what ails our system? *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, Columbia, v. 4, n. 22, apr. 2009. Disponível em: <<http://connection.ebscohost.com/c/articles/38590833/immigrant-health-care-united-states-what-ails-our-system>>. Acesso em: 18 jul. 2009.
- FUSCO, W. *Capital Cordial: a reciprocidade entre os imigrantes brasileiros nos Estados Unidos*. 2005. 49 p. Tese (Doutorado em Demografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- FUSCO, W. *Redes sociais na migração internacional: o caso de Governador Valadares*. 1999. 25 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia). - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- GOLDMAN, D. P.; SMITH, J. P.; SOOD, N. Immigrants and the cost of medical care. *Health Affairs (Millwood)*, Bethesda, v. 6, n. 25, p. 1700-1711, 2006.
- HEYMAN, J.; NÚÑES, V.; TALAVERA, V. Healthcare access and barriers for unauthorized immigrants in el Paso Country, Texas. *Family Community Health*, Philadelphia, v. 1, n. 32, p. 4-21, 2009.
- HOEFER, M.; RYTINA, N.; BRYAN, C. B. *Estimates of the unauthorized immigrant population residing in the United States: January 2007*. Washington, DC: Homeland Security Office of Immigration Statistics, 2008.
- HSIEH, H. M.; CLEMENT, D. G.; BAZZOLI, J. Impacts of market and organizational characteristics on hospital efficiency and uncompensated care. *Health Care Manage Review*, Philadelphia, v. 1, n. 35, p. 77-87, jan./mar. 2010.
- KU, L. Health insurance coverage and medical expenditures of immigrants and native-born citizens in the United States. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, n. 99, p. 7, jul. 2009.
- MARTES, A. C. B. *Brasileiros nos Estados Unidos: um estudo sobre os imigrantes em Massachusetts*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- MOHANTY, S. A.; WOOLHANDLER, S.; HIMMELSTEIN, D. Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis. *American Journal Public Health*, Washington, DC, v. 8, n. 95, p. 1431-1438, 2005.
- NATIONMASTER. 2009. *Health statistics*. Access to sanitation (most recent) by country. Sydney, [s.d.]. Disponível em: <[http://www.nationmaster.com/graph/hea\\_acc\\_to\\_san-health-access-to-sanitation](http://www.nationmaster.com/graph/hea_acc_to_san-health-access-to-sanitation)>. Acesso em: 19 set. 2009.
- OKIE, S. Immigrants and health care - at the intersection of two broken systems. *New England Journal of Medicine*, New England, v. 6, n. 357, p. 525-529, 2007.
- SALES, T. *Brasileiros longe de casa*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 135-215.
- SCUDELER, C. Imigrantes valadarenses no mercado de trabalho dos EUA. In: REIS, R. R.; SALES, T. *Cenas do Brasil migrante*. São Paulo: Boitempo, 1999. p. 193-233.
- SIQUEIRA, C. E.; LOURENÇO, C. Brazilians in Massachusetts. In: TORRES, A. (org). *Latinos in New England*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. p. 187-200.
- SIQUEIRA, S. *Migrantes e empreendedorismo na microrregião de Governador Valadares - sonhos e frustração no retorno*. 2006. 191f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- SOARES, A. C. B. *Emigrantes e investidores: redefinindo a dinâmica imobiliária na economia valadarense*. 1995. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 2004. Suplemento 2. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014)>. Acesso em: 20 jul. 2009.

WASHINGTON. *Committee on ways and means U.S. House of representatives*. Summary of welfare reforms made by public law 104-193 the personal responsibility and work opportunity reconciliation act and associated legislation. Washington, DC: Government Printing Office, 1996.

ZIMMERMANN, W.; FIX, M. *Declining immigrant applications for medical and welfare benefits in Los Angeles County*. Washington, DC: The Urban Institute, 1998.

Recebido em: 07/07/2011

Reapresentado em: 30/10/2012

Aprovado em: 22/11/2012